

Evolución conceptual del Trastorno Depresivo según la Quinta versión de Clasificación del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales publicados por la Asociación Americana de Psiquiatría y su impacto en la calificación de la pérdida laboral en Colombia.

Dr. Álvaro Esteban Castro Aranda
alavaro.castro00@usc.edu.co

Diana Carolina Pantoja
dianapantoja@gmail.com

Ana Milena Palta Valencia
anamilepal@yahoo.com

Resumen:

La publicación de una nueva edición del DSM se ha considerado un acontecimiento con grandes polémicas y discusiones debido a los cambios en los criterios diagnósticos propuestos por la APA. En este artículo nos proponemos analizar los aspectos que aporta la quinta edición del DSM (American Psychiatric Association, APA, 2013) para el diagnóstico de la depresión, específicamente, se analizan las modificaciones y los principales aspectos que el DSM-V ha tenido en cuenta para este diagnóstico y como impactan estos cambios en el diagnóstico de la depresión en la calificación de la capacidad laboral.

Palabras clave:

Diagnóstico; Clasificación; DSM-V; DSM-IV; Depresión.

Summary:

The publication of a new edition of the DSM has been considered an event with great debates and discussions due to the changes in the diagnostic criteria proposed by the APA, in this article we propose to analyze the aspects that the fifth edition of the DSM contributes (American Psychiatric Association, APA, 2013) for the diagnosis of depression specifically, the modifications and the main aspects that the DSM-V has taken into account for this diagnosis and how these changes impact on the qualification of the job loss are analyzed.

Keywords:

Diagnosis; Classification; DSM-V; DSM-IV-; Depression.

Objetivo

- Identificar los cambios generados en la quinta edición del DSM referente a los criterios diagnósticos del trastorno depresivo y su impacto en la capacidad Laboral.

Objetivos Específicos:

- Describir las modificaciones que introdujo la publicación del DSM-V en el diagnóstico clínico del trastorno depresivo.
- Evidenciar el impacto de la clasificación del DSM-V del trastorno depresivo en la calificación de la pérdida laboral.

I. Introducción

Para la Organización Mundial de la Salud “la Depresión es un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración. Puede llegar a hacerse crónica o recurrente

y dificultar sensiblemente el desempeño en el trabajo o la escuela y la capacidad para afrontar la vida diaria y en su forma más grave puede conducir al suicidio”(1)

Según la (OMS) la principal causa de discapacidad en el mundo es el Trastorno Depresivo Mayor, según cifras que publicó este organismo internacional, la depresión es una enfermedad frecuente en todo el mundo, y se calcula que

Evolución conceptual del Trastorno Depresivo según el DSM-V y su impacto en la calificación de la pérdida laboral

afecta a más de 300 millones de personas, se estima que cada año se suicidan cerca de 800.000 personas, y el suicidio es la segunda causa de muerte en el grupo etario de 15 a 29 años.(1)

De hecho cada vez es más común el diagnóstico depresivo en la calificación de pérdida de capacidad laboral, así lo confirman las encuestas consultadas por el Ministerio de Salud y protección social que evidencia que este trastorno genera altos índices de incapacidad laboral y socio-familiar.(2)

Para el diagnóstico en la calificación de Pérdida de Capacidad laboral en Colombia se emplea el Manual Único de Calificación el cual toma como referente para los trastornos mentales el DSM-IV. El DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) contiene los síntomas y los signos de los trastornos mentales incluyendo el Trastorno Depresivo, a partir de este referente los profesionales en salud mental pueden realizar su diagnóstico y establecer una perspectiva clínica. Actualmente DSM, va en su quinta versión, la cual presenta una estructura organizativa revisada que reconoce otros síntomas que abarcan varias categorías de diagnóstico, proporcionando un nuevo enfoque en el diagnóstico.

El actual manual diagnóstico simplifica la clasificación de los trastornos de acuerdo con los avances en investigación, así como factores vitales como el contexto y cultura actual. Incluye los códigos CIE-10 para cada trastorno y la estructura organizativa es coherente con el nuevo CIE-11.(3)

Actualmente para la calificación de la pérdida de capacidad laboral se tiene en cuenta la anterior versión del DSM. El presente documento tiene como finalidad describir de manera general la evolución conceptual del Trastorno Depresivo desde la mirada del Manual Diagnóstico y Estadístico de las Enfermedades mentales en la quinta versión, las controversias que presenta esta actualización, su incidencia en la calificación de la pérdida de capacidad laboral y, por ende, los riesgos y el impacto que tendría la calificación bajo este manual.

II. Depresión en el ámbito Laboral

El Trastorno Depresivo afecta el rendimiento laboral y deteriora la calidad de vida y el contexto social de quien lo padece. Se ha estimado que esta enfermedad tiene una carga superior que otros trastornos psiquiátricos como el trastorno bipolar o la esquizofrenia y mayor que otras enfermedades como el cáncer. (4)

De hecho, la depresión en la población trabajadora representa una de las primeras causas de pérdida de productividad, absentismo laboral, incremento de accidentes laborales, puede conllevar a que el trabajador pueda ausentarse legalmente del trabajo sin estar incumpliendo las condiciones del contrato y recibiendo su salario normalmente, llegando incluso a generar una pérdida de capacidad permanente o jubilación por invalidez, sobre todo si la persona presenta enfermedades u otras dolencias físicas.(5)

El estudio de la Depresión, es un tema complicado que aún no tiene respuestas. Los estudios indican que es producto de la interacción entre genes y factores ambientales; donde los genes serían los factores predisponentes y las condiciones adversas serían el factor precipitante; lo cierto es que muchos trastornos depresivos se dan sin eventos estresantes y, por otra parte, muchos individuos que sufren experiencias traumáticas no experimentan posteriormente depresión. (6)

No obstante. Se ha comprobado, que existen varios factores de riesgo en el ámbito laboral que inciden en la depresión, tales como inadecuada supervisión y control por parte del superior o entes encargados, comunicación deficiente, conflictos de rol entre los trabajadores, problemas en el trabajo, clima competitivo, acoso laboral, exceso de horas de trabajo, entre otros. A nivel laboral la depresión conlleva una baja productividad, de hecho, las personas con depresión se diferencian de las que no tienen depresión, no tanto por el absentismo sino por la pérdida de productividad, se ha estimado que los individuos con depresión solo desempeñarían el 70% de su capacidad en el trabajo, y está asociada con una alta comorbilidad. (6)

De esta manera se puede establecer que la depresión es un importante problema de salud pública que además de las graves consecuencias en términos de sufrimiento individual, tiene un gran impacto en el funcionamiento social y en la capacidad de las personas para trabajar. Así pues, de la misma manera que las intervenciones dirigidas al trabajo pueden ayudar al trabajador a manejar las consecuencias de su depresión en el lugar de trabajo, las intervenciones clínicas destinadas a reducir los síntomas..(31)

III. Evolución del DSM-IV al DSMV

El **DSM** es el manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, publicado por la APA (American Psychiatric Association) es el referente en Salud Mental Mundial. El DSM-V en su quinta versión, sustituye al

Evolución conceptual del Trastorno Depresivo según el DSM-V y su impacto en la calificación de la pérdida laboral

Manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales, Cuarta edición publicada en el año 2000.

La American Psychiatric Association (APA) publicó la primera edición del Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders (DSM-I) en 1952 como un sistema de clasificación de la conducta anormal basado en criterios empíricos, lo cual se considera absolutamente necesario para posibilitar el uso de un lenguaje común. Desde entonces, se han venido produciendo sucesivas revisiones en periodos aproximados de 15 años, mediante las cuales se han reflejado cambios importantes en el conocimiento y clasificación de los trastornos mentales.(7)

El DSM-V presenta un glosario de términos técnicos y culturales, y un listado alfabético y numérico de los diagnósticos y códigos actualizados, aporta novedades con respecto a la codificación, clasificación y diagnóstico de los trastornos mentales, que tienen amplios efectos sobre muchas especialidades, permite una guía de referencia que contiene la clasificación de trastornos, especificados, códigos y criterios de diagnóstico de los procesos cognitivos, emocionales, comportamentales y fisiológicos. El propósito de la actualización fue renovar la validez de las ediciones anteriores mediante los aportes de investigaciones de la neurociencia cognitiva y la base biológica de los síntomas para el diagnóstico clínico de los trastornos mentales. (8)

DSM-V se actualizó el 18 de mayo del 2013, fue el resultado de más de una década de investigación, con 13 grupos de trabajo, 6 grupos de estudio y más de 500 profesionales participando en cada uno de los mismos, teniendo en cuenta que la clasificación previa de los diagnósticos psiquiátricos en la cuarta versión tenía una serie de limitaciones, en cuanto al uso masivo y extendido de los diagnósticos “no especificados” y una creciente incapacidad para integrar los diagnósticos del DSM con los hallazgos de la investigación genética y neurobiológica. (9)

El DSM-V se actualizó a nivel estructural y organizativo, se eliminó el sistema multiaxial y se reorganizaron los capítulos en tres secciones. El orden de los capítulos está estructurado de acuerdo al ciclo vital, inicia con los trastornos en la infancia, el neurodesarrollo y al final se encuentran los trastornos de las personas en edad avanzada, tales como los trastornos neurocognitivos. Los cambios se ven reflejados desde los ejes diagnósticos, la terminología empleada, cambios de nombre de algunas categorías diagnósticas hasta la incorporación de nuevos trastornos.

En si los cambios principalmente hacen referencia a:

- En cuanto a la estructura Global: Se pasa de los 17 epígrafes a 22

- En cuanto a la evaluación multiaxial: se pasa de 5 ejes a 3 ejes. En el eje uno se recogen los trastornos mentales, los trastornos de la personalidad, el retraso mental y las enfermedades médica, en el eje dos se recoge una medida de afectación del funcionamiento, en el eje 3 se recogen otras condiciones que pueden ser objeto de atención clínica.

-Presenta una aproximación dimensional en la evaluación de todos los trastornos. (10)

Los cambios presentados por esta nueva edición tienen su punto de partida en la actualización y una nueva mirada al concepto de trastorno mental. El DSM-V ha realizado una redacción mucho más amplia de su definición que involucra no solo las expectativas de la cultura, sino que precisa en el malestar y el deterioro socio - laboral y en las áreas de funcionamiento del individuo, por lo tanto, desde esta definición se abre la posibilidad de tener en cuenta más trastornos que no se consideraron en la definición del DSM- IV.

El DSM-V realiza una actualización de la definición de trastorno mental, ya que en el DSM-IV el trastorno mental se define como “un síndrome o un patrón comportamental o psicológico de significación clínica, que aparece asociado a un malestar, a una discapacidad o a un riesgo de morir o de sufrir dolor, discapacidad o pérdida de libertad que no es meramente una respuesta culturalmente aceptada a un acontecimiento particular (p. ej., la muerte de un ser querido) sino, una disfunción comportamental, psicológica o biológica”. (11)

El DSM-V define el Trastorno de personalidad como “un patrón perdurable de experiencia interna y comportamiento que se desvía notablemente de las expectativas de la cultura del individuo. Este patrón se manifiesta a nivel Cognitivo (es decir, maneras de percibirse e interpretarse a uno mismo, a otras personas y a los acontecimientos), a nivel afectivo (es decir, amplitud, intensidad, labilidad e idoneidad de la respuesta emocional). A nivel conductual en el Funcionamiento interpersonal y en el control de los impulsos. El patrón perdurable es inflexible y dominante en una gran variedad de situaciones personales y sociales, que causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento, tiene una presencia en el tiempo de larga duración, y su inicio se puede remontar al menos a la adolescencia o a las primeras etapas de la edad adulta”. (8)

Evolución conceptual del Trastorno Depresivo según el DSM-V y su impacto en la calificación de la pérdida laboral

El DSM-V, como las ediciones anteriores de este manual, está basado en el modelo categorial, para esta edición se ha eliminado el sistema multiaxial porque generaba distinciones artificiales y era poco utilizado. Por ello, todas las categorías diagnósticas de los Ejes I y II del DSM-IV están incluidas en la sección (Sección II), con anotaciones separadas en cada categoría para las condiciones médicas asociadas (antiguo Eje III), para los factores psicosociales y ambientales (antiguo Eje IV) y para la discapacidad, entendida esta como daño en el funcionamiento social, laboral o en otras áreas significativas de la vida cotidiana (antiguo Eje V), así mismo se incluye en esta Sección una Escala de Evaluación de la Discapacidad de la Organización Mundial de la Salud, auto administrada.(12)

IV. Evolución conceptual del trastorno depresivo

A continuación, se resaltarán los cambios fundamentales que fueron actualizados en la quinta versión del DSM frente a la edición anterior DSM-IV y los cuestionamientos y controversias que han surgido a partir de esta actualización por los profesionales de la salud mental.

Los trastornos depresivos y los trastornos bipolares se agrupan en capítulos distintos (en DSM-IV se agrupaban en el mismo). Incluye varios trastornos nuevos como el Trastorno disruptivo de desregulación emocional, el Trastorno disfórico premenstrual (en DSM IV TR aparecía en el apéndice B), el trastorno distímico, que aparecía en DSM IV TR, ahora queda incluido en la categoría de trastorno depresivo persistente. (engloba al trastorno sistémico y al trastorno depresivo mayor)(13). En cuanto a la estructura global, de los 17 grandes epígrafes del DSM-IV se pasan a 22 en el DSM-V, Al aparecer nuevas categorías que modifican diferentes trastornos entre ellos el trastorno depresivo que pasa a ser una categoría independiente a los trastornos del estado de ánimo, en el cual incluían también los T. bipolares. (10)

En el DSM-IV incluye la depresión en cuanto a episodio afectivo, trastorno depresivo mayor, trastorno distímico, trastorno depresivo no especificado. (13) En el DSM-V cuenta con la categoría de depresión de manera independiente y se añade un especificador de “síntomas de ansiedad”, incluye los siguientes aspectos como trastorno de desregulación perturbador del estado de ánimo, depresión mayor, T. depresivo persistente (distimia), T. disfórico premenstrual, T. depresivo inducido por sustancias/ medicamentos, T depresivo debido a otra afección médica, otro trastorno depresivo especificado y T. depresivo no especificado. (7)

Al revisar en detalle los cambios presentados lo más

relevante hace referencia la incorporación del especificador “con malestar ansioso”, reconoce la combinación emocional de lo ansioso-depresivo; se describe el Trastorno de desregulación del estado de ánimo disruptivo con el fin de limitar el exceso de diagnósticos y de tratamientos de trastorno bipolar en niños y finalmente referente al Trastorno depresivo mayor, desaparece la diferenciación de episodio único o recurrente dando prioridad al curso, por lo que se integran las formas crónicas del trastorno depresivo mayor con el Trastorno distímico en el nuevo Trastorno depresivo persistente (Distimia).(14)

Adicionalmente en la quinta versión del DSM es incluido el trastorno disfórico premenstrual que en el DSM-IV estaba entre las formas no específicas y, por otro lado, no excluye el duelo del diagnóstico depresivo mayor. En el DSM IV excluye de este diagnóstico a las personas que mostraban dichos síntomas tras la pérdida de un ser querido en los dos meses anteriores.(15)

Incluso en la actualización del DSM-V para el trastorno depresivo se ha cuestionado la confiabilidad del test para el trastorno depresivo mayor, debido a que los clínicos evalúan los diagnósticos mediante listas de verificación en lugar de entrevistas de diagnóstico estándar (11)

Estos aspectos han sido fuertemente debatidos debido a que puede llevar a la patologización innecesaria de experiencias normales y comúnmente vividas por todos los seres humanos, especialmente dado que hay mucha variabilidad individual y cultural en su afrontamiento.(14)

Debido a ello la publicación del DSM-V se ha considerado paradójica. Por una parte, parece acercarse más a la realidad de la práctica clínica, pero no ha logrado avanzar de manera significativa en los procesos fisiopatológicos y cognitivos subyacentes a los trastornos mentales ya que lleva el diagnóstico clínico a una patologización y psiquiatrización de la vida cotidiana que se incrementará de forma innecesaria (9)

V. Controversias en la actualización del DSM-V

En términos generales el DSM continua con la idea de pathos como enfermedad cerebral, en este sentido, la terminología de “mental disorder” continua, investigando enfermedades de órgano y describe signos objetivos, postergando síntomas subjetivos, quejas y vivencias propias del comportamiento humano.(16)

El DSM-V, así como sus ediciones anteriores; sigue enfocándose en el concepto de trastornos, mas no le da una mirada desde la enfermedad mental; para la mayoría de los cuadros clínicos no ofrece mayor utilidad clínica en

el pronóstico de los trastornos y tampoco permite establecer planes de tratamiento, se queda corto pues en este sentido solo ofrece un diagnóstico provisional del estado actual de la persona bajo un esquema patológico. La realidad actual es que gran parte de las situaciones que se presentan no se relacionan con trastornos mentales propiamente dichos, sino con situaciones de infelicidad, malestar emocional y estilos de afrontamiento ante las dificultades cotidianas, por lo que es entendible porque esta publicación no ha sido aceptada por los profesionales en salud mental y se considera que se ha quedado corta. (14)

El DSM-V se enfoca en un modelo médico categorial de patología, por lo cual presenta muchas limitaciones en la práctica clínica, de esta forma se presentan grupos de síntomas, relacionados especialmente con la ansiedad y la depresión, que están presentes en muchas categorías diagnósticas e incluso muchos pacientes con un mismo diagnóstico podrían presentar perfiles sintomáticos muy variados y siendo poco probable un diagnóstico puro. En concreto, hay nuevos trastornos diagnosticados en el DSM-V que no cuentan con un apoyo empírico sólido y que pueden implicar una medicalización de conductas normales, con el consiguiente riesgo de medicación innecesaria, la generación de pacientes falsos positivos, la estigmatización del paciente por diagnósticos psiquiátricos y al uso generalizado e indiscriminado de la prescripción farmacológica, lo que constituye un fenómeno especialmente preocupante en el ámbito infantil. Es decir, muchas personas normales con problemas de duelo, comida excesiva, reacciones al estrés, olvidos en la vejez o rabietas infantiles pueden quedar atrapadas en etiquetas diagnósticas. (15)

Es preciso tener en cuenta el aumento de los trastornos mentales y las demandas terapéuticas de la población han cambiado considerablemente en los últimos años. Ahora se tiende a consultar, además de por los cuadros clínicos “tradicionales” (depresión, trastornos de ansiedad, adicciones, entre otros), por problemas “menores”, derivados de una mayor intolerancia al sufrimiento por parte de los pacientes. Estos problemas, que no constituyen propiamente trastornos mentales, reflejan una patología del sufrimiento o de la infelicidad, es decir, una situación de insatisfacción personal que no tiene en muchos casos con un significado clínico; Por ejemplo el duelo por la pérdida de un ser querido, los conflictos de pareja o la ruptura de pareja no deseada, las dificultades de convivencia con los hijos adolescentes, los problemas de estrés laboral, la adaptación a nuevas situaciones en la vida o la convivencia con enfermos crónicos o

incapacitados. La tendencia al sobre diagnóstico clínico constituye un error en la práctica profesional. A veces hay problemas que interfieren negativamente en la vida de una persona y que desbordan sus recursos de afrontamiento, pero que no constituyen propiamente un trastorno mental. Por ello, se puede ayudar y tratar psicológicamente a una persona que tiene problemas, incluso síntomas clínicos, pero que no llegan a ser un trastorno: el tratamiento no requiere necesariamente el etiquetaje diagnóstico de un problema.(17)

El concepto de enfermedad implica una etiología, una agrupación de síntomas, un curso y un pronóstico, así como una determinada respuesta al tratamiento. Sin embargo, hoy no es posible determinar los factores etiológicos ni los procesos patológicos subyacentes para la mayoría de los cuadros clínicos, en este sentido el DSM-V, como sus antecesores, es más un diccionario descriptivo que un manual de psicopatología; el diagnóstico resultante del proceso de evaluación psicológica debe ir más allá de la etiquetación de los problemas.(17)

En sí, los profesionales de la salud mental han considerado que el modelo híbrido propuesto por el DSM-V supone una aproximación compleja y confusa de modelos taxonómicos incompatibles, sin un respaldo empírico sólido y con poca utilidad para propósitos clínicos, a nivel clínico el mejor predictor de los resultados terapéuticos no es la categorización de los trastornos de personalidad sino el nivel de la gravedad y el impacto en su salud del paciente.(18).

En sí, la clasificación actual de los trastornos de la personalidad en el DSM-V resulta insatisfactoria en muchos sentidos, quedan por resolver aspectos como la clasificación, la adscripción categorial o dimensional, la valoración de gravedad, la heterogeneidad en los mismos diagnósticos, la relación con los rasgos de personalidad, la comorbilidad, el punto de corte entre normalidad y anormalidad y la validación de los trastornos en estudio.

VI. Normatividad en Colombia.

El Estado social de derecho es el modelo adoptado por el Estado Colombiano. La Corte Constitucional establece que el trabajo tiene múltiples formas de expresión dentro del ordenamiento constitucional vigente, es un derecho de todo ciudadano no solo para generar recursos para solventar sus necesidades básicas, sino que es una obligación social como un mecanismo de incorporación de la persona a la colectividad como sujeto que se dignifica a través del aporte que hace al desarrollo de una

Evolución conceptual del Trastorno Depresivo según el DSM-V y su impacto en la calificación de la pérdida laboral

comunidad y contribuir solidariamente a la construcción de una sociedad en condiciones dignas y justas. (19)

El Sistema de Seguridad Social Integral vigente en Colombia fue instituido por la Ley 100 de 1993 la cual contiene el marco general de seguridad social, a donde establece las entidades, normas y procedimientos a los cuales pueden tener acceso las personas y la comunidad con el fin principal de garantizar una calidad de vida junto con políticas, normas y procedimientos de protección laboral y asistencia social.(5).

La Medicina Laboral en Colombia ha realizado actualizaciones importantes en su concepto de la Salud y seguridad en el trabajo (antes llamada salud ocupacional) principalmente con la ley 1562 de 2012 de Riesgos Laborales. La cual establece normas y procedimientos, destinados a prevenir, proteger y atender a los trabajadores de los efectos de las enfermedades y los accidentes que puedan ocurrirles con ocasión o como consecuencia del trabajo que desarrollan(20).

Finalmente, el Ministerio de Trabajo en el 2015 crea el decreto 1072, el cual compila todas las normas que reglamentan el trabajo y que antes estaban dispersas. Desde el momento de su expedición (25 de mayo de 2015), el **Decreto 1072** se convirtió en la única fuente para consultar las normas reglamentarias del trabajo en Colombia. Dentro de sus objetivos principales esta el conseguir una política de seguridad y salud en el trabajo que proteja la seguridad y salud de todos los trabajadores, mediante la mejora continua del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo (**SG-SST**) en la organización las directrices de obligatorio cumplimiento para implementar el Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST), y deben ser aplicadas por todas las organizaciones.

Sin embargo, la enfermedad profesional se legisla en Colombia desde 1950 cuando en los Artículos 200 y 201 del Código Sustantivo de Trabajo, estableció inicialmente una tabla con 18 patologías de origen profesional. Luego, el Decreto 614 de 1984, determinó que uno de los objetos de la salud ocupacional es proteger a la persona contra los riesgos relacionados con agentes físicos, químicos, biológicos, psicosociales, mecánicos, eléctricos y otros derivados de la organización laboral, posteriormente, el Decreto 778 de 1987 modificó la tabla de las enfermedades profesionales y pasaron de 18 diagnósticos a 40; y la Resolución 1016 de 1989 estableció los subprogramas de Medicina Preventiva y del Trabajo, a su vez, el Decreto 1832 de 1994 amplió las patologías a 42, y es el Decreto 2566 de 2009 el que actualmente está vigente

para establecer que una enfermedad deba ser calificada como Enfermedad profesional (EP).(21)

Las patologías de estrés laboral están enunciadas desde 1994 mediante el decreto 1295 a donde se adoptó la tabla de enfermedades profesionales en las cuales se incluye patologías asociadas, como ansiedad y depresión, infarto del miocardio y otras urgencias cardiovasculares, hipertensión arterial, enfermedad ácido péptica severa o colon irritable, podrían ser catalogadas como profesionales siempre y cuando se establezca la relación de causalidad, el decreto 2463 de 20 noviembre 2001, en su artículo 6 establece que, la calificación del origen del accidente, la enfermedad o la muerte. El origen del accidente o de la enfermedad, causantes o no de pérdida de la capacidad laboral o de la muerte, será calificado por la institución prestadora de servicios de salud que atendió a la persona por motivo de la contingencia, en primera instancia y por la entidad administradora de riesgos profesionales en segunda.(21)

Los riesgos laborales han jugado un papel importante desde el 2008 con la Resolución 2646 que estableció disposiciones y responsabilidades para la identificación, evaluación, prevención, intervención y monitoreo permanente de la exposición a factores de riesgo psicosocial en el trabajo y para la determinación del origen de las patologías causadas por el estrés ocupacional.(23)

En el año 2014 se actualizó nuevamente el cuadro de enfermedades mediante el Decreto 1477, mediante el cual presenta la nueva Tabla de enfermedades laborales, en ella describe los agentes de riesgo, las actividades laborales y grupos de enfermedades, para determinar el diagnóstico médico en los trabajadores afectados, evidencia los factores de riesgo, incluye categoría de enfermedades directas, no exige exámenes previos para que las Administradoras de Riesgos Laborales realicen el pago de las prestaciones del afectado; En este sentido identifica los agentes psicosociales y relaciona la depresión y reconoce la depresión y episodios depresivos como enfermedad laboral que podrá presentar cualquier trabajador e identifica como agentes causales la Gestión organizacional tenida en cuenta como las deficiencias en la administración del recurso humano, las características del grupo social de trabajo, la condiciones de la tarea, la carga física, la Jornada de trabajo, Horarios y jornadas laborales extenuantes y accidentes de trabajo severos(22).

El decreto describe en la sesión cuatro (4) los agentes psicosociales como factor de riesgo organizacional asociándolo a lo establecido en la resolución 2646 de 2008, definiendo como una condición de enfermedad el

Evolución conceptual del Trastorno Depresivo según el DSM-V y su impacto en la calificación de la pérdida laboral

Trastorno depresivo el cual pueden presentarse en cualquier trabajador y puesto, su gravedad depende de la exposición a los agentes causales presentes en el ámbito laboral y describe la enfermedad de acuerdo con los códigos de la CIE-X tal como se enuncia a continuación:

- F32: Episodio Depresivos
- F.41.2 Trastorno mixto ansioso – depresivo
- F-43.2 a donde se encuentra el trastorno adaptativo con humor depresivo

El Estado Colombiano reconoce que la estabilidad en el empleo es un verdadero derecho jurídico de resistencia al despido como una garantía que tiene el trabajador de permanecer en el empleo en los siguientes casos:

- Mujeres embarazadas en virtud del artículo 13, 43 y 53 de la C.N y Artículos 241, 239 del C.S.T.(24)
- Trabajadores discapacitados o con limitaciones físicas sensoriales o psicológicas en virtud de la ley 361 de 1997 artículo 5 y 2630(25)
- Trabajadores amparados con fuero sindical: Art. 38 y 39 de la C.N. Ar. 405 del C.S.T. Art. 354 del C.S.T, respecto a las conductas que atenten contra la protección del derecho de asociación.(24)
- Reten Social: Ley 790 de 2002 que regula el programa de renovación administrativa del Estado. En la norma se protege a madres y padres cabeza de familia, discapacitado y pre-pensionado.(24)

Ley 361 de 1997 establece mecanismos de integración social de las personas con limitación y se dictan otras disposiciones. En la cual establece que las personas con limitación deberán aparecer calificadas en el Sistema de Seguridad en Salud, ya sea el régimen contributivo o subsidiado.(25)

La clasificación de la pérdida de capacidad laboral ha sido considerada por la jurisprudencia constitucional, como un derecho que tiene toda persona, al igual que la salud, la seguridad social y el mínimo vital, en la medida que permite establecer a qué tipo de prestaciones tiene derecho quien es afectado por una enfermedad o accidente, producido con ocasión o como consecuencia de la actividad laboral, o por causas de origen común.(27)

Desde 1995 se creó el decreto 692 de 1995 Nivel Nacional adoptando el Manual Único para la Calificación de la Invalidez, aplicación, definiciones, criterios para la calificación integral con las instrucciones generales para el uso del manual, para médicos interconsultores, el

Formulario de calificación y los libros de discapacidades, se actualizo en 1999 mediante el Decreto 917 de 1999 con los elementos para determinar la pérdida de la capacidad laboral de cualquier origen, en el 2009 a través del Decreto 4942 de 2009 se incluyó que corresponderá a las Juntas de Calificación de Invalidez, a las Entidades Promotoras de Salud del Régimen Contributivo de Seguridad Social en Salud y la red pública de servicios de salud, calificar el estado de invalidez con base en el Manual Único para la Calificación de Invalidez.

En el año 2014 expide el Decreto 1507 que actualiza el Manual Único para la Calificación de la Pérdida de Capacidad Laboral y Ocupacional, el cual constituye como un instrumento técnico para evaluar la pérdida de la capacidad laboral y ocupacional de cualquier origen. Contiene la valoración de las deficiencias; entre ellas las deficiencias por trastornos mentales y del comportamiento a donde incluye como patologías los trastornos del humor y en ellos el trastorno depresivo mayor. (26)

El manual único de Calificación se basa en el modelo mutiaxial propuesto por el DSM.IV, aspecto que se ha modificado ya que en esta versión todos los trastornos pertenecen al mismo eje. Por otro lado, el manual tiene en cuenta los síntomas de los trastornos del humor y en la versión quinta ya se habla específicamente de depresión, aspecto por el cual impacta directamente en la calificación de la pérdida de capacidad laboral al tener umbrales más altos y ser más sensible en su diagnóstico.

De esta manera se puede evidenciar claramente el gran impacto que puede generar el tener en cuenta la nueva versión del DSM-V en la calificación de la pérdida laboral pues aumentaría considerablemente el PCL en la mayoría de los casos. Ya que En términos de contenido podría incrementar las tasas del diagnóstico depresivo y podría ser extremadamente comunes en la población general (especialmente con el marketing y la amplia utilización de medicamentos antidepresivos), motivo por el cual se pueden tener pacientes “falsos positivos” o con diagnósticos temporales a causa de situaciones comunes de la vida diaria generando y promoviendo ampliamente tratamientos masivos con medicaciones innecesarias y costosas convirtiéndose en un problema de salud pública.

VII. Incidencia del diagnóstico depresivo en la calificación de Pérdida de Capacidad Laboral

Si la depresión es una de las causas de baja laboral más frecuente, no lo es tanto como motivo de invalidez o de incapacidad permanente y es que se trata de un trastorno

emocional que, en principio es temporal. Lo cierto es que la mayoría de los casos de depresión tienen tratamiento, pero hay circunstancias específicas que pueden llevarte a solicitar una incapacidad permanente por depresión.

Al revisar algunas sentencias de personas en situación de discapacidad entre las cuales se encuentra inmerso el trastorno depresivo, se evidencia que dicho trastorno se presenta como un resultado asociado a una patología física preexistente, que conlleva a adquirir conductas que se diagnostican como cuadros depresivos graves o transitorio al estar acompañadas de diversos síntomas patológicos. De esta manera se puede evidenciar que la corte suprema de justicia ha aceptado numerosas tutelas interpuestas a favor de personas que han solicitado estabilidad laboral reforzada, indemnizaciones o pensión por invalidez al apelar en razón de que sus patologías han desarrollado cuadros mentales depresivos que ha conllevado a subir a subir la calificación de PCL.

Siguiendo esta dirección se ha explorado la asociación del grado de pérdida de la capacidad laboral con la comorbilidad de los desórdenes músculo esqueléticos y otros factores asociados en 513 casos calificados de los cuales 240 solicitaron pensión por invalidez a la Junta de Invalidez en Huila entre 2009 y 2012. De este total, 144 casos fueron asociados con los trastornos depresivos. Uno de los hallazgos más relevantes de este estudio es que la patología que presentó mayor comorbilidad fue la mental, donde la depresión generó una mayor pérdida de capacidad laboral por invalidez en un 44,4%. (28)

Las modas diagnósticas pueden ser culpables de verdaderas epidemias de trastornos psiquiátricos ya que favorecen esta tendencia, una de ellas sería que los diagnósticos del DSM-V tienden patologizar las situaciones cotidianas debido a que los umbrales para que un cuadro sea incluido como un trastorno mental son demasiado bajos, otras presiones provendrían de la industria farmacéutica y de su interés en aumentar los diagnósticos y los tratamientos farmacológicos asociados, la Internet y los medios de comunicación también actuarían como fuerzas propagadoras de la moda de los trastornos mentales, por ejemplo, difundiendo los trastornos mentales de las celebridades, De hecho se ha sostenido que, en la actualidad, la normalidad sería una especie en vías de extinción, se estima que, en un año, el 25% de la población de Estados Unidos cumple los criterios para ser diagnosticado de un trastorno mental, se estima que en 32 años el 50% de la población general puede ser diagnosticado de un trastorno de ansiedad, un 40% de depresión y un 30% de abuso o dependencia de alcohol 9. (29)

VIII. Trastorno depresivo para la OIT.

Debido al impacto de las condiciones laborales en la salud de los trabajadores y su salud mental es cada vez más relevante, la OMS clasifica a la Depresión como el mayor contribuyente a la pérdida de salud no fatal en el mundo, motivo por el cual este tema cada vez cobra más importancia. Actualmente la OMS en conjunto con la OIT están desarrollando una metodología conjunta para evaluar la carga de enfermedad y lesión relacionada con el trabajo mediante revisiones sistemáticas de la exposición a largas horas de trabajo y su efecto en la depresión tanto en el trabajo formal como informal a donde se espera generar políticas y acciones para reducir la exposición a estos factores de riesgos. (30)

El informe estudia la salud mental en el trabajo en Alemania, Estados Unidos, Finlandia, Polonia y Reino Unido, orienta una metodología de estudio acerca de las políticas y programas de salud mental concernientes a los trabajadores de Alemania, los Estados Unidos, Finlandia, Polonia y el Reino Unido muestra que la incidencia de los problemas de salud mental está aumentando, hasta el punto de que uno de cada diez trabajadores sufre depresión, ansiedad, estrés o cansancio, que en algunos casos llevan al desempleo y a la hospitalización.

En nuestro País se estima que uno de cada diez trabajadores sufre depresión, ansiedad, estrés o cansancio que conllevan al desempleo, hospitalización y al ausentismo laboral de acuerdo con los datos de la Encuesta Nacional de Condiciones de Salud y Trabajo presentados por la Organización Iberoamericana de Seguridad Social (OISS) y la cartera laboral, realizada en empresas de diferentes actividades y regiones del país, por lo cual el marco del foro “Desafíos para un trabajo seguro y saludable en el sector público”, se ha presentado un borrador de resolución que contribuirá a mitigar y prevenir las enfermedades psicosociales que presentan los trabajadores en el país a causa del estrés laboral; ya que los factores de riesgos se ha identificado como prioritarios los riesgos ergonómicos y psicosociales(29)

Las cuantías totales atribuibles a la depresión constituyen un alto costo, por lo que su correcto abordaje repercutirá no solo en el bienestar emocional de los trabajadores sino también en la productividad de las empresas y la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud, La Depresión no solo es un problema estrictamente sanitario, sino que hay que enmarcarlo en un contexto mucho más amplio vinculado al bienestar social y sostenible del País. (5)

IX. CONCLUSIONES

La quinta edición del DSM-V refleja el momento en que se encuentra la evolución de esta especialidad ya que cada vez cobra más importancia la salud mental en el concepto de salud. Esta entendida como “una concepción integral que hace referencia al bienestar físico, psicológico y social”; es decir, un individuo no podrá estar del todo sano si es que no alcanza un equilibrio en estos tres niveles, la esfera biológica incluye los atributos físicos y fisiológicos del individuo y la interacción que éste establece con el medio ambiente; la esfera psicológica, por su parte abarca sus características mentales, emocionales y conductuales. Entre ambas, la esfera psicológica y la esfera biológica, se da de manera natural una amplia y diversa relación, que alcanza seguramente su máxima expresión en la presencia simultánea de enfermedades físicas y mentales en un mismo paciente.(32)

A diferencia del DSM en su cuarta versión, el DSM V es mucho más específico, incluye más criterios diagnósticos, y se acerca más a la realidad de la práctica clínica por lo que las nuevas versiones tienen mayores umbrales para su diagnóstico, lo cual impacta directamente en la calificación de la pérdida laboral.

La depresión está presente en gran parte de las patologías preexistentes, esto añadido con las situaciones socioeconómicas del país como el desempleo, la falta de estabilidad laboral, los problemas económicos, la inseguridad, la inestabilidad política entre otros aspectos, logra impactar más en la vida cotidiana de las personas.

Es evidente que las personas que tienen enfermedades laborales preexistentes en la mayoría de los casos también desarrollan depresión, lo cual complica la enfermedad de origen y no favorece su pronóstico por lo cual impacta directamente sobre la calificación de pérdida laboral, es decir con la nueva versión del DSM-V la tendencia es que las personas que tengan este trastorno tiendan a tener calificaciones más altas.

Además, al tener en cuenta la gravedad de este diagnóstico, las repercusiones en la vida de quien la padece, las repercusiones en la productividad empresarial, las altas tasas a nivel mundial incluyendo el aumento de las estadísticas de suicidio en la población joven, la organización mundial de la salud (OMS), la organización mundial del trabajo (OIT) y demás entidades; se le ha dado mayor relevancia a este trastorno, motivo por el cual el gobierno se ve obligado a darle mayor relevancia al tema y generar políticas públicas y programas en este ámbito.

La legislación colombiana es efímera, convirtiéndose en un proceso difícil por las responsabilidades de las diferentes entidades para que asuman los costos, por ello es importante en nuestro país realizar estudios en este campo para propender acciones y políticas que promuevan la salud mental.

En este sentido se hace necesario y urgente la creación de políticas públicas de prevención en trastornos mentales, dentro de las organizaciones debe convertirse en una herramienta necesaria dentro de las mismas con finalidades no solo de prevención sino de seguimiento y atención constante.

X. REFERENCIAS

1. O.M.S. Depresión. 2018; Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>
2. Ministerio de Salud y Protección Social. Boletín de salud mental Depresión Subdirección de Enfermedades No Transmisibles. 2017;0–16. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/boletin-depresion-marzo-2017.pdf>
3. Association AP. DSM-5. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. 2014.
4. Villamarin C y CS. Depresión en el ámbito laboral – informe de la world federation for mental health. Inf LA WORLD Fed Ment Heal. :18.
5. Congreso de la República. Ley 100. 1993;1–23.
6. Cabello Salmerón M. DISCAPACIDAD LABORAL Y DEPRESIÓN. Univ Auton Madrid. 2012;
7. Sandín B. DSM-5: ¿Cambio de paradigma en la clasificación de los trastornos mentales? [DSM-5: A paradigm change in the classification of mental disorders?]. Rev Psicopatología y Psicol Clínica. 2014;18(3):255.
8. Diagn C. DSM-5 [Internet]. Chicago (EEUU): American Psychiatric Association; 2014. Available from: www.psychiatry.org/dsm5
9. Jaramillo LE. DSM-5 : ¿ Cambios significativos ? 2015;35(125):111–21.
10. Santos JL, Sanz LJ. DSM- 5: Novedades y criterios diagnósticos. 2013. 1-32 p.
11. Surís A, Holliday R, North C. The Evolution of the Classification of Psychiatric Disorders. Behav Sci (Basel) [Internet]. 2016;6(1):5. Available from: <http://www.mdpi.com/2076-328X/6/1/5>

Evolución conceptual del Trastorno Depresivo según el DSM-V y su impacto en la calificación de la pérdida laboral

12. De M, Pellín C, Gimeno C, Esteban J. Dsm-Iv Y Dsm-Iv-Tr De Los Trastornos. 2002;
13. Moya JR. Deoresión y suicidioi en la infancia y adolescencia.NAVARRA. Available from: <http://www.redalyc.org/pdf/3666/366638709005.pdf>[http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/Depresión y suicidio en la infancia y adolescencia .pdf](http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/Depresión_y_suicidio_en_la_infancia_y_adolescencia.pdf)
14. Testal R, Francisco J, Calderón S, Garcelán P, Dsm-iv-tr D, De D-, et al. From DSM-IV-TR to DSM-5 : Analysis of some changes. 2014;
15. Echeburúa E, Salaberría K, Cruz-Sáez M. Aportaciones y limitaciones del DSM-5 desde la psicología clínica. Ter Psicol. 2014;32(1):65–74.
16. Journal P. Editorial 9. :9–21.
17. Capell E. Una Nueva Mirada a La Psicopatología El Dsm-V Y Su Significación Histórica. RacmypEs [Internet]. 2015;1–32. Available from: <http://www.racmyp.es/R/racmyp/docs/anales/A92/A92-50.pdf>
18. Esbec E, Echeburúa E. El modelo híbrido de clasificación de los trastornos de la personalidad en el DSM-5: un análisis crítico. Actas Esp Psiquiatr. 2015;43(5):177–86.
19. Carolina S, Unda C, Carolina S, Unda C. El principio de estabilidad laboral en Colombia : La tensión entre los derechos sociales laborales vs las políticas neoliberales de El principio de estabilidad laboral en Colombia : La tensión entre los derechos sociales laborales vs las políticas neolibe. 2018;
20. El Congreso DC. Ley 1562 De 2012. Bibl Minsaud [Internet]. 2012;1–22. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/Ley-1562-de-2012.pdf>
21. Gómez CAS. Aspectos normativos en la legislación Colombiana para la determinación como enfermedad profesional del estrés laboral (Regulatory aspects colombian legislation to determine how the work stresses illness) (Aspectos de regulamentação da legislação...). Rev CES Salud Pública [Internet]. 2011;2(1):85–90. Available from: http://revistas.ces.edu.co/index.php/ces_salud_publica/article/view/1452http://revistas.ces.edu.co/index.php/ces_salud_publica/article/download/1452/915
22. República Colombiana. Decreto 1507: Tabla de Enfermedades Laborales. 2014; Available from: http://www.mintrabajo.gov.co/documents/2014/7/36482/decreto_1477_del_5_de_agosto_de_2014.pdf<http://www.mintrabajo.gov.co/documents/2014/8b5d7b299500>
23. Ministerio de la Proteccion Social. Resolucion 2646. نُق ق ف ث ق ث; 2008; نُ ب ث ب ث ب. نُ ق ق ف ث ق ث; نُ ق ق ف ث ق ث; نُ ق ق ف ث ق ث.
24. Corte Constitucional de Colombia. Código sustantivo del trabajo. Editor Temis Bogotá [Internet]. 1951;1–165. Available from: <http://scholar.google.com/scholar?hl=en&btnG=Search&q=intitle:CÓDIGO+SUSTANTIVO+DEL+TRABAJO#1%5Cnhttp://scholar.google.com/scholar?hl=en&btnG=Search&q=intitle:Código+sustantivo+del+trabajo#1>
25. Congreso de Colombia. Ley 361. Integración social de personas con limitación (11 de febrero). D Of [Internet]. 1997;1997(42.978). Available from: https://www.mintic.gov.co/portal/604/articulos-3673_documento.pdf
26. Ministerio del Trabajo. Manual único para la calificación de la pérdida de capacidad laboral y ocupacional. 2010; Available from: https://www.google.com.co/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwi2x_HznN_QAhXHeCYKHdWYAbOQFggdMAE&url=http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=58941&usg=AFQjCNHl4_WcFPMg4wEEanuTqeaGHOjWnA
27. Constitucional C. Sentencia T-332/15. 2015;
28. Board DR. Grado de pérdida de capacidad laboral asociada a la comorbilidad de los desórdenes músculo esqueléticos en la Junta de Calificación de Invalidez , 2009-2012. Revista de la Universidad Industrial de Santander; Julio 2 de 2014. Vol. 2014;46(3):249–58. Available from: <http://revistas.uis.edu.co/index.php/revistasaluduis/article/view/4501/5305>
29. Trabajo M del. Procurar la seguridad y salud en el trabajo es una prioridad y obligación del Gobierno Nacional. Procur la Segur y salud en el Trab es una prioridad y obligación del Gob Nac [Internet]. 2018; Available from: <http://www.mintrabajo.gov.co/prensa/comunicados/2018/octubre/procurar-la-seguridad-y-salud-en-el-trabajo-es-una-prioridad-y-obligacion-del-gobierno-nacional-ministra-alicia-arango>
30. Rugulies R, Ando E, Ayuso-mateos JL, Bonafede M, Cabello M, Di C, et al. Review article WHO / ILO work-related burden of disease and injury :

- Protocol for systematic reviews of exposure to long working hours and of the effect of exposure to long working hours on depression. *Environ Int* [Internet]. 2019;125(January 2018):515–28. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.envint.2018.11.011>
31. Bataller-Cervero AV, Cimarras-Otal C, Sanz-López F, Lacárcel-Tejero B, Alcázar-Crevillén A, Villalba Ruete JA. Musculoskeletal disorders assessment using sick-leaves registers in a manufacturing plant in Spain. *Int J Ind Ergon*. 2016;56(1):124–9.
32. Valenzuela Contreras LM. La salud, desde una perspectiva integral. *Rev univ educ fis Deport* [Internet]. 2016;9(9):50–9. Available from: <http://www.revistasiauacj.edu.uy/index.php/rev1/article/view/103>