

MINISTERIO DE SALUD
SECRETARIA DE POLITICAS, REGULACION E INSTITUTOS
SUBSECRETARIA DE GESTION DE SERVICIOS ASISTENCIALES
SERVICIO NACIONAL DE REHABILITACION

Disposición N° 171/2012

16/1/2012

LA DIRECTORA DEL SERVICIO NACIONAL DE REHABILITACION

DISPONE:

ARTICULO 1º — Apruébese la Normativa para la Certificación de Personas con Discapacidad Mental que, como ANEXO 1, pasa a formar parte integrante del presente acto administrativo.

ARTICULO 2º — Déjanse sin efecto las Disposiciones N° 397/2006, N° 1612/2008, N° 2738/2009, N° 929/2009, N° 930/2009 y N° 931/2009 del Registro de este SERVICIO NACIONAL DE REHABILITACION.

ARTICULO 3º — Comuníquese, publíquese, dése a la Dirección Nacional del Registro Oficial y, cumplido, archívese. — Dra. GRISEL OLIVERA ROULET, Directora, Servicio Nacional de Rehabilitación.

NORMATIVA PARA LA CERTIFICACIÓN DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD MENTAL

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define "La Salud Mental como un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad."¹ Tener salud mental no se limita, a no padecer algún tipo de trastorno mental, si no que es un estado más amplio, que implica aspectos bio-psicosociales.

Se define a la Discapacidad Mental como un término global que hace referencia a las deficiencias² en las funciones mentales y estructuras del sistema nervioso (asociadas o no a otras funciones y/o estructuras corporales deficientes), y en las limitaciones³ que presente el individuo al realizar una tarea o acción en un contexto/entorno normalizado⁴, tomando como parámetro su capacidad habilidad real, sin que sea aumentada por la tecnología o dispositivos de ayuda o de terceras personas.

Para evaluar personas se utilizan dos clasificaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud en su décima revisión (CIE-10) y la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF). Cabe señalar que para la identificación de las condiciones de salud de origen mental puede ser enriquecedor el uso del "Manual

¹ http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/index.html

² Se considera deficiencia a la anormalidad o pérdida de una estructura o de una función fisiológica, CIF-OMS, 2001.

³ Se considera limitación en la actividad, a la dificultad que un individuo tiene para realizar actividades comparándola con la manera en que se espera que la realizara una persona sin esa condición de salud, CIF – OMS, 2001.

⁴ Para evaluar la habilidad máxima de la persona resulta necesario disponer de un contexto/entorno "normalizado", es decir, que neutralice el diferente efecto de los diversos contextos/entornos en la capacidad del individuo, CIF- OMS, 2001.

Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales” (DSM-IVTR) de la Asociación Americana de Psiquiatría.

El proceso de certificación tendrá en cuenta la condición de salud de la persona, siendo esta la puerta de entrada para la evaluación del perfil de funcionamiento. Una vez realizada dicha evaluación, la junta evaluadora, determinará si existe o no discapacidad.

I. Condición de Salud con códigos CIE-10

Se adjunta en el **anexo I** el listado correspondiente a condiciones de salud de origen mental. La sola presencia del diagnóstico no es condición para certificar Discapacidad. Es necesario haber agotado las opciones terapéuticas y tiempos establecidos de acuerdo a la patología.

II. Perfil de Funcionamiento CIF

Para realizar la descripción del perfil de funcionamiento se emplea la CIF teniendo en cuenta sus cuatro componentes.

A continuación se detallarán los atributos de funciones corporales, estructuras corporales y actividad/participación más relevantes. Se señalarán las diferencias acordes a cada grupo etario.

A. Funciones y Estructuras corporales

- **Funciones Corporales**

Los métodos de evaluación mencionados son orientativos y quedarán sujetos a criterio de la Junta Evaluadora solicitarlos.

<u>Funciones corporales</u>	<u>Valor normal</u>	<u>Línea de corte</u>	<u>Método de evaluación</u>
Funciones de la Conciencia	Sin alteración del estado de conciencia.	Alteración episódica, persistente (estupor, coma y estado vegetativo)	Evaluación clínica. Eeg, Tc, Rm, Spect, PSM
Funciones de la Orientación (tiempo, lugar y persona)	Sin alteración	Desorientación auto y alopsíquica no episódica	Evaluación clínica acorde a edad.

<u>Funciones corporales</u>	<u>Valor normal</u>	<u>Línea de corte</u>	<u>Método de evaluación</u>
Funciones Intelectuales	Ci > de 70-75	CI < de 70- 75.	Niños : Escala de inteligencia WISC-III-IV Adultos: Wechsler
Funciones psicosociales globales.	Sin alteraciones	Presencia de trastornos de la interacción social, de la comunicación y de patrones del comportamiento que alteran su vida de relación.	Evaluación clínica Criterios del DSM IV TR, Niños: CHAT, ADOS, ADIR, HBS.
Funciones del temperamento y la personalidad	Sin alteraciones	Presencia de alteraciones que perturban su vida de relación.	Evaluación clínica. Test proyectivos. 14-18 años: MMPI-A Adultos: MMPI-2
Funciones relacionadas con la energía y los impulsos	Sin alteraciones	Abulia-hipobulia. Anorexia hiperorexia. Impulsividad. Craving	Evaluación clínica MMPI-A EEAG ⁵
Funciones del sueño	Sin alteraciones	Insomnio de conciliación y mantenimiento de moderado a severo. Parasomnia	Niños: Polisomnografía. Adultos: La Escala de Somnolencia Epworth
Funciones de la atención	Euprosexia	Moderado a severo. Hiperprosexia, Hipoprosexia	Test de colores y palabras(Stroop) Test de figura compleja de Rey Tablas Conners
Funciones de la memoria	Sin alteraciones	Anormalidades de moderadas a severas, que interfieren significativamente en el aprendizaje y en su vida de relación.	Evaluaciones neurocognitivas Test de figuras complejas de Rey. Lista de palabras de Rey. Adultos: Minimental

⁵ Escala de Evaluación Global , eje V del DSM IV-TR

<u>Funciones corporales</u>	<u>Valor normal</u>	<u>Línea de corte</u>	<u>Método de evaluación</u>
Funciones psicomotoras.	Sin alteraciones	Retraso psicomotor Excitación y agitación Negativismo Hipo- Hiperquinesia, catatonía, negativismo, ecopraxia y ecolalia.	Niños: Evaluación clínica Bender Desarrollo psicomotor primera infancia Brunet-Lezine Escala de Bayley, Desarrollo de Gesell Adultos: Evaluación clínica Bender
Funciones emocionales	Eutimia	Hipertimia, hipotimia, irritabilidad, labilidad emocional, Retracción emocional, disforia	Niños: Evaluación clínica Técnicas proyectivas Adultos: Escala de Depresión de Hamilton ⁶ Inventario de Depresión de Beck. Técnicas Proyectivas.
Funciones de la percepción	Sin alteraciones	Ilusión, alucinaciones auditivas, visuales, olfativas, viso espacial	Evaluación clínica.
Funciones del pensamiento	Sin alteraciones	ideas de referencia, ideas de persecución, ideas delirantes bradipsiquia, taquipsiquia rumiación, obsesiones perseveración, tangencialidad, Viscosidad. Disgregación	Evaluación clínica

⁶ La Ham-D es utilizada para medir la severidad de la depresión. Sirve para medir los cambios a través del tiempo y la respuesta al tratamiento.

<u>Funciones corporales</u>	<u>Valor normal</u>	<u>Línea de corte</u>	<u>Método de evaluación</u>
Funciones cognitivas superiores	Sin alteraciones	Disfunción ejecutiva, Trastornos en la abstracción , organización y planificación, resolución de problemas, Introspección.	Evaluación Neurocognitiva. Test de Figuras Complejas de Rey. Test de Bender. Test de Wisconsin. Pruebas de ejecución del WISC III.
Funciones mentales del lenguaje	Sin alteraciones	Trastornos del desarrollo ⁷ del lenguaje, jergafasias, ecolalias, neologismos. Desórdenes de la fluidez Afasias receptiva, expresiva.	Niños: Test de Boston. Fluidez Verbal. Adultos: Test de Boston para afasias. Evocación categorías (animales, palabras iniciadas por P, test FAS)
Funciones relacionadas con el cálculo	Sin alteraciones	Niños: Moderada a severa por alteración o limitación en la forma, velocidad, orden, calidad o cantidad de cálculo. Adultos: Puede calcular poco funcionalmente por alteración o limitación en la forma, velocidad, orden, calidad o cantidad.	Subescala Aritmética (WISC-R). Subpruebas de la escala McCarthy (MSCA).
Funciones mentales relacionadas con el encadenamiento de movimientos complejos	Sin alteraciones	Dispraxia Apraxia ideacional, del vestir y del habla	Observación clínica

⁷ La comunicación involucra la comprensión, el entendimiento, el lenguaje y una interacción efectiva entre varios individuos.

<u>Funciones corporales</u>	<u>Valor normal</u>	<u>Línea de corte</u>	<u>Método de evaluación</u>
Experiencias relacionadas con uno mismo y con el tiempo	Sin alteraciones	despersonalización, desrealización, miembro fantasma	Evaluación clínica Test proyectivos
Tics y manierismos	Ausencia	Tics vocales, coprolalia y bruxismo	Evaluación clínica
Estereotipias y perseverancia motora	Ausencia	Acunarse, contonearse, aleteo manos	Evaluación clínica

- **Estructuras Corporales**

<u>Estructuras corporales</u>	<u>Método evaluación</u>	
Estructuras del sistema nervioso		
Estructura del cerebro	TAC, EEG, RM, Potenciales evocados, Citogenéticas	Cuando no se puede calificar la estructura, se utilizará como calificador de extensión, naturaleza y localización no especificada (8).
Estructura del sistema nervioso otra especificada		Ausencia de cuerpo calloso.

Los calificadores que se utilizarán para evaluar las funciones corporales, actividad y participación y estructuras corporales seleccionadas son los que propone la CIF:

Escala de calificadores para **Funciones Corporales y Actividad y Participación.**

<u>Escala calificadores CIF</u> extensión de la deficiencia	<u>Equivalencia</u> cualitativa	<u>Equivalencia</u> cuantitativa
0 No existe deficiencia	(Ninguno, insignificante...)	0-4%
1 Deficiencia LEVE	Poco, escaso...)	5-24%
2 Deficiencia MODERADA	(Medio, regular...)	25-49%
3 Deficiencia GRAVE	(Mucho, extremo...)	50-95%
4 Deficiencia COMPLETA	(Total, etc...)	96-100%
8 no especificada		
9 no aplicable		

Escala de calificadores para **Estructuras Corporales**

<u>Primer calificador</u> Extensión de la deficiencia	<u>Segundo calificador</u> Naturaleza de deficiencia	<u>Tercer calificador</u> Localización de deficiencia
0 No existe deficiencia (0-4%)	0 No hay cambio en la estructura	0 Más de una región
1 Deficiencia LEVE (5-24%)	1 Ausencia total	1 Derecha
2 Deficiencia MODERADA (25-49%)	2 Ausencia parcial	2 Izquierda
3 Deficiencia GRAVE (50-95%)	3 Parte adicional	3 Ambos Lados
4 Deficiencia COMPLETA (96-100%)	4 Dimensiones aberrantes	4 Parte delantera
8 no especificada	5 Discontinuidad	5 Parte trasera
9 no aplicable	6 Posición desviada	6 Proximal
	7 Cambios cualitativos en la estructura, incluyendo acumulación de fluido.	7 Distal
	8 No especificado	8 No especificado
	9 No aplicable	9 No aplicable

B) Actividad y Participación

En lo que respecta a las categorías de actividad y participación, a modo de ejemplo, pueden considerarse los ítems que hacen referencia a:

1. Capacidad de la persona para llevar a cabo una vida autónoma (a-Relación con el entorno y b- actividades de cuidado personal)
2. Capacidad educativa y laboral.

1. Capacidad de la persona para llevar a cabo una vida autónoma.

a) Relación con el entorno:

Niños de 0 a 5 años	Niños de 6 a 12 años	Adolescentes de 13 a 18 años	Adultos
Aprendizaje y aplicación del conocimiento			
- Experiencias sensoriales intencionadas (Mirar) - Aprendizaje básico (Copiar. Repetir) Adquisición de habilidades básicas. - Aplicación del conocimiento (Centrar la atención)	-Aprendizaje básico (Copiar. Repetir Aprender a leer. Aprender a escribir. Aprender a calcular). Adquisición de habilidades: Básicas y complejas - Aplicación del conocimiento (Centrar la atención. Pensar. Leer. Escribir. Calcular). Resolver problemas Simples	-Aprendizaje básico: Adquisición de habilidades Complejas - Aplicación del conocimiento: Centrar la atención. Pensar. Leer. Escribir. Calcular. Resolver problemas simples, complejos. Tomar decisiones	-Aplicación del conocimiento (Centrar la atención. Pensar. Resolver problemas. Tomar decisiones)
Tareas y demandas generales			
	Llevar a cabo una única tarea (sencilla, compleja,	- Llevar a cabo una única tarea (Sencilla. Compleja.	- Llevar a cabo una única tarea (Sencilla. Compleja. En grupo)

Niños de 0 a 5 años	Niños de 6 a 12 años	Adolescentes de 13 a 18 años	Adultos
	independiente, en grupo) - Manejo del estrés y otras demandas psicológicas	En grupo) - Llevar a cabo múltiples tareas - Llevar a cabo rutinas diarias - Manejo del estrés y otras demandas psicológicas.	- Llevar a cabo múltiples tareas - Llevar a cabo rutinas diarias - Manejo del estrés y otras demandas psicológicas.
Comunicación			
- Comunicación-recepción (mensajes hablados) -Comunicación-producción (hablar)	- Comunicación-recepción (mensajes hablados) -Comunicación-producción (hablar) -Conversación (iniciar, mantener y finalizar una conversación)	- Comunicación – recepción de mensajes hablados - Comunicación – producción (Hablar) - Conversación (iniciar, mantener y finalizar una conversación)	- Comunicación – recepción de mensajes hablados -Comunicación – producción (Hablar) - Conversación (iniciar, mantener y finalizar una conversación)
Vida doméstica			
	-Tareas del hogar: preparar comidas sencillas.	-Tareas del hogar: preparar comidas, realizar los quehaceres de la casa, cuidado de los objetos del hogar.	-Adquisición de lo necesario para vivir: adquisición de un lugar y de bienes y servicios. -Tareas del hogar: preparar comidas, realizar los quehaceres de la casa. -Cuidado de los objetos del hogar. Ayudar a los demás.
Interacciones y relaciones interpersonales			
-interacciones interpersonales generales (básicas)	-interacciones interpersonales generales: básicas (tolerancia en las relaciones) y complejas (establecer relaciones) -interacciones interpersonales particulares (relaciones con extraños, formales e	-interacciones interpersonales generales: básicas y complejas -Interacciones interpersonales particulares (relaciones con extraños, formales, informales, familiares, relaciones intimas)	-interacciones interpersonales generales: básicas y complejas -Interacciones interpersonales particulares (relaciones con extraños, formales, informales, familiares. relaciones intimas)

Niños de 0 a 5 años	Niños de 6 a 12 años	Adolescentes de 13 a 18 años	Adultos
	informales, relaciones familiares)		
Áreas principales de la vida			
	-Transacciones económicas básicas	-Transacciones económicas básicas	-Transacciones económicas básicas -Autosuficiencia económica
Vida comunitaria, social y cívica			
-vida comunitaria - tiempo libre y ocio (juego)	-vida comunitaria - tiempo libre y ocio (juego, deporte)	- vida comunitaria - tiempo libre y ocio (juego, deporte y socialización) - religión y espiritualidad	- vida comunitaria - tiempo libre y ocio (juego, deporte y socialización) - religión y espiritualidad

b) Actividades de cuidado personal:

Niños de 0 a 5 años	Niños de 6 a 12 años	Adolescentes de 13 a 18 años	Adultos
Autocuidado			
- Comer - Beber	-Lavarse - Cuidado de partes del cuerpo - Higiene relacionada con los procesos de excreción (regulación de la micción, a defecación y cuidado menstrual) - Vestirse - Comer - Beber	- Lavarse - Cuidado de partes del cuerpo - Higiene relacionada con los procesos de excreción (regulación de la micción, a defecación y cuidado menstrual) - Vestirse - Comer - Beber -Cuidado de la propia salud	- Lavarse - Cuidado de partes del cuerpo - Higiene relacionada con los procesos de excreción (regulación de la micción, a defecación y cuidado menstrual) - Vestirse - Comer - Beber -Cuidado de la propia salud

2. Capacidad educativa y laboral.

Nos referimos al deterioro en la actividad ya sea educativa o laboral, por ejemplo, cuando el déficit atencional y la toma de decisiones repercuten en la finalización de las tareas educativas y/ o laborales.

El fracaso en adaptarse a circunstancias estresantes, el no poder planificar y finalizar a tiempo los trabajos, la interacción con docentes/jefes y compañeros, son ítems que también pueden considerarse.

Niños de 0 a 5 años	Niños de 6 a 12 años	Adolescentes de 13 a 18 años	Adultos
Aprendizaje y aplicación del conocimiento			
<ul style="list-style-type: none"> - Aprendizaje básico (Copiar. Repetir) Adquisición de habilidades básicas. - Aplicación del conocimiento (Centrar la atención) 	<ul style="list-style-type: none"> -Aprendizaje básico (Copiar. Repetir Aprender a leer. Aprender a escribir. Aprender a calcular). Adquisición de habilidades básicas y complejas - Aplicación del conocimiento (Centrar la atención. Pensar. Leer. Escribir. Calcular). Resolver problemas Simples 	<ul style="list-style-type: none"> - Aprendizaje básico: Adquisición de habilidades básicas y Complejas - Aplicación del conocimiento (Centrar la atención. Pensar. Leer. Escribir. Calcular). Resolver problemas simples y complejos. Tomar decisiones 	<ul style="list-style-type: none"> -Aplicación del conocimiento (Centrar la atención. Pensar. Resolver problemas. Tomar decisiones)
Tareas y demandas generales			
	<ul style="list-style-type: none"> - Llevar a cabo una única tarea (sencilla, compleja, independiente, en grupo) - Manejo del estrés y otras demandas psicológicas 	<ul style="list-style-type: none"> - Llevar a cabo una única tarea (Sencilla. Compleja. En grupo) - Llevar a cabo múltiples tareas - Llevar a cabo rutinas diarias 	<ul style="list-style-type: none"> -Llevar a cabo una única tarea (Sencilla. Compleja. En grupo) Llevar a cabo múltiples tareas - Llevar a cabo rutinas diarias

Niños de 0 a 5 años	Niños de 6 a 12 años	Adolescentes de 13 a 18 años	Adultos
		- Manejo del estrés y otras demandas psicológicas	- Manejo del estrés y otras demandas psicológicas
Interacciones y relaciones interpersonales			
-interacciones interpersonales generales	-interacciones interpersonales generales: básicas (tolerancia en las relaciones) y complejas (establecer relaciones) -interacciones interpersonales particulares (relaciones con extraños, formales e informales y familiares)	-interacciones interpersonales generales: básicas y complejas -Interacciones interpersonales particulares (relaciones con extraños, formales, informales, familiares, relaciones intimas)	-interacciones interpersonales generales: básicas y complejas -Interacciones interpersonales particulares (relaciones con extraños, formales, informales, familiares, relaciones intimas)
Niños de 0 a 5 años	Niños de 6 a 12 años	Adolescentes de 13 a 18 años	Adultos
Áreas principales de la vida			
-Educación no reglada -Educación preescolar	- Educación escolar	-Educación escolar	-Educación: Formación profesional. Educación superior -Trabajo: Aprendizaje (preparación para el trabajo). Conseguir, mantener y finalizar un trabajo. Trabajo remunerado. Trabajo no remunerado.

La selección de categorías, se realizará acorde al estado de salud y estados relacionados con la salud de la persona entrevistada. Se podrán utilizar categorías de un capítulo no citado anteriormente.

Para evaluar actividad y participación se deben considerar las limitaciones que presente el sujeto al realizar una tarea o acción en un contexto / entorno normalizado, tomado como parámetro su capacidad /

habilidad real, sin que sea aumentada por la tecnología o dispositivos de ayuda o terceras personas.

Sin embargo, se tomarán en cuenta como excepción a lo mencionado anteriormente, aquellos casos en que las personas se encuentren con tratamiento farmacológico.

Para evaluar limitaciones en la actividad y restricciones en la participación en bebés, niños y adolescentes de 0 a 18 años, se centrará en el rol propio de la niñez y la adolescencia, teniendo en cuenta el desarrollo psicológico esperable para su etapa evolutiva⁸; es decir el juego y el estudio, considerados ocupacionalmente, como los roles propios del Ciclo Vital.

Los calificadores que se utilizarán para evaluar este componente son los siguientes:

<u>Escala calificadores CIF</u> extensión de la deficiencia	<u>Equivalencia</u> <u>cualitativa</u>	<u>Equivalencia</u> <u>cuantitativa</u>
0 No existe deficiencia	(Ninguno, insignificante...)	0-4%
1 Deficiencia LEVE	Poco, escaso...)	5-24%
2 Deficiencia MODERADA	(Medio, regular...)	25-49%
3 Deficiencia GRAVE	(Mucho, extremo...)	50-95%
4 Deficiencia COMPLETA	(Total, etc...)	96-100%
8 no especificada		
9 no aplicable		

En el **anexo III** se podrán encontrar listas cortas con las categorías correspondientes a los componentes de funciones corporales, estructuras corporales, actividad y participación y factores ambientales relevantes.

⁸ Remitirse a las Normas de Crecimiento y Desarrollo de la Sociedad Argentina de Pediatría.

C) Factores Contextuales

Se tendrá en cuenta en todos los casos la evaluación de los factores contextuales (personales y ambientales) a los efectos de la certificación, orientación prestacional y tiempo de otorgamiento del Certificado Único de Discapacidad (CUD). En relación a los factores ambientales se señalarán algunos códigos a utilizar de cada capítulo.

NIÑOS y ADULTOS
<ul style="list-style-type: none">• Productos y tecnología. Medicación
<ul style="list-style-type: none">• Entorno Natural y cambios en el entorno. Población: cambio demográfico, densidad de población. Clima
<ul style="list-style-type: none">• Apoyo y relaciones. Familiares cercanos. Otros familiares: tíos, primos. Amigos. Personas en cargos de autoridad. Cuidadores y personal de ayuda. Profesionales de la salud. Otros profesionales
<ul style="list-style-type: none">• Actitudes. Familiares cercanos. Otros familiares: tíos, primos. Amigos. Conocidos, compañeros, colegas, vecinos. Personas en cargos de autoridad. Actitudes sociales
<ul style="list-style-type: none">• Servicios, sistemas y políticas. Políticas legales. Serv. de Seg. Social. Servicios Sanitarios. Sistemas Sanitarios. Servicios de transporte

III- Requisitos para acreditar discapacidad mental

Deben ser presentados ante la Junta Evaluadora:

- Planilla completa para personas con discapacidad mental.

- Certificado original expedido por médico y equipo interdisciplinario tratante que contemple diagnóstico según CIE.10 y DSM IV-TR.
- Resumen de historia clínica evolutiva especificando antecedentes de enfermedad, tiempo de evolución, internaciones, estado actual, tratamientos clínicos y farmacológicos recibidos en el último año de tratamiento.
- Exámenes necesarios para elaborar el diagnóstico: (determinación del CI, neuroimágenes, evaluación neurocognitiva, etc).

Los requisitos descritos deben ser presentados con fecha, firma y sello del médico y equipo interdisciplinario tratante con una antigüedad de no más de 6 meses al momento de la evaluación. Todos deben ser **originales**, no se aceptan fotocopias y serán retenidos, sin devolución.

En el **anexo II** se especifican por condición de salud.

IV- Criterios para extender el Certificado Único de Discapacidad

Este modelo de abordaje propone una mirada distinta sobre la discapacidad mental y su criterio de evaluación. Entendiendo que la discapacidad no es sinónimo de enfermedad, sino la resultante de la interrelación de un complejo conjunto de elementos biopsicosociales donde cada condición de salud será evaluada con una visión integral desde una mirada interdisciplinaria.

Con fines prácticos se presenta la normativa de Discapacidad Mental agrupando las condiciones de salud con igual perfil de funcionamiento que certifica discapacidad.

1. En personas con las siguientes condiciones de salud :

Discapacidad Intelectual

Trastornos generalizados del desarrollo

Trastornos de estrés postraumático

Trastornos psicóticos

Trastornos del ánimo

Trastornos de personalidad (en proceso de elaboración)

Y que presentan el siguiente esquema de alteraciones al describir el perfil de funcionamiento

En los niños:

- A nivel Funciones y Estructuras corporales alteraciones de grado leve, presentando limitaciones en la capacidad (actividad y participación) de grado moderado, grave o completo en por lo menos el 75% de los ítems codificados.
- A nivel Funciones y Estructuras corporales alteraciones de grado moderado a completo, presentando limitaciones en capacidad de grado moderado, grave o completo en por lo menos el 50% de los ítems codificados.

En adultos:

- A nivel Funciones y Estructuras corporales alteraciones de grado leve, presentando limitaciones en la capacidad (actividad y participación) de grado grave o completo en por lo menos el 75% de los ítems codificados.
- A nivel Funciones y Estructuras corporales alteraciones de grado moderado a completo, presentando limitaciones en capacidad de grado grave o completo en por lo menos el 50% de los ítems codificados.

2. En personas con las siguientes condiciones de salud :

Trastornos del aprendizaje

Trastornos motores

Trastornos de la comunicación

Se tendrá en cuenta la comorbilidad con otros tipos de trastornos mentales, que presenten el siguiente esquema de alteraciones al describir el perfil de funcionamiento:

- A nivel Funciones y Estructuras corporales alteraciones de grado moderado a completo, presentando limitaciones en la capacidad (actividad y participación) de grado moderado a completo en el 75 % de las categorías seleccionadas.
- El mismo criterio se tendrá en cuenta cuando a nivel de estructura corporal no se pueda evaluar la magnitud de la alteración.

3. En personas con las siguientes condiciones de salud:

Trastornos de conducta

Que presenta el siguiente esquema de alteraciones al describir el perfil de funcionamiento:

- A nivel Funciones y Estructuras corporales con alteraciones de grado grave a completo, y limitaciones en la capacidad (actividad y participación) de grado moderado, grave a completo en el 50 % de las categorías seleccionadas.
- El mismo criterio se tendrá en cuenta cuando a nivel de estructura corporal no se pueda evaluar la magnitud de la alteración.

4. En personas con las siguientes condiciones de salud:

Trastornos cognitivos

Que presenta el siguiente esquema de alteraciones al describir el perfil de funcionamiento:

- A nivel Funciones y Estructuras corporales con alteraciones de grado moderado, y limitaciones en la capacidad (actividad y participación) de grado moderado, grave a completo en el 75 % de las categorías seleccionadas.
- A nivel Funciones y Estructuras corporales con alteraciones de grado grave a completo, y limitaciones en la capacidad (actividad y participación) de grado grave a completo en el 50 % de las categorías seleccionadas.
- El mismo criterio se tendrá en cuenta cuando a nivel de estructura corporal no se pueda evaluar la magnitud de la alteración.

En personas con las siguientes condiciones de salud:

5. Epilepsia

Que presentan el siguiente esquema de alteraciones al describir el perfil de funcionamiento:

- Las personas epilépticas refractarias al tratamiento podrán acreditar discapacidad cuando por la frecuencia de las crisis presenten alteraciones en las funciones corporales de grado moderado, grave, completo presentando limitaciones en la capacidad (actividad y participación) de grado grave a completo por lo menos el 50% de los ítems codificados.
- En el caso de las crisis epilépticas sin pérdida de conciencia acreditarán discapacidad sólo aquellas personas con crisis diarias y semanales refractarias al tratamiento con más del 50 % de calificadores graves a completo en actividad y participación.

6. Trastornos mentales y del comportamiento debido al uso de sustancias psicoactivas.

Para extender el certificado único de discapacidad de las personas con antecedentes de uso de sustancias psicoactivas, se tendrá en cuenta la condición de salud que subyace en la persona y/o consecuencias resultantes del trastorno adictivo

V - Bibliografía

Para su construcción se tomaron como referentes:

- Clasificación Internacional del funcionamiento, de la Discapacidad y la Salud, conocida como CIF de la Organización Mundial de la Salud -OMS- (2001)
- Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud, Décima Revisión (CIE-10,OMS (1992)
- Normativas Argentinas
 - Disposición 931/2009 Normativa para Certificación de Discapacidad en Pacientes con Trastornos en la Infancia, Niñez y Adolescencia.
 - Disposición 2738/2009 Normativa para la Certificación de Discapacidad en Pacientes con Trastornos de las funciones mentales superiores.
 - Disposición 930/2009 normativa para Certificación de Discapacidad en Pacientes con Esquizofrenia y otros Trastornos Psicóticos.
 - Disposición 397/2006 CRITERIOS DE VALORACION - PACIENTES CON ESTRES POSTRAUMATICOS.
- Guides to the Evaluation of Permanent Impairment de la Asociación Médica Americana AMA, de noviembre de 2007
- Conceptos contenidos en las leyes de baremología
<http://www.peritajemedicoforense.com/OJEDA6.htm>
- Manual único para la calificación de la pérdida de capacidad, laboral y ocupacional. Bogotá. Colombia 2010
- Manual de Normas de Evaluación y Calificación del Grado de Invalidez (MANECGI) Bolivia, 2009 (con base en el trabajo de consultoría de Cristian Alonso R. Md. Y Edgar Velandia B. Md.)
- American Psychiatric Association, (1995). Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. (DSM IV-R). Ed. Masson. Barcelona. España.
- Baron-Cohen, (1992). Escala de Autismo en niños pequeños. C.H.A.T.

- - Bayley, N (1969). Escalas Bayley de Desarrollo Infantil (BSID).
Universidad de Berkeley.
- - Beck y cols. (1979). Inventario de Depresión de Beck (BAI).
- - Bender, L, (1955). Test Guestáltico Visomotor. Ed. Paidós. Buenos Aires.
- - Butman J, Allegri R, Harris P, Drake M, (2000). Fluencia Verbal en español.
- España. Real Decreto 504/2007, de 20 de abril. Baremo de Valoración de la Situación de la Dependencia –
- España. Real Decreto 1971/1999, de 23 de diciembre, de procedimiento para el reconocimiento, declaración y calificación.
- - Folstein S, y cols. (1975). Mini-Mental State Examination (MMSE).
- -Golden, C, (1994). Stroop. Test de Colores y Palabras. Madrid. España. TEA.
- - Goodglass, H; Kaplan, E. (1986). Test de Boston. Ed. Panamericana.
- - Hamilton, M. (1960). Escala de Depresión de Hamilton.
- - Hathaway, S y mckinley, J, (1947). Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota. MMPI-A y MMPI-2.
- - Heaton, R; Chelune, G; Talley J; Kay, G; Curtiss, G. (1995). Test de Clasificación de Tarjetas de Wisconsin. Ed. TEA. Madrid.
- - International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD-10), 10th Revision (c). (1991). Ginebra, OMS.
- - Johns MW. (1991). Escala de Somnolencia Epworth.
- KAPLAN, Sadock. Sinopsis de psiquiatría 2001. (ED. Panamericana).
- - Lord, C; Rutter, M; DiLavore, P y Risi, S (2008). Escala de Observación para el Diagnostico de Autismo -ADOS. TEA Ediciones.
- - McCarthy, D. (1977, 1996, 2006). Escalas McCARTHY de aptitudes y psicomotricidad para niños (MSCA). TEA Ediciones.
- España.
- del grado de minusvalía. BOE núm. 22. Enero 2000: 3317-3410
- - Rey, A (1958), Lista de Palabras de Rey (RAVLT).
- - Rey and Osterrieth, (1944, 1987). Figura Compleja de Rey (CFT)

- - Wechsler, D (1981). The Wechsler Adult Intelligence Scale-Revised. New York: The Psychological Corporation.
- - Wing, L (1995). Escala para la Evaluación de Habilidades, Comportamientos, Dificultades (HBS).

ANEXO I

Listado condición de salud – CIE-10.

F 00-F09 Trastornos Mentales orgánicos, incluidos los sintomáticos

- F00 Demencia en enfermedad de Alzheimer
- F01 Demencia vascular
- F06.3 Trastornos del humor (afectivos) orgánicos
- F07 Trastornos de la personalidad y del comportamiento debidos a enfermedad, lesión o disfunción cerebral

F20-29 Esquizofrenia, trastorno esquizotípico y trastornos de ideas delirantes.

- F20 Esquizofrenia.
- F21 Trastorno esquizotípico.
- F22 Trastornos de ideas delirantes persistentes.
- F29 Psicosis no orgánica sin especificación Incluye: Psicosis sin especific. Psicosis de origen incierto

F30-39 Trastornos del humor (afectivos)

- F31 Trastorno bipolar. (Bipolar I)
- F31.8 Otros trastornos bipolares. (Bipolar II)
- F33 Trastorno depresivo recurrente.

F42 Trastorno obsesivo-compulsivo.

F43 Reacciones a estrés grave y trastornos de adaptación.

- F43.1 Trastorno de estrés post-traumático

F50-59 Trastornos del comportamiento asociados a disfunciones fisiológicas y a factores somáticos.

- F50.0 Anorexia nerviosa.
- F50.2 Bulimia nerviosa.

F60-69 Trastornos de la personalidad y del comportamiento del adulto

F70-79 Retraso mental. (Discapacidad Intelectual)

Nota: Se codifican en el Eje II.

- F70.9 Retraso mental leve
- F71.9 Retraso mental moderado
- F72.9 Retraso mental grave

- F73.9 Retraso mental profundo
- F79.9 Retraso mental no especificada

F80 Trastornos de la comunicación.

F81 Trastornos específicos del desarrollo del aprendizaje escolar.

F82 Trastorno específico del desarrollo psicomotor.

F84 Trastornos generalizados del desarrollo

- F84.0 Autismo infantil.
- F84.1 Autismo atípico.
- F84.2 Síndrome de Rett.
- F84.3 Otro trastorno desintegrativo de la infancia.
- F84.4 Trastorno hiperkinético con retraso mental y movimientos estereotipados.

F84.5 Síndrome de Asperger.

F84.8 Otros trastornos generalizados del desarrollo.

F84.9 Trastorno generalizado del desarrollo sin especificación.

F90 Trastornos de conducta.

F90.0 Trastorno por déficit de atención e hiperactividad.

F91.3 Trastorno negativista desafiante

F91.8 Trastorno disocial.

F93.0 Trastorno de ansiedad por separación.

F94.x Trastorno reactivo de la vinculación de la niñez y la adolescencia.

F95 Trastornos por tics.

ANEXO II

Requisitos para acreditar discapacidad en las personas con discapacidad intelectual:

- Planilla pre-impresa correspondiente a Discapacidades Mentales.
- Certificado otorgado por médico y equipo interdisciplinario tratante que contemple diagnóstico actual según CIE 10, (indicando Coeficiente Intelectual del paciente y nivel de funcionamiento escolar, laboral y social).
- Estudios genéticos y/o antecedentes patológicos pre-peri y postnatales.
- Estrategias de rehabilitación: Estimulación Temprana, Educación Especial, Integración escolar, taller Laboral, otras.
- Valoración de Apoyos (maestra integradora, acompañante terapéutico, etc.)
- Antecedentes comprobables de haber realizado 1 (uno) año de tratamiento como mínimo.

Requisitos para acreditar discapacidad en las personas con trastorno generalizado del desarrollo:

- Planilla pre-impresa correspondiente a Trastornos Generalizados del Desarrollo.
- Certificado otorgado por médico y equipo interdisciplinario tratante donde consten los antecedentes del paciente y el diagnóstico de la enfermedad actual según CIE 10.
- Estudios genéticos. Estudios por imagen (TAC, RMN). Evaluación Neuropsicológica Infantil. Evaluación del Nivel de Desarrollo por pruebas estandarizadas. Estudios de la Comunicación y del Lenguaje, herramientas de utilización. Informes escolar, psicopedagógico, psicológico, neurolingüístico, fonoaudiológico.
- Estrategias de Rehabilitación.
- Antecedentes comprobables de haber realizado 1 (uno) año de tratamiento como mínimo.

Requisitos para acreditar discapacidad en las personas con trastornos del aprendizaje, trastornos motores y trastornos de la comunicación:

- Planilla pre-impresa correspondiente a Discapacidad mental.
- Certificado otorgado por médico y equipo interdisciplinario tratante donde consten los antecedentes del paciente y el diagnóstico de la enfermedad actual según CIE 10.
- Evaluación Clínica. Estudios genéticos. Estudios por imagen (TAC, RMN).
- Estudios de la Comunicación y del Lenguaje: Test de Gardner (figura palabra de vocabulario receptivo-receptivo) Escalas o evaluaciones de razonamiento, comprensión y expresión verbal (vocabulario, absurdos verbales, relatos frases, categorías comunes. Valoración de memoria audiovisual (mediata-inmediata).
- Informes escolar, psicopedagógico, psicológico, fonoaudiológico y/ o psicomotor.
- Estrategias de rehabilitación no menor a 1(un) año de duración.
- Evaluación de los apoyos educativos, sanitarios, conductuales, sociales.

Requisitos para acreditar discapacidad en las personas con trastornos de conducta:

- Planilla pre-impresa correspondiente a discapacidad mental.
- Certificado otorgado por médico y equipo interdisciplinario tratante donde consten los antecedentes del paciente y el diagnóstico de la enfermedad actual según CIE 10.
- Historia clínica evolutiva, tratamiento psiquiátrico, tiempo de evolución, pronóstico.
- Especificaciones sobre el deterioro que ha provocado en el niño en distintos ámbitos de relación social, educacional y familiar.
- Estrategias de Rehabilitación no menor a 1(un) año de duración.

Requisitos para acreditar discapacidad en las personas con trastornos de las funciones mentales superiores

- Planilla pre-impresa correspondiente a discapacidad mental.
- Certificado otorgado por médico y equipo interdisciplinario tratante donde consten los antecedentes del paciente y el diagnóstico de la enfermedad actual según CIE 10.
- Exámenes complementarios realizados para arribar al diagnóstico con los informes respectivos: neuroimágenes y evaluación neurocognitiva (3 de los Test de uso más corriente).
- Informar los tratamientos realizados y la evolución de la enfermedad no menor a 1(un) año de duración.

Requisitos para acreditar discapacidad en las personas con trastornos psicóticos:

- Planilla pre-impresa correspondiente a discapacidad mental
- Certificado original expedido por médico y equipo interdisciplinario tratante que contemple diagnóstico según CIE 10. Historia clínica evolutiva, tratamientos farmacológicos y psicológicos, tiempo de evolución, pronóstico.
- Antecedentes comprobables de haber realizado 1 (uno) año de tratamiento como mínimo.

Requisitos para acreditar discapacidad en las personas con trastornos del estado de ánimo:

- Planilla pre-impresa correspondiente a discapacidad mental
- Certificado original expedido por médico y equipo interdisciplinario tratante que contemple diagnóstico según CIE10. Historia clínica evolutiva, tratamientos farmacológicos y psicológicos, tiempo de evolución, pronóstico.
- Antecedentes comprobables de haber realizado 1 (uno) año de tratamiento como mínimo.

Requisitos para acreditar discapacidad mental en personas con estrés postraumáticos:

- Planilla pre-impresa correspondiente a TEPT por médico psiquiatra.
- Certificado otorgado por médico y equipo interdisciplinario tratante que contemple diagnóstico según CIE 10.
- Resumen de historia clínica evolutiva especificando antecedentes de enfermedad, tiempo de evolución, internaciones, estado actual, tratamientos clínicos y farmacológicos recibidos.
- Especificar comorbilidad previa y posterior al TEPT.
- En cuanto al tratamiento farmacológico y psicoterapéutico: de más de un año, con un mínimo de tres esquemas psicofarmacológicos diferentes y diversas psicoterapias implementadas. Especificar tipo y frecuencia.
- Es necesario haber agotado las opciones terapéuticas, en dosis máximas y tiempos establecidos (fehacientemente comprobable).
- Evaluación de la respuesta al tratamiento.
- Evaluar la evolución de la enfermedad en cuanto a la instauración de los diversos tratamientos efectuados en una escala entre:
 - Muy Bueno.
 - Bueno.
 - Regular
 - Malo.
 - Sin cambios.
- Estudios necesarios para elaborar el diagnóstico (determinación de CI, neuro-imágenes, evaluación neurocognitiva, estructura de personalidad (MMPI-2, Millon, escala de estrés postraumático u otros). Además se puede utilizar el Eje V (evaluación global del sujeto) del DSM-IV-TR con las escalas de evaluación de la actividad global (EEAG) o de la actividad relacional (EEAG-R).

- Actividad laboral y social, en caso de que la persona haya interrumpido alguna de estas actividades es necesario tener en cuenta si ello se debe al TEPT.

Requisitos para acreditar discapacidad en personas con trastornos mentales y del comportamiento debido al uso de sustancias psicoactivas.

- Planilla pre-impresa correspondiente a discapacidad mental.
- Certificado otorgado por médico y equipo interdisciplinario tratante que contemple diagnóstico actual según CIE 10.
- Resumen de historia clínica especificando antecedentes de enfermedad actual, tiempo de evolución, internaciones y cambios de esquema farmacológico. Antecedentes comprobables de haber realizado 1 (uno) año de tratamiento como mínimo.
- Especificar comorbilidad referidos al uso de sustancias.

Requisitos para acreditar discapacidad en personas con Epilepsia:

- Certificado otorgado por médico y equipo interdisciplinario tratante donde conste diagnóstico por CIE 10, estado actual, tipo de crisis y frecuencia con los esquemas terapéuticos realizados (indicando dosis y duración de cada uno de ellos).
- Completar planilla para certificar discapacidad en pacientes epilépticos por médico especialista.
- Laboratorio: Dosaje en sangre de drogas antiepilépticas (Sólo si ha recibido dos drogas en monoterapia sin control de las crisis).

Anexo III

Listas cortas: Demencias

❖ Funciones corporales

Funciones de la orientación Respecto al tiempo Respecto al espacio Respecto a la persona	b114 b1140 b1141 b1142
Funciones relacionadas con la energía y los impulsos Motivación Control de los impulsos	b130 b1301 b1304
Funciones del sueño	b134
Funciones de la atención	b140
Funciones de la memoria	b144
Funciones cognitivas superiores	b164
Funciones mentales del lenguaje	b167
Continencia fecal	b5253
Continencia urinaria	b6202
Funciones relacionadas con el patrón de la marcha	b770

❖ Estructura corporales

Estructura del cerebro	s110
------------------------	------

❖ Actividad y participación

Centrar la atención (intencionalmente en algo)	d160
Pensar	d163
Tomar decisiones	d177
Llevar a cabo una única tarea	d210
Llevar a cabo múltiples tareas	d220
Llevar a cabo rutinas diarias	d230
Llavarse y Secarse	d510

Higiene personal relacionada con la excreción	d530
Vestirse	d540
Cuidado de la propia salud	d570
Preparar comidas	d630
Realizar los quehaceres de la casa	d640
Interacciones interpersonales básicas	d710
Interacciones interpersonales complejas	d720
Transacciones económicas básicas	d860
Socialización	d9205

❖ Factores ambientales

Medicamentos	e1101
Pañales	e1150
Productos y tecnología de ayuda para la movilidad	e1201
Familiares cercanos	e310
Amigos	e320
Cuidadores y personal de ayuda	e340
Profesionales de la salud	e355
Políticas legales (si es renovación)	e5502
Servicios de seguridad social (pensiones, jubilaciones)	e5700
Servicios sanitarios (Hospital público)	e5800
Obra Social	e5801

Lista corta: **Discapacidad intelectual**

❖ Funciones corporales

Funciones intelectuales	b117
Motivación Control de los impulsos	b1301 b1304
Funciones del sueño	b1340
Funciones de la atención	b140
Funciones mentales del lenguaje	b167
Cálculo	b172
Continencia fecal	b5253
Continencia urinaria	b6202

❖ Estructuras corporales

Estructura del cerebro	s110
------------------------	------

❖ Actividad y participación

Aprender a leer	d140
Aprender a escribir	d145
Aprender a calcular	d150
Centrar la atención	d160
Pensar	d163
Escribir	d170
Calcular	d172
Resolver problemas	d175
Tomar decisiones	d177
Llevar a cabo una única tarea	d210

Llevar a cabo múltiples tareas	d220
Llevar a cabo rutinas diarias	d230
Comunicación-recepción de mensajes hablados	d310
Comunicación-producción de mensajes hablados	d330
Conversación	d350
Utilizar medios de transporte privado con motor o públicos	d470
Llavarse y Secarse	d510
Higiene personal relacionada con los procesos de excreción	d530
Vestirse	d540
Cuidado de la propia salud	d570
Comprar	d6200
Preparar comidas	d630
Realizar los quehaceres de la casa	d640
Interacciones interpersonales básicas	d710
Interacciones interpersonales complejas	d720
Formación profesional	d825
Conseguir, mantener y finalizar un trabajo	d845
Transacciones económicas básicas	d860
Autosuficiencia económica	d870
Juego	d9200
Socialización	d9205

❖ **Factores ambientales**

Medicamentos	e1101
Familiares cercanos	e310
Amigos	e320
Cuidadores y personal de ayuda	e340
Profesionales de la salud	e355
Políticas legales (si es renovación)	e5502
Servicios de seguridad social	e5700
Servicios sanitarios (Hospital público)	e5800
Obra Social	e5801

Lista corta: **Depresión -Trastorno Bipolar**

Extroversión: sociable abierto, expresivo/tímido, reservado introvertido	b1260
Estabilidad psíquica: templado, tranquilo sosegado/irritable, irregular	b1263
Motivación	b1301
Control de los impulsos	b1304
Funciones del sueño Cantidad	b1340
Control psicomotor :lentitud o excitación	b1470
Funciones emocionales	b152
Funciones del pensamiento	b160
Introspección ("Insight") permiten el conocimiento y comprensión de uno mismo y de la propia conducta. Juicio, discriminación y la evaluación en el proceso de formar una opinión.	b1644 b1645
Experiencias de uno mismo (despersonalización y desrealización)	b1800

❖ Estructuras corporales

Estructura del cerebro	s110
------------------------	------

❖ Actividad y participación

Centrar la atención	d160
Pensar	d163
Resolver problemas	d175
Tomar decisiones	d177
Llevar a cabo rutinas diarias	d230
Manejo del estrés y otras demandas psicológicas	d240
Cuidado de la propia salud	d570
Adquisición de bienes y servicios	d620
Preparar comidas	d630
Realizar los quehaceres de la casa	d640
Interacciones interpersonales básicas	d710
Interacciones interpersonales complejas	d720
Relaciones familiares	d760
Mantener un trabajo	d8451
Autosuficiencia económica	d870
Socialización	d9205

❖ Factores ambientales

Medicamentos	e1101
Familiares cercanos	e310
Amigos	e320
Cuidadores y personal de ayuda	e340
Profesionales de la salud	e355
Políticas legales (si es renovación)	e5502
Servicios de seguridad social	e5700
Servicios sanitarios (Hospital público)	e5800
Obra Social	e5801

Lista corta: **Esquizofrenias – Psicosis**

Motivación	b1301
Control de los impulsos	b1304
Funciones de la percepción auditiva	b1560
Funciones de la percepción, percepción visual	b1561
Funciones del pensamiento : Contenido (delirios, ideas sobrevaloradas y somatización)	b1602
Abstracción	b1641
Flexibilidad cognitiva	b1643
Introspección	b1644
Juicio, discriminación, valoración.	b1645
Experiencias de uno mismo (despersonalización y desrealización)	b1800
Imagen corporal	b1801

❖ **Estructura corporal**

Estructura del cerebro	s110
------------------------	------

❖ **Actividad y participación**

Centrar la atención	d160
Pensar	d163
Resolver problemas	d175
Tomar decisiones	d177
Llevar a cabo rutinas diarias	d230
Manejo del estrés y otras demandas	d240
Conversación	d350
Cuidado de la propia salud	d570
Preparar comidas	d630
Realizar los quehaceres de la casa	d640
Tolerancia en las actitudes	d7102
Interacciones interpersonales complejas	d720
Relaciones familiares	d760

Relaciones íntimas	d770
Conseguir, mantener y finalizar un trabajo	d845
Autosuficiencia económica	d870
Socialización	d9205

❖ **Factores ambientales**

Medicamentos	e1101
Familiares cercanos	e310
Amigos	e320
Cuidadores y personal de ayuda	e340
Profesionales de la salud	e355
Actitudes de la familia cercana	e410
Actitudes de amigos	e420
Actitudes sociales	e460
Políticas legales (si es renovación)	e5502
Servicios de seguridad social	e5700
Servicios sanitarios (Hospital público)	e5800

❖ Listas cortas : **TGD**

Funciones intelectuales	b117
Funciones psicosociales globales	b122
Control de los impulsos	b1304
Funciones del sueño	b134
Funciones de la atención	b140
Funciones psicomotoras	b147
Funciones mentales del lenguaje	b167
Tics y manierismos	b7652

Estereotipias y perseverancias motoras	b7653
--	-------

❖ **Estructuras corporales**

Estructura del cerebro	s110
------------------------	------

❖ **Actividad y participación**

Mirar	d110
Escuchar	d115
Otras experiencias sensoriales intencionadas	d120
Copiar	d130
Adquisición de habilidades	d155
Centrar la atención	d160
Llevar a cabo una única tarea	d210
Comunicación-recepción de mensajes hablados	d310
Hablar	d330
Uso fino de la mano	d440
Lavarse y Secarse	d510
Higiene personal relacionada con los procesos de excreción	d530
Vestirse	d540
Comer	d550
Interacciones interpersonales básicas	d710
Interacciones interpersonales complejas	d720
Educación preescolar	d815
Educación escolar	d820
Juego	d9200
Socialización	d9205

❖ Factores ambientales

Medicamentos	e1101
Familiares cercanos	e310
Amigos	e320
Cuidadores y personal de ayuda	e340
Profesionales de la salud	e355
Actitudes de la familia cercana	e410
Actitudes individuales de conocidos, compañeros, colegas, vecinos y miembros de la comunidad	e425
Políticas legales(si es renovación)	e5502
Servicios de seguridad social	e5700
Servicios sanitarios (Hospital público)	e5800



Ministerio de Salud

Secretaría de Políticas, Regulación e Institutos,
Subsecretaría de Gestión de Servicios Asistenciales.
Servicio Nacional de Rehabilitación

Anexo IV

Planillas de evaluación

POR FAVOR LEA ATENTAMENTE

Es importante cumplir con todos los requisitos abajo enumerados a fines de evitar demoras e impugnaciones

REQUISITOS PARA LA EVALUACIÓN DE LA DISCAPACIDAD MENTAL.

Este Certificado deberá ser completado por especialista con letra clara y en forma completa.
El mismo tiene carácter de declaración jurada.
La Junta Evaluadora del Servicio Nacional de Rehabilitación podrá pedir información ampliatoria al profesional que evaluó al paciente.

Apellido y Nombres	
DNI	

MENTAL

1 – DIAGNOSTICO CIE 10

DSM IV - EVALUACION MULTIAXIAL (DETALLAR LOS CINCO EJES)

Trastornos del comportamiento social: SI NO

Trastornos del control de los impulsos: SI NO

3 - TRATAMIENTO QUE RECIBE:

PSICOFARMACOLOGICO	PSICOTERAPEUTICO	REHABILITATORIO

--	--	--

4 – SOCIAL

Comportamiento con sus pares	Bueno		Regular		Malo	
Comportamiento c/ las personas que lo asisten	Bueno		Regular		Malo	

5 – ESCOLARIDAD

Primaria		Secundaria		Otros Estudios		Escuela especial	
Lee y Escribe	Si	No		Parcial			

6 – LABORAL

Talleres Protegidos		Trabajo Independiente		Trabajo Recreativo		Tareas Simples	
---------------------	--	-----------------------	--	--------------------	--	----------------	--

7 - ESTUDIOS MEDICOS Y PSICOLOGICOS NECESARIOS PARA ELABORAR EL DIAGNOSTICO. (Determinación, CI, Evaluación Neurocognitiva, neuroimágenes, etc.)

8 - RESUMEN DE HISTORIA CLINICA COMPLETA. (Antecedentes, tiempo de evolución, estado actual, tratamientos, pronóstico, etc.)

...../...../.....
Fecha

.....
Firma y sello del Médico actuante



Ministerio de Salud

Secretaría de Políticas, Regulación e Institutos,
Subsecretaría de Gestión de Servicios Asistenciales.

POR FAVOR LEA ATENTAMENTE

Es importante cumplir con todos los requisitos abajo enumerados a fines de evitar demoras e impugnaciones

PLANILLA DE EVALUACIÓN PARA TRASTORNO GENERALIZADO DEL DESARROLLO.

Este Certificado deberá ser completado por especialista con letra clara y en forma completa. El mismo tiene carácter de declaración jurada. La Junta Evaluadora del Servicio Nacional de Rehabilitación podrá pedir información ampliatoria al profesional que evaluó al paciente.

APELLIDO Y NOMBRE/S	
EDAD	
NIVEL EDUCACIONAL	
FECHA DE INFORME	

DESEMPEÑO GLOBAL

DESEMPEÑO ÁULICO

OBSERVACION DE CONDUCTAS EN RECREOS

INTERVENCIONES REALIZADAS POR EL EQUIPO DE ORIENTACION ESCOLAR

Con el niño/a:
Con la docente:
Con la madre:

CARACTERISTICAS DEL DESEMPEÑO EN AREAS



Ministerio de Salud

Secretaría de Políticas, Regulación e Institutos,
Subsecretaría de Gestión de Servicios Asistenciales.

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA:

PLAN DE TRATAMIENTO:

...../...../.....

Fecha

.....

Firma y sello del Médico actuante



Ministerio de Salud

Secretaría de Políticas, Regulación e Institutos,
Subsecretaría de Gestión de Servicios Asistenciales.

POR FAVOR LEA ATENTAMENTE

Es importante cumplir con todos los requisitos abajo enumerados a fines de evitar demoras e impugnaciones

REQUISITOS PARA EVALUACION DE DISCAPACIDAD EN PACIENTE EPILEPTICOS.

Este certificado deberá ser completado por médico especialista en Neurología con letra clara y en forma completa. El mismo tiene carácter de declaración jurada. La Junta Evaluadora del Servicio Nacional de Rehabilitación podrá pedir información ampliatoria al profesional que evaluó al paciente.

Apellido y Nombre	
DNI	

1-Enfermedad de base (si la hubiera).....
.....

2- Especificar tipo de crisis:.....
.....

3- Tiempo de evolución de las crisis:.....

4- Frecuencia de las crisis:
 Diarias Semanales : Mensuales otras (especificar).....

5- Tratamientos recibidos (especificar drogas, dosis utilizadas y el tiempo de duración de cada uno de los esquemas terapéuticos).

ESQUEMA DE Tto.N 1	ESQUEMA DE Tto.N 2	ESQUEMA DE Tto.N 3



Ministerio de Salud

Secretaría de Políticas, Regulación e Institutos,
Subsecretaría de Gestión de Servicios Asistenciales.

6- Tratamiento actual (especificar drogas, dosis y el tiempo de duración del tratamiento actual)

ESQUEMA TERAPEUTICO ACTUAL

6- Adjuntar informe de los estudios realizados para abordar al diagnóstico

.....

7- Adjuntar diagnóstico según DSM IV de patologías psiquiátricas asociadas si las hubiera.....

.....

8- Resumen de Historia Clínica completo. (antecedentes, estado actual, pronóstico etc.)

.....

..... Firma y sello del médico actuante.
--

Fecha:...../...../.....

Anexo V

Condiciones de salud específicas.

❖ DISCAPACIDAD INTELECTUAL (RETRASO MENTAL)

(Codifica en el eje II de la clasificación multiaxial DSM-IV-TR)

"La discapacidad intelectual es una discapacidad caracterizada por limitaciones significativas tanto en el funcionamiento intelectual como en la conducta adaptativa, expresada en habilidades adaptativas conceptuales, sociales y prácticas. Esta discapacidad se origina antes de los 18 años". (Luckasson y cols., 2002)⁹

Este nuevo concepto:

- Considera la discapacidad y el funcionamiento como conceptos dinámicos, en el sentido de que, en una persona determinada, coexisten tanto limitaciones como capacidades.
- Reconoce a los factores ambientales como una dimensión que influye y se relaciona con el funcionamiento y la discapacidad.
- Asume que, con los apoyos apropiados, la conducta adaptativa a menudo mejorará, por lo cual se evalúa a los niños luego de por lo menos un año de tratamiento.
- La valoración de la capacidad intelectual y de la conducta adaptativa, nos permite la planificación de los apoyos para el funcionamiento individual en un ambiente concreto: enseñanza, amistad, planificación económica, ayuda al empleado, apoyo conductual, ayuda en el hogar, acceso y utilización de la comunidad y atención sanitaria.
- Promueve un nuevo modelo que categoriza los apoyos requeridos, no al individuo. Considera la intensidad y el patrón cambiante de los apoyos requeridos a lo largo de la vida.

⁹ Aportaciones de las definiciones del retraso Mental (AAMR, 2002) a la corriente inclusiva de las personas con discapacidad. Miguel Ángel Verdugo Alonso

- Evalúa a la persona utilizando un enfoque multidimensional (capacidad intelectual, conducta adaptativa, participación, interacción y rol social, salud, contexto)

Tabla de Coeficiente intelectual y conductas adaptativas según CIE 10 y DSM IV- TR

Coeficiente Intelectual	C.I. límite CI 85-70	R.M. Leve CI 69-50	R.M. Moderado C.I. 49-35	R.M. Severo C.I. 34-20	R.M. Profundo C.I. <20
Lenguaje	Ligero retraso en la adquisición. Escaso grado de abstracción. Leve retraso a nivel sintáctico y semántico.	Retraso en el desarrollo y a veces problemas del habla. Lenguaje funcional. Vocabulario pobre. Comprende órdenes.	Aparece tardíamente, con muchos trastornos. Predomina acción sobre el lenguaje. Comprensión de órdenes sencillas. Lenguaje sembrado de errores semánticos y sintácticos. Vocabulario reducido y reiterativo.	Comunicación a través de palabra-frase, uniones de palabras sin estructura sintáctica, comprensiva solo para sus habituales. Comprende y responde a órdenes imperativas que impliquen una o dos acciones.	Comunicación muy primaria (gestos, gritos, llantos, sonidos articulados). Comprende órdenes sencillas acompañadas de gesticulación. Dificultades para mantener contacto visual.
Conducta	Habitualmente buen nivel de conducta adaptativa. Fácilmente influenciado por el medio. Baja tolerancia a la frustración. Escasa iniciativa. Inseguridad.	Falta de iniciativa. Reiteración y obcecación en sus dificultades. Labilidad emocional. A veces heteroagresividad por frustración.	Solicita constantemente atención y demostraciones de cariño. Afectividad ciclótica y voluble. Adherido a rutinas rígidas. Conductas heteroagresivas y a veces auto agresivas. Desinhibición.	Gran dependencia afectiva. Auto y heteroagresividad. Conductas bruscas e impulsivas. Estereotipias. Conductas de auto estimulación sexual.	Desconexión ambiental. Frecuentes conductas auto lesivas y auto estimulantes. Estereotipias.
Motricidad	En edad temprana ligero retraso en el desarrollo motriz. Torpeza en habilidades de gran precisión.	Retraso evolutivo senso-motriz. Los hitos madurativos se logran en edades más avanzadas. Poca precisión en tareas de destreza y coordinación. Dificultad en la integración del esquema corporal.	No llega a plena adquisición de las habilidades motrices. Control postural tardío. Poca destreza manual, necesita ayuda para movimientos finos.	Adquiere la marcha. Trastorno en la sensibilidad cenestésica. Equilibrio deficiente.	Puede adquirir la bipedestación o la marcha. Alcanza la manipulación y aprehensión burda de los objetos.
Habilidades de autonomía personal	Total autonomía personal.	Eventual supervisión visual en las AVD. Se desenvuelve por si solo en lugares habituales en forma rutinaria.	Necesita supervisión para las actividades de la vida diaria.	Depende de terceros para las AVD, aunque puede realizar alguna de forma incompleta. Parcial control de esfínteres. Desplazamiento con fin utilitario en ambientes controlados.	Dependencia total en las AVD. Ausencia de control de esfínteres.
Habilidades sociales	Poca habilidad para establecer relaciones. Capacidad para organizar su rutina diaria. Adaptación lenta a lugares nuevos. Utiliza recursos de la sociedad con asesoramiento. Respeta normas sociales	Colabora en tareas familiares. Dificultad para anticipar los peligros. Demandas de atención y aprobación pueden distorsionar la vida familiar. Asesoramiento para actividades no habituales. Preferencia por relacionarse con personas de menor edad.	Colabora tareas muy sencillas en la casa. No tiene autonomía fuera del entorno habitual. Relación social con iguales de = edad mental o adultos que den seguridad. Sus relaciones interpers. Se reducen al ámbito familiar. Dificultad aceptar normas sociales.	Reconoce a las personas habituales de su entorno y mantiene una interrelación básica.	Reconoce a los miembros de la familia habituales y cuidadores.
Educación	Consigue con lentitud procesos de aprendizaje, puede elaborar aprendizajes formales. Atención dispersa, baja concentración y motivación para el aprendizaje. Fracaso en niveles avanzados de escolaridad. Puede graduarse con apoyo pedagógico. Capacidad para acceder a contenidos propios de la formación laboral especializada.	Consigue con lentitud aprendizaje operacional concreto. Déficit de atención. Adquisición de técnicas instrumentales. Lectoescritura comprensiva elemental. Ritmo inconstante de aprendizaje. Adquiere habilidades para formación profesional laboral.	Supera el aprendizaje sensorio motriz y alcanza tardíamente el pre operacional. Aprendizaje de conceptos básicos sobre situaciones concretas. Consigue con entrenamiento centrar y sostener la atención. Puede aprender habilidades manipulativas básicas. Concorre en general a Escuela Especial.	Consigue el aprendizaje sensoriomotriz. Se inicia con adiestramiento en adquisiciones básicas de tipo pre-conceptual. Concorre a Escuela Especial y a veces realizar actividades de pre taller o Centro Educativo Terapéutico.	Se trabaja para lograr las actividades básicas de la vida diaria.
Trabajo	Graves dificultades para acceder al mercado lab. Competitivo Desarrolla actividades que no impliquen responsabilidad, ni toma de decisiones. Mejor rendimiento en centros especiales de empleo. Independencia en el manejo del tiempo libre.	Integración laboral en centros ocupacionales .Desarrollo de tareas manipulativas rutinarias. Ritmo inconstante en la ejecución. Pobre organización y planificación de su tiempo libre.	Integración en el marco de un Centro Ocupacional. Desarrolla tareas de supervisión y ayuda ocasional. Ritmo lento y ejecución repetitiva. Necesita asistencia para utilizar el tiempo libre.	Puede llegar a realizar actividades de pre taller. Requiere el apoyo del adulto en la ejecución de tareas sencillas. Realiza tareas en forma mecánica y por breve tiempo. Depende de otros para la utilización de su tiempo.	Trabaja su auto valimiento en centros especiales.

❖ TRASTORNOS GENERALIZADOS DEL DESARROLLO

(Codifican en el eje I de la clasificación multiaxial DSM IV-TR)

Los trastornos generalizados del desarrollo se caracterizan por una perturbación grave y generalizada de varias áreas del desarrollo: habilidades para la interacción social, para el lenguaje y comunicación, o presencia de comportamientos estereotipados con una gama restringida de actividades e intereses, y trastornos del procesamiento sensorial. Cabe destacar que son independientes del nivel de desarrollo o edad mental del sujeto.

Este grupo de trastornos incluye:

- . Trastorno Autista
- . Trastorno de Rett
- . Trastorno Desintegrativo Infantil
- . Trastorno o Síndrome de Asperger
- . Trastorno Generalizado del Desarrollo no especificado.

Estos trastornos suelen ponerse de manifiesto a edad temprana, generalmente dentro de los primeros 3 años de la vida, y suelen asociarse a algún grado de discapacidad intelectual.

	Presenta sintomatología psicopatológica aislada, no supone disminución de la capacidad funcional.
DISCAPACIDAD LEVE	Retraso o funcionamiento anormal en: <ul style="list-style-type: none"> . interacción social: puede tolerar ámbitos con pares pero no interactúa . Escaso lenguaje verbal y no verbal, hay intención comunicativa y atención conjunta . juego estereotipado . Trastorno del procesamiento sensorial (hipo-hiperreactividad) . Interés restringido a objetos o rutinas rígidas, puede dejarlas sin hacer berrinches . No presenta regularmente conductas disruptivas
DISCAPACIDAD MODERADA	Retraso o funcionamiento anormal en: <ul style="list-style-type: none"> . Interacción social no tolera ámbitos con pares excepto que haya un acompañamiento, acotado en el tiempo. . Pobre desarrollo del lenguaje verbal y no verbal: hay que estimular la intención comunicativa y la atención conjunta, utilización de modos alternativos de comunicación . Juego estereotipado . Trastornos del procesamiento sensorial (hipo-hiperreactividad). . Interés restrictivo a rutinas y objetos, puede hacer berrinches ante los cambios de rutina . Conductas disruptivas eventuales

<p>DISCAPACIDAD GRAVE</p>	<p>Retraso o funcionamiento anormal en:</p> <ul style="list-style-type: none"> . Interacción social sumamente restringida a ámbitos conocidos y referentes, depende regularmente de terceros, sin limitación temporal en algunos contextos, dificultad para resolver las AVD . Ausencia de lenguaje verbal o lenguaje muy precario, utilización permanente de modos alternativos de comunicación, ecolalias . Severos trastornos en el procesamiento sensorial . Interés restrictivo a rutinas y objetos, estereotipias frecuentes, intolerancia marcada a los cambios, frecuentes berrinches . Conductas disruptivas frecuentes auto y heteroagresivas
<p>DISCAPACIDAD MUY GRAVE</p>	<p>Retraso o funcionamiento anormal en:</p> <ul style="list-style-type: none"> . Interacción social sumamente restringida a ámbitos conocidos y referentes, necesidad de acompañamiento permanente ,marcada dependencia para resolver las AVD . Ausencia de lenguaje, depende de terceros habituales la interpretación de sus necesidades . Severos trastornos del procesamiento sensorial, pueden agregarse trastornos motores . Interés restrictivo a rutinas y objetos, . manierismos, estereotipias, marcada intolerancia a los cambios . Conductas disruptivas frecuentes auto y heteroagresivas

❖ **TRASTORNOS DEL APRENDIZAJE, TRASTORNOS MOTORES Y TRASTORNOS DE LA COMUNICACION**

Los trastornos del Aprendizaje (de lectura, cálculo, expresión escrita y sin especificar), los trastornos motores (del desarrollo de la coordinación) y los trastornos de la comunicación (lenguaje expresivo, mixto del lenguaje, fonológico y tartamudeo) comparten características y comorbilidad.

Tienen **trastornos específicos del aprendizaje** (de lectura, cálculo, expresión escrita y sin especificar) aquellos niños que presentan una alteración en uno o más de los procesos psicológicos básicos implicados en la comprensión o uso del lenguaje, hablado o escrito. Trastorno que se puede manifestar en una habilidad imperfecta para escuchar, pensar, hablar, leer, escribir, deletrear o practicar cálculos matemáticos. Tales trastornos incluyen condiciones como deficiencias perceptuales, daño cerebral, disfunción cerebral mínima, dislexia y afasia del desarrollo. Esta denominación no incluye a los

niños que tiene problemas del aprendizaje que son primariamente el resultado de deficiencias visuales auditivas o motoras, de retardo mental o de desventaja ambiental.

Trastornos motores (del desarrollo de la coordinación), representa un retraso en la adquisición de pautas motores simples (sostén cefálico, sedestación, marcha, trepar escaleras, saltar) y una gran dificultad para aprender a usar sus manos en las praxias complejas y para reproducir movimientos que le son mostrados (torpeza para vestirse, abotonarse las prendas, atar los lazos de sus zapatos, imitar gestos); la inhabilidad motora puede afectar a todo tipo de movimientos, desde las praxias faciales (guiñar un ojo, soplar, silbar) hasta las praxias más complejas (pedalear, practicar deportes y otras actividades motrices); la falta de habilidad manual lleva habitualmente a una dificultad en el dibujo y la escritura. La torpeza motora puede expresarse también en forma de dislalias, trastornos articulatorios y bradilalia. La mayor afectación en estos casos se encuentra en la motilidad gruesa o de pruebas que implican equilibrio, o de las praxias faciales, o del uso de las manos, o más específicamente en la utilización del lápiz para el dibujo y la escritura.

Trastornos de la comunicación comprenden el trastorno del lenguaje expresivo, el trastorno mixto del lenguaje receptivo–expresivo, el trastorno fonológico y la tartamudez.

Se incluyen aquí, los trastornos funcionales de las palabras (dislalias, retraso simple de la palabra) y los trastornos neuropsicológicos semiótico-lingüísticos como las disfasias congénitas, expresivas o mixtas.

Todos estos trastornos suelen coexistir con déficit de atención y comportamiento perturbador, con una gran incidencia familiar.

Se conoce poco sobre la neurobiología de estos trastornos, solamente en algunos casos se han hallado asimetrías hemisféricas en lóbulos parietales y temporales en Resonancias Magnéticas o Tomografías Computadas.

En los trastornos de la comunicación es preciso descartar en un primer momento, algún deterioro auditivo.

❖ **TRASTORNOS DE LA CONDUCTA**

Los trastornos de conducta aglomeran una serie de síntomas referidos a patrones conductuales o estilos de comportamiento que se consideran disfuncionales. El trastorno disocial es un patrón de comportamiento persistente en el que se violan los derechos básicos de los otros o importantes normas sociales adecuadas a la edad del sujeto. Se caracteriza por: agresiones físicas, destrucción de bienes materiales, robos o fraude y violación de las reglas sociales. Provoca deterioro clínicamente significativo de la actividad social, académica o laboral. Se asocia en muchos casos a inestabilidad familiar, incluidos maltrato físico o abuso sexual.

El trastorno negativista desafiante es un patrón recurrente de comportamiento negativista, desafiante, oposicionista, desobediente y hostil, dirigido a las figuras de autoridad. Se pone de manifiesto generalmente antes de los 8 años, y no luego del inicio de la adolescencia. Es más frecuente en familias disfuncionales.

Ambos trastornos suelen asociarse con Trastorno por Déficit de Atención, Trastornos del Aprendizaje y de la Comunicación.

❖ **TRASTORNOS DE LAS FUNCIONES MENTALES SUPERIORES.**

Las funciones cerebrales superiores y sus trastornos adquieren cada vez más relevancia si se tiene en cuenta el aumento de la expectativa de vida.

La corteza contiene los cuerpos neuronales principales que soportan las funciones consideradas "simples" o "inferiores", como las motoras, sensitivo-motoras, auditivas o visuales, y además integra funciones muy elaboradas,

“superiores”, como la memoria, el lenguaje, razonamiento abstracto o actividades gestuales.

Las funciones mentales inferiores son aquellas con las que nacemos, son las funciones naturales y están determinadas genéticamente. Las funciones mentales superiores se adquieren y se desarrollan a través de la interacción social.

❖ **DEMENCIAS**

Las demencias son enfermedades en las que se deterioran la memoria y otras capacidades intelectuales con respecto al estado mental previo de una persona. El diagnóstico de demencia debe reunir criterios para poder establecerse.

Los más utilizados son los de la cuarta edición del manual diagnóstico y estadístico de la Asociación Americana de Psiquiatría (DSM-IV).

Criterios de valoración

	<ul style="list-style-type: none">. Presenta sintomatología psicopatológica aislada, no supone disminución de la capacidad funcional.
DISCAPACIDAD LEVE	<ul style="list-style-type: none">. Leve alteración cognitiva y en la función integradora pero el paciente puede cumplir con todos los roles usuales y realizar las AVD.
DISCAPACIDAD MODERADA	<ul style="list-style-type: none">. Moderada restricción en el desempeño de AVD, supervisión en tiempo limitado.. Dificultades sociales, y en las actividades laborales.. Es necesario medicación y tratamiento psicoterapéutico. Sintomatología clínicas evidentes:. Deterioro cognitivo moderado. Presencia o no de síntomas psicóticos.. Dificultad marcada en las relaciones personales.

DISCAPACIDAD GRAVE	<ul style="list-style-type: none"> . Las AVD están gravemente restringidas (desplazarse, prepararse alimentos, y otras actividades de la vida diaria), obliga a la supervisión regular en ambientes protegidos. . Ausencia de capacidad laboral por deficiente concentración, continuidad y alteraciones en la ejecución de las tareas. . Características clínicas: <ul style="list-style-type: none"> - Severo compromiso de funciones cognitivas (capacidad atencional, memoria, lenguaje, praxias, funciones ejecutivas y visoespaciales). - Necesidad permanente de tratamiento. - Síntomas alucinatorios y delirantes crónicos. - Presencia o no síntomas motores. - Presencia o no de trastornos viscerales (incontinencias)
DISCAPACIDAD MUY GRAVE	<ul style="list-style-type: none"> . Incapacidad para el auto cuidado, y para llevar a cabo AVD . Requiere ayuda de terceros constante. . Presencia de algunas de las siguientes características clínicas: <ul style="list-style-type: none"> - Trastornos severos de funciones cognitivas - Pérdida del contacto con la realidad. - Trastornos conductuales - Presencia de síntomas motores. - Trastornos viscerales (incontinencias) - Deterioro del sensorio.

❖ **TRASTORNOS PSICÓTICOS**

Es un trastorno mental y del comportamiento en el cual el menoscabo ha alcanzado un compromiso tal que interfiere marcadamente con la capacidad de introspección y la posibilidad para afrontar demandas ordinarias de la vida o para mantener un adecuado contacto con la realidad.

Existe una amplia clasificación de los trastornos psicóticos pero el más frecuente es la esquizofrenia, siendo otros: trastorno esquizofreniforme, trastorno esquizoafectivo, trastorno delirante, trastorno psicótico inducido por sustancias o enfermedad médica, y trastorno psicótico no especificado.

Criterios de valoración

	<ul style="list-style-type: none"> - Presenta sintomatología psicopatológica aislada, no supone disminución de la capacidad funcional.
DISCAPACIDAD LEVE	<ul style="list-style-type: none"> - Conserva una vida autónoma o con una leve disminución de su capacidad funcional, excepto en períodos de crisis. - Presenta alucinaciones infrecuentemente (ej.1-3 veces al mes) y sin deterioro en el desempeño. - La idea delirante no se ha formado completamente
DISCAPACIDAD MODERADA	<ul style="list-style-type: none"> - Moderada restricción en el desempeño de AVD, contactos sociales, y actividades en el mercado laboral. Evita bañarse o cambiarse de ropa, presenta la ropa con suciedad, pelo despeinado, requiere de estimulación. Las comidas y la hidratación son irregulares y precarias. - Es necesario medicación y tratamiento psicoterapéutico - Características clínicas: <ul style="list-style-type: none"> - Persistencia de síntomas psicóticos por más de 6 meses 1 año - Experimenta alucinaciones a diario o algunas áreas del desempeño son perturbadas por las alucinaciones - Comportamiento claramente extraño - Algunas áreas del desempeño perturbadas por un pensamiento delirante. - Dificultades para recordar información personal. - Gran reducción o disminución en los movimientos o expresión oral - Dificultad marcada en las relaciones personales o actitudes autistas.
DISCAPACIDAD GRAVE	<ul style="list-style-type: none"> - Las AVD están gravemente restringidas (desplazarse, prepararse alimentos, y otras actividades de la vida diaria), obliga a la supervisión regular en ambientes protegidos. Come irregular y precariamente, puede requerir de intervención médica. - Disminución de la capacidad laboral por deficiente concentración, continuidad y ritmo en la ejecución de las tareas, con episodios de descompensación asociados a actividades laborales. - Características clínicas: <ul style="list-style-type: none"> . mala respuesta a tratamiento . necesidad permanente de tratamiento con internaciones reiteradas, asociaciones laxas de ideas, la expresión oral es incomprensible debido a un deterioro severo la mayoría del tiempo . tendencia al apragmatismo y abstracción, . El nivel emocional se encuentra muy bajo. . Expresión oral y gestos mecánicos la mayoría del tiempo. Expresión facial inalterable. No se mueve ni habla a menos que sea instigado o incitado. . Síntomas alucinatorios y delirantes crónicos, mantener una conversación basada en alucinaciones, risas/carcajadas inapropiadas frecuentes alucinaciones verbales o visuales varias veces al día o muchas áreas del desempeño son perturbadas por estas.

DISCAPACIDAD MUY GRAVE	<ul style="list-style-type: none"> - Incapacidad para el autocuidado, y para llevar a cabo AVD - Requiere ayuda de terceros constante. - Sin actividad laboral - Presencia de algunas de las siguientes características clínicas: - Trastornos severos del curso y contenido del pensamiento que afectan al sujeto la mayor parte del tiempo. - Pérdida del contacto con la realidad. - Trastornos perceptivos permanentes. - Catatónico - Institucionalización prolongada. - Conductas disruptivas reiteradas.
------------------------	---

❖ **TRASTORNOS DEL ESTADO ÁNIMO PERSISTENTES**

Estado de ánimo se define como un tono emocional generalizado que influye sobre la perspectiva y percepción de uno mismo, de otros y del medio ambiente. Son entidades comunes potencialmente fatales y altamente tratables. Los trastornos del estado del ánimo afectan todas las áreas del funcionamiento, síntomas vegetativos, cambios de sueño, el apetito, la libido y la energía.

Estos cuadros clínicos se diagnostican por la presencia, ausencia o duración de los diversos Episodios Afectivos (Episodio Depresivo Mayor, Episodio Maníaco, Episodio Mixto y Episodio Hipomaníaco) que pueden acompañarse o no de síntomas psicóticos.

Criterios de valoración

	<ul style="list-style-type: none"> - Presenta sintomatología psicopatológica aislada, no supone disminución de la capacidad funcional.
DISCAPACIDAD LEVE	<ul style="list-style-type: none"> - Puede mantener una actividad productiva, excepto en períodos de crisis. - Se siente frecuentemente triste o afligido pero logra con facilidad prestar atención a otras cosas. - No existen ideas suicidas evidentes.

<p>DISCAPACIDAD MODERADA</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Moderada restricción en AVD, incluye contactos sociales, y actividades laborales - Es necesario medicación y tratamiento psicoterapéutico - Características clínicas: <ul style="list-style-type: none"> . episodios maníacos recurrentes . trastorno depresivo mayor de evolución crónica (más de 18 meses sin remisión) . trastornos bipolares que requieran tratamiento, más de 2 episodios al año . Depresión recurrente con ideas suicidas . Presencia de síntomas psicóticos
<p>DISCAPACIDAD GRAVE</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Las AVD gravemente restringidas, obliga a la supervisión en ambientes protegidos. - Disminución de la capacidad laboral por deficiente concentración, continuidad y ritmo en la ejecución de las tareas - Características clínicas: <ul style="list-style-type: none"> . trastorno bipolar resistente al tratamiento . necesidad permanente de tratamiento con internaciones reiteradas . síntomas psicóticos crónicos . Profundamente deprimido a diario, pero no persistente durante todo el día
<p>DISCAPACIDAD MUY GRAVE</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Incapacidad para el autocuidado, y AVD ayuda de terceros constante. - No actividad laboral, ni siquiera con supervisión. - Presencia de algunas de las siguientes características clínicas: <ul style="list-style-type: none"> . Internaciones reiteradas . Pérdida del contacto con la realidad. . Institucionalización prolongada. . Conductas disruptivas reiteradas . Trastorno depresivo profundo y persistente o manía grave . Hipomanías constante . Ausencia de recuperación en períodos intercríticos. . Síntomas psicóticos crónicos

❖ **TRASTORNO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO (TEPT)**

El trastorno por estrés postraumático (TEPT) describe una serie de síntomas que presenta una persona luego de la exposición a un acontecimiento estresante o una situación excepcionalmente amenazadora para la propia vida o la de otros. No se genera sin un acontecimiento traumático y se requiere

también cierto tipo de respuestas. Los síntomas afectan severamente a la persona e inciden negativamente en su esfera familiar, social, laboral y / o educativa. Estos síntomas incluyen la re- experimentación persistente del evento traumático, la evitación persistente de los estímulos asociados con el trauma, la disminución de la respuesta emocional, y síntomas persistentes de activación aumentada.

Curso

El TEPT se presenta luego de un mes o más, hasta 10 años, y dura al menos *un mes*, es clínicamente significativo y con repercusión en la actividad y participación del individuo, a nivel social, educativo y/o laboral, ya que se sobrecarga la capacidad de adaptación de la persona.

El DSM-IV indica que se debe especificar si es agudo, cuando los síntomas duran *menos de tres meses*, y *crónico si duran tres meses o más*. *Muchos duran entre tres y seis meses*. Otros recidivan o se agravan. Si se inicia después de los seis meses y antes de diez años: se denomina demorado.

El agente estresante por sí mismo no garantiza el desarrollo del cuadro, desde una perspectiva psicosocial se ha evidenciado que la calidad del apoyo social, los acontecimientos familiares, las experiencias durante la etapa infantil, los rasgos de la personalidad y los trastornos mentales preexistentes pueden influir en la aparición del TEPT.^{10, 11}

Estudios complementarios. Escalas y test

¹⁰ ¹⁰ DSM IV, Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. APA, Barcelona, Masson, 1995.

¹¹ Stein, Enrique. Estrés Posttraumático: ¿Realidad o Mito? *Sinopsis. APSA Revista* (40): 23-26. 2008

No todos los síntomas psicopatológicos que aparecen en individuos expuestos a un factor estresante de carácter extremo deben atribuirse necesariamente a un trastorno por estrés postraumático¹².

El que una persona sea diagnosticada con TEPT no significa que sea discapacitada, la etiqueta diagnóstica no es tan importante, como sí lo es la alteración funcional permanente (función y estructura corporal y actividad y participación).

Las escalas y test psicológicos permiten, homogeneizar los criterios de valoración, un mejor control de la evolución, y severidad de las secuelas, por esto los test se convierten en una prueba confiable. Constituyen un *sistema estandarizado* y comúnmente aceptado de valoración.

Los instrumentos para evaluar la **exposición al trauma** son muchos e incluso algunos especializados en cada tipo de evento traumático. Entre ellos tenemos el TSS, PSEI, CTAS, CTS, etc.

En cuanto a los instrumentos para medir la **severidad de los síntomas**, encontramos: el MMPI-2, Inventario Clínico Multiaxial de Millon, La escala de estrés postraumático entre otros.

Criterios de valoración

<u>CLASIFICACIÓN</u> <u>DISCAPACIDAD</u>		<u>CALIFICADORES</u>	
		<u>deficiencias</u>	<u>CIF</u> <u>actividad y participación</u>
DISCAPACIDAD LEVE	<ul style="list-style-type: none"> - Presenta sintomatología psicopatológica aislada pero no tiene disminuida su capacidad funcional. - No se evidencia alteraciones en AVD. - No hay alteraciones a nivel social, educativo y /o laboral. 	<p>0</p> <p>No</p> <p>hay problema.</p> <p>Insignificante</p>	Sin dificultad

<p>DISCAPACIDAD MODERADA</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Presenta criterio diagnóstico para TEPT según CIE 10 y DSM IV. - Capacidad vida autónoma conservada, o leve disminuida, excepto en períodos recortados de crisis o descompensación. - Características clínicas: - Pesadillas pocos frecuentes - Tendencia a sufrir sobresaltos ante un ruido fuerte - Leves dificultades para concentrarse o pensar con claridad, para conciliar el sueño. - Pueden mantener actividad educativa/laboral normalizada y productiva, salvo en los períodos de crisis o descompensación, que será necesario un tiempo de reposo e intervención terapéutica adecuada. 	<p>1</p> <p>Problema leve, ligero</p>	<p>En el último mes: un intento/mayor tiempo/ logra la act./ presencia de alteración en alguna capacidad</p>
<p>DISCAPACIDAD MODERADA</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Moderada restricción en AVD, incluye contactos sociales y actividades educativas y laborales - Es necesario medicación y tratamiento psicoterapéutico. - Características clínicas: - Sensación de que el entorno es extraño o irreal y sospechar exageradamente de otros. - Moderada pérdida de interés en actividades de las que antes se disfrutaba <ul style="list-style-type: none"> • Problemas serios y recurrentes para controlar emociones como la ansiedad, la ira y la irritación • Conductas adictivas • Ideación depresiva recurrente con TENTATIVA DE SUICIDIO • Síntomas que requieran hospitalización 	<p>2</p> <p>Problema Moderado (medio, regular,...)</p> <p>25–49 %</p>	<p>En los últimos tres meses: 2 o 3 intentos/ mayor tiempo/ no logra completar parte de la act./ presencia de varias alteraciones</p>
<p>DISCAPACIDAD GRAVE</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Las AVD gravemente restringidas, obliga a la supervisión intermitente en ambientes protegidos. - Disminución de la capacidad laboral / educativa por deficiente concentración y ritmo en la ejecución de las tareas. - Características clínicas: 	<p>3</p> <p>Problema Grave (mucho,</p>	<p>En los últimos seis meses: 4 intentos o más/tiempo no razonable, no completa la mayor parte de la act./ presencia de múltiples</p>

	<ul style="list-style-type: none"> • Grave repercusión sobre conducta, resistente al tratamiento • Predominio de síntomas de deterioro cognitivo. • Graves trastornos del sueño cuali-cuantitativos. • Agitación y constante estado de hipervigilancia • Necesidad permanente de tratamiento con internaciones reiteradas. • presencia de características clínicas de depresión mayor, síntomas psicóticos 	extremo,...) 50–95 %	alteraciones
DISCAPACIDAD MUY GRAVE	<ul style="list-style-type: none"> - Incapacidad para el auto cuidado, y AVD ayuda de terceros constante. - No actividad laboral, ni siquiera con supervisión. - Presencia de algunas de las siguientes características clínicas: <ul style="list-style-type: none"> • Abstracción extrema de la vida que les rodea • Internaciones reiteradas • Resistente a todo tratamiento • Pérdida del contacto con la realidad. • Institucionalización prolongada. • Conductas disruptivas reiteradas 	4 Problema Completo (total,...) 96–100 %	En el último año: no logra realizar la act./ ausencia de capacidades

Criterios para extender el certificado único de discapacidad (CUD)

En personas con estrés postraumático

El grado de discapacidad no está correlacionado con el diagnóstico sino con la repercusión de la condición de salud sobre el nivel de funcionamiento de cada persona, en relación a la dificultad que presenta el paciente para

desempeñar las actividades de la vida diaria, o las repercusiones negativas que al momento de la evaluación pueda tener esta sobre su patología.

Es frecuente la comorbilidad previa y/o posterior al TEPT. Ejemplo asociación con lesión orgánica o desarrollo de la misma (Amputaciones, accidentes cerebro vasculares, desfiguraciones) y/o patologías psiquiátricas como psicosis, trastornos de la personalidad de tipo paranoide, trastornos de conducta (antisocial), depresión mayor asociada.

❖ **TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDO AL USO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS.**

Para certificar discapacidad mental en el Trastorno inducido por el uso de sustancias, deberá tenerse en cuenta lo siguiente:

- En ningún caso la condición que certifique discapacidad, habrá de recaer en la sola manifestación conductual adictiva, como lo pudiera ser por ejemplo el beber alcohol en exceso, el apostar compulsivamente o el consumir sustancias tipo estupefacientes.
- Los antecedentes comprobables de haber necesitado al menos un año de tratamiento psicoterapéutico en cualquiera de sus modalidades (individual, grupal, familiar, hospital de día y otros.).
- Los síntomas que duren más de cuatro semanas después de terminar la intoxicación o la abstinencia deben considerarse manifestaciones de un trastorno mental independiente no inducido por sustancias.
- En todos los casos, la discapacidad que se certifique, habrá de resultar del padecimiento o trastorno mental que subyace en la persona y/o consecuencias resultantes del trastorno adictivo, dado por deterioro o secuela que puedan verificarse de manera objetiva y/o documentada.

- Se tomará en cuenta el concepto de comorbilidad entendido como la concurrencia de procesos de etiopatogenia diferente en un mismo individuo, o la superposición de diagnósticos en situaciones patológicas complejas que no puedan identificarse mediante un solo rotulo.

❖ **EPILEPSIA:**

Las epilepsias constituyen una enfermedad neurológica heterogénea, caracterizada por la recurrencia de crisis epilépticas, en ausencia de lesión cerebral aguda. Para su diagnóstico es necesaria la presencia de por lo menos dos crisis.

Por su parte, las crisis epilépticas son eventos clínicamente transitorios, de inicio brusco, breve, de semiología variada, debidos a descargas neuronales excesivas e hipersincrónicas.

Existen dos grandes tipos de Crisis Epilépticas:

1- Generalizadas: Son aquellas en que las manifestaciones clínicas y/o electroencefalográficas expresan el compromiso cerebral difuso o al menos bilateral desde el inicio. Puede o no estar comprometida la conciencia. Ejemplos: (Crisis tónico clónicas generalizadas, crisis mioclónicas).

2- Parciales: Son aquellas cuyas manifestaciones clínicas y/o electroencefalográficas son expresión del compromiso cerebral focal, al menos en el inicio del evento. Pueden tener síntomas motores, sensitivos, sensoriales, vegetativos o psíquicos. Se subdividen en dos grupos principales: las parciales simples y las complejas. Las primeras se caracterizan porque la conciencia se conserva durante la crisis. Las parciales complejas, en cambio, muestran pérdida de la conciencia en algún momento de las crisis.

La mayoría de las personas epilépticas controlan sus crisis con el tratamiento farmacológico adecuado, un porcentaje puede continuar con

síntomas a pesar de recibir los tratamientos adecuados y algunas de ellos desarrollan una epilepsia refractaria al tratamiento.

Se considerará como Epilepsia refractaria al tratamiento cuando:

1- No hayan respondido al tratamiento con dos drogas antiepilépticas de elección en monoterapia y a una combinación de 2 fármacos de primera línea, en las dosis máximas toleradas y apropiadas para el tipo de Crisis o Síndrome Epiléptico.

2- No haya obtenido un buen control de sus crisis luego del uso de al menos dos drogas antiepilépticas en monoterapia o politerapia en dosis adecuadas para el tipo de crisis o síndrome epiléptico durante, al menos, dos años de tratamiento.

3- A pesar de haber llegado a niveles plasmáticos útiles de las dos drogas utilizadas en monoterapia no controla las crisis en forma adecuada (sólo en estas circunstancias deberá presentar dosaje en sangre de ambas drogas).

Control de Crisis Epilépticas con compromiso del estado de conciencia correlacionado con calificadores CIF de funciones corporales

<u>Frecuencia de crisis epiléptica</u> (con pérdida transitoria de la conciencia)	<u>CALIFICADORES CIF</u>
Sin crisis	0
1 crisis esporádica	1
1 crisis mensual o más	2
1 crisis semanal o más	3
1 crisis diaria o más	4