



Roj: **STSJ CANT 418/2024 - ECLI:ES:TSJCANT:2024:418**

Id Cendoj: **39075340012024100409**

Órgano: **Tribunal Superior de Justicia. Sala de lo Social**

Sede: **Santander**

Sección: **1**

Fecha: **17/05/2024**

Nº de Recurso: **278/2024**

Nº de Resolución: **401/2024**

Procedimiento: **Recurso de suplicación**

Ponente: **ELENA PEREZ PEREZ**

Tipo de Resolución: **Sentencia**

Resoluciones del caso: **SJS, Santander, núm. 4, 16-02-2024 (proc. 861/2022),
STSJ CANT 418/2024**

SALA DE LO SOCIAL DEL TRIBUNAL SUPERIOR DE JUSTICIA DE CANTABRIA

Recursos de Suplicación 0000278/2024

NIG: 3907544420220005254

TX004

Avda Pedro **San** Martin S/N Santander Tfno: 942357126 Fax: 942357004

JUZGADO DE LO SOCIAL Nº 4 de Santander de Santander Seguridad Social

0000861/2022 - 0

Puede relacionarse telemáticamente con esta

Admón. a través de la sede electrónica.

(Acceso Vereda para personas jurídicas)

<https://sedejudicial.cantabria.es/>

SENTENCIA nº 000401/2024

En Santander, a 17 de Mayo del 2024.

PRESIDENTA

Ilma. Sra. D.ª Mercedes Sancha Saiz

MAGISTRADOS/AS

Ilmo. Sr. D. Rubén López-Tamés Iglesias

Ilma. Sra. D.ª Elena Pérez Pérez (ponente)

EN NOMBRE DE SU MAJESTAD EL REY, la Sala de lo Social del Tribunal Superior de Justicia de Cantabria compuesta por las/os Ilmas/os. Sras/res. citadas/os al margen ha dictado la siguiente

S E N T E N C I A

En el recurso de suplicación interpuesto por Don Isidro contra la sentencia dictada por el Juzgado de lo social número 4 de Santander en el procedimiento número 861/22, ha sido Ponente la Ilma. Sra. Doña Elena Pérez Pérez, quien expresa el parecer de la Sala.

ANTECEDENTES DE HECHO

PRIMERO. - Según consta en autos se presentó demanda por Don Isidro, representado y asistido por el letrado Don José María Riego Diego, siendo demandados el INSS y la TGSS, representados y asistidos por el letrado de la Seguridad Social Don Jesús Alonso, sobre reclamación de incapacidad y, en su día, se celebró el acto de la vista, habiéndose dictado sentencia por el Juzgado de referencia en fecha 16 de febrero de 2024 (procedimiento número 861/22), en los términos que se recogen en su parte dispositiva.

SEGUNDO. - Como hechos probados se declararon los siguientes:

1º. Por resolución del INSS de 26 de julio de 2022 se reconoció a D. Isidro la incapacidad permanente total para su profesión habitual de personal de limpieza. Contra dicha resolución se formuló reclamación previa solicitando el grado absoluto, la cual que fue desestimada.

2º. El demandante padece el cuadro médico reflejado en el informe de la UMEVI de 05 de julio de 2022, que es del siguiente tenor:

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL: F41.9-Trastorno de ansiedad, no especificado

2. DIAGNÓSTICO

Trastorno de pánico con agorafobia, sin remisión. Cuadros vertiginosos episódicos recurrentes. Enfermedad Menière izquierdo.

3. DATOS DE RECONOCIMIENTO MÉDICO (Anamnesis, exploración, documentos aportados)

Paciente de 55 años, Operario en limpieza industrial en una acería.

Antecedente de denegación de IT en 2020 tras PIT con JD : trastorno de pánico y agorafobia.

IT por ansiedad.

Antecedentes de Trastorno de pánico. Evaluación multiaxial (Eje I): Trastorno de ansiedad generalizada. Agorafobia. Según informe de Psq de 2017...Patobiografía: Primer episodio compatible con crisis de pánico, a los 23-24 años, tras concluir el servicio militar. Desde entonces periodos de meses de duración en que reaparecen estos episodios, seguidos de fases que cumplirían criterios de TAG e incluso agorafobia. Curso remitente intermitente, manteniendo un buen grado de funcionamiento.

Intercurrencia: Enfermedad de Menière. ORL le indicó inyecciones intratimpánicas con corticoides.

EA y EF Umevi 05-07-22: En PIT próximo a agotar 545 días de IT. Refiere miedo a salir a la calle le genera mucha ansiedad y además miedo por el mareo continuo que le obliga a tener un estado de alerta permanente en los giros para no precipitar una crisis vertiginosa y caerse o empezar a vomitar. Refiere episodios de vértigo 2-3 veces al mes. EF: Acompañada de su mujer. Portador de audífonos en ambos oídos. Hipoacusia en entrevista. Impresiona de más edad. Maniobras de inestabilidad positivas. Evidentes signos de ansiedad.

Documentación clínica:

**ORL 16-07-21 diagnóstica de: ORLs mucosa derecha (Sordera mixta derecha moderada), Sordera súbita izquierda, (Sordera neurosensorial izquierda severa). Cuadros vertiginosos episódicos recurrentes. Enfermedad Menière izquierdo

**ORL 26-11-21: Evolución: Se encuentra mal. Con 3 episodios de vértigo al mes de min a horas de duración con 2-3 días, posteriormente con mareos, a pesar de tto con serc 24 /8h y edemox. Con los audífonos bien. No oteñas. No sale de casa por miedo que le de vértigo

Con doc previo de agorafobia

Tiene r en enero con psiquiatría (En tto con Cymbalta, Diazepam, y Rivotril)

Tiene RMN de base de cráneo 2019 que fue normal

Plan: Ranteo tto con corticoides intratimpánicos

Citar en enero

**ORL 15-03-22: Evolución: 3º dosis de ffortecortin. Plan: Exploración en consulta si crisis Aguda

**Psiquiatra 08-06-22: Evolución: El sueño ha mejorado pero solo duerme seguidas 3 horas. Se queja de empeoramiento que él relaciona con la proximidad de revisión de su baja. Pendiente de visita por cardío por taquicardias. Se queja de múltiples periodos de cuadros vertiginosos que ceden con diacepam y dogmatil, se mete a la cama y mejora. Aspecto mas deteriorado y ojeroso. No sale de casa, miedo a tener algún accidente o que le ocurra algo. Refiere buena adherencia al tto y falta de mejoría a pesar del tto. La hipoacusia y los vértigos dificultan la evolución.

Impresión diagnóstica: Tto de pánico con agorafobia, sin remisión.

Limitación funcional importante, tanto por problema físico como psíquico.

Plan: Volvemos a ISRS.

Dumirox 100: 0-0-1, retiramos duloxetina

Trankimazin 1 mg: 1-1-1

deprax 100: 0-0-1

Diacepam de rescate

4. TRATAMIENTO EFECTUADO, EVOLUCIÓN Y POSIBILIDADES TERAPÉUTICAS

Corticoterapia intratimpánica, Serc, edemox.

Audífonos.

Dumirox 100: 0-0-1, retiramos duloxetina. Trankimazin 1 mg: 1-1-1. deprax 100: 0-0-1

Diacepam de rescate

5. LIMITACIONES ORGÁNICAS Y/O FUNCIONALES

Trastorno de pánico con agorafobia, sin remisión. Cuadros vertiginosos episódicos recurrentes, hipoacusia, portador de audífonos.

6. EVALUACIÓN CLÍNICO-LABORAL

Paciente de 55 años, limpiador industrial en acería. Ansiedad de larga data, denegada IT en 2020 con diagnóstico de trastorno del pánico. IT actual próximo a agotar 545 días de IT. Trastorno de pánico con agorafobia, sin remisión.

Intercurren: Cuadros vertiginosos episódicos recurrentes, hipoacusia, portador de audífonos, diagnosticado de Enfermedad de Menière, corticoterapia intratimpánica.

3º. El posterior informe de revisión de grado de incapacidad permanente de 21 de agosto de 2023 refleja el siguiente cuadro médico.

2. DATOS DE LA INCAPACIDAD PERMANENTE

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL:

F41.9 - Trastorno de ansiedad, no especificado

DIAGNÓSTICO

Trastorno de pánico con agorafobia, sin remisión. Cuadros vertiginosos episódicos recurrentes. Enfermedad Menière izquierdo.

LIMITACIONES ORGÁNICAS Y/O FUNCIONALES

Trastorno de pánico con agorafobia, sin remisión. Cuadros vertiginosos episódicos recurrentes, hipoacusia, portador de audífonos.

3. DATOS DE LA REVISIÓN ACTUAL

3.1. Diagnóstico principal

F41.9 - Trastorno de ansiedad, no especificado

3.2. Diagnóstico

Trastorno de pánico con agorafobia, sin remisión. Cuadros vertiginosos episódicos recurrentes. Enfermedad Meniere izquierdo.

3.3 Reconocimiento médico (anamnesis, exploración, documentos aportados):

IPT 08-07-22 con JD: Trastorno de pánico con agorafobia, sin remisión. Cuadros vertiginosos episódicos recurrentes.

Enfermedad Meniere izquierdo. Profesión: operario de limpieza en acería. Limitaciones: Trastorno de pánico con agorafobia, sin remisión. Cuadros vertiginosos episódicos recurrentes, hipoacusia, portador de audífonos.

Expediente de RG de oficio.

EA y EF Umevi 21-08-23: Evolución referida, igual o peor.

.-A nivel ORL: Refiere 1 y 3 episodios/ mes de vértigo como siempre. Refiere que el último le ha dado durmiendo en la cama. ORL informaba de mejoría parcial tras corticoides intratimpánicos.

En tto serc(3 /24h), diazepam, sulpiride a demanda y edemox/24h. Maniobras de inestabilidad dudosas.

.-A nivel PSQ: reciente cambio de medicación(18-08-23)... Iniciado pregabalina a dosis de 25-25-50. Valorar tolerancia y eficacia e iniciada reducción de tk 3/4 cada mes. Asociado aripiprazol 5 mg con desayuno. Retirado el deprax. Refiere que ha empeorado de su agorafobia, lleva año y medio sin conducir, casi no sale de casa. Presencia con barba larga, lenguaje fluido y coherente, buen contacto ocular, entrevista condicionada por audición disminuida, tengo que elevar el tono de voz, rumiativo en sus dolencias y limitaciones físicas.

Documentación clínica actualizada:

***ORL 07-10-22: Evolución: Sin cambios*

Refiere entre 1 y 3 episodios/ mes de vértigo como siempre entre 30 mn y 4 horas. Se trata con sulpirida y diazepam. Presión en oído izdo (no siempre)

Refiere mejoría de 6 sobre 10 tras el tto con corticoides intratimpánicos

No cefalea asociado.

ATL: OD sin cambios: HNS severa

OD: Hipoacusia mixta severa (Moco en OM)

Impresión diagnóstica: Sordera brusca izda (feb 2019)

Vértigo episódico

Acufeno izdo

E Meniere izda

Otitis mucosa derecha crónica

Plan: R con calendario en 1 año

***PSQ 18-08-23: Evolución: Esta peor desde hace 1 mes y medio, acudió a urgencias por el mareo, que mejoró con dogmatil im. Coincide con la revisión de la incapacidad que le han avisado hace 1 semana, pero ya estaba peor. No lo relaciona con nada, Mas ansioso y temor a la enfermedad. Su MAP le pauto diazepam que le calma parcialmente de 10 mg.*

Impresión diagnóstica: T pánico

Dependencia de benzodiacepinas

Plan: Intentar reducir las benzos.



Inicio pregabalina a dosis de 25-25-50. Valorar tolerancia y eficacia e inicio reducción de tk 3/4 cada mes. Asocio aripiprazol 5 mg con desayuno. Retiro el deprax

Tratamiento: Dumirox 100: 0-0-1, abilify 5: 1-0-0, pregabalina 25-25-50, tk o,5-0,5-1.

3.4. Tratamiento efectuado, evolución y posibilidades terapéuticas

Médico: edemox, sulpiride, serc.

Dumirox 100: 0-0-1, abilify 5: 1-0-0, pregabalina 25-25-50, tk o,5-0,5-1.

3.5. Limitaciones orgánicas y/o funcionales

Trastorno de pánico con agorafobia, sin remisión. Cuadros vertiginosos episódicos recurrentes. Enfermedad Meniere izquierdo.

3.6. Evaluación clínico-laboral

Reciente ajuste farmacológico. No modifica grado.

4º. En caso de estimarse la demanda, la prestación de incapacidad permanente absoluta presentaría las siguientes características:

-Base reguladora: 3.117,92 €, sin perjuicio de los topes máximos.

-Contingencia: enfermedad común.

-Fecha de efectos económicos: 22 de julio de 2022.

-Hecho causante: 08 de julio de 2022.

-Entidad a cargo: INSS-Régimen General de la Seguridad Social.

TERCERO .- En dicha sentencia se emitió el siguiente fallo o parte dispositiva:

"En atención a lo expuesto, se desestima la demanda interpuesta por D. Isidro contra el INSTITUTO NACIONAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL y TESORERÍA GENERAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL, a quienes se absuelve de todos los pedimentos de la demanda."

CUARTO .- Contra dicha sentencia anunció recurso de suplicación la parte demandante, siendo impugnado por la parte contraria, pasándose los autos a la Ponente para su examen y resolución por la Sala.

FUNDAMENTOS DE DERECHO

PRIMERO.- La sentencia de instancia desestima la demanda formulada por el actor en la que solicitaba el reconocimiento del grado absoluto de incapacidad.

Frente a este pronunciamiento se alza la parte actora en dos motivos. En el primero, con adecuado amparo procesal en el apartado b) del artículo 193 de la Ley Reguladora de la Jurisdicción Social -en adelante, LRJS-, insta la revisión del relato fáctico y en el motivo segundo, con base en el apartado c) del mismo artículo 193 LRJS, denuncia la infracción de lo dispuesto en los artículos 193.1, 194.1 y 2 del Real Decreto Legislativo 8/2015, de 30 de octubre, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de Seguridad Social -en adelante, LGSS-.

El recurso ha sido impugnado de contrario.

SEGUNDO.- Revisión fáctica.

En el motivo de revisión fáctica se interesa la modificación del hecho probado tercero para el que propone añadir las siguientes patologías: *"Ansiedad Generalizada con Episodios de Ansiedad inesperados y recurrentes seguidos de fases de Agorafobia cada vez más frecuentes y con peor respuesta a los tratamientos.*

-progresivo agravamiento con aumento de la sintomatología y menor efectividad del tratamiento sufriendo episodios de Ansiedad Generalizada con crisis cada vez más frecuentes y con peor respuesta a los mismos durante las crisis cuya duración es paulatinamente más lenta y difícil.

-cuadros similares al actual desde al menos 2005 con tratamiento más o menos continuado y con frecuentes recaídas en forma de Crisis de Ansiedad.

-Mala evolución y según su Psiquiatra de la Sanidad Pública Dr. Hernan se informa de dos aspectos cruciales para poder valorar la situación clínica del trabajador en su informe de Psiquiatría de consultas externas del

Valdecilla-Unidad de Salud mental La Montaña de fecha 15-7-2019 en el que informa tanto del agravamiento de la sintomatología como de la existencia de Agorafobia.

-Informa su Psiquiatra del USM del CSM La Montaña (Valdecilla) Dra. Catalina en su informe de fecha 17-8-2022 (Doc. nº 3) la evolución ha sido tórpida desde 2019 cronicándose y con mala respuesta a los tratamientos tanto farmacológicos como psicológicos y con aparición de síntomas somáticos (mareos, vértigos) que limitan la evolución favorable.

-Asocia cuadro Distimiforme con patrón subdepresivo cogniciones depresógenas y apato abulia con necesidad de Benzodiazepinas para manejo del malestar emocional

-Estos numerosos antecedentes y evolución son congruentes con el informe Médico de Síntesis de fecha 5-7-2022 (Doc. nº 4) del Dr. Jeronimo que hace suyos los diagnósticos, curso evolutivo y limitaciones antes referidos por los Psiquiatras de su Unidad de Salud Mental (Valdecilla)

-Ataques de Pánico.

-Agorafobia.

-Síndrome de Meniere izdo. con hipoacusia objetivada en el informe del servicio de Otorrinolaringología del HN Marqués de Valdecilla de fecha 16/07/2021"

La pretensión no puede ser acogida al resultar intrascendente de cara a una eventual rectificación del signo del fallo, pues tanto la desfavorable evolución de la dolencia psíquica como la falta de respuesta al tratamiento pautado ya constan en los informes que se reproducen a lo largo de los hechos probados segundo y tercero.

Además, ha de tomarse en consideración que el Magistrado de instancia extrae la resultancia fáctica que declara probada de la conjunta valoración de los informes públicos de síntesis que recoge en los hechos probados segundo y tercero, dada su coherencia y congruencia con los restantes informes médicos que obran aportados.

En definitiva, el relato fáctico permanece inalterado.

TERCERO.- Revisión jurídica.

A lo largo del motivo de infracción jurídica, el recurrente solicita, tanto en el suplico como en su argumentación, el reconocimiento del grado total de incapacidad. Como quiera que dicho grado consta reconocido por resolución de 26-7-2022 (hecho probado primero), entenderemos que la petición del recurrente se refiere al grado absoluto de incapacidad.

El examen de la cuestión jurídica que se plantea exige tener en cuenta que la incapacidad permanente absoluta ha sido definida por la jurisprudencia como aquella situación que imposibilita a quien la sufre para el desarrollo de la mayor parte de las profesiones u oficios existentes en el mercado laboral (STS 9-3- 1989).

La valoración de la capacidad funcional residual debe efectuarse teniendo en cuenta determinadas condiciones mínimas. Esto es, el trabajo debe poder desarrollarse con un esfuerzo normal, conforme a las exigencias normales de continuidad, dedicación y eficacia exigibles, que permitan su desempeño de una forma continua, en la jornada habitual del sector de actividad o empresa correspondientes (SSTS 7-3-1990, 23-2-1990, 22-9-1989 y 14-2-1989, entre otras muchas).

Por tanto, en los casos en los que el sujeto no reúna dichas condiciones, será procedente la declaración del grado absoluto de incapacidad, que no solo debe ser reconocido cuando el trabajador carezca en toda posibilidad física para realizar cualquier quehacer laboral sino también cuando cuente con aptitud para desarrollar algunas actividades, pero no la tenga para realizar, con cierta eficacia, las funciones propias de cualquier profesión. Ello deriva de que el desarrollo de una actividad laboral, por liviana o sedentaria que sea, sólo puede llevarse a efecto mediante la asistencia diaria al lugar de trabajo y la permanencia en el mismo durante toda la jornada laboral, lo que comprende también, la efectiva posibilidad de trasladarse al lugar de trabajo por sus propios medios (SSTS 12-6-1986 y 21-1-1988, entre otras). Además de ello, la prestación de servicios ha de poder desarrollarse con un mínimo de profesionalidad, rendimiento y eficacia, de acuerdo con las exigencias propias de la integración en una empresa, en régimen de dependencia de un empresario (SST 16-2- 1984, 13-10-1987 y 30-9-1986, entre otras).

En el presente caso, el actor presenta un cuadro plural que se compone de las siguientes dolencias: trastorno de ansiedad, no especificado; trastorno de pánico con agorafobia, sin remisión; cuadros vertiginosos con episódicos recurrentes y enfermedad de Menière izquierdo.

Partiendo de estos datos no es ocioso recordar que, respecto a las enfermedades psíquicas, la doctrina de esta Sala, que sintetiza, entre otras la STSJ Cantabria 4-4-2012 (Rec. 174/2012), ha venido calificándolas



como constitutivas de incapacidad permanente absoluta cuando el cuadro es grave, persistente y progresivo. Se valora, a tales efectos, no solo las alteraciones senso-perceptivas o la existencia de graves trastornos psicóticos, sino también la conducta desorganizada, la existencia de crisis de heteroagresividad y autoagresividad que dificultan el control de los impulsos, los ingresos hospitalarios por intentos de autolisis y el trastorno conductual con crisis de agitación psicomotriz [STSJ Cataluña de 27-12- 2005 (JUR 2006, 77744)]. También se valora la alteración de la autoimagen e ideas autolíticas y el tratamiento farmacológico a altas dosis de antidepresivos, antipsicóticos y ansiolíticos [STSJ Valencia 24-6-2005 (JUR 2005, 203242)].

En el presente caso, lo que consta es un diagnóstico de un trastorno de ansiedad y trastorno de pánico con agorafobia. Respecto a estas dolencias, resulta ilustrativo recordar los razonamientos de la STSJ de Cantabria de 8 de mayo de 2009 (rec. 315/2009): "la agorafobia, que ya existía, sólo justifica la incapacidad absoluta con cuadros de mayor gravedad, por ejemplo, cuando las manifestaciones son de gran entidad, se reconoce la incapacidad absoluta en las Salas de lo Social de los TSJ. Por ejemplo, en STSJ Cantabria de 26-7-2006 (JUR 2006, 239764). Si los padecimientos del demandante le provocan como menoscabo funcional, sensación de miedo casi insuperable a salir de casa, sequedad bucal, inestabilidad, sensación de ahogo, agobio, aislamiento social, desconexión del medio en que vive, sentimientos negativos y ansiedad, es decir, un cuadro clínico severo e infrecuente, se reconoce la incapacidad absoluta (STSJ Cantabria de 30-10-2006 [JUR 2006, 277692]). Con trastorno de ansiedad fóbica generalizada y episodio depresivo moderado, con repercusiones funcionales como no poder salir de casa solo y con gran limitación de su vida cotidiana, se reconoce la incapacidad absoluta en STSJ Cantabria de 9-3-2006 (JUR 2006, 113757). Con una depresión mayor recurrente con melancolía, trastorno de angustia clínica de tristeza, desanimo, desesperanza, anhedonia, pérdida de energía y vitalidad, cambio de carácter con irritabilidad, pesimismo y alteraciones del sueño, palpitaciones, sudoración profusa, taquicardia, ahogo, náusea, mareos, ideación autolítica intermitente y conductas evitativas, sometido el actor a diversos tratamientos psiquiátrico, además de agorafobia (STSJ Asturias de 18-3-2005 [JUR 2005, 217783]).

También cuando la agorafobia va acompañada de un cuadro de depresión mayor, con sus manifestaciones características, según STSJ Castilla la Mancha de 27- 1-2006 (JUR 2006, 73507). Con depresión mayor grave, con ansiedad generalizada y síndrome de pánico (STSJ Cataluña de 13-4-2005 [JUR 2005, 123294]).

Con agorafobia grave y trastorno depresivo mayor severo reconoce la incapacidad absoluta la STSJ Cataluña de 16-11-2005 [JUR 2006, 75576]. Con un trastorno depresivo mayor de evolución crónica se reconoce la incapacidad absoluta en STSJ Cataluña de 25-4-2005 (JUR 2005, 172035).

Con un cuadro depresivo mayor y síncope vaso-vagales que producen mareos, taquicardias y hasta pérdidas de conocimiento, que han generado una reacción de agorafobia de tal entidad que no podía la actora estar sola, apenas salía de casa y ni tan siquiera cogía un autobús (STSJ País Vasco de 29-11- 2005 [JUR 2006, 80085]). Con crisis de angustia recidivantes, ansiedad anticipatoria, conductas de evitación, agorafobia (rechazo social, clinofilia, enclaustramiento domiciliario) a la vez que fueron manifiestos los síntomas disociativos (olvidos frecuentes, falta de control de la realidad, despersonalización, etc.) trastorno depresivo mayor (apatía, abulia, tristeza, anhedonia, tensión muscular) y psicósomáticos (psicalgias, mareos) (STSJ Cataluña de 23-11-2005 [JUR 2006, 86559]).

Con trastorno de angustia, fobia social, dependencia enólica, dependencia benzodiacepínica, trastorno de personalidad clíster "c" (evitativo, dependiente, obsesivo-compulsivo), trastorno esquizoide de la personalidad [STSJ Cataluña de 17-1-2006 (JUR 2006, 84563)]. Padeciendo psicopatología grave, con trastorno depresivo mayor cronificado, trastorno de pánico con agorafobia, con ingresos hospitalarios por varias tentativas autolíticas, dependencia de opiáceos y benzodiacapinas (STSJ Cataluña de 3-3-2006 [JUR 2006, 237527]). Con cuadro ansioso depresivo reactivo, unido a la desmotivación en relación con acontecimientos vitales ante la realidad que vive, el supuesto del demandante se ha considerado comprendido en el artículo 137. 5 de la Ley General de la Seguridad Social (STSJ Comunidad Valenciana de 31-5-2005 [JUR 2005, 277152]). En el caso de trastorno de ansiedad generalizado con crisis de pánico, en STSJ Cataluña de 21-3-2005 (JUR 2005, 125307). Con "trastorno depresivo mayor y trastorno de angustia con agorafobia, confluencia y potenciación de la patología psíquica, importante tratamiento farmacológico sin respuesta terapéutica manifiesta, cuadro severo y cronificado" se reconoce la incapacidad absoluta en STSJ Cataluña de 14-3-2005 (JUR 2005, 125647).

También por ejemplo, cuando se aprecia la existencia de una depresión mayor cronificada, ideas autolíticas, agorafobia, pánico, insomnio, ansiedad y un cortejo importante de somatizaciones, que son absolutamente incompatibles con cualquier actividad laboral (STSJ Murcia de 25-9-2006 [JUR 2006, 251511]). Si existe una reagudización de la patología fobio-angustiosa, lo que se traduce ahora en una agorafobia que le impide salir sola de casa y que se acompaña de crisis de angustia sub-aguda y necesidad de tratamiento en alza y con una agudización presente de su trastorno ansioso depresivo, a cuyos síntomas propios se asocian además otras entidades clínicas, que constituyen enfermedades comórbidas, y para cuyo tratamiento se pauta una

medicación psicofarmacológica creciente, muy intensa (la última) y limitativa, la Sala entiende que en tales condiciones resulta ilusorio pensar que aquella pueda trabajar (STSJ Castilla y León, Valladolid, de 27-3-2006 [JUR 2006, 131881]). Cuando la agorafobia tiene una especial intensidad, que no se ha reducido por los tratamientos farmacológicos y psicoterapéuticos, lo que le impide a la actora desplazarse fuera de casa y le ha llevado incluso a un intento de suicidio (STSJ Cantabria de 23-6-2005 [JUR 2005, 175829]). También es tributaria de la incapacidad absoluta la agorafobia con trastorno de pánico y síndrome de ansiedad, a pesar del tratamiento constante recibido y en trabajador que no puede trabajar en espacios cerrados o que impliquen interrelación social (STSJ Castilla y León, Valladolid, de 11-4-2005 [JUR 2005, 99414]).

La agorafobia, que alcanza el grado de severo y limita su capacidad de concentración, con crisis de bloqueo frecuentes, constituye un cuadro de patologías psíquicas que impiden desempeñar con un mínimo de responsabilidad cualesquiera de las profesiones existentes en el mercado laboral, incluso las sedentarias y sencillas (STSJ Andalucía, Málaga, de 23-3-2006 [JUR 2006, 263973]). La situación mental, si existe pobre respuesta al tratamiento farmacológico instaurado, impide afrontar con "responsabilidad, eficacia y seguridad", como también indicaba el forense, cualquier actividad profesionalmente organizada de modo que el problema está en su mente, acompañándole haga lo que haga, y no en el tipo de trabajo (STSJ Baleares de 14-2-2006 [JUR 2006, 134215]).

Se trata entonces de una enfermedad psiquiátrica que supone un miedo irrefrenable a salir a la calle o a los espacios abiertos, que motiva en casos graves la incapacidad absoluta. No, en cambio, cuando el trastorno depresivo con agorafobia y angustia no es de carácter grave o severo, permitiéndole a la actora salir a la calle acompañada e incluso acudir semanalmente a comprar en una gran superficie (STSJ Cantabria de 18-10-2006 [JUR 2006, 256827]). Cuando sus consecuencias no son entonces muy importantes y su evolución es de mejoría, se niega el reconocimiento de la incapacidad absoluta (STSJ Madrid de 4-5- 2006 [JUR 2006, 183846]).

De conformidad con lo expuesto, lo cierto es que, en el presente caso, ni las dolencias adicionales, esto es, la enfermedad de Menière, los cuadros vertiginosos, ni la dolencia psíquica justifican, en valoración conjunta o individualizada, la incapacidad absoluta.

A tenor de los concretos datos clínicos que constan no es posible entender que el cuadro presente la necesaria entidad para entender que está impedida la realización de cualquier actividad laboral.

En definitiva, procede la íntegra desestimación del recurso con la consiguiente confirmación de la sentencia de instancia.

Vistos los artículos citados y demás de general y pertinente aplicación,

FALLAMOS

Desestimamos el recurso de suplicación interpuesto por Don Isidro , contra la sentencia dictada por el Juzgado de lo social número 4 de Santander, de fecha 16 de febrero de 2024, en el procedimiento número 861/22, tramitado a su instancia frente al INSS y a la TGSS y, en consecuencia, confirmamos la sentencia de instancia en su integridad.

Pásense las actuaciones a la Sra. Letrado de la Administración de Justicia para cumplir los deberes de publicidad, notificación y registro de la sentencia.

Notifíquese la presente resolución a las partes y a la Fiscalía de la Comunidad Autónoma.

Medios de impugnación

Se advierte a las partes que contra esta sentencia cabe interponer **recurso de casación para la unificación de doctrina**, que habrá de prepararse mediante escrito, suscrito por Letrado, presentándolo en esta Sala de lo Social de Cantabria, dentro del improrrogable plazo de los **diez días** hábiles inmediatos siguientes a la fecha de notificación de la misma, con tantas copias como partes recurridas, y designando un domicilio en la sede de la Sala de lo Social del Tribunal Supremo, a efectos de notificaciones.

Advertencias legales

Si el recurrente hubiere sido condenado en la sentencia y no ostentara la condición de trabajador o beneficiario del régimen público de Seguridad Social, o no gozase del beneficio de justicia gratuita, deberá acompañar, al preparar el recurso, el justificante de haber ingresado en esta Sala el importe de la condena. Pudiendo sustituir dicha **consignación** en metálico por el aseguramiento mediante aval bancario en el que expresamente se haga constar la responsabilidad solidaria del avalista. Si la condena consistiere en constituir el capital-coste de una

pensión de Seguridad Social, el ingreso de éste habrá de hacerlo en la Tesorería General de la Seguridad Social, una vez se determine por ésta su importe, lo que se le comunicará por esta Sala.

El recurrente que no ostente la condición de trabajador, causahabiente suyo, o beneficiario del régimen público de la Seguridad Social, o se trate del Ministerio Fiscal, el Estado, las Comunidades Autónomas, las Entidades Locales, los Organismos dependientes de todas ellas y quienes tuvieren reconocido el beneficio de justicia gratuita, deberá acreditar, mediante resguardo entregado en la secretaria de esta Sala de lo Social al tiempo de preparar el recurso, la consignación de un **depósito de 600 euros**.

Los ingresos a que se refieren los párrafos anteriores se deberán efectuar del siguiente modo:

a) Si se efectúa en una oficina del BANCO DE SANTANDER se hará en la Cuenta de Depósitos y Consignaciones que esta Sala tiene abierta con el nº 3874 0000 66 0278 24.

b) Si se efectúa a través de transferencia bancaria o por procedimientos telemáticos, se hará en la cuenta bancaria (ES55) 0049 3569 92 0005001274, haciendo constar en el campo reservado al beneficiario el nombre de esta Sala de lo Social del Tribunal Superior de Justicia de Cantabria, y en el campo reservado al concepto el número de cuenta 3874 0000 66 0278 24.

Están exceptuados de hacer todos estos ingresos las Entidades Públicas, quienes ya tengan expresamente reconocido el beneficio de justicia gratuita o litigasen en razón a su condición de trabajador o beneficiario del régimen público de la Seguridad Social (o como sucesores suyos), aunque si la recurrente fuese una Entidad Gestora y hubiese sido condenada al abono de una prestación de Seguridad Social de pago periódico, al anunciar el recurso deberá acompañar certificación acreditativa de que comienza el abono de la misma y que lo proseguirá puntualmente mientras dure su tramitación.

Una vez adquiera firmeza la presente sentencia, devuélvanse los autos originales, para su debida ejecución, al Juzgado de lo Social de su procedencia, dejando de ello debida nota en los Libros de esta Sala.

Así, por esta nuestra sentencia, lo pronunciamos, mandamos y firmamos.

PUBLICACIÓN.- Leída y publicada fue la anterior sentencia en el día de su fecha, por el Ilmo/a. Sr/a. Magistrado Ponente que la suscribe, en la sala de audiencia de este Tribunal. Doy fe.

DILIGENCIA.- La pongo yo el/la Letrado/a de la Admón. de Justicia, para hacer constar que en la misma fecha se envía copia de la anterior sentencia, a efectos de notificación a la Fiscalía del Tribunal Superior. Doy fe.

OTRA.- Para hacer constar que en el mismo día de su fecha se incluye el original de la precedente resolución, una vez publicado, en el libro de sentencias de esta Sala de lo Social, poniendo en la pieza del recurso y en los autos certificación literal de la misma. Seguidamente se notifica al Ministerio Fiscal, al letrado de la Seguridad Social y al letrado Don José María Riego Diego, de conformidad con lo establecido en los artículos 56 y siguientes de la Ley Reguladora de la Jurisdicción Social. Doy fe.

De conformidad con lo dispuesto por la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales y la Ley Orgánica 6/1985, de 1 de julio, del Poder Judicial, las partes e intervinientes en el presente procedimiento judicial quedan informadas de la incorporación de sus datos personales a los ficheros jurisdiccionales de este órgano judicial, responsable de su tratamiento, con la exclusiva finalidad de llevar a cabo la tramitación del mismo y su posterior ejecución. El Consejo General del Poder Judicial es la autoridad de control en materia de protección de datos de naturaleza personal contenidos en ficheros jurisdiccionales.