

B.O. 12/05/09 - Disp. 929/09-SNR - Normativa para Certificación de Discapacidad en Pacientes con Trastornos del Estado de Animo.

SERVICIO NACIONAL DE REHABILITACION

Disposición 929/2009

Apruébase la normativa para Certificación de Discapacidad en Pacientes con Trastornos del Estado de Animo.

Bs. As., 17/4/2009

VISTO la Ley Nº 22.431 que instituye el SISTEMA DE PROTECCION INTEGRAL DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD, sus modificatorias, el Decreto Nº 106 del 9 de febrero de 2005 y el Expediente Nº 1-2002-4300006748/08-2 del registro del este SERVICIO NACIONAL DE REHABILITACION, y..

..CONSIDERANDO:

Que en virtud del Decreto citado en el VISTO, es competencia de este Organismo aplicar la Ley Nº 22.431, artículo 3º, 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 Trastornos del Estado de Animo.

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 virtud de las facultades previstas en la Ley Nº 22.431, sus modificatorias, Decreto Reglamentario y los Decretos Nº 703/95 y 106/05.

Por ello,

LA SEÑORA DIRECTORA DEL SERVICIO DE REHABILITACION

DISPONE:

Artículo 1º — Apruébase la Normativa para Certificación de Discapacidad en Pacientes con Trastornos del Estado de Animo que como Anexo I pasa a formar parte integrante de la presente.

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

— Grisel Olivera Roulet.

NORMATIVA PARA LA CERTIFICACION DE DISCAPACIDAD EN PACIENTES CON TRASTORNOS DEL ESTADO DE ANIMO

SERVICIO NACIONAL DE REHABILITACION

DRA. GRISEL OLIVERA ROULET

AÑO 2009

TRASTORNO DEL ESTADO DE ANIMO

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.

La Depresión como enfermedad fue reconocida y descrita en la Grecia Clásica hace 2300 años por Hipócrates quien denominó melancolía a la tonalidad cetrina, sombría, que oscurecía el ánimo y la existencia del enfermo.

En la última década se han registrado en el campo médico avances notables en las posibilidades de detección (diagnóstico), delimitación (nosográfica), causa, comprensión de sus dinamismos intrínsecos y posibilidad de tratamiento.

La creciente disponibilidad de recursos ha convertido a la depresión en la más tratable de las enfermedades psiquiátricas (Akiskal 1990). Simultáneamente se ha meritado a los estados depresivos como lifetime disorders (enfermedades que acompañan al ciclo vital), crónicas de alta morbilidad, causantes de mortalidad y de elevado costo social y sanitario.

Puede alcanzar niveles de discapacidad manifiesta, mientras el riesgo suicida acompaña de modo permanente, este periplo. Las consecuencias de las depresiones crónicas representan un alto consumo de recursos médicos, aumento del gasto en salud, inducción a farmacodependencias, comorbilidad médica, comorbilidad psiquiátrica, sufrimiento personal, riesgo suicida, costo social.

Siguiendo a DSM IV se incluye entre los Trastornos del estado de ánimo a:

- Trastorno Depresivo Mayor
-
- Trastorno Distímico
- Trastorno Bipolar I
-
- Trastorno Bipolar II
- Trastorno ciclotímico
-
- Trastorno del Estado de Animo debido a enfermedad médica
- Trastorno del Estado de Animo inducido por sustancias
-
- Trastorno del Estado de ánimo no especificado

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.

TRASTORNO BIPOLAR

La bipolaridad es una clase de trastorno cerebral neurobiológico que repercute en el estado de ánimo, condición clínica que comparte con la depresión y que se caracteriza por oscilaciones anímicas, bruscas e intensas.

Consiste en una alteración multicausal de los mecanismos que regulan el carácter y la personalidad provocando, en una de las etapas de este trastorno, que la persona bipolar se sienta eufórica y con una energía inusitada. En este estado suelo someter actos disparatados que lo suele exponer a riesgos de salud y/o pérdidas económicas graves. Pero, en la fase más negativa de este trastorno, quien lo sufre atraviesa una depresión tan profunda que puede ir acompañada de delirios y alucinaciones que motivan su internación para atenuar los síntomas.

Esta oscilación encuentra un término medio, la eutimia, que es la fase sintomática en la cual el paciente bipolar puede realizar su vida normalmente.

La bipolaridad es una enfermedad que necesita un diagnóstico certero y un tratamiento integral.

También se la llama enfermedad de Psicosis Maníaco Depresiva, porque en algunos casos el desarrollo del trastorno bipolar se acompaña de síntomas psicóticos.

CARACTERISTICAS DE LA MANIA DEL TRASTORNO BIPOLAR

En términos generales, corresponde a un ánimo excesivamente elevado que expresa una persona, lo cual provoca episodios de euforia o de entusiasmo

inusitado. Los síntomas típicos son: irritabilidad inapropiada muy frecuente, insomnio grave y prolongado, aumento del habla, pensamientos acelerados y sin coherencia, aumento de la libido, notable crecimiento de la energía, mal juicio definido como la falta de sentido común para pensar y decidir, distracción fácil ante cualquier estímulo, comportamiento grosero.

La manía con estos síntomas se encuentra presente en el Trastorno Bipolar Tipo I.

En los restantes grados se manifiestan distintos episodios de Hipomanía, considerada un nivel leve o moderado de la Manía, que le puede causar mucho bienestar a la persona, pero en varios casos la Hipomanía se puede transformar en una Manía clásica.

ASPECTOS GENERALES DEL COMPORTAMIENTO

Para que correspondan a un episodio maníaco los síntomas deben presentarse por los menos una semana:

- . Agitación psicomotriz.
- . Descuido personal.
- . Afecto lábil.
- . Estado de ánimo eufórico, expansivo, irritable, exigente.
- . Lenguaje, dramático, exagerado, fuerte.
- . Contenido del pensamiento: alta autoestima, egocentrismo, delirio de grandeza y paranoide.
- . Proceso del pensamiento: fuga de ideas, neologismos, pensamientos acelerados.
- . Sensorio, muy distraído, trastorno de la concentración, pensamiento abstracto indemne.
- . Introspección y juicio: deteriorado, incapaz de organización racional.

CARACTERÍSTICA DE LA DEPRESIÓN DEL TRASTORNO BIPOLAR

El episodio depresivo del Trastorno Bipolar se caracteriza por ansiedad manifiesta y permanente, baja autoestima y en los casos graves la aparición de pensamientos suicidas.

El episodio depresivo reúne además signos como los siguientes:

- . Falta de valor para afrontar las situaciones más simples de la vida.

- . Problemas de sueño, tanto por el insomnio como somnolencia excesiva.
- . Pérdida del apetito y descenso de peso.
- . Pérdida de la autoestima.
- . Aburrimiento constante que dura semanas o meses.
- . Sentimiento de desesperanza o minusvalía.
- . Dificultades de la concentración, debilidad de la memoria e indecisión.
- . Pensamientos suicidas o que llevan como tema frecuente la muerte propia o de las personas allegadas.

EPIDEMIOLOGIA

INCIDENCIA:

- . 1.2 cada 100 hombres
- . 1.6 cada 100 mujeres

PREVALENCIA

- . 1 cada 100 en ambos sexos.

ANTECEDENTES FAMILIARES

- . Directos 25%
- . Con un progenitor 50%
- . Con ambos progenitores 75%

GRADOS Y TIPOS DE BIPOLARIDAD

TIPO I: Se define por episodios de manía extrema acompañados por delirios y alucinaciones, y luego sobreviene el episodio depresivo grave, donde puede sobrevenir el suicidio.

TIPO II: Incluye episodios depresivos igual de intensas que en el Tipo I, pero presenta episodios eufóricos más moderados, denominados Hipomanía.

TIPO MIXTO: Es una mezcla de síntomas depresivos y maníacos que resultan difícil de detectar y que se manifiestan cuatro o más veces en el término de un año

(lo que se denomina Ciclado Rápido).

TIPO CICLOTIMICO: Es un trastorno menos intenso con una sucesión de episodios hipomaniacos y depresivos leves, en general de comienzo en la adolescencia. Estas fluctuaciones pueden traer problemas sociales o laborales.

REQUISITOS PARA ACREDITAR DISCAPACIDAD

. Certificado médico otorgado por especialista en psiquiatría que contemple diagnóstico según CIE 10 y DSM IV.

. Resumen de historia clínica evolutiva, tratamiento clínico y farmacológico.

DEPRESION

Es un cuadro clínico pasible de tratamiento, que comienza cuando las sensaciones de tristeza, pérdida, abatimiento, irritabilidad o frustración, interfieren con el normal funcionamiento social, laboral, educacional, y representan un cambio en relación al funcionamiento previo, durante un período prolongado.

Se reconocen circunstancias precipitantes en por lo menos el 25% de los casos.

Existen las depresiones estacionales, que se dan durante los meses de otoño e invierno y desaparecen durante la etapa de primavera verano, relacionados con la falta de luz solar. Es más común en mujeres que en hombres e interfiere en todos los ámbitos de la vida cotidiana.

CAUSAS

Se considera que la depresión conlleva una predisposición familiar genética; también existen discrepancias sobre la relación entre la depresión y la caracteropatía de la personalidad.

EPIDEMIOLOGIA

INCIDENCIA

. Hombres 1%

. Mujeres 3%

PREVALENCIA

. Hombres 6%

. Mujeres 8%

ASPECTOS DE LA CONDUCTA DE PACIENTES DEPRESIVOS

- . Comportamiento observable abatido.
- . Lenguaje vacilante. Escasa iniciativa.
- . Lentitud de movimientos y pereza.
- . Relaciones interpersonales, en estado de indefensión, debilidad y vulnerabilidad.
- . Estilo de pensamiento pesimista.
- . Actitud de desesperanza.
- . Mundo interior desvitalizado y sin intensidad.
- . Estructura psíquica muy débil.

TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR

Es un cuadro clínico caracterizado por uno o más episodios depresivos, sin historia previa de algún episodio maníaco, mixto o hipomaníaco. Con síntomas que deben persistir por lo menos 2 semanas.

Para diagnosticarlo no se deben tener en cuenta los episodios del estado de ánimo inducidos por sustancias, ni aquellos secundarios a enfermedad médica. Además los episodios no deben poder explicarse mejor por la presencia de un trastorno esquizoafectivo, un trastorno esquizofrenizante, un trastorno psicótico o un trastorno delirante.

Se debe tener en cuenta si se trata de un primer episodio, o si es recidivante.

Se debe agregar el tipo de gravedad (leve, moderada, grave) haciéndolo en 2 posibles categorías:

- . Sin síntomas psicóticos.
- . Con síntomas psicóticos.

Tienen alta tasa de mortalidad, mueren por suicidio en un 15% de los casos, esta tasa se cuadruplica en la quinta etapa de la vida. Los sujetos con trastorno distímico en un 9% pueden desarrollar un Trastorno Depresivo Mayor.

Las alteraciones neurobiológicas más frecuentes son aumento de los glucocorticoides y alteraciones del EEG durante el sueño.

Las personas que desarrollan depresión en las etapas más tardías parecen tener

más deterioro y generalmente está asociada a enfermedad cerebrovascular.

En la adolescencia y en la pubertad la depresión es igual en ambos sexos; en la edad adulta es más frecuente en mujeres.

La edad media de aparición es la tercera década de la vida.

Las remisiones en la Depresión Mayor tienen valor pronóstico.

TRASTORNO DISTIMICO

La característica es un estado de ánimo crónicamente depresivo que está presente la mayor parte del día de la mayoría de los días de al menos 2 años. Se acompaña de trastornos del sueño (insomnio o somnolencia) y del apetito (pérdida o aumento).

Presenta baja autoestima, fatiga, dificultades de concentración y sentimiento de desesperanza.

CRITERIOS PARA VALORAR DISCAPACIDAD EN PACIENTES CON TRASTORNOS DEL ESTADO DE ANIMO

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 discapacidad que un trastorno mental conlleva se realizará en base a:

1. Disminución de la capacidad del individuo para llevar una vida autónoma. Para ello se tendrá en cuenta: 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. Sintomatología psicopatológica universalmente aceptada.
4. El criterio apunta a que la persona, además de los síntomas del trastorno debe tener disminuida la capacidad funcional.
5. 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 LEVE (1-24%)

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

b) Cumple criterios para cualquier tipo de trastorno afectivo.

CLASE III MODERADA (26-59%)

a) Moderada restricción en el desempeño de actividades de la vida cotidiana, incluye contactos sociales y en la actividad laboral. En estos casos es necesaria la medicación y el tratamiento psicoterapéutico.

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

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

d) Presenta además algunas de las siguientes características clínicas: 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, más de 5 episodios en los últimos 3 años, más de 8 episodios en los últimos 5 años. Depresión recurrente con tentativas de suicidio, presencia de síntomas psicóticos.

CLASE IV GRAVE (60-74%)

a) Las actividades de la vida cotidiana están restringidas (desplazarse, prepararse alimentos y otras relacionadas) lo que obliga a la supervisión en áreas protegidas.

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

c) Presencia de características clínicas de depresión mayor entronizada, síntomas psicóticos crónicos, trastorno bipolar resistente al tratamiento.

CLASE V DISCAPACIDAD MUY GRAVE (75%)

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

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

c) Presencia de algunas de las siguientes características: . trastorno depresivo o manía grave, hipomanías constante, hospitalizaciones reiteradas, ausencia de

recuperación en períodos intercríticos.

PODRAN ACREDITAR DISCAPACIDAD LAS PERSONAS QUE SE ENCUENTREN COMPRENDIDAS EN CLASES 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.

Apellido y Nombres	
DNI	

MENTAL

1 - DIAGNOSTICO CIE 10

DSM IV - EVALUACION MULTIAXIAL (DETALLAR LOS CINCO EJES)

Peligrosidad para sí o para terceros:

SI

NO

Es Golpeador:

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

BIBLIOGRAFIA

* AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Manual De Diagnóstico y Estadística de Trastornos Mentales.

* BECK A. T Y OTROS. An inventory for measuring depression- ARCH OF GENERAL PSYCHIATRY 4. 561-571

* FRIEDMAN. R. A (1995) Social an occupational adjustment in chronic depression. NEW YORK - GUILDFORD

* INGRAM R. E MIRANDA JSEGAL Z (1998) Cognitive, vulnerability to depression NEW YORK - GUILFORD.

* KAPLAN SADOCK Tratado de Psiquiatría.

* MELENNEC, L 1996 Valoración de las Discapacidades y del daño corporal -
BAREMO I DE INVALIDECES.

Fuente: B.O.