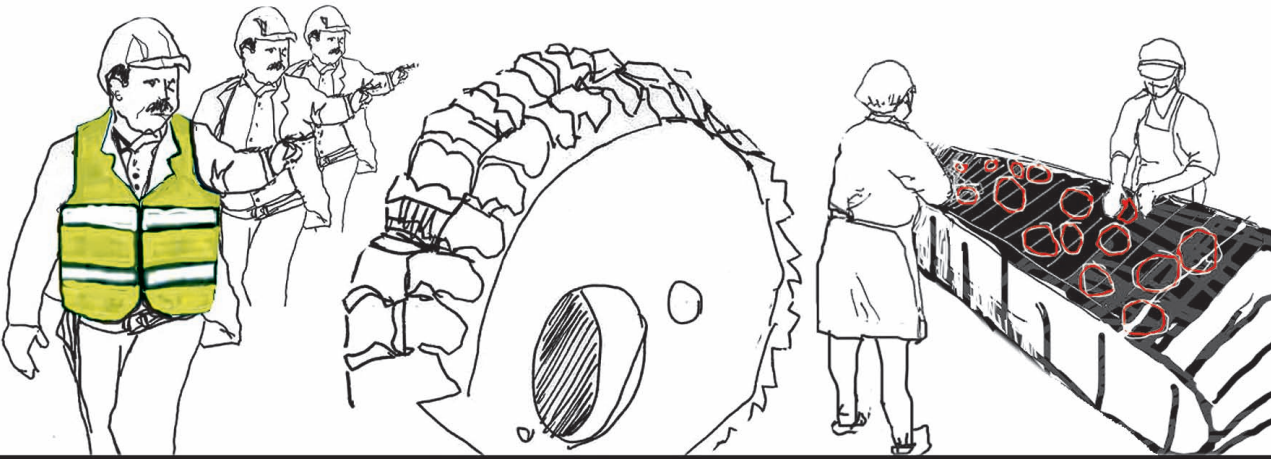


# DERECHO LABORAL



## Despido y protección social del enfermo bipolar

(Una contribución al estudio del impacto de la  
enfermedad mental en la relación de trabajo)

Alberto Valdés Alonso

*Profesor de Derecho del Trabajo y de la Seguridad Social  
Universidad Complutense de Madrid*



## COLECCIÓN DE DERECHO LABORAL

### TÍTULOS PUBLICADOS

- Normas laborales y contratos colectivos**, *Jesús Lahera Forteza* (2008).
- Estrategias empresariales y extinción colectiva de los contratos de trabajo**,  
*Milagros Alonso Bravo* (2008).
- El despido objetivo por necesidades de la empresa**, *Lucía Martín Rivera* (2008).
- La consideración conjunta de las contingencias y el principio de igualdad (en el Sistema español de Seguridad Social)**, *Antonio José Piñeyroa de la Fuente* (2008).
- Prevención de riesgos laborales y descentralización productiva**, *Azucena Escudero Prieto* (2009).
- Despido y protección social del enfermo bipolar. (Una contribución al estudio del impacto de la enfermedad mental en la relación de trabajo)**, *Alberto Valdés Alonso* (2009).

**COLECCIÓN DE DERECHO LABORAL**

Director: FERNANDO VALDÉS DAL-RÉ

Catedrático de Derecho del Trabajo  
Universidad Complutense de Madrid

---

# **DESPIDO Y PROTECCIÓN SOCIAL DEL ENFERMO BIPOLAR**

**(Una contribución al estudio del impacto de la  
enfermedad mental en la relación de trabajo)**

Alberto Valdés Alonso

*Profesor de Derecho del Trabajo y de la Seguridad Social*

*Universidad Complutense de Madrid*



Madrid, 2009

© Editorial Reus, S. A.  
Preciados, 23 - 28013 Madrid  
Tfno: (34) 91 521 36 19 - (34) 91 522 30 54  
Fax: (34) 91 531 24 08  
E-mail: reus@editorialreus.es  
<http://www.editorialreus.es>

1.ª edición REUS, S.A. (2009)  
ISBN: 978-84-290-1573-7  
Depósito Legal: Z. 3457-09  
Diseño de portada: María Lapor  
Impreso en España  
Printed in Spain

Imprime: Talleres Editoriales COMETA, S. A.  
Ctra. Castellón, Km. 3,400 – 50013 Zaragoza

Fotocopiar ilegalmente la presente obra es un delito castigado con cárcel  
en el vigente Código penal español.

*A Fernando Valdés Dal-Re,  
por su humanidad.*



# INTRODUCCIÓN

## SALUD MENTAL, TRASTORNO BIPOLAR Y RELACIÓN DE TRABAJO

SUMARIO: 1. Salud mental: el desafío socio-sanitario del siglo XXI.— 2. Enfermedad mental y trabajo.— 3. El trastorno maniaco-depresivo y su incidencia en las relaciones laborales.— 4. Estructura del estudio.

### 1. SALUD MENTAL: EL DESAFÍO SOCIO-SANITARIO DEL SIGLO XXI

El Libro Verde de la CE sobre la salud mental en Europa<sup>1</sup> apunta que la atención y tratamiento de los desórdenes mentales constituye, en la actualidad, uno de los elementos importantes a tener en cuenta en orden a la consecución de los objetivos estratégicos que la Unión Europea [en adelante, UE] tiene fijados ya que, por su incidencia en la población, ha pasado a convertirse en uno de los desafíos crecientes de mayor importancia en nuestro entorno comunitario<sup>2</sup>. Efectivamente,

---

<sup>1</sup> *Mejorar la salud mental de la población. Hacia una estrategia de la Unión Europea en materia de salud mental* de 14.10.2005 (COM (2005) 484 final).

<sup>2</sup> Sobre las directrices generales de la UE en materia de salud, véase el Libro Blanco de la CE, de 6 de octubre de 2007 «*Juntos por la salud: un enfoque estratégico para la UE 2008-2013*». Una valoración del mismo en CALVETE OLIVA, A., «Estrategia de salud de la Unión Europea: Salud Pública para las personas europeas», en *Revista Española de Salud Pública*, núm. 82, 2008, págs. 273-281.

según los datos contenidos en el mencionado Libro Verde, se estima que aproximadamente un 27% de la población europea adulta sufre al menos una forma de trastorno psíquico al año. De estos trastornos se valora que la ansiedad y la depresión son las formas más comunes de dolencia, considerándose que para el año 2020 sea esta última, la depresión, la causa de enfermedad mental número uno en el mundo desarrollado.

La importancia de estos trastornos mentales que, evidentemente, se proyectan sobre todos los órdenes de la vida causando importantes pérdidas y cargas a los sistemas económicos, sociales, educativos, penales y judiciales, ha generado en la UE la necesidad de creación e impulso de varias iniciativas en orden a eliminar o, al menos, disminuir los efectos generados por estas situaciones. Así, con carácter general, la UE viene realizando desde el año 1997 proyectos y programas específicos sobre esta materia constituyendo el *Programa de la UE en el ámbito de la Salud Pública (2003-2008)*, sobre la base del artículo 152 del Tratado CE<sup>3</sup>, el fundamento jurídico de las acciones comunitarias sobre este tema<sup>4</sup>. Además, se han realizado otros programas específicos en relación con la política social y el empleo, con la investigación en el campo de la salud mental, con la política educativa y con la política comunitaria en materia de libertad, justicia y seguridad (DAPHNE II) en el sentido, este último, de analizar los problemas psíquicos generados por la situación de quienes sufren violencia de género o discriminación en cualquiera de sus manifestaciones, o el programa MHEDEA-2000 para la evaluación europea de las discapacidades<sup>5</sup>.

No obstante, a nuestro juicio, aún no se ha definido con claridad una estrategia comunitaria de carácter global que enlace las actividades antes mencionadas y otras más efectuadas, sino que, por el momento, asistimos a la generación de un sumatorio de acciones puntuales caren-

---

<sup>3</sup> Art. 152 Tratado CE: «Al definirse y ejecutarse todas las políticas y acciones de la Comunidad se garantizará un alto nivel de protección de la salud humana».

<sup>4</sup> Decisión núm. 1786/2002/CE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 23 de septiembre de 2002. DOCE L 271, de 9 de octubre de 2002.

<sup>5</sup> Mental health disability: a european assessment in the year 2000, MHEDEA 2000, RTD Project QLG5-1999-01042.



tes de la necesaria coherencia interna que les proporcione la eficacia necesaria para acometer una tarea de tal envergadura<sup>6</sup>.

Tomando como referente los trabajos realizados por la Organización Internacional del Trabajo [en adelante, OIT], las investigaciones efectuadas arrojan conclusiones muy similares. Así, en particular, el estudio *Mental health in the workplace: introduction*<sup>7</sup> revela que la discapacidad mental está aumentando hasta el punto de convertirse en el motivo más común para la asignación de pensiones de incapacidad, señalando los trastornos depresivos como la dolencia que más costes genera en salud mental e incapacidad. En orden a su importancia, el absentismo laboral se presenta como la segunda consecuencia negativa directamente ligada a la enfermedad mental seguida, de forma inmediata, por el abandono del empleo<sup>8</sup>.

Por su parte, la Organización Mundial de la Salud [en adelante, OMS] corrobora estos datos profundizando aún más no sólo en implicaciones económicas que la salud mental acarrea a los diferentes Estados, sino que además se centra en un pormenorizado análisis de la vertiente más social del problema: la estigmatización, la discriminación, la vulneración de los derechos humanos así como la carga social y familiar que estas patologías conllevan<sup>9</sup>. En la Declaración de Helsinki quedó patente

---

<sup>6</sup> La propia Comisión ha elaborado las líneas maestras de un posible plan estratégico que podría centrarse en los siguientes aspectos: a) *Promover la salud mental de toda la población*; b) *Hacer frente a las enfermedades mentales mediante la prevención*; c) *Mejorar la calidad de vida de las personas afectadas por enfermedades o discapacidades psíquicas integrándolas en la sociedad y protegiendo sus derechos y su dignidad*; d) *Desarrollar un sistema de información, investigación y conocimientos sobre salud mental para toda la UE*.

<sup>7</sup> Informe donde se analiza la salud mental en el trabajo en Alemania, Estados Unidos, Finlandia Polonia e Inglaterra, preparado por GABRIEL y LIMATAINEN, Ginebra, Octubre 2000.

<sup>8</sup> Tomando como referente el Reino Unido a modo de ejemplo, se calcula que entre el 30 y el 40% del absentismo laboral es debido a alguna forma de trastorno mental, estimándose que el número de horas de trabajo perdidas por esta causa es 30 veces superior a las perdidas por conflictos sindicales (HOUTMAN, I.L.D./KOMPIER M.A.J., «Trabajo y Salud Mental», en *Enciclopedia de Salud y Seguridad en el Trabajo*, OIT, MTAS, Madrid, 2001, Cap. 5.2).

<sup>9</sup> Informe *Invertir en Salud Mental*, elaborado por el Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias de la OIT (traducido por Dr. Itzhak Levav), Ginebra, 2004, ([www.who.int/mental\\_health](http://www.who.int/mental_health)) (02.04.2007).

que una de las prioridades en el tratamiento de la salud mental pasa por la lucha contra los estigmas, discriminación y desigualdad que acompañan a estas enfermedades, capacitando a pacientes y familiares para la implicación activa en la erradicación de tales comportamientos<sup>10</sup>.

Al reconocimiento jurídico-social de la relevancia e impacto de las enfermedades mentales sobre la salud de la población, se ha acompañado un progreso y evolución de los sistemas de tratamiento médico de este colectivo, tratamiento de carácter multidisciplinar que no sólo atiende al padecimiento mental considerado en abstracto, sino que persigue la inserción integral de estos enfermos en todos los ámbitos de la sociedad. Así, de los sistemas de carácter asilar basados en la reclusión y aislamiento del enfermo<sup>11</sup>, se ha evolucionado hacia la implantación de sistemas mucho más flexibles donde predomina el carácter voluntario del ingreso hospitalario que, además, se desarrolla en establecimientos abiertos donde la terapia de grupo y las relaciones interpersonales y familiares juegan un papel fundamental. Será a partir de la segunda mitad del siglo pasado cuando asistamos a un punto de inflexión en el tratamiento de estas patologías que, abandonando la vieja institución manicomial, da paso a una redefinición de los servicios médicos y asistenciales que aportan soluciones más adecuadas para abordar la enfermedad mental en todas sus dimensiones.

---

<sup>10</sup> Conferencia ministerial europea de la OMS sobre salud mental «*Hacer frente a los desafíos, encontrar soluciones*», celebrada en Helsinki, los días 12-15 de enero de 2005.

<sup>11</sup> En sus orígenes, la situación jurídica de estos enfermos, siguiendo la tradición heredada del Derecho Romano «*se limitaba a recoger una forma de guarda (cura furiososi) que suponía un sistema de protección del patrimonio familiar que reproducía esencialmente las normas previstas para la administración del patrimonio de menores*», pero que nada especial disponía sobre las condiciones de cuidado personal de los enfermos (*cfr. Situación de las personas que padecen enfermedades mentales y de sus familias*, Sindicat de Greuges de la Comunitat Valenciana, Informe Especial a las Cortes Valencianas, pág. 8 [[www.sdg.gva.es/Salud\\_Mental\\_c.htm](http://www.sdg.gva.es/Salud_Mental_c.htm)]).

## **2. ENFERMEDAD MENTAL Y TRABAJO**

No cabe duda de que, junto con las interrupciones de carácter afectivo, social y familiar, uno de los aspectos más problemáticos que debe afrontar el enfermo mental es su integración en el mundo laboral. El enfermo mental, por su condición<sup>12</sup>, tiene serias barreras de entrada al empleo así como dificultades en obtener una cierta estabilidad en el mismo. En este sentido, si para cualquier persona la dificultad de acceso o pérdida del empleo condicionan su bienestar psicológico, en el caso del enfermo mental el problema adquiere mayor relevancia ya que el trabajo, además de medio de subsistencia y de integración social, cumple una más que contrastada función psicoterapéutica.

Estas especiales dificultades de integración en el ámbito laboral son debidas, fundamentalmente, a la presencia de tres factores que condicionan de forma extraordinaria la realización de un trabajo productivo:

- a) Por un lado, es evidente que en función de la sintomatología, el tratamiento y el consiguiente nivel de deterioro cognitivo del enfermo, existe una evidente merma de su capacidad y habilidades para el desarrollo de una actividad remunerada. Repárese en que, a pesar de los avances farmacológicos, determinados medicamentos siguen generando efectos secundarios que interfieren notablemente en la capacidad, atención, memoria, sistema locomotor, etc.
- b) Por otro lado, entre este colectivo son frecuentes la pérdida (o inexistencia) de hábitos de trabajo, la falta de motivación o el miedo hacia experiencias que puedan interpretarse como frustrantes<sup>13</sup>.
- c) Por último, es un hecho constatado que en la población persisten

---

<sup>12</sup> Repárese en que decimos condición, y no simplemente enfermedad, Efectivamente, la enfermedad mental, en la mayor parte de su casos —y en el trastorno bipolar lo es— pasa a formar parte de una condición sustancial de quien la padece, aun cuando éste se encuentre correctamente tratado y asintomático ya que interacciona en todos los órdenes de su vida, tanto en el orden interno como en su desenvolvimiento externo.

<sup>13</sup> Cfr. *Situación de las personas que padecen enfermedades mentales y de sus familias*, Sindicat de Greuges de la Comunitat Valenciana. *ob. cit.*, pág. 686.

actitudes de estigmatización, discriminación y falta de respeto hacia los que sufren alteraciones o discapacidades mentales lo cual, en el orden sociolaboral, se traduce en una barrera de acceso al empleo y la ocupación de este colectivo así como en una causa fundamental de extinción de la relación laboral.

Nos enfrentamos, por tanto, con unas dolencias que, dependiendo de la intensidad y/o la presencia de otros factores concurrentes, pueden generar una situación discapacitante, con al menos tres vertientes claramente diferenciadas, la *técnica*, la *psicológica* y la *social*, lo cual da idea de las enormes dificultades con que se enfrenta este colectivo para el desarrollo de una actividad en un entorno laboral común.

Con independencia de las implicaciones que las enfermedades mentales tengan en todos los órdenes de la vida, en nuestro campo concreto, esto es, el del empleo, la relación de trabajo y la protección social a ella asociada, las cifras de que disponemos son, cuanto menos, alarmantes. Así, de conformidad con el Libro Verde, se estima que las enfermedades mentales ocasionan en la UE unos costes económicos que se estiman entre el 3%-4% del Producto Interior Bruto [en adelante PIB] por la pérdida de productividad que conllevan constituyendo, además, una de las principales causas de absentismo laboral, de jubilación anticipada y de percepción de pensiones por discapacidad lo cual se traduce, en definitiva, en una importante merma del capital social de los estados. En este sentido, como señala ALBRACH, valorando el presente y futuro de estas enfermedades puestas en relación con la actividad productiva «*la salud mental es el talón de Aquiles de la economía basada en el conocimiento*»<sup>14</sup>.

Debemos tener en cuenta, por último, que el trabajo, [invertimos ahora la secuencia *enfermedad mental-trabajo*], puede ser a su vez el causante directo o al menos el factor desencadenante de determinados trastornos mentales. Este tema no es ni mucho menos reciente en sus planteamientos, si bien lo cierto es que la interacción entre salud mental y trabajo todavía hoy carece tanto de modelos teóricos conceptuales que incidan en profundidad sobre la materia, como de posiciones uni-

---

<sup>14</sup> Cfr. Conferencia organizada por la OIT sobre «*Globalización justa-Un de trabajo seguro*», Dusseldorf, 24-26 de octubre 2005 ([www.ilo.org/labourinspection](http://www.ilo.org/labourinspection)).

tarias respecto de su tratamiento práctico-legal. Efectivamente, aun cuando ni la Recomendación 194 de la OIT, ni la Lista Europea de Enfermedades Profesionales, ni el Cuadro de Enfermedades Profesionales vigente en nuestro ordenamiento recogen expresamente tal intrínseca relación, los más recientes trabajos de la OIT sobre la materia discurren por esa línea entendiendo que existen determinadas dolencias mentales que, por derivarse directamente del medio de trabajo, son susceptibles de tener la calificación de enfermedad profesional<sup>15</sup>.

Además, es evidente, como veremos más adelante, que existen determinadas dolencias mentales que, si no pueden llegar a tener la [automática] consideración de enfermedades profesionales, sin duda constituyen enfermedades o accidentes del trabajo de acuerdo a nuestra legislación de Seguridad Social siempre y cuando se acredite la necesaria existencia de nexo causal<sup>16</sup>.

Por último hemos de señalar —y es una valoración de carácter general que incide colateralmente en el ámbito productivo— que de conformidad con las estadísticas aportadas por la Federación Mundial para la Salud Mental, aproximadamente 1.000.000 de personas mueren por suicidio al año, siendo los trastornos mentales el causante directo del 50% de los mismos, porcentaje que asciende hasta el 90% en valoración indirecta<sup>17</sup>.

### **3. EL TRASTORNO MANIACO-DEPRESIVO Y SU INCIDENCIA EN LAS RELACIONES LABORALES**

De entre las dolencias mentales que más directamente inciden en las relaciones laborales, existen algunas que son ya de sobra conocidas y abordadas con mayor o menor extensión tanto por la comunidad médico-científica como, en ocasiones, por la doctrina iuslaboralista las cuales serían —por citar algunos de los más relevantes ejemplos— la depresión o el abuso de alcohol y drogodependencias, dolencias todas ellas identificadas con una aceptable seguridad y valoradas con un elevado

---

<sup>15</sup> Sobre el particular *Vid. Infra*. Capítulo 4, apartado 1.3.

<sup>16</sup> *Vid. Infra*. Capítulo 4, apartado 1.1.

<sup>17</sup> Véase. Carta de la Presidenta de la Federación Mundial de la Salud Mental de 31 de mayo de 2006 ([www.wfmh.org](http://www.wfmh.org)).

porcentaje de fiabilidad tanto en su vertiente clínica como en cuanto a su repercusión directa o indirecta en el trabajo.

Junto con este grupo existen otras dolencias que, bien de forma aislada, o asociadas a otra u otras, se presentan con reiterada frecuencia pero, bien por ser manifestaciones de carácter temporal, o por el propio curso de la enfermedad y su tratamiento, o incluso por el desconocimiento del propio sujeto de encontrarse afecto a un padecimiento mental, no es fácil advertir su alcance preciso en relación con la actividad productiva; tal podría ser el caso de los desórdenes obsesivo-compulsivos, la ansiedad generalizada, los desórdenes alimentarios, trastornos adaptativos, etc

De este segundo grupo de dolencias, es sin duda el trastorno maniaco depresivo o, más vulgarmente conocido, como trastorno bipolar<sup>18</sup> el que en la actualidad constituye una de las enfermedades mentales más problemáticas en relación con el trabajo, ya que posee unas connotaciones y características propias que no sólo impiden fácilmente su diagnóstico (y por tanto, tratamiento adecuado), sino que en su apariencia externa puede no presentar una disfuncionalidad típica en el sujeto que la padece y que, consecuentemente, permita asociarse a una incapacidad, o cuanto menos, inhabilidad para el trabajo. Buena prueba de ello es, como se verá mas adelante, la creciente y cada vez más precisa masa jurisprudencial que se esta generando en los últimos años sobre el tema en nuestro país y que —con independencia de la particularidad que siempre cada

---

<sup>18</sup> A lo largo de este estudio, para denominar esta enfermedad emplearemos el término «trastorno maniaco-depresivo» y «trastorno bipolar» de forma indiferenciada, si bien la segunda acepción es la más comúnmente adoptado en la comunidad científica, ya que se ha considerado que reduce la estigmatización propia de la dolencia induciendo a una mejor adaptación de la enfermedad en el entorno social. No obstante, compartimos la opinión de JAMISON respecto de que el término maniaco-depresivo describe con claridad los límites de la afección y la separa de los estados puros de depresión, ciertamente diversos respecto de la alternancia que supone la manía-depresión (Cfr. JAMISON, KAY R., *Una mente inquieta. Testimonio sobre afectos y locura*, 2.<sup>a</sup> Edición 2006, Tusquets Editores, págs. 182-183). Además, como se señala en la *Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud «el problema no es de lenguaje, sino que depende principalmente de las actitudes de los individuos y de la sociedad en relación con la minusvalía o discapacidad»* (Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Madrid, 2001, pág. 263).

trastorno mental y sus efectos comporta— es objeto de los pronunciamientos más oscilantes sobre su definitiva valoración en orden a las relaciones laborales y a las prestaciones del Sistema.

Quizá por que la calificación científica del trastorno bipolar como patología dotada de entidad propia ha sido —en términos médicos— relativamente reciente, o por las muy especiales particularidades que conlleva su desarrollo, o por el desconocimiento del mecanismo real de actuación de la enfermedad o, simplemente, por la dificultad de su diagnóstico (se enmascara fácilmente con otras dolencias y comportamientos adquiridos), esta enfermedad se ha convertido en uno de los paradigmas actuales en materia de alteraciones de la salud mental tanto en la sociedad, en general, como en el ámbito laboral y de aseguramiento, en particular. Llama la atención como, a pesar de los devastadores efectos que estos trastornos anímicos o de humor tiene en millones de personas en todo el mundo, *«todavía existe un vacío de conocimientos respecto de la etiología y patología subyacentes a estas afecciones»*<sup>19</sup>.

No obstante, se debe destacar el imponente esfuerzo realizado en las últimas décadas por la comunidad científica en relación con la investigación y tratamiento de esta dolencia, avances todos ellos que han permitido calificar al período actual, sin duda, como «la nueva era bipolar»<sup>20</sup>. Nueva «era» que, entendemos, no es debida a un incremento real de la dolencia en términos cuantitativos, sino mas bien a un significativo incremento en el correcto diagnóstico de la misma; así, determinadas depresiones severas o síntomas psicóticos [que podrían asociarse fácilmente con la esquizofrenia] que han constituido uno de los pilares básicos del objeto de la investigación psiquiátrica, y que tradicionalmente se han venido considerando dotados de entidad se incluyen ahora en otra categoría multiforme pero no por ello carente de identidad propia: el trastorno maniaco-depresivo o trastorno bipolar.

Atendiendo a las estadísticas de que se dispone, sólo en el ámbito de la UE se han diagnosticado en el año 2005, 2,4 millones de enfer-

---

<sup>19</sup> VÁZQUEZ, G.H., «Neurobiología celular y molecular del trastorno bipolar», en VV.AA., *Trastornos bipolares. Conceptos clínicos, neurobiológicos y terapéuticos*, 1.ª ed., Editorial Médica Panamericana, Buenos Aires, 2006, pág. 229.

<sup>20</sup> AKISKAL, H.S., «La nueva era bipolar», en VV.AA., *Trastornos bipolares. Conceptos clínicos, neurobiológicos y terapéuticos*, ob. cit., pág. 3.

mos con esta patología sobre una población total de 301,7 millones comprendidos en una franja de edad entre los 18 y los 65 años. En España ha aumentado esta proporción calculándose la posible existencia de un número cercano a los 500.000 casos posibles con independencia de los que realmente hayan sido claramente diagnosticados. A estos datos debemos añadir que —como antes señalábamos— una buena parte de los enfermos diagnosticados inicial y e incluso temporalmente como afectados de un trastorno depresivo, psicótico o adictivo, lo eran en realidad de un trastorno bipolar. Con carácter general y atendiendo diversos y recientes estudios epidemiológicos realizados sobre la incidencia de esta enfermedad<sup>21</sup>, se puede concluir que la probabilidad de padecer un trastorno bipolar se sitúa entre el 1% y el 2-2,5% de la población, porcentaje que aumenta hasta un 6,5% si nos referimos al conjunto de alteraciones anímicas que se incluyen en el denominado espectro bipolar<sup>22</sup>.

La incidencia negativa de esta enfermedad en el sujeto que la padece es muy superior a la derivada de otras dolencias mentales y se proyecta sistemáticamente en todos los órdenes de la vida; afectivo, familiar, social y, muy especialmente, en el ámbito laboral y socio-económico. Despido, desempleo, infraempleo, pérdida de productividad e incapacidad laboral subsidiada son algunos de los efectos perversos más frecuentes en este ámbito concreto. En lo referente al impacto económico que esta enfermedad genera, los datos de que se dispone son abrumadores ya que se proyectan en una doble vertiente con clara traducción económica<sup>23</sup>:

---

<sup>21</sup> LÓPEZ PEÑA, P., *et alia.*, «Epidemiología, edad de comienzo y antecedentes familiares en el trastorno bipolar», en VV.AA., *Trastorno Bipolar*, Aula Médica Ediciones, Madrid, 1999, pág. 16.

<sup>22</sup> La practica clínica nos demuestra que existe un amplio margen de subtipos en el campo conceptual, que conforma un amplio abanico que se viene en denominar espectro bipolar, que se caracteriza por encontrarse en la frontera de los límites del trastorno bipolar en su más clásica forma clínica. Sobre el particular, muy descriptiva es la valoración de este espectro en JAMISON, K.R., *Marcados con fuego. La enfermedad maniaco depresiva y el temperamento artístico*, Fondo de Cultura Económica, México, 1998, págs. 25 y ss.; AKISKAL, H.S., «La nueva era bipolar», en VV.AA., *Trastornos bipolares. Conceptos clínicos, neurobiológicos y terapéuticos*, *ob. cit.*, pág. 5 y ss.

<sup>23</sup> Un preciso estudio sobre el tema en STREJILEVICH, S.A., «Costos e impacto sanitario de los trastornos bipolares», en VV.AA., *Trastornos bipolares. Conceptos clínicos, neurobiológicos y terapéuticos*, *ob. cit.* págs. 55-68.



- Por un lado existen unos *costes directos* vinculados al tratamiento y asistencia derivados de la enfermedad tales como asistencia médica, farmacológica, internamientos hospitalarios, etc. Aun cuando existen muy pocos estudios rigurosos sobre el tema, de conformidad con aquellos relativamente recientes realizados por RICE<sup>24</sup>, solo el coste del trastorno bipolar supone el 21% del gasto total en salud mental en EE.UU.
- Por otro lado, es evidente que existen unos *costes indirectos* pues se genera una disminución de la productividad del trabajador bipolar, no tanto por falta de rendimiento en su quehacer diario sino precisamente por la irregularidad con que desarrolla el mismo. El absentismo laboral junto con el desempleo, la asistencia por terceros y, desgraciadamente, el suicidio se traducen porcentualmente en el 80% de los costes que genera el trastorno bipolar.

Además, existiría una tercera categoría que son los denominados *costes intangibles*, de imposible cálculo, y que se corresponden con los cambios conductuales, a veces imperceptibles, y en cualquier caso sutiles, que alteran la forma de afrontar la vida por parte del sujeto y que se traducen en una limitación de su potencial tanto laboral como social; pérdida de oportunidades de negocio, erróneos análisis previos al proceso de toma de decisión, impulsividad o retraimiento en el desarrollo de relaciones sociales/profesionales son algunas de las manifestaciones de este impacto intangible del trastorno bipolar.

#### **4. ESTRUCTURA DEL ESTUDIO**

Aún cuando el objetivo del presente estudio consiste en realizar una aproximación a este trastorno desde la óptica de su incidencia en las relaciones de trabajo, así como su valoración a efectos de las prestaciones del Sistema de la Seguridad Social y Asistencia Social, resulta imprescindible profundizar con cierto detenimiento en los aspectos clínicos de la enfermedad y, muy en especial, en las alteraciones psíquicas y de comportamiento que produce en el sujeto que las padece ya

---

<sup>24</sup> RICE D. MILLER L., «The economic burden of affective disorder», en *Br J Psychiatry*, núm. 27, 1995, págs. 34-42.

que, de lo contrario, muy difícilmente se podría entrar a realizar una valoración real del alcance de esta enfermedad en relación a las diversas vicisitudes que conlleva la relación laboral (obediencia, asistencia al trabajo, rendimiento debido e incluso, finalmente, acaecimiento de despidos disciplinarios u objetivos) y, mucho menos, respecto de su posible carácter invalidante para el trabajo a efectos del ámbito prestacional de la Seguridad Social o de otros sistemas privados de aseguramiento. Por tanto, el Capítulo 1 se dedicará exclusivamente al estudio de este trastorno, haciendo referencia, igualmente, a las posibles situaciones de comorbilidad asociadas (alcoholismo, drogodependencias, etc).

En este sentido —y aun cuando la caracterización médica del trastorno y sus implicaciones puedan parecer excesivas en un estudio de estas características— tan sólo se abordan aquellas cuestiones que resultan esenciales para elaborar con un mínimo de fiabilidad el posterior discurso. No existen por tanto datos o matizaciones que se aporten de forma gratuita sino que éstos se encuentran perfectamente imbricados en la valoración y consecuencias sociolaborales inherentes a esta enfermedad.

Posteriormente, en el Capítulo 2 se aborda el trastorno bipolar desde la óptica de su carácter discapacitante, no en el sentido de su valoración a efectos de nuestro sistema de Seguridad Social —que se realiza posteriormente en el Capítulo 4— sino fundamentalmente en orden al cumplimiento de las características propias de una deficiencia psíquica entendida como discapacidad y sus implicaciones con relación a la estigmatización del paciente y su protección constitucional desde el respeto al principio de igualdad y no discriminación. Se tratará, por tanto, de ponderar hasta qué punto y de qué manera cabe integrar esta enfermedad y su decurso en el amplio espectro que hoy comprende la discapacidad y, consecuentemente, la posibilidad de proyectar sobre esta situación todos los mecanismos de tutela derivados de la mencionada condición.

El Capítulo 3 aborda íntegramente la extinción del contrato de trabajo del sujeto aquejado de esta enfermedad por ser, sin duda, uno de los efectos más perversos que conlleva su padecimiento: la seria dificultad de disfrutar de una estabilidad en el empleo. Se analiza con detenimiento el despido disciplinario —extremadamente frecuente e íntimamente ligado en su causa a las manifestaciones externas y extremas

de esta dolencia—, así como aquellos supuestos en que dichas sanciones se consideran nulas por la vulneración de derechos fundamentales que conllevan. El despido por causas objetivas, menos frecuente, también será objeto de pormenorizado análisis haciendo especial hincapié en la controversia existente sobre el alcance de la enfermedad como causa justificativa de esta modalidad de extinción unilateral.

La protección dispensada por nuestro Sistema de Seguridad Social respecto de todos los grados de la incapacidad permanente, se aborda en el Capítulo 4. La problemática que se suscita en este ámbito es común a la mayoría de las dolencias de origen mental y se traduce en las dificultades de prueba que acrediten la situación discapacitante, máxime en los supuestos en que ésta aparece de forma súbita, sin que exista una situación de incapacidad temporal previa. Además, debemos tener en cuenta para valorar correctamente estas situaciones discapacitantes la alternancia anímica y las fases asintomáticas de carácter prolongado propias del trastorno bipolar, que dificultan en extremo la labor de calificación definitiva de estos supuestos.

Por último, el Capítulo 5 se dedica a la Asistencia Social de este colectivo centrándose exclusivamente en el nuevo sistema instaurado por la relativamente reciente Ley 39/2006, *de Promoción de la Autonomía Personal y atención a las personas en situación de Dependencia*, y su posterior desarrollo reglamentario. Aun cuando lo que se diga en este Capítulo será también predicable de la mayoría de las situaciones derivadas de enfermedad mental, lo cierto es que en esta faceta asistencial, el enfermo bipolar se hace acreedor de diversas particularidades respecto de los parámetros de valoración de la asistencia necesaria y, muy especialmente, respecto de la concesión de las prestaciones que ofrece el Sistema. En este sentido, la valoración que se realice de la norma vendrá marcada por su carácter eminentemente crítico ya que, en el supuesto específico objeto de nuestro estudio, la jerarquía respecto del acceso a las prestaciones del Sistema, difícilmente se adecua a la realidad que subyace a estas especiales situaciones de dependencia.

Por último hemos de señalar —y esta es una consideración de carácter general—, que el objeto del presente estudio queda circunscrito al ámbito concreto del trastorno bipolar, si bien, en no pocas ocasiones, abordaremos los problemas que se puedan suscitar desde una óptica más general, que comprende la enfermedad mental en su conjunto. La razón

# ÍNDICE

<b>INTRODUCCIÓN. SALUD MENTAL, TRASTORNO BIPOLAR Y RELACIÓN DE TRABAJO</b> .....	7
1. SALUD MENTAL: EL DESAFÍO SOCIO-SANITARIO DEL SIGLO XXI .....	7
2. ENFERMEDAD MENTAL Y TRABAJO .....	11
3. EL TRASTORNO MANIACO DEPRESIVO Y SU INCIDENCIA EN LAS RELACIONES LABORALES .....	13
4. ESTRUCTURA DEL ESTUDIO .....	17
<b>CAPÍTULO 1. EL TRASTORNO BIPOLAR: ASPECTOS CLÍNICOS</b> .....	21
1. CARACTERIZACIÓN DE LA ENFERMEDAD MENTAL CONOCIDA COMO TRASTORNO MANIACO-DEPRESIVO O TRASTORNO BIPOLAR .....	22
1.1. Definición y caracterización médica del trastorno bipolar .....	22
1.2. Alteraciones psíquicas y de comportamiento del paciente bipolar .....	26
1.2.1. Manía .....	26
1.2.2. Depresión .....	28
1.2.3. Eutimia .....	29
1.2.4. Estados anímicos intermedios .....	30
1.3. Clasificación de los trastornos bipolares .....	31
2. COMORBILIDAD DEL TRASTORNO BIPOLAR CON EL ABUSO DEL ALCOHOL Y OTRAS SUSTANCIAS TÓXICAS O NOCIVAS .....	35
3. IMPLICACIÓN AFECTIVA, FAMILIAR Y SOCIAL DEL ENFERMO BIPOLAR .....	40
4. SUICIDIO Y TRASTORNO BIPOLAR .....	43
5. CREATIVIDAD Y HABILIDADES PROFESIONALES DEL ENFERMO BIPOLAR .....	45
6. TRATAMIENTO Y PAUTAS DE COMPORTAMIENTO DEL PACIENTE BIPOLAR .....	48

6.1. Tratamiento farmacológico.....	49
6.2. Tratamiento Psicoterapéutico .....	53
7. PLANIFICACIÓN DE RECURSOS JURÍDICOS Y SOCIALES PARA FAVORECER LA INTEGRACIÓN .....	58
<b>CAPÍTULO 2. DISCAPACIDAD, ESTIGMATIZACIÓN Y DERECHOS FUNDAMENTALES DEL ENFERMO BIPO-LAR .....</b>	<b>61</b>
1. CONCEPTO DE DISCAPACIDAD .....	61
1.1. La noción de discapacidad: evolución de un modelo.....	62
1.1.1. Concepto médico legal.....	64
1.1.2. Modelo social .....	65
1.1.3. Modelo de ciudadanía .....	65
1.2. El concepto de discapacidad en las disposiciones internacionales, comunitarias y en el ordenamiento jurídico español .....	67
1.2.1. Normas Internacionales .....	67
a) Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud .....	68
b) Convención 61/106 sobre los derechos de las personas con discapacidad .....	70
1.2.2. Derecho Comunitario .....	71
1.2.3. Ordenamiento jurídico español .....	73
2. EXCLUSIÓN Y ESTIGMATIZACIÓN DEL ENFERMO BIPOLAR .....	76
2.1. Concepto de estigmatización .....	77
2.2. Consecuencias de la estigmatización: la exclusión y vulneración de derechos fundamentales. Especial consideración al entorno laboral .....	80
3. DISCAPACIDAD Y TRASTORNO BIPOLAR .....	84
4. LA PROTECCIÓN DE LA SALUD DEL ENFERMO MENTAL EN LA CONSTITUCIÓN ESPAÑOLA DE 1978 .....	86
<b>CAPÍTULO 3. TRASTORNO BIPOLAR Y ESTABILIDAD EN EL EMPLEO. EL DESPIDO DEL ENFERMO BIPO-LAR .....</b>	<b>91</b>
1. INTRODUCCIÓN: TRASTORNO BIPOLAR Y ESTABILIDAD EN EL EMPLEO.....	92
2. EL DESPIDO DISCIPLINARIO DEL ENFERMO BIPOLAR .....	94
2.1. Incumplimientos referentes a la prestación básica pactada .....	96
a) Las faltas repetidas e injustificadas de asistencia o puntualidad al trabajo [art. 54.2 a) ET].....	96
b) La disminución continuada y voluntaria en el rendimiento del trabajo [art. 54.2 e) ET].....	100
2.2. Incumplimientos referentes a la disciplina en el trabajo .....	102

2.3. Incumplimientos referentes a la conducta del trabajador.....	103
a) Las ofensas verbales o físicas al empresario o a las personas que trabajan en la empresa o a los familiares que convivan con ellos [art. 54.2 c) ET].....	103
b) La embriaguez habitual o toxicomanía si repercuten negativamente en el trabajo [art. 54.2 f) ET].....	105
c) El acoso por razón de origen racial o étnico, religión o convicciones, discapacidad, edad u orientación sexual y el acoso sexual o por razón de sexo al empresario o a las personas que trabajan en la empresa [art. 54.2 g) ET].....	110
2.4. La transgresión de la buena fe contractual así como el abuso de confianza en el desempeño del trabajo [art. 54. 2 d) ET]. Especial referencia a la ocultación de la enfermedad como causa de nulidad del despido .....	113
2.5. Valoración de la gravedad y culpabilidad de la conducta del enfermo bipolar .....	118
2.5.1. Consideraciones generales .....	118
2.5.2. La revisión del despido disciplinario: la suficiencia de la causa .....	122
2.6. Conclusiones provisionales .....	127
3. DESPIDO POR CAUSAS OBJETIVAS.....	133
3.1. Despido objetivo fundado en ineptitud conocida o sobrevenida con posterioridad a la colocación efectiva en la empresa (art. 52 a) ET).....	134
3.1.1. Consideraciones generales: la enfermedad como núcleo del despido objetivo por ineptitud .....	134
3.1.2. Trastorno bipolar e ineptitud .....	141
3.1.3. Trastorno bipolar y el carácter no permanente de la ineptitud .....	144
3.2. Despido objetivo fundado en las faltas de asistencia al trabajo ..	147
4. DESPIDO NULO .....	150
4.1. Despido nulo por vulneración del art. 14 y 49 CE en relación con el art. 4.2 c) ET, segundo inciso. La discapacidad mental como causa última del despido. Enfermedad mental y estigmatización .....	152
4.2. Despido nulo por vulneración de los arts. 15, 41 y 43.1 CE en relación con el art. 4.2.d) ET. La enfermedad mental como causa del despido. La obligación empresarial de preservar la seguridad y salud del trabajador .....	155
4.3. Despido nulo por vulneración del art. 18 CE en relación con el art. 4.2 e) ET. Vulneración del derecho a la intimidad y dignidad en relación con la ocultación de enfermedad mental padecida ...	157

<b>CAPÍTULO 4. ACCIÓN PROTECTORA DE LA SEGURIDAD SOCIAL .....</b>	<b>163</b>
1. RIESGO PROTEGIDO Y DETERMINACIÓN DE LA CONTINGENCIA EN EL TRASTORNO BIPOLAR .....	164
1.1. Nociones previas: accidente de trabajo y enfermedad del trabajo. Breve referencia a la enfermedad profesional .....	166
1.2. Enfermedad mental, accidente de trabajo, enfermedad del trabajo y enfermedad profesional. Especial referencia al suicidio y comportamientos autolíticos .....	169
1.2.1. Accidente de trabajo en sentido estricto y trastorno bipolar	169
a) Presunción de existencia de accidente de trabajo y padecimiento de trastorno bipolar con carácter previo .....	170
b) Accidente de trabajo, padecimiento de trastorno bipolar con carácter previo y seguridad y salud en el trabajo....	175
1.2.2. Enfermedad del trabajo y enfermedad mental .....	177
a) Enfermedades del trabajo causadas por la ejecución del mismo .....	178
b) Agravación de enfermedad previa por acaecimiento de accidente de trabajo .....	181
c) Accidentes modificados en su naturaleza, duración, gravedad o terminación, por enfermedades intercurrentes ..	184
1.2.3. Enfermedades del trabajo y trastorno bipolar: valoración general .....	186
1.2.4. Suicidio y comportamientos autolíticos .....	187
1.3. La enfermedad profesional, riesgos psicosociales y trastorno bipolar .....	194
a) Respecto del accidente de trabajo .....	195
b) Respecto de la enfermedad del trabajo .....	196
c) Respecto de la enfermedad común .....	197
2. LA INCAPACIDAD PERMANENTE .....	200
2.1. Consideraciones generales: incapacidad permanente y enfermedad mental .....	200
2.2. Caracterización legal de la incapacidad permanente .....	202
2.2.1. Determinación objetiva de la dolencia .....	203
2.2.2. Situación previa de incapacidad temporal y concurrencia de secuelas previsiblemente definitivas .....	208
2.2.3. Seguimiento del tratamiento prescrito.....	210
2.2.4. Reducción de la capacidad anatómico-funcional derivada del trastorno bipolar .....	215
a) Incapacidad permanente parcial .....	217
b) Incapacidad permanente total para la profesión habitual	219
c) Incapacidad permanente absoluta y gran invalidez .....	224
2.3. Breve referencia a la valoración de la patología dual: trastorno bipolar y consumo de drogas y alcohol.....	229

---

<b>CAPÍTULO 5. ATENCIÓN A LA SITUACIÓN DE DEPENDENCIA</b>	231
1. INTRODUCCIÓN .....	231
2. CONSIDERACIONES GENERALES EN TORNO A LA LEY 39/2006 DE PROMOCIÓN DE LA AUTONOMÍA PERSONAL Y ATENCIÓN A LAS PERSONAS EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA .....	233
2.1. Concepto de dependencia y autonomía en la Ley 39/2006 .....	236
2.2. Ámbito subjetivo y grados de dependencia .....	240
a) La situación de dependencia y su valoración: grados de dependencia.....	241
b) Remisiones internormativas .....	243
2.3. El sistema para la autonomía y atención a la dependencia .....	245
2.4. Prestaciones y catálogo de servicios del sistema .....	247
2.4.1. Catálogo de servicios .....	247
2.4.2. Prestaciones del Sistema .....	248
a) Consideraciones generales .....	248
b) Acceso a las prestaciones del Sistema .....	252
3. VALORACIÓN DEL SISTEMA DE PROTECCIÓN A LA DEPENDENCIA DISEÑADO POR LA LPAPAD .....	254
3.1. El apoyo informal de atención a las situaciones de dependencia	254
3.2. Apoyo informal y cambios en la estructura familiar .....	256
3.3. Características e intensidad del apoyo informal de personas dependientes. Perspectivas de futuro.....	260
4. LA ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA Y LA ENFERMEDAD MENTAL. ESPECIAL REFERENCIA AL TRASTORNO BIPOLAR .....	262
5. LA DETERMINACIÓN DE LA AYUDA ADECUADA PARA LA PERSONA DEPENDIENTE: LA PRESTACIÓN DIRECTA DE SERVICIOS, EL SECTOR FORMAL Y EL SECTOR INFORMAL. VALORACIÓN CRÍTICA DE LA LPAPAD Y LA DISCRIMINACIÓN DE LA ENFERMEDAD MENTAL .....	267
<b>BIBLIOGRAFÍA</b> .....	275



