

Disposición 930/2009

Apruébase la normativa para Certificación de Discapacidad en Pacientes con Esquizofrenia y otros Trastornos Psicóticos.

Bs. As., 17/4/2009

VISTO la Ley N° 22.431 que instituye el SISTEMA DE PROTECCION INTEGRAL DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD, sus modificatorias, el Decreto N° 106 del 9 de febrero de 2005 y el Expediente N° 1-2002-4300006750/08-7 del registro de este SERVICIO NACIONAL DE REHABILITACION, y

CONSIDERANDO

Que en virtud del Decreto citado en el VISTO, es competencia de este Organismo aplicar la Ley N° 22.431, artículo 3°, así como elaborar, instrumentar y supervisar los criterios de Certificación de Discapacidad.

Que, en ejercicio de las acciones asignadas por la normativa mencionada en el CONSIDERANDO precedente, este SERVICIO NACIONAL DE REHABILITACION estima menester determinar en qué casos corresponde extender el CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD a los pacientes con Esquizofrenia y otros trastornos Psicóticos.

Que, a tal fin y como resultado de los ateneos realizados con especialistas en psiquiatría, se proyectó la Normativa anexa al Expediente del VISTO, la cual contiene los criterios para valorar la discapacidad, en pacientes con la patología a que alude el SEGUNDO CONSIDERANDO.

Que, en este orden, resulta procedente aprobar la normativa señalada precedentemente.

Que el Departamento de Asuntos Jurídicos ha tomado la intervención de su competencia.

Que la presente se dicta en el marco de las facultades previstas en la Ley N° 22.431, sus modificatorias y Decreto Reglamentario y los Decretos N° 703/95 y 106/05.

Por ello,

LA SEÑORA DIRECTORA DEL SERVICIO NACIONAL DE REHABILITACION

DISPONE:

Artículo 1° — Apruébase la Normativa para Certificación de Discapacidad en Pacientes con Esquizofrenia y otros Trastornos Psicóticos que como Anexo I pasa a formar parte integrante de la presente.

Art. 2° — Comuníquese, publíquese, dése a la Dirección Nacional del Registro Oficial y archívese.

Grisel Olivera Roulet.

NORMATIVA PARA LA CERTIFICACION DE DISCAPACIDAD EN PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA Y OTROS TRASTORNOS PSICOTICOS.

SERVICIO NACIONAL DE REHABILITACION

DRA. GRISEL OLIVERA ROULET

AÑO 2009

ESQUIZOFRENIA Y OTROS TRASTORNOS PSICOTICOS

Las Esquizofrenias son enfermedades del neurodesarrollo de origen multifactorial. Muchos mecanismos pueden interactuar para producir manifestaciones psicóticas, incluyendo bases genéticas, deficiencias inmunológicas, complicaciones obstétricas o determinantes ambientales que provoquen factores de stress temprano.

La teoría del deficiente neurodesarrollo asevera que el paciente adquiere la enfermedad por una lesión. La misma ataca el cerebro inmaduro en proceso de desarrollo, impidiendo su crecimiento normal y produciendo un severo daño que se expresa en una etapa más tardía de la vida.

Sabemos que las esquizofrenias presentan varios cotejos sintomáticos (positivos negativos, afectivos, cognitivos) que, si bien son interdependientes, aparecen en distintos momentos de la enfermedad y no responden al mismo tratamiento.

El clásico concepto bleuleriano de defecto (empobrecimiento de la esfera afectiva y volitiva con indemnidad en la esfera intelectual) como típico de la esquizofrenia, en contraposición con deterioro (donde se encuentran comprometidas las tres esferas) ha dominado la fenomenología siquiátrica durante años. Sin embargo hoy, la demostración de trastornos cognitivos específicos en estas psicosis avala el concepto kraepeliniano de demencia precoz.

Lieberman propone que las esquizofrenias se desarrollan en tres estadios:

El primer estadio: La lesión temprana que altera el establecimiento de matriz neuronal normal de la cual dependerá la neuromaduración futura.

El segundo estadio: Involucra la sensibilización neuroquímica en respuesta a eventos ambientales (stress, abuso de sustancias, conflictos vitales). Aclaremos que dicha sensibilización determina la respuesta aumentada en tiempo y magnitud a los estímulos neuroquímicos.

El tercer estadio: Implica el desarrollo de una neurotoxicidad que ocurre como resultado de la progresiva sensibilización exagerada, siendo la base de los procesos involucrados en el deterioro y en la fase residual de la enfermedad.

Mc Glashan aporta una teoría integradora biosociológica, revisa condicionamientos genéticos y perinatales entendiéndola como una variable genotípica que no se expresa hasta la adolescencia.

Cree que existe una poda sináptica (pruning), que en un desarrollo cerebral normal debería estar concluido para esta edad. Considera el stress ambiental necesario pero no suficiente. Resalta que los años transcurridos de enfermedad aumentan el deterioro que está presente aún antes del inicio sintomático.

Se ha establecido que la esquizofrenia es un trastorno cerebral, con alteraciones estructurales y funcionales visibles en estudios de neuroimágenes y componente genético, observado en estudios con mellizos.

DIAGNOSTICO

El diagnóstico es fenomenológico y se basa en la observación y descripción del paciente.

En general se encuentran alteraciones en todas las áreas mentales a saber:

Desempeño global, contenido del pensamiento y forma del pensamiento, percepción, afecto, sentido de sí mismo, volición, funcionamiento interpersonal, cognición, comportamiento psicomotor.

Luego, el **DSM IV** las define como una alteración que persiste durante por lo menos 6 meses e incluye 1 mes de síntomas de la fase activa: ideas delirantes alucinaciones, lenguaje desorganizado, comportamientos catatónicos y síntomas negativos. También incluye todos los subtipos (paranoide-desorganizado- indiferenciado-residual).

En las esquizofrenias tanto los signos como los síntomas están asociados a disfunción social y/o laboral.

Los síntomas involucran un abanico de disfunciones cognoscitivas y emocionales que incluyen percepción, pensamiento inferencial, lenguaje, comunicación, organización comportamental, afectividad, fluidez y productividad del pensamiento y el habla, capacidad hedónica, voluntad, motivación y atención. El diagnóstico implica una constelación de signos y síntomas asociados a un deterioro laboral o social.

Si la alteración comienza en la infancia, el progreso educativo está alterado y el sujeto es incapaz de finalizar la escolaridad.

Son incapaces de mantener un trabajo durante períodos largos, en general no se casan y tienen pobres contactos sociales.

LOS SUBTIPOS:

Tipo paranoide

Tipo desorganizado

Tipo catatónico

Tipo indiferenciado

Tipo residual

DE ACUERDO AL CURSO LONGITUDINAL

Episódico con síntomas residuales interepisódicos

Episódicos con síntomas negativos acusados

Episódico sin síntomas residuales interepisódicos

Continuo

Episódico único con remisión parcial

Episódico único con remisión total

Otro patrón no específico.

EPIDEMIOLOGIA

A nivel mundial cada año surgen 2 millones de casos nuevos. La prevalencia a lo largo de la vida es de aproximadamente el 1-1,5%. La prevalencia, la morbilidad y la gravedad de la presentación se relacionan con centros urbanos industrializados.

La distribución por sexo es 1-1.

La prevalencia es más alta en clases bajas, pero la incidencia es igual en todas las clases sociales.

La edad de comienzo habitual es entre los 15 y los 35 años, raramente antes de los 10 años y después de los 40 años.

COSTOS

En USA, entre costos indirectos y directos, el gasto total asciende a los 100.000 millones de dólares al año.

ETIOLOGIA:

Genéticos, por consanguinidad. Sin embargo, la teoría poligénica parece ser la más compatible con la presentación.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

Trastornos médicos y neurológicos, trastorno esquizofreniforme, trastorno psicótico breve, trastorno del estado de ánimo, trastorno esquizoafectivo, trastornos delirantes, trastornos de la personalidad, trastorno facticio y de simulación, trastorno generalizado del desarrollo, retraso mental.

PRONOSTICO

El pronóstico se postuló con una regla flexible. Un tercio aproximadamente lleva una vida hasta cierto punto normal. Un tercio continúa con síntomas significativos, pero puede desempeñarse dentro de la sociedad, el tercio restante se deteriora. El pronóstico es mejor en mujeres.

CRITERIOS PARA VALORAR DISCAPACIDAD EN PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA Y OTROS TRASTORNOS PSICOTICOS

Teniendo en cuenta **BAREMOS** basados en **CIE10-DSMIV**, que definen el trastorno mental como el conjunto de síntomas psicopatológicos identificables que interfieren en el desarrollo personal, laboral y social de la persona de manera diferente en intensidad y duración; la valoración de la Discapacidad que conlleva un trastorno Mental, se realizará en base a:

- 1) Disminución de la capacidad del individuo para llevar una vida autónoma. Para ello se tendrán en cuenta considerandos como: la comunicación, el autocuidado, las habilidades en el hogar, las habilidades sociales, la salud y la seguridad, los logros académicos, el ocio y tiempo libre.
- 2) La disminución de la capacidad laboral.
- 3) Encuadra a una sintomatología psicopatológica universalmente aceptada.

El criterio general apunta a que la persona, además de los síntomas del trastorno, debe tener disminuida la capacidad funcional.

Consideramos cuatro clases para que se cumplan los criterios:

CLASE I (0%)

Presenta sintomatología psicopatológica aislada, no supone disminución de la capacidad funcional.

CLASE II Discapacidad leve (1-24%)

a) Conserva una vida autónoma o con una leve disminución de su capacidad funcional, excepto en períodos de crisis.

b) Puede mantener una actividad productiva, excepto en períodos de stress psicosocial. En estos casos es necesario reposo laboral.

CLASE III Discapacidad Moderada (25-59%)

a) Moderada restricción en el desempeño de actividades de la vida cotidiana, incluyendo contactos sociales, y actividades en el mercado laboral. En estos casos es necesario medicación y tratamiento psicoterapéutico habitual.

Se asignará un porcentaje de 45-59% cuando la sintomatología interfiera en la actividad de la vida de la persona.

Se asignará un porcentaje de 25-44% cuando no se obstaculice en forma notable su desempeño.

b) Presencia de algunas de las siguientes características clínicas:

Persistencia de síntomas psicóticos.

Dificultad marcada en las relaciones personales o actitudes autistas.

CLASE IV Discapacidad Grave (60-74%)

a) Las actividades de la vida cotidiana están gravemente restringidas (desplazarse, prepararse alimentos, y otras actividades de la vida diaria), lo que obliga a la supervisión en ambientes protegidos.

b) Descenso de la capacidad laboral por deficiente concentración, continuidad y ritmo en la ejecución de las tareas, con episodios de descompensación asociados a actividades laborales.

c) Presencia de las siguientes características clínicas: mala respuesta a tratamiento con persistencia de la sintomatología, necesidad permanente de tratamiento con internaciones reiteradas, asociaciones laxas de ideas, tendencia al apragmatismo y abstracción, síntomas alucinatorios y delirantes crónicos.

CLASE V Discapacidad muy grave (75%)

La enfermedad repercute en forma extrema sobre el individuo que refleja su incapacidad para el autocuidado, y para llevar a cabo actividades básicas de la vida diaria, requiere ayuda de terceros constante.

No existen posibilidades de actividad laboral, ni siquiera en circuitos ocupacionales supervisados.

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.

Institucionalización prolongada.

Conductas disruptivas reiteradas.

Podrán acreditar Discapacidad teniendo en cuenta CIE10-DSMIV las personas que se encuentran comprendidas en Clase III, IV, y V.



REQUISITOS PARA CERTIFICAR DISCAPACIDAD
➤ Historia clínica evolutiva. Se adjunta planilla para evaluación de la Discapacidad Mental.
➤ Tratamientos recibidos
➤ Internaciones, tipo de rehabilitación recibida, y encontrarse comprendida en los criterios establecidos.

Históricamente, el término psicótico, se refiere al trastorno mental que ocasionaba un deterioro que interfería en gran medida con la capacidad para responder a las demandas cotidianas de la vida. Finalmente, se ha descrito como una pérdida de las fronteras del ego, o un grave deterioro de la evaluación de la realidad.

Con igual criterio que para la esquizofrenia, a los pacientes con trastornos abajo descritos se les otorgará la acreditación de Discapacidad

- Trastorno Esquizoafectivo - Clase funcional III, IV y o V.
- Trastorno Delirante con deterioro de relaciones interpersonales y laborales, que se acompañe además de aislamiento social - Clase funcional III, IV y o V.
- Trastorno Psicótico debido a enfermedad médica. Dentro de estos trastornos se encuentran la enfermedad de Parkinson, enfermedad de Huntington, enfermedad de Wilson, Epilepsia, tumores cerebrales, Esclerosis Múltiple, ELA, Encefalitis, Meningoencefalitis, SIDA, trastornos endócrinos, (tiroides, paratiroides, suprarrenales, metabólicas, tóxicos, deficiencias vitamínicas).
- Trastorno Psicoorgánico que cumplan con los criterios funcionales III, IV y V.

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

REQUISITOS PARA LA EVALUACION 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 Médica Evaluadora del Servicio Nacional de Rehabilitación podrá pedir información ampliatoria al profesional que evaluó al paciente.				
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%; text-align: center;">Apellido y Nombres</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">DNI</td> <td></td> </tr> </table>	Apellido y Nombres		DNI	
Apellido y Nombres				
DNI				
<u>MENTAL</u>				
1 – DIAGNOSTICO CIE 10				
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="height: 20px;"> </td></tr> <tr><td style="height: 20px;"> </td></tr> </table>				
DSM IV - EVALUACION MULTIAXIAL (DETALLAR LOS CINCO EJES)				
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="height: 20px;"> </td></tr> <tr><td style="height: 20px;"> </td></tr> <tr><td style="height: 20px;"> </td></tr> </table>				
Peligrosidad para sí o para terceros: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Es Golpeador: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> 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

BIBLIOGRAFIA

ANDREASEN, Nancy THE AMERICAN CONCEPT OF SCHIZOPHRENIA, BULLETIN 1989

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION Manual de Diagnóstico y Estadísticas de Trastornos Mentales.

BERRETONI, P. A CRONOLOGIA Histórica de los conceptos clínicos sobre esquizofrenia Parte 1 ALCMEON.

BLEULER B. Demencia Precoz. El grupo de las Esquizofrenias. BS AS - Editorial Paidos.

FREEDMAN R. SCHIZOPHRENIA, New England. 3. Med. 2003.349.1738-40

GROSS, G. THE BASIC SYMPTOMS OF SCHIZOPHRENIA. British Journal of Psychiatry.

LIEBERMAN J.A J. CLIN. PSYCHIATRY 2007.

KAPLAN SADOCK Manual de Psiquiatría Clínica

SCHNEIDER K., PATOPSIKOLOGIA CLINICA 4ª EDICION ESPAÑOLA, MADRID 1975.

MELENNEC, L. 1996 VALORACION DE LAS DISCAPACIDADES Y DEL DAÑO CORPORAL. BAREMO I DE INVALIDEZ

