

SERVICIO NACIONAL DE REHABILITACIÓN

Disposición 931/2009

Apruébase la normativa para Certificación de Discapacidad en Pacientes con Trastornos en la Infancia, Niñez y Adolescencia.

Bs. As., 17/4/2009

VISTO:

Que el SERVICIO NACIONAL DE REHABILITACION resulta autoridad de la aplicación de la Ley N° 22.431, y

CONSIDERANDO

Que en virtud de la competencia asignada a este Organismo en relación a la Certificación de la Discapacidad, se hace necesario determinar en que casos corresponde extender el mismo a los pacientes con Trastornos de la Infancia, Niñez y Adolescencia.

Que a tal fin, se aprueban por el presente los criterios para extender dicho certificado.

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 N° 22.431, sus modificatorias y Decretos Reglamentarios 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 la Certificación de Discapacidad en Pacientes con Trastornos en la Infancia, Niñez y Adolescencia 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 CERTIFICACION DE DISCAPACIDAD EN PACIENTES CON TRASTORNOS DE LA INFANCIA, NIÑEZ Y ADOLESCENCIA

Servicio Nacional de Rehabilitación

DRA. GRISEL OLIVERA ROULET

Directora

AÑO 2009

DESARROLLO INFANTIL

El Desarrollo neurológico deriva del interjuego de la maduración del Sistema Nervioso Central, el Sistema Neuromuscular y el Sistema Endocrino, y por otro, de diversas influencias ambientales. Este potencial es específico de cada individuo, pues depende de las predisposiciones genéticas a nivel intelectual y trastornos mentales, temperamento y, probablemente ciertos rasgos de personalidad.

El desarrollo es continuo y dura toda la vida, pero alcanza su máxima expresión en las primeras etapas de la vida. El cerebro neonatal pesa 350 gramos, prácticamente triplica el peso hacia los 18 meses, y finalmente hacia los 7 años alcanza el peso del adulto: 1350 gramos.

Si bien la neurogénesis ya está virtualmente completa al momento del nacimiento, la arborización axonal y dendrítica continúa durante muchos años. Esto junto con la sinaptogénesis parecen estar influidos por el medio. Dada la plasticidad cerebral, se fortalecen algunas conexiones y se desarrollan otras en respuesta a estímulos ambientales. La mielinización continúa durante décadas.

Se dice que un niño tiene Retraso Madurativo cuando no alcanza un desarrollo similar al de la mayoría de sus pares de la misma edad cronológica. Esta alteración puede manifestarse en la motricidad, en la esfera intelectual, en el lenguaje o en la conducta psicosocial. Puede implicar el compromiso de un área o de varias de ellas.

Las teorías de desarrollo infantil más frecuentemente citadas son las de Sigmund Freud, Margaret Mahler, Ericsson y Jean Piaget.

Dentro de las patologías en las cuales se encuentra afectado el desarrollo infantil normal se encuentran:

- Retraso Mental

- Trastornos Generalizados del Desarrollo
- Trastornos del Aprendizaje, Trastornos Motores y Trastornos de la Comunicación
 - Trastornos de Conducta
- Otros Trastornos de la Infancia, Niñez y Adolescencia

RETRASO MENTAL

(CODIFICA EN EL EJE II DE LA CLASIFICACION MULTIAxIAL DSM-IV)

Se caracteriza por un funcionamiento intelectual general significativamente inferior al promedio y una carencia de las destrezas necesarias para la vida diaria. El nivel de desarrollo a alcanzar por un niño, es el resultado de la interacción entre los factores biológicos, las características adaptativas de su familia y el contexto social en el que viven. El comienzo es anterior a los 18 años de edad.

El Retraso Mental afecta al 1% de la población, con una relación 1,5/1 varón/mujer.

ETIOLOGIA

La causa del Retraso Mental puede ser: orgánica o psicosocial y es conocida sólo en el 50% de los casos.

Orgánica: dentro de los desórdenes de etiología orgánica, éstos pueden ser de causa genética (errores congénitos del metabolismo: fenilcetonuria, Enfermedad de Tay Sachs, Hipotiroidismo), anomalías cromosómicas (Síndrome de Down, Fragilidad del cromosoma X) y otras (secuelas de infecciones, intoxicaciones o traumatismos cerebrales producidos en períodos intrauterinos o perinatales).

Psicosocial: • por falta de estímulo intelectual.

DIAGNOSTICO

El Comité de expertos de Salud Mental, propuso en 1968 evaluar la capacidad intelectual de un individuo a través del coeficiente intelectual (CI), que se obtiene por medio de tests de inteligencia normatizados (Weschler Preschool Primary Scale, Stanford-Binet, WISC), éstos se aplican usualmente a niños mayores de 5 años. Se ha tomado como punto de corte para definir Retraso Mental, un CI de 70, el cual equivale aproximadamente a 2 desvíos Standard por debajo de la media.

CLASIFICACION

Alrededor del 85% de los sujetos con Retraso Mental presentan retrasos de tipo Leve (CI 50-55 a 70), estos sujetos se los considera "educables", muchos de ellos son capaces de conseguir un sexto grado. Alcanzada la adultez, la mayoría adquiere habilidades sociales y laborales adecuadas para una autonomía mínima.

El 10% de los retrasos, son de tipo Moderados (CI 30-40 a 50-55), a estos individuos se los considera "entrenables" y pueden lograr un nivel equivalente al de un segundo grado. Alcanzada la vida adulta, estos individuos son capaces de realizar trabajos no cualificados o semicualificados, siempre con supervisión.

Alrededor del 3-4% corresponden a Retraso Mental Grave (CI 20-25 a 35-40), son capaces de realizar tareas simples estrechamente supervisadas en instituciones.

Por último, el 1-2% son de tipo Profundo (CI menor a 20-25), la mayoría presentan alguna enfermedad neurológica que explica el Retraso Mental.

Muchos pacientes con Retraso Mental tienen algún otro trastorno asociado como ser: Trastornos por Déficit de Atención, Trastornos del Aprendizaje y Trastornos Generalizados del Desarrollo.

TRATAMIENTO

El tratamiento puede ser: Educacional, Medicamentoso y/o Psicológico.

. Educacional: clases o Escuelas de Educación Especial, currículas adaptadas para integración, tutelaje y entrenamiento vocacional y en aptitudes sociales.

. Medicamentoso: La concomitancia con Trastorno por déficit de atención e hiperactividad o la depresión requieren tratamiento con estimulantes o antidepresivos respectivamente.

La agitación y las agresiones responden en ocasiones los antipsicóticos.

El litio es efectivo, al igual que los antiepilépticos como ácido Valproico o Valproato de Magnesio en los comportamientos agresivos.

. Psicológico: Terapia conductual, apoyo individual, grupos de actividad mejoran la socialización.

REQUISITOS PARA ACREDITAR DISCAPACIDAD EN LOS RETRASOS MENTALES:

. Criterios Diagnósticos por CIE-10 / DSM-IV sobre la base del grado de severidad que refleja el nivel de deterioro intelectual (indicando Coeficiente Intelectual del paciente).

- . Estudios genéticos y/o antecedentes patológicos pre-peri y postnatales.
- . Planilla preimpresa correspondiente a Discapacidades Mentales (no excluyente).
- . Estrategias de rehabilitación: Estimulación Temprana, Educación Especial, Integración escolar, taller Laboral, otras.

Se acreditará Discapacidad a todo niño o adulto que se encuentre comprendido dentro de las características descriptas. Se incluye el Retardo Mental en todos sus grados.

TRASTORNOS GENERALIZADOS DEL DESARROLLO

(CODIFICAN EN EL EJE I DE LA CLASIFICACION MULTIAXIAL DSM-IV)

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. 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 retraso mental (el cual, si está presente, debe codificarse en el Eje II).

A veces, los Trastornos Generalizados del Desarrollo se observan en el contexto de otras patologías de etiología claramente orgánica (anomalías cromosómicas, infecciones congénitas, anomalías estructurales del Sistema Nervioso Central, trastornos metabólicos). Si existen estos trastornos, deben incluirse en el Eje III.

Aunque en algún momento se utilizaron términos como “psicosis” y “esquizofrenia infantil” para hacer referencia a estos trastornos, son numerosos los datos en favor que los trastornos generalizados del desarrollo son distintos de la esquizofrenia.

Sin embargo, un sujeto con un Trastorno Generalizado del Desarrollo puede desarrollar ocasionalmente una esquizofrenia posterior.

Trastorno Autista (F84.0): Las características esenciales son la presencia de un desarrollo marcadamente anormal o deficiente de la interacción y comunicaciones sociales, y un repertorio sumamente restringido de actividades e intereses. Pueden presentar una amplia gama de síntomas comportamentales, que incluyen hiperactividad, campo de atención reducido, impulsividad, agresividad, comportamientos autolesivos. Suele observarse falta de miedo en respuesta a peligros reales y un temor excesivo frente a objetos no dañinos. El inicio de la clínica es anterior a los 3 años.

Aproximadamente el 75% de los niños con Trastorno Autista presenta Retraso Mental asociado.

Afecta a 4 de cada 10.000 individuos. La relación masculino/femenina es de 3-4 a 1; sin embargo, las mujeres autistas son más propensas a desarrollar un Retraso Mental Grave.

La concordancia en mellizos monocigotas es mayor que en los dicigotas, entre un 2 y un 4% de los hermanos están afectados, y los trastornos del lenguaje y del aprendizaje son los más frecuentes en familiares de niños autistas.

Los trastornos genéticos más frecuentemente asociados al autismo son la Esclerosis Tuberosa y síndrome de Fragilidad del cromosoma X.

No se ha logrado aún identificar una lesión orgánica específica del autismo. Se han hallado implicados la corteza, cerebelo, tronco encefálico y anomalías inmunológicas en subgrupos de niños con autismo.

CRITERIOS DIAGNOSTICOS:

A) Un total de 6 o más ítems de (1), (2) y (3), con por lo menos dos de (1) y uno de (2) y de (3).

1.-Alteraciones de la Interacción Social (para el diagnóstico se requieren por lo menos dos de estos ítems) o Alteración del uso de múltiples comportamientos no verbales (Contacto ocular, expresión facial, posturas corporales y gestos reguladores de la interacción social)

o Incapacidad para desarrollar relaciones con pares adecuados para el nivel de desarrollo.

o Ausencia de tendencia espontánea para compartir disfrutes, situaciones, intereses y objetivos.

o Falta de reciprocidad social o emocional.

2.- Alteración cualitativa de la comunicación (al menos un ítem de los siguientes) o Retraso o ausencia total de lenguaje oral, sin intentos de compensarlos mediante modos alternativos tales como gestos o mímica.

o Los que tienen lenguaje: alteración importante de la capacidad de iniciar o mantener una conversación con otros.

o Utilización estereotipada y repetitiva del lenguaje o lenguaje idiosincrático.

o Ausencia de juego espontáneo o realista propio del nivel de desarrollo.

3.- Patrones de comportamiento e Intereses y Actividades restringidos, repetitivos y estereotipados (al menos 1 ítem)

o Preocupación por uno o más patrones estereotipados y restrictivos de interés que resulta anormal ya sea por su intensidad o por sus objetivos.

o Adhesión inflexible a rutinas o rituales específicos no funcionales.

o Preocupación persistente por parte de objetos

o Manierismos motores estereotipados y repetitivos.

B) Retraso o funcionamiento anormal en por lo menos una de las siguientes áreas que aparece antes de los 3 años de edad: 1) interacción social, 2) lenguaje utilizado en la comunicación social o

3) juego simbólico o imaginativo.

c) El trastorno no se explica mejor por la presencia de un trastorno de Rett o de un Trastorno desintegrativo infantil.

Trastorno de Rett (F84.2): Se caracteriza por el desarrollo de múltiples déficits específicos tras un funcionamiento normal después del nacimiento. Presentan un período prenatal y perinatal aparentemente normales, con perímetro cefálico normal al nacer y desarrollo psicomotor acorde los primeros 5 meses de vida. A partir del quinto mes, desacelera el crecimiento de la circunferencia craneana, se produce pérdida de habilidades manuales intencionales previamente adquiridas, y desarrollo de movimientos manuales estereotipados que semejan el “lavado de manos”. El interés por el ambiente social disminuye, se altera progresivamente la coordinación de la marcha y los movimientos del tronco; también existe una alteración grave del desarrollo del lenguaje receptivo y expresivo.

El Trastorno de Rett está asociado típicamente a Retraso Mental Grave o Profundo. Sólo ha sido descrito en mujeres, hay concordancia absoluta en mellizos monocigotas y comienza antes de los 4 años de vida.

Trastorno Desintegrativo de la Infancia (F84.3): En este trastorno existe una marcada regresión en por lo menos 2 de las siguientes áreas: lenguaje receptivo o expresivo, habilidades sociales o comportamiento adaptativo, control vesical o intestinal, juego o habilidades motoras. Dicha regresión se produce luego de un período de, por lo menos, 2 años de desarrollo aparentemente normal, e inicia antes de los 10 años de vida.

Suele asociarse a Retraso Mental Grave y a otras entidades neurológicas como ser Esclerosis Tuberosa y Trastornos Metabólicos. Es más común entre varones.

Síndrome de Asperger (F84.5): Se caracteriza por una alteración grave y persistente de la interacción social y desarrollo de patrones de comportamiento, intereses y actividades restringidas y repetitivas. En contraste con el Trastorno Autista, no presenta retrasos del lenguaje clínicamente significativos y no hay retraso en el desarrollo cognoscitivo, autovalimiento, comportamiento adaptativo y curiosidad del ambiente en la infancia.

Se desconoce la causa. La prevalencia es mayor que la del autismo.

Trastorno Generalizado del Desarrollo no especificado (F84.9): Esta categoría se utiliza cuando existe una alteración grave y generalizada de la interacción social recíproca o de las habilidades de comunicación no verbal, o cuando hay comportamientos, intereses y actividades estereotipadas, pero no se cumplen los criterios de un Trastorno Generalizado del Desarrollo específico, Esquizofrenia, Trastorno Esquizotípico de la Personalidad o Trastorno de la Personalidad por Evitación.

REQUISITOS PARA ACREDITAR DISCAPACIDAD EN LOS TRASTORNOS GENERALIZADOS DEL DESARROLLO:

- . Evaluación Clínica, Clasificación multiaxial DSM-IV / CIE10. Estudios genéticos. Estudios por imagen (TAC, RMN). Evaluación Neuropsicológica Infantil. Evaluación del Nivel de Desarrollo por pruebas estandarizadas.
- . Planilla preimpresa correspondiente a Trastornos Generalizados del Desarrollo.
 - . Estudios de la Comunicación y el Lenguaje, herramientas de utilización.
- . Informe escolar/psicopedagógico/psicológico/neurolingüístico/fonoaudiológico
 - . Estrategias de Rehabilitación

Se otorgará la acreditación de Discapacidad a los niños con diagnóstico de Trastorno Generalizado del Desarrollo, se tendrá en cuenta programa de Rehabilitación y Tratamientos específicos.

POR FAVOR LEA ATENTAMENTE

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

PLANILLA DE EVALUACION PARA TRASTORNO GENERALIZADO DEL DESARROLLO.

Este Certificado deberá ser completado por especialista con letra clara. 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 NOMBRE/S
EDAD
FECHA DE NACIMIENTO
ANTECEDENTES
EVALUACION NEUROPSICOLOGICA
PRUEBAS ADMINISTRADAS**

Los puntos 1 a 3 deberán ser completados en forma obligatoria.

1 - DSM IV – EVALUACION MULTIAXIAL:

2 - IMPRESION DIAGNOSTICA:

3 - PLAN DE TRATAMIENTO:

En caso de haber realizado estudios neurocognitivos, la descripción de los resultados colaborará en la elaboración de la certificación. (ADI-R, ADOS-G, HBS, Escala de Vineland-Sparrow y Colaboradores, TOM Test de Teoría de la Mente para Niños y Adolescentes).

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

Fecha

.....

Firma y sello del Médico actuante

**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.

La prevalencia de estos trastornos es del 5%, la relación femenino-masculina es alrededor de 2-4 a 1 (uno).

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.

TRATAMIENTO

Su objetivo es la corrección de los trastornos, dependiendo de las áreas deficitarias. En ocasiones es realizado por la Escuela, o con apoyo del gabinete psicopedagógico; depende de la gravedad del trastorno. No siempre requieren tutelaje. A veces se necesitan aulas con material didáctico o terapia foniátrica.

. Psicología: Estos trastornos se asocian a menudo con tartamudeo, disminución de la autoestima, fracaso escolar y deserción escolar. Está indicada la psicoeducación, asesoramiento escolar, psicoterapia individual, grupal y familiar.

. Fonoaudiología, Psicopedagogía, Terapia ocupacional

. Medicamentoso: sólo para aquellos en los que se asocia TDAH.

REQUISITOS PARA ACREDITAR DISCAPACIDAD EN NIÑOS CON TRASTORNO DE ESTAS AREAS.

. Módulo Psicodiagnóstico- Módulo Psicopedagógico-Módulo Neuropsicológico- 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).

. Criterios Diagnósticos por CIE 10-DSMIV.

. Estrategias de Rehabilitación

Se les otorgará la acreditación de Discapacidad a todos los niños que como consecuencia del Trastorno presenten una alteración significativa del desempeño académico, de las actividades cotidianas o de la comunicación social.

TRASTORNOS DE CONDUCTA

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.

En función a la edad de inicio, el trastorno se puede dividir en: de inicio infantil, o de inicio adolescente.

De acuerdo a la gravedad en: Leve, Moderado o Grave.

El trastorno suele coexistir con Trastorno por Déficit de Atención, Trastornos del Aprendizaje y de la Comunicación. Se asocia en muchos casos a inestabilidad familiar, incluidos maltrato físico o abuso sexual.

El inicio precoz aumenta el riesgo de sufrir en la adultez un Trastorno antisocial de la personalidad o Trastorno por consumo de sustancias.

El trastorno negativista desafiante es un patrón recurrente de comportamiento negativista, desafiante, opositor, 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 con conflictos conyugales graves.

El trastorno suele asociarse con Trastorno por Déficit de Atención, Trastornos del Aprendizaje y de la Comunicación.

TRATAMIENTO

Medicamentoso: Los estimulantes pueden reducir la agresividad en el trastorno de conducta comórbido con Trastorno por Déficit de Atención. El litio y los antipsicóticos tienen efecto comprobado en trastorno de comportamiento explosivo y agresivo de niños. Lo es propio para los antagonistas de los beta bloqueantes y antiepilépticos como el ácido valproico.

Psicológico: Terapia conductual y familiar y métodos de modificación de conductas.

REQUISITOS PARA ACREDITAR DISCAPACIDAD EN NIÑOS CON TRASTORNO DE CONDUCTA:

- . 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.

OTROS TRASTORNOS DE LA INFANCIA, NIÑEZ Y LA ADOLESCENCIA

Trastorno de ansiedad por Separación:

Los sujetos con este trastorno experimentan un malestar excesivo recurrente cuando están separadas de las personas con quienes tienen mayor vinculación.

La prevalencia estimada es de 3-4% en niños, 10% en adolescentes. Afecta por igual ambos sexos. Puede comenzar en la edad preescolar.

Este trastorno se concentra en familias, podría tener transmisión genética. Se asocia con pánico, agorafobia o depresión.

Se ha detectado en estos pacientes una mayor actividad del Sistema Nervioso Autónomo. Existe riesgo de debilitamiento social en formas graves.

Este trastorno provoca alteración del funcionamiento social, educacional, o en otras áreas importantes.

Trastorno Reactivo de la vinculación de niñez y la adolescencia:

Se caracteriza por una notoria perturbación de las relaciones sociales e incapacidad de vinculación social. Se inicia antes de los 5 años de edad. El tipo inhibido se caracteriza por incapacidad de iniciar interacciones o de responder a ellas, acompañada de apatía, pasividad, ausencia de seguimiento con la mirada.

El tipo desinhibido muestra sociabilidad indiscriminada, pero superficial.

Estos niños sufren retardo del crecimiento, son apáticos, pero su alteración no se debe a retardo mental.

El diagnóstico y tratamiento precoz lo hace reversible. Su curso es variable en función de factores individuales, la gravedad y duración de la privación psicosocial asociada, la precocidad del diagnóstico y tratamiento, y la naturaleza de este último.

REQUISITOS PARA ACREDITACION DE DISCAPACIDAD EN ESTOS TRASTORNOS:

Historia clínica evolutiva, tratamiento psiquiátrico, tiempo de evolución, . olución, pronóstico.

. Especificaciones sobre el deterioro que ha provocado en el niño.

. Estrategias de Rehabilitación.

BIBLIOGRAFIA

. Kaplan-Sadock. Psiquiatría Clínica. 3a edición. 2003

. DSM-IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. 4ª edición. 1995

. Nelson. Tratado de pediatría. 15ª edición. 1997

Dra. GRACIELA HERRERA, Médico M.Nº 66.975, Vocal Titular, Junta Médica Art. 3º Ley 22.431. — Dra. CARINA E. SHALOM, M.N. 111.022, Vocal Titular, Junta Médica (Ley 22431). — Dra. SILVIA ALONSO, M.N. 67150, Vocal Titular Junta Médica (Ley 22.431).