

# LA DISCAPACIDAD EN LA ESQUIZOFRENIA PARANOIDE

Un caso pericial

## INTRODUCCIÓN

Se nos presenta para peritación el caso de un paciente de 30 años diagnosticado desde hace 10 años de Esquizofrenia Paranoide que recibe la siguiente certificación de discapacidad por parte del organismo competente:

GENERALITAT VALENCIANA. DISCAPACIDAD.

DICTAMEN TÉCNICO FACULTATIVO. 19-9-2014

- \* Trastorno mental por Esquizofrenia Paranoide
- \* Grado de las limitaciones en la actividad 50%
- \* Factores sociales complementarios 8 P
- \* Grado Total de Discapacidad **58%**

Acude a la consulta junto con sus padres, alarmados y dolidos por no alcanzar el 65% de discapacidad que le permitiría acceder a la pensión no contributiva, sobre todo por lo que entienden grave desamparo futuro y discriminación con respecto a otros casos de su ciudad, dada la sintomatología de su hijo.

Aportan documentada la siguiente Historia Clínica:

## **A) RELACIÓN CRONOLÓGICA DE DOCUMENTACIÓN EXAMINA CON SELECCIÓN DE DATOS DE INTERÉS MÉDICO-LEGAL**

### 1. HOSPITAL X. PSIQUIATRÍA. 31-12-2009

- \* Traído por el SAMU y sus padres por alteraciones conductuales y monólogos incoherentes. Episodio similar hace dos años y medio.
- \* Sintomatología: *insomnio, tendencia a la confrontación con actitudes querulantes y provocativas, ideas delirantes, alucinaciones auditivas, conductas apragmáticas y discurso incoherente. Agitación psicomotriz. Precisa sujeción mecánica y medicación parenteral.*

### 2. HOSPITAL X. PSIQUIATRÍA. 26-6-2013

- \* Ingresa por descompensación psicótica
- \* Antecedentes: *Obesidad. Problemas de relación con compañeros. Bulimia. Episodio similar hace dos años. Consumo de cocaína y cannabis. Acudió a la UCA y tomó durante un tiempo Risperdal y Rivotril, dejándolos. Ingreso previo en 2009 (Trastorno psicótico con consumo de tóxicos)*
- \* Sintomatología:  
*-Agitación psicomotriz, labilidad emocional, discurso incoherente y desorganizado, susceptibilidad, interpretativo y paranoide, sin conciencia de enfermedad*

- Angustia, disfórico, productividad alucinatoria y delirante, siendo incapaz de verbalizar sus ideas delirantes por el nivel de angustia e incoherencia.*
- Hostil, agresivo, querulante, precisa contención química y mecánica*
- Ideas delirantes de contenido místico religioso*
- \* Pasa a tratamiento ambulatorio tras mejoría parcial.

### 3. AVS. INFORME MÉDICO DE FAMILIA. 17-4-2014

- \* Esquizofrenia Paranoide.
- \* Sin conciencia de enfermedad. Desorganizado y disgregado.
- \* Su patología le impide realizar una vida reglada y con responsabilidades laborales ya que presenta una estructura delirante de perjuicio de referencia e interpretaciones delirantes con asociaciones delirantes.

### 4. AVS. INFORME PSIQUIATRÍA. 25-7-2014

- \* Seguimiento de Esquizofrenia Paranoide
- \* Visitado en este Centro de Salud Mental desde 2009 después de alta hospitalaria psiquiátrica (dic 2009) por Trastorno Esquizofrénico Paranoide con consumo de Tóxicos (cocaína).
- \* Presentaba: ***Actividad delirante de perjuicio, autorreferencial e interpretaciones delirantes con alucinationes auditivas y sin conciencia de enfermedad.***
- \* Debido a las características de su enfermedad y nula conciencia de enfermedad, abandonó el tratamiento y precisó ingreso de nuevo (12-6-2013) por descompensación psicótica con clínica paranoide activa y productiva.
- \* Evolución de su enfermedad:
  - Crónica, sin remisión completa de sus delirios, interpretaciones y alucinationes con menos angustia y sin conciencia de enfermedad.***
  - La repercusión de su enfermedad es severa en su vida laboral y moderada a nivel familiar, siendo el GAF 51<sup>1</sup> con supervisión de la familia dependencia psíquica***
- \* Tratamiento: *Xeplion IM cada 30 d, debido a nula conciencia de enfermedad y falta de adherencia al tratamiento.*

Con estos antecedentes, abordamos en el Informe Pericial la siguiente situación del cuadro clínico actual del paciente:

<sup>1</sup> **60-51:** Síntomas moderados (por ej., afecto aplanado y lenguaje circunstancial, crisis de angustia ocasionales) o dificultades moderadas en la actividad social, laboral o escolar (por ej., pocos amigos, conflictos con compañeros de trabajo o escuela). DSM-IV-TR: Eje V (GAF): Escala de Evaluación de la Actividad Global.

## B) CUADRO PATOLÓGICO

### 1. ESQUIZOFRENIA PARANOIDE

\* El paciente ha precisado y aporta documentados tres ingresos hospitalarios por sendos brotes psicóticos.

\* Bajo seguimiento y tratamiento por el Centro de Salud Mental público de zona.

\* Persiste la siguiente sintomatología en los períodos entre brotes:

*-Sin conciencia de enfermedad. Desorganizado y disgregado.*

*-Su patología le impide realizar una vida reglada y con responsabilidades laborales ya que presenta una estructura delirante de perjuicio de referencia e interpretaciones delirantes con asociaciones delirantes.*

*-Evolución crónica, sin remisión completa de sus delirios, interpretaciones y alucinaciones, sin conciencia de enfermedad.*

*-La repercusión de su enfermedad es severa en su vida laboral (inexistente)*

\* El tipo de vida que realiza presenta importantes alteraciones:

*-Persistencia de delirios, alucinaciones y pensamiento patológico.*

*-Vive a cargo de sus padres. Ausencia de vida social. Recluido en domicilio. Bulimia. Obesidad mórbida. Pasa el día sin comunicar, ensimismado con la videoconsola y móvil. Somnolencia. Sin conciencia de enfermedad, no acepta acudir a talleres ocupacionales ni reuniones con otros pacientes y asociaciones. Rechaza consejos y orientaciones, no se le puede contradecir ni confrontar argumentos ya que reacciona con nerviosismo, ansiedad y hostilidad. La medicación ha conseguido atenuar la hostilidad, agresividad y agitación, pero la situación familiar es dramática para sus padres y hermana. Incapacidad para vivir solo y gobernar sus asuntos.*

A continuación debe intentarse encuadrar toda esta situación clínica del paciente en el baremo del Real Decreto de Minusvalía (Término sustituido por el de Discapacidad desde la normativa de la Dependencia del año 2007):

### **C) CONSIDERACIONES PREVIAS A LA EVALUACION**

Para la valoración seguiremos y tendremos en cuenta los siguientes criterios del Real Decreto 1971/1999, de 23 de diciembre. ARTICULO 5. VALORACIÓN

1. La valoración de la discapacidad, expresada en porcentaje, se realizará mediante la aplicación de los baremos que se acompañan como anexo 1, apartado A) del presente Real Decreto
2. La valoración de los factores sociales complementarios se obtendrá a través de la aplicación del baremo contenido en el anexo 1, apartado B).
3. Para la determinación del grado de minusvalía, el porcentaje obtenido en la valoración de la discapacidad se modificará, en su caso, con la adición de la puntuación obtenida en el baremo de factores sociales complementarios y sin que ésta pueda sobrepasar los 15 puntos.

El porcentaje mínimo de valoración de la discapacidad sobre el que se podrá aplicar el baremo de factores sociales complementarios no podrá ser inferior al 25 por 100.

### **D) ENFERMEDAD MENTAL. NORMAS DE BAREMACIÓN**

#### **CAPÍTULO 16. Enfermedad mental**

La valoración de la discapacidad que un Trastorno Mental conlleva se realizará en base a:

1. Disminución de la capacidad del individuo para llevar a cabo una vida autónoma.
2. Disminución de la capacidad laboral
3. Ajuste a la sintomatología psicopatológica universalmente aceptada.

Normas de carácter general

Para la valoración de la discapacidad originada por Enfermedad Mental se tendrán en cuenta los tres parámetros siguientes:

#### **1) Capacidad para llevar a cabo una vida autónoma**

Vendrá dada por el estudio de las actividades que incluyen:

##### **a) Relación con el entorno:**

Comunicación y manejo de la información general que le rodea, uso del teléfono, relación social y comportamiento de su entorno próximo y desconocido, aspecto físico y vestimenta, capacidad psíquica para dirigir su movilidad, uso de transporte, realización de encargos, tareas del hogar, manejo del dinero, actividades de ocio y, en general, la capacidad de iniciativa, voluntad y enjuiciamiento crítico de su actividad y la actividad de otros.

**b) Actividades de cuidado personal;** desplazamiento, comida, aseo, vestido y evitación de lesiones y riesgos.

## **2) Repercusión del trastorno en su actividad laboral**

Vendrá dada por:

a) **El déficit en el mantenimiento de la concentración, la continuidad y el ritmo** en la ejecución de tareas. Esta función hace referencia a la capacidad para mantener un atención focalizada de modo que la finalización de las tareas laborales se lleve a cabo en un tiempo razonable. En la realización de las tareas domésticas, la concentración puede reflejarse en la capacidad y tiempo necesario utilizado para realizar las tareas rutinarias necesarias para el mantenimiento de la casa.

b) **El deterioro o descompensación en la actividad laboral debido al fracaso en adaptarse a circunstancias estresantes**, entendiendo como tales la toma de decisiones, el planificar y finalizar a tiempo los trabajos, la interacción con jefes y compañeros, etc. El fracaso puede ponerse de manifiesto en forma de retraimiento y/o evitación de dichas circunstancias, también por la aparición o exacerbación de los síntomas del trastorno en cuestión. Se tendrá igualmente en cuenta la capacidad del sujeto para adaptarse a las distintas posibilidades que el trabajo adaptado presenta: Centros Especiales de Empleo y Centros Ocupacionales.

3) **Presencia y estudio de los síntomas y signos** constituyentes de criterios diagnósticos

**E) APLICACION DE LOS BAREMOS ESTABLECIDOS EN EL REAL DECRETO 1971/1999, de 23 de diciembre, de procedimiento para el reconocimiento, declaración y calificación del grado de minusvalía.**

**BAREMO DE ENFERMEDAD MENTAL**

Corrección de errores del RD 1971/1999. (pág. 10299 del BOE 13-3-2000)

**\* La valoración del dictamen oficial califica al paciente con un 50% de discapacidad, de lo que se desprende que ha aplicado el siguiente apartado, infravalorando el caso:**

2) Esquizofrenia y trastornos paranoides:

Clase III: Discapacidad **moderada** (25-59 por 100):

a) **Restricción moderada en las actividades de la vida cotidiana (la cual incluye los contactos sociales) y en la capacidad para desempeñar un trabajo remunerado en el mercado laboral.**

La medicación y/o el tratamiento psico-terapéutico “pueden ser necesarios de forma habitual”.

Si, a pesar de ello, persiste la sintomatología clínicamente evidente: Que “interfiere notablemente en las actividades de la persona”: Se asignará un porcentaje de discapacidad comprendido entre el 45 y 59 por 100. Que “no interfiere notablemente en las actividades de la persona”: Se asignará un porcentaje de discapacidad comprendido entre el 25 y 44 por 100.

b) Las dificultades o síntomas pueden agudizarse en períodos de crisis o descompensación.

**Fuera de los períodos de crisis: El individuo es capaz de desarrollar una actividad laboral normalizada y productiva la mayor parte del tiempo, con supervisión y ayuda: Se asignará un porcentaje de discapacidad comprendido entre el 25 y 45 por 100. El individuo sólo puede trabajar en ambientes laborales protegidos con supervisión**

mínima: Se asignará un porcentaje de discapacidad comprendido entre el 45 y 59 por 100.

c) Presencia de alguna de las características clínicas siguientes: Persistencia de síntomas psicóticos por más de un año. Dificultad marcada en la relación interpersonal o actitudes autistas.

**\* Sin embargo, por la situación clínica expuesta, creemos que el paciente debería de haber sido calificado en el siguiente nivel superior:**

|  |
|--|
| Clase IV: Discapacidad <b>grave</b> (60-74 por 100): |
|--|

a) **Marcada restricción de las actividades de la vida cotidiana** (posibilidades de desplazarse, de preparar e ingerir los alimentos, de atender a su higiene personal y al vestido, de cuidar de su hábitat y realizar las **tareas domésticas, de comunicarse y tener contactos sociales**), lo que obliga a supervisión intermitente en ambientes protegidos y total fuera de ellos.

b) **Marcada disminución de su capacidad laboral**, puesta de manifiesto por deficiencias importantes en la capacidad para mantener la concentración, continuidad y ritmo en la ejecución de las tareas y repetidos episodios de deterioro o descompensación asociados a las actividades laborales, como consecuencia del fracaso en adaptarse a circunstancias estresantes. No puede desempeñar una actividad laboral con regularidad. Puede acceder a centros ocupacionales protegidos, aunque incluso con supervisión el rendimiento suele ser pobre o irregular.

c) **Presencia de alguna** de las características clínicas siguientes:

-Mala respuesta a los tratamientos con **persistencia de sintomatología**.

-Necesidad permanente de **tratamiento con internamientos** reiterados.

-Asociaciones laxas de ideas, tendencia a la abstracción, apragmatismo.

**-Síntomas alucinatorios y delirantes crónicos**

**\* Por otra parte, técnicamente también cabría aplicar la máxima puntuación del intervalo valorado por el dictamen oficial (59%) siguiendo su propia línea argumental “moderada”, que más los 8 Puntos de Factores Sociales, alcanzaría un 67% de Discapacidad. Pero entonces no estaríamos valorando la gravedad del factor laboral.**

**F) ANEXO 1. APARTADO B**  
**BAREMO DE LOS FACTORES SOCIALES COMPLEMENTARIOS**

\* **8 Puntos** reconocidos en el dictamen oficial, los cuales se aceptan

\* Consisten estos Factores Sociales en analizar los siguientes factores por parte del Trabajador Social del equipo de valoración (pero dada su sencillez entendemos que puede ser abordado por el abogado o por el perito médico):

1. Factor Familiar
2. Factor económico
3. Factor laboral
4. Factor cultural
5. Factor entorno

**CONCLUSIONES**

1. El paciente, debido al cuadro patológico y aplicación de los baremos descritos, presenta un Grado de las Limitaciones en la actividad como mínimo del 60%.
2. Los Factores Sociales Complementarios suman un total de 8 Puntos
3. Así, pues, el Grado de Discapacidad global es como mínimo de un **68%**.

**Adjuntamos a continuación la sentencia donde se nos da la razón como parte actora.**

Finalmente, comentar que durante la vista oral, en el expediente administrativo aportado al Juzgado como contestación a la demanda, constaba un informe psicológico muy sencillo como único apoyo del dictamen oficial, que ni siquiera fue esgrimido por el abogado de la Consellería de Bienestar Social, salvo como un mero trámite formal de defensa. Lamentamos no disponer de copia del mismo.

En Valencia, a 6 de Junio del 2016  
Dr. Evelio González Prieto  
[www. Eveliogonzalez.com](http://www.Eveliogonzalez.com)