

IMPEDIMENTO EN SALUD MENTAL

I. INTRODUCCION

Este capítulo proporciona la metodología para evaluar los impedimentos mentales y su ubicación en clases o grados.

La valoración del menoscabo que una enfermedad mental produzca en la capacidad de trabajo, será evaluada luego que se hayan aplicado las correspondientes medidas terapéuticas, o después de un tiempo de ocurrido el o los episodios agudos.

La valoración del menoscabo debe tener concordancia entre los síntomas clínicos y los estudios especializados (Test Psicológico, etc.). Para ello deberá contarse con los informes de los médicos tratantes e informes de la Asistencia recibida en Instituciones del Sistema de Salud.

Todo ello deberá ser tenido en cuenta en la evaluación final por el o los médicos peritos actuantes.

II. CONSIDERACIONES GENERALES

En esta descripción hay que valorar no solo patologías sino anormalidades de la personalidad y reacciones vivenciales anormales, con distinta repercusión en el área laboral según la personalidad en la que haya florecido.

Una exhaustiva semiología psiquiátrica, un profundo análisis de los diagnósticos diferenciales, las pruebas psicométricas proyectivas y los perfiles de personalidad básica, nos facilitarán una gran información que orientará la conducta del perito, el que deberá evaluar individualmente las características de la patología relacionándolas con la edad del peticionante, su profesión específica y personalidad.

III. PROCEDIMIENTO DE EVALUACION

El estudio de los impedimentos mentales se objetivan por los siguientes estudios, los cuales constituyen una guía indicativa, quedando a juicio de él o los médicos peritos actuantes solicitar otros estudios no mencionados y que contribuyan a una mejor y más completa valoración diagnóstica:

1. Anamnesis obtenida en forma directa del trabajador afectado y si es necesario interrogar a familiares, compañeros de trabajo, vecinos. Es de gran importancia la relación entre los antecedentes objetivos

(Hospitalizaciones, informes de médicos tratantes, peritajes socio-laborales) y su impacto sobre el desempeño laboral.

2. Examen mental: en este examen deberá consignarse:
Observación, Afecto, Psicomotricidad, Pensamiento (forma, curso y contenido, Seudopercepción, Sensorio (conciencia, orientación en tiempo, espacio y persona, memoria y cálculo), Inicio y Raciocinio y Confiabilidad de los datos.
3. Evolución en el tiempo.
4. Historia Laboral y Social
5. Exámenes de laboratorios (generales: hematológicos, de orina, VDRL)
6. Exámenes específicos de laboratorio (niveles plasmáticos de fármacos, en especial drogas piscatorias, T3, T4, TSH, test de dexametasona, Elisa para V.I.H.)
7. Test Neuropsicológico
8. Electroencefalograma
9. Tomografía axial computarizada.
10. Resonancia nuclear magnética.
11. Potenciales cognitivos.
12. Psicodiagnóstico: Test Psicológicos, Test de inteligencia, Personalidad.
13. Observación controlada (hospitalización para casos difíciles, de complejo análisis y conclusión).

IV. AFECIONES EVALUABLES

A) SINDROMES PSICOORGANICOS

A.1) Síndrome Psicoorgánico con psicosis

Se trata de trastornos causados por o asociados con una alteración tisular cerebral, es decir, una disfunción permanente o transitoria del cerebro. Provoca signos y síntomas psicológicos y conductuales.

- Perturbación en la orientación: en el tiempo y en el espacio

- Perturbación en la memoria: amnesia de fijación (no fija los hechos cotidianos) y amnesia de evocación (no puede evocar recuerdos y fijados)
 - Perturbaciones en las funciones intelectuales:
 - comprensión
 - cálculo
 - conocimiento
 - nuevos aprendizajes
 - juicio y razonamiento
- La etiología es siempre orgánica, pudiendo ser intracraneal o extracraneal (secundariamente afecta el cerebro)
- Demencia en la enfermedad de Alzheimer -- comienzo temprano
-- comienzo tardío
 - Demencia Vascular (Arterioesclerótica; Multiinfarto)
 - Demencia en otras enfermedades:
 - Enfermedad de Pick
 - Enfermedad de Creutzfeldt - Jakob
 - Enfermedad de Huntington
 - Enfermedad de Parkinson
 - Enfermedad de V.I.H.
 - Demencia Alcohólica:
 - Síndrome Korsakoff
 - Delirio Celotípico o Paranoia Alcohólica (crónico con Reagudización)
 - Alucinaciones Alcohólicas

Se trata de patología permanente e irreversible, **con una evolución no menor a seis (6) meses.**

VALORACION DEL MENOSCABO DE LA PERSONA POR SINDROME PSICOORGANICO ASOCIADO CON PSICOSIS

Los síntomas son graves: trastorno masivo (global) del juicio, de la memoria y del razonamiento. La comunicación está muy comprometida o es nula. La eficiencia social es nula, no puede ejercer ninguna actividad; presenta una autonomía muy reducida o incluso ha perdido su autonomía; debe ser vigilado o ayudado en su vida cotidiana. En los casos más graves no puede atender sus asuntos ni cuidar de sí mismo; las relaciones con sus semejantes están muy perturbadas o pueden estar ausentes.

Porcentaje de Incapacidad

> a 60%

A.2) Otros Síndromes Psicoorgánicos

- Infecciones intracraneales
- Traumatismos craneoencefálicos
- Trastornos mentales y del comportamiento debido a sustancias psicoactivas:
 - trastornos mentales y del comportamiento debido al uso de Alcohol:
 - delirio sub agudo
 - alcoholismo patológico agudo
 - trastornos mentales y del comportamiento debido al uso de Opiáceos
 - trastornos mentales y del comportamiento debido al uso de Cannabinoides
 - trastornos mentales y del comportamiento debido al uso de Sedantes o Hipnóticos
 - trastornos mentales y del comportamiento debido al uso de Cocaína
 - trastornos mentales y del comportamiento debido al uso de Alucinógenos
 - trastornos mentales y del comportamiento debido al uso de Disolventes Volátiles
 - trastornos mentales y del comportamiento debido al uso de Múltiples Drogas

- Intoxicación aguda
- Uso Nocivo con: - daño físico
 - daño psíquico
- Síndrome de dependencia
- Estado de abstinencia
- Estado de abstinencia con delirio
- Trastorno psicótico
- Síndrome mnésico
- Trastorno psicótico residual y de comienzo tardío

GRADO I - Cuando son evaluados al inicio del trastorno y tratados adecuadamente se obtiene una remisión total; es poco incapacitante.

La eficiencia social del sujeto es normal: trabaja, tiene relaciones normales o discretamente patológicas con sus semejantes, está bien adaptado a su entorno.

Su autonomía intelectual es total para los actos de la vida cotidiana, para sí mismo y para gestionar sus asuntos.

GRADO II - Presenta descompensaciones esporádicas a pesar de la medicación. Las anomalías puestas de manifiesto por la exploración (actitud, comportamiento), si existen, son leves.

La eficiencia social es relativamente satisfactoria; el paciente puede ejercer una actividad profesional; su integración con el entorno es aceptable.

La autonomía para la vida cotidiana es adecuada; la dependencia de otras personas, si existe, no reviste un carácter muy patológico.

GRADO III - Presenta descompensaciones frecuentes a pesar del tratamiento adecuado. La anamnesis y la exploración permiten sospechar a menudo, anomalías más o menos patentes del comportamiento, la actitud, la expresión; las relaciones con la realidad siguen siendo satisfactorias.

La eficiencia social está comprometida en diversos grados.

En los casos más graves, el sujeto no es apto más que para un trabajo muy simple.

El paciente conserva, pese a todo, su autonomía con ayudas parciales de su entorno; las relaciones con sus semejantes están muy perturbadas.

GRADO IV - Presenta descompensaciones sin intervalos libres. Los síntomas son graves: ideas delirantes, depresión, apragmatismo, trastornos del juicio.

La comunicación está muy comprometida. Las relaciones con la realidad están muy perturbadas.

La eficiencia intelectual se halla alterada. La relación social es nula, no puede ejercer ninguna profesión.

El paciente sólo dispone de una autonomía reducida o incluso puede perder toda su autonomía. Las relaciones con sus semejantes están perturbadas o son muy patológicas.

VALORACION DEL MENOSCABO DE LA PERSONA CON SINDROME PSICOORGANICO

GRADO I	< a 15%
GRADO II	16 a 30%
GRADO III	31 a 60%
GRADO IV	> a 61%

B) PSICOSIS PROPIAMENTE DICHAS

B.1) Esquizofrenias

Síntomas:

- a) Productivos: síndrome de influencia (otras personas pueden influir sobre el enfermo)

- b) Eco, robo o adivinación del pensamiento
- c) El delirio (es pobremente sistematizado y carente de valor afectivo)
- d) Fenómenos alucinatorios acústico-verbales (voces dialogadas, comentadoras de actos)
- e) Deficitarios: pseudoalucinaciones (el paciente siente voces dentro de la cabeza)
 - Indiferencia afectiva
 - Perplejidad
 - Depresión (puede ser reactiva a la enfermedad o atípica, esta última recuerda clínicamente a un cuadro depresivo sin constituirlo)
 - Apragmatismo (laboral, familiar, social y sexual)

Distintas formas:

- Esquizofrenia Paranoide (predomina el delirio)
- Esquizofrenia Hebefrénica (esquizofrenia de los jóvenes)
- Esquizofrenia Catatónica (perturbación psicomotora está en primer plano)
- Esquizofrenia Indiferenciada (características de más de una de ellas sin predominio de ninguna)
- Esquizofrenia simple
- Esquizofrenia Residual (síntomas negativos de larga duración, pobreza del lenguaje en cantidad y contenido)

GRADO I - Cuando presenta un episodio psicótico agudo en remisión total, con más de un año de evolución.

La eficiencia social del sujeto es normal: trabaja, tiene relaciones normales o discretamente patológicas con sus semejantes, está bien adaptado a su entorno.

Su autonomía intelectual es total para los actos de la vida cotidiana, para sí mismo y para gestionar sus asuntos.

GRADO II – Corresponde al episodio psicótico agudo.

Presenta descompensaciones esporádicas a pesar de la medicación. Las anomalías puestas de manifiesto por la exploración (actitud, comportamiento), si existen, son leves.

La eficiencia social es relativamente satisfactoria; el paciente puede ejercer una actividad profesional; su integración con el entorno es aceptable.

La autonomía para la vida cotidiana es adecuada; la dependencia de otras personas, si existe, no reviste un carácter muy patológico.

GRADO III – Para valorar la gravedad de la esquizofrenia se tendrá en cuenta el antecedente de internaciones en los últimos 3 años y tratamiento con ECT (en este caso, siempre corresponde a un grado III).

Presenta descompensaciones frecuentes a pesar del tratamiento adecuado. La anamnesis y la exploración permiten sospechar a menudo, anomalías más o menos patentes del comportamiento, la actitud, la expresión; las relaciones con la realidad siguen siendo satisfactorias.

La eficiencia social está comprometida en diversos grados.

En los casos más graves, el sujeto no es apto más que para un trabajo muy simple.

El paciente conserva, pese a todo, su autonomía con ayudas parciales de su entorno; las relaciones con sus semejantes están muy perturbadas.

GRADO IV - Presenta descompensaciones sin intervalos libres. Los síntomas son graves: ideas delirantes, depresión, apragmatismo, trastornos del juicio.

La comunicación está muy comprometida. Las relaciones con la realidad están muy perturbadas.

La eficiencia intelectual se halla alterada. La relación social es nula, no puede ejercer ninguna profesión.

El paciente sólo dispone de una autonomía reducida o incluso puede perder toda su autonomía. Las relaciones con sus semejantes están perturbadas o son muy patológicas.

VALORACION DEL MENOSCABO SEGUN LA EVOLUCION

GRADO I	< a 15%
GRADO II	16 a 30%
GRADO III	31 a 60%
GRADO IV	> a 61%

B.2) Trastornos Delirantes Persistentes

- Trastorno delirante: Delirio crónico o un conjunto de delirios relacionados entre sí, persistentes y a veces duran toda la vida
 - Estado paranoide
 - Parafrenia tardía
 - Paranoia
 - Psicosis paranoide

- Otros trastornos delirantes persistentes:

- Estado paranoide involutivo
- Paranoia querellante

GRADO I - Cuando son evaluados en etapa aguda y tratados adecuadamente, se obtiene una remisión muy importante; es poco incapacitante.

La eficiencia social del sujeto es normal: trabaja, tiene relaciones normales o discretamente patológicas con sus semejantes, está bien adaptado a su entorno.

Su autonomía intelectual es total para los actos de la vida cotidiana, para sí mismo y para gestionar sus asuntos.

GRADO II - Presenta descompensaciones esporádicas a pesar de los tratamientos. Las anomalías puestas de manifiesto por la exploración (actitud, comportamiento), si existen, son leves.

La eficiencia social es relativamente satisfactoria; el paciente puede ejercer una actividad profesional; su integración con el entorno es aceptable.

La autonomía para la vida cotidiana es adecuada; la dependencia de otras personas, si existe, no reviste un carácter muy patológico.

GRADO III - Presenta descompensaciones frecuentes a pesar del tratamiento adecuado. La anamnesis y la exploración permiten sospechar a menudo, anomalías más o menos patentes del comportamiento, la actitud, la expresión; las relaciones con la realidad siguen siendo satisfactorias.

La eficiencia social está comprometida en diversos grados.

En los casos más graves, el sujeto no es apto más que para un trabajo muy simple.

El paciente conserva, pese a todo, su autonomía con ayudas parciales de su entorno; las relaciones con sus semejantes están muy perturbadas.

GRADO IV - Presenta descompensaciones sin intervalos libres. Los síntomas son graves: ideas delirantes, depresión, apragmatismo, trastornos del juicio.

La comunicación está muy comprometida. Las relaciones con la realidad están muy perturbadas.

La eficiencia intelectual se halla alterada. La relación social es nula, no puede ejercer ninguna profesión.

El paciente sólo dispone de una autonomía reducida o incluso puede perder toda su autonomía. Las relaciones con sus semejantes están perturbadas o son muy patológicas.

VALORACION DEL MENOSCABO SEGÚN LA EVOLUCION

GRADO I	< a 15%
GRADO II	16 a 30%
GRADO III	31 a 60%
GRADO IV	> a 61%

C) TRASTORNOS DEL HUMOR (AFECTIVOS)

La alteración fundamental en estos trastornos es una alteración del humor o en la afectividad, por lo general en el sentido de la depresión (acompañada o no de ansiedad) o en el de euforia. La mayoría del resto de los síntomas son secundarios a estas alteraciones del humor y de la vitalidad.

La mayoría de estos trastornos tienen a ser recurrentes, y el inicio de cada episodio suele estar en relación con acontecimientos o situaciones estresantes.

En la clasificación de los trastornos del humor se ha utilizado un criterio práctico para identificar con facilidad los trastornos clínicos más frecuentes. Así, se han diferenciado los episodios únicos de los trastornos bipolares de otros trastornos que presentan episodios múltiples, ya que gran parte de los pacientes tienen un solo episodio.

También se ha dado importancia a la gravedad, por las implicaciones que tiene el tratamiento y la asistencia.

Los términos "manía" y "depresión grave" se utilizan en esta clasificación para referirse a los extremos opuestos del aspecto afectivo; "hipomanía" se utiliza para indicar un estado intermedio sin ideas delirantes, alucinaciones o interrupción de las actividades normales; con frecuencia, pero no excluyente, se presenta en las etapas iniciales o finales de una manía.

C.1) Episodio Maníaco

Aquí hablamos de tres grados de gravedad que comparten la presencia de una exaltación del humor y un aumento de la cantidad y velocidad de la actividad física y mental propia del individuo.

Esta categoría debe utilizarse sólo para episodios maníacos aislados.

- Hipomanía
- Manía sin síntomas psicóticos
- Manía con síntomas psicóticos
 - con síntomas psicóticos congruentes con el estado de ánimo

- con síntomas psicóticos no congruentes con el estado de ánimo
- Otros episodios maníacos
- Episodios maníacos sin especificación

GRADO I - Trastornos ligados intensamente a situaciones cotidianas con síntomas que requieren tratamiento farmacológico o psicoterapéutico de poca significación.

La eficiencia social del sujeto es normal: trabaja, tiene relaciones normales o discretamente patológicas con sus semejantes, está bien adaptado a su entorno.

La autonomía intelectual es total para los actos de la vida cotidiana; no existe dependencia anormal con referencia a otros.

GRADO II - Trastornos que afectan ligeramente las relaciones con el conflicto generador y que a pesar de los tratamientos adecuados, persisten los síntomas, no logrando una remisión total.

La eficiencia social es satisfactoria o relativamente satisfactoria; el paciente puede ejercer una actividad profesional, su integración con el entorno es correcta.

Tiene autonomía para los actos de la vida cotidiana; la dependencia de otras personas, si existe, no tiene un carácter muy patológico.

GRADO III - Alteraciones que requieren tratamiento más intensivo, no lográndose una compensación total a pesar de la utilización de medios farmacológicos, biológicos o psicoterapéuticos adecuados.

La eficiencia social está comprometida en diversos grados; en los casos más graves, el sujeto no es apto más que para un trabajo muy simple o estereotipado.

El paciente, pese a todo, conserva su autonomía con ayudas parciales de su entorno; las relaciones con sus semejantes están perturbadas.

GRADO IV - Presentan trastornos cuyos fenómenos regresivos lo tornan dependiente de una asistencia permanente por terceros, no retrocediendo los trastornos a pesar de haber sido utilizados todos los tratamientos disponibles.

La comunicación es posible o está comprometida.

La eficiencia social está alterada, no puede ejercer ninguna profesión.

El paciente sólo tiene una autonomía reducida; como mínimo debe ser vigilado y ayudado en su vida cotidiana; sus relaciones con los semejantes están muy perturbadas o son muy patológicas.

VALORACION DEL MENOSCABO SEGÚN LA EVOLUCION

GRADO I	< a 15%
GRADO II	16 a 30%
GRADO III	31 a 60%
GRADO IV	> a 61%

NOTA: La enfermedad se debe haber mantenido en actividad sin intervalos asintomáticos durante los dos últimos años para el **Grado III**, y durante los últimos cuatro años para el **Grado IV**, a pesar de las terapéuticas instituidas.

En todos los casos, esta continuidad morbosa debe estar certificada con una documentación médica periódica y explícita en los aspectos diagnósticos, terapéuticos y evolutivos.

C.2) Trastorno Bipolar

Se trata de un trastorno caracterizado por la presencia de episodios reiterados (al menos dos) en los que el estado de ánimo y los niveles de actividad están profundamente alterados. Coexiste exaltación del estado de ánimo y un aumento de la vitalidad y del nivel de actividad; y en otros, una disminución del estado de ánimo, un descenso de la vitalidad y de la actividad (depresión).

Lo característico es que se obtenga una recuperación completa entre los episodios aislados.

Los episodios de manía comienzan normalmente de forma brusca y se prolongan por un período de tiempo que oscila entre dos semanas y cuatro o cinco meses. Las depresiones son más duraderas (promedio seis meses).

El término "trastorno o psicosis maníaco depresiva" se usa ahora preferentemente como sinónimo del trastorno bipolar.

- Episodio actual hipomaníaco
- Episodio actual maníaco sin síntomas psicóticos
- Episodio actual maníaco con síntomas psicóticos
- Episodio actual depresivo moderado o leve
 - sin síntomas psicóticos
 - con síntomas psicóticos
- Episodio actual depresivo grave sin síntomas psicóticos
- Episodio actual depresivo grave con síntomas psicóticos
 - con síntomas psicóticos congruentes con el estado de ánimo
 - con síntomas psicóticos no congruentes con el estado de ánimo
- Episodio actual mixto

- Actualmente en remisión
- Otro trastorno bipolar
- Trastorno bipolar sin especificación

GRADO I - Trastornos ligados intensamente a situaciones cotidianas con síntomas que requieren tratamiento farmacológico o psicoterapéutico de poca significación.

La eficiencia social del sujeto es normal: trabaja, tiene relaciones normales o discretamente patológicas con sus semejantes, está bien adaptado a su entorno.

La autonomía intelectual es total para los actos de la vida cotidiana; no existe dependencia anormal con referencia a otros.

GRADO II - Trastornos que afectan ligeramente las relaciones con el conflicto generador y que a pesar de los tratamientos adecuados, persisten los síntomas, no logrando una remisión total.

La eficiencia social es satisfactoria o relativamente satisfactoria; el paciente puede ejercer una actividad profesional, su integración con el entorno es correcta.

Tiene autonomía para los actos de la vida cotidiana; la dependencia de otras personas, si existe, no tiene un carácter muy patológico.

GRADO III - Alteraciones que requieren tratamiento más intensivo, no lográndose una compensación total a pesar de la utilización de medios farmacológicos, biológicos o psicoterapéuticos adecuados.

La eficiencia social está comprometida en diversos grados; en los casos más graves, el sujeto no es apto más que para un trabajo muy simple o estereotipado.

El paciente, pese a todo, conserva su autonomía con ayudas parciales de su entorno; las relaciones con sus semejantes están perturbadas.

GRADO IV - Presentan trastornos cuyos fenómenos regresivos lo tornan dependiente de una asistencia permanente por terceros, no retrocediendo los trastornos a pesar de haber sido utilizados todos los tratamientos disponibles.

La comunicación es posible o está comprometida.

La eficiencia social está alterada, no puede ejercer ninguna profesión.

El paciente sólo tiene una autonomía reducida; como mínimo debe ser vigilado y ayudado en su vida cotidiana; sus relaciones con los semejantes están muy perturbadas o son muy patológicas.

VALORACION DEL MENOSCABO SEGÚN LA EVOLUCION

GRADO I	< a 15%
GRADO II	16 a 30%
GRADO III	31 a 60%
GRADO IV	> a 61%

NOTA: La enfermedad se debe haber mantenido en actividad sin intervalos asintomáticos durante los dos últimos años para el **Grado III**, y durante los últimos cuatro años para el **Grado IV**, a pesar de las terapéuticas instituidas.

En todos los casos, esta continuidad morbosa debe estar certificada con una documentación médica periódica y explícita en los aspectos diagnósticos, terapéuticos y evolutivos.

C.3) Episodio Depresivo

En los episodios típicos, por lo general, el sujeto que los padece sufre un humor depresivo, una pérdida de la capacidad de interesarse y disfrutar de las cosas, una disminución de la vitalidad que lleva a una reducción de su nivel de actividad y a un cansancio exagerado que aparece incluso ante un esfuerzo mínimo.

También son manifestaciones de los episodios depresivos:

1. disminución de la atención y concentración
2. pérdida de confianza en sí mismo y sentimientos de inferioridad
3. idea de culpa y de ser inútil
4. perspectiva sombría del futuro
5. pensamientos y actos suicidas o de autoagresión
6. trastornos del sueño
7. pérdida del apetito

La depresión del estado de ánimo varía escasamente de un día para otro y no responde a cambios ambientales.

- Episodio depresivo leve
 - sin síntomas somáticos
 - con síntomas somáticos
- Episodio depresivo moderado
 - sin síntomas somáticos
 - con síntomas somáticos
- Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos

- Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos
 - con síntomas psicóticos congruentes con el estado de ánimo
 - con síntomas psicóticos no congruentes con el estado de ánimo
- Otros episodios depresivos
- Episodios depresivos sin especificación

GRADO I - Trastornos ligados intensamente a situaciones cotidianas con síntomas que requieren tratamiento farmacológico o psicoterapéutico de poca significación.

La eficiencia social del sujeto es normal: trabaja, tiene relaciones normales o discretamente patológicas con sus semejantes, está bien adaptado a su entorno.

La autonomía intelectual es total para los actos de la vida cotidiana; no existe dependencia anormal con referencia a otros.

GRADO II - Trastornos que afectan ligeramente las relaciones con el conflicto generador y que a pesar de los tratamientos adecuados, persisten los síntomas, no logrando una remisión total.

La eficiencia social es satisfactoria o relativamente satisfactoria; el paciente puede ejercer una actividad profesional, su integración con el entorno es correcta.

Tiene autonomía para los actos de la vida cotidiana; la dependencia de otras personas, si existe, no tiene un carácter muy patológico.

GRADO III - Alteraciones que requieren tratamiento más intensivo, no lográndose una compensación total a pesar de la utilización de medios farmacológicos, biológicos o psicoterapéuticos adecuados.

La eficiencia social está comprometida en diversos grados; en los casos más graves, el sujeto no es apto más que para un trabajo muy simple o estereotipado.

El paciente, pese a todo, conserva su autonomía con ayudas parciales de su entorno; las relaciones con sus semejantes están perturbadas.

GRADO IV - Presentan trastornos cuyos fenómenos regresivos lo tornan dependiente de una asistencia permanente por terceros, no retrocediendo los trastornos a pesar de haber sido utilizados todos los tratamientos disponibles.

La comunicación es posible o está comprometida.

La eficiencia social está alterada, no puede ejercer ninguna profesión.

El paciente sólo tiene una autonomía reducida; como mínimo debe ser vigilado y ayudado en su vida cotidiana; sus relaciones con los semejantes están muy perturbadas o son muy patológicas.

VALORACION DEL MENOSCABO SEGÚN LA EVOLUCION

GRADO I	< a 15%
GRADO II	16 a 30%
GRADO III	31 a 60%
GRADO IV	> a 61%

NOTA: La enfermedad se debe haber mantenido en actividad sin intervalos asintomáticos durante los dos últimos años para el **Grado III**, y durante los últimos cuatro años para el **Grado IV**, a pesar de las terapéuticas instituidas.

En todos los casos, esta continuidad morbosa debe estar certificada con una documentación médica periódica y explícita en los aspectos diagnósticos, terapéuticos y evolutivos.

C.4) Trastornos Depresivos Recurrentes

Se trata de un trastorno caracterizado por la aparición de episodios repetidos de depresión, que pueden presentar los rasgos de episodio depresivo leve, moderado o grave, pero sin antecedentes de episodios aislados de exaltación del estado de ánimo o aumento de la vitalidad suficientes para satisfacer las pautas de manía.

La edad de comienzo y la gravedad, duración y frecuencia de los episodios depresivos pueden ser muy variables.

En general, el primer episodio se presenta más tarde que en el trastorno bipolar. Los episodios suelen tener una duración de tres a doce meses (duración media seis meses), pero las recaídas son menos frecuentes.

Un pequeño número de enfermos queda crónicamente deprimido.

En estos trastornos se incluyen episodios recurrentes de:

reacción depresiva - depresión psicógena - depresión reactiva - trastorno afectivo estacional - depresión endógena - depresión vital - episodios recurrentes de depresión mayor , depresión psicótica, psicógena o psicosis depresiva reactiva.

- Episodio actual depresivo leve
 - sin síntomas somáticos
 - con síntomas somáticos
- Episodio actual depresivo moderado
 - sin síntomas somáticos

- con síntomas somáticos
- Episodio actual depresivo grave sin síntomas psicóticos
- Episodio actual depresivo grave con síntomas psicóticos
 - con síntomas psicóticos congruentes con el estado de ánimo
 - con síntomas psicóticos no congruentes con el estado de ánimo
- Trastorno depresivo recurrente con el estado de ánimo
- Otro trastorno depresivo recurrente
- Trastorno depresivo recurrente sin especificación

GRADO I - Trastornos ligados intensamente a situaciones cotidianas con síntomas que requieren tratamiento farmacológico o psicoterapéutico de poca significación.

La eficiencia social del sujeto es normal: trabaja, tiene relaciones normales o discretamente patológicas con sus semejantes, está bien adaptado a su entorno.

La autonomía intelectual es total para los actos de la vida cotidiana; no existe dependencia anormal con referencia a otros.

GRADO II - Trastornos que afectan ligeramente las relaciones con el conflicto generador y que a pesar de los tratamientos adecuados, persisten los síntomas, no logrando una remisión total.

La eficiencia social es satisfactoria o relativamente satisfactoria; el paciente puede ejercer una actividad profesional, su integración con el entorno es correcta.

Tiene autonomía para los actos de la vida cotidiana; la dependencia de otras personas, si existe, no tiene un carácter muy patológico.

GRADO III - Alteraciones que requieren tratamiento más intensivo, no lográndose una compensación total a pesar de la utilización de medios farmacológicos, biológicos o psicoterapéuticos adecuados.

La eficiencia social está comprometida en diversos grados; en los casos más graves, el sujeto no es apto más que para un trabajo muy simple o estereotipado.

El paciente, pese a todo, conserva su autonomía con ayudas parciales de su entorno; las relaciones con sus semejantes están perturbadas.

GRADO IV - Presentan trastornos cuyos fenómenos regresivos lo tornan dependiente de una asistencia permanente por terceros, no retrocediendo los trastornos a pesar de haber sido utilizados todos los tratamientos disponibles.

La comunicación es posible o está comprometida.

La eficiencia social está alterada, no puede ejercer ninguna profesión.

El paciente sólo tiene una autonomía reducida; como mínimo debe ser vigilado y ayudado en su vida cotidiana; sus relaciones con los semejantes están muy perturbadas o son muy patológicas.

VALORACION DEL MENOSCABO SEGÚN LA EVOLUCION

GRADO I	< a 15%
GRADO II	16 a 30%
GRADO III	31 a 60%
GRADO IV	> a 61%

NOTA: La enfermedad se debe haber mantenido en actividad sin intervalos asintomáticos durante los dos últimos años para el **Grado III**, y durante los últimos cuatro años para el **Grado IV**, a pesar de las terapéuticas instituidas.

En todos los casos, esta continuidad morbosa debe estar certificada con una documentación médica periódica y explícita en los aspectos diagnósticos, terapéuticos y evolutivos.

C.5) Trastornos del Humor (afectivos) Persistentes

Son trastornos persistentes del estado de ánimo que suelen ser de intensidad fluctuante, en los que los episodios aislados son rara vez intensos.

Dado que duran años, en algunos casos toda la vida del sujeto, suelen presentar un considerable malestar y una serie de incapacidades.

- Ciclotimia
- Distimia
- Otro trastorno del humor (afectivo) persistente
- Trastornos del humor (afectivo) persistente sin especificación

C.6) Trastornos del Humor (afectivos) sin Especificación

Se utiliza esta categoría sólo en última instancia, cuando no se puede usar ningún otro término.

Incluye psicosis afectivas sin especificación.

Para estos trastornos del humor (afectivos) tanto persistentes como sin especificación, se establecen los siguientes grados:

GRADO I - Trastornos ligados intensamente a situaciones cotidianas con síntomas que requieren tratamiento farmacológico o psicoterapéutico de poca significación.

La eficiencia social del sujeto es normal: trabaja, tiene relaciones normales o discretamente patológicas con sus semejantes, está bien adaptado a su entorno.

La autonomía intelectual es total para los actos de la vida cotidiana; no existe dependencia anormal con referencia a otros.

GRADO II - Trastornos que afectan ligeramente las relaciones con el conflicto generador y que a pesar de los tratamientos adecuados, persisten los síntomas, no logrando una remisión total.

La eficiencia social es satisfactoria o relativamente satisfactoria; el paciente puede ejercer una actividad profesional, su integración con el entorno es correcta.

Tiene autonomía para los actos de la vida cotidiana; la dependencia de otras personas, si existe, no tiene un carácter muy patológico.

GRADO III - Alteraciones que requieren tratamiento más intensivo, no lográndose una compensación total a pesar de la utilización de medios farmacológicos, biológicos o psicoterapéuticos adecuados.

La eficiencia social está comprometida en diversos grados; en los casos más graves, el sujeto no es apto más que para un trabajo muy simple o estereotipado.

El paciente, pese a todo, conserva su autonomía con ayudas parciales de su entorno; las relaciones con sus semejantes están perturbadas.

GRADO IV - Presentan trastornos cuyos fenómenos regresivos lo tornan dependiente de una asistencia permanente por terceros, no retrocediendo los trastornos a pesar de haber sido utilizados todos los tratamientos disponibles.

La comunicación es posible o está comprometida.

La eficiencia social está alterada, no puede ejercer ninguna profesión.

El paciente sólo tiene una autonomía reducida; como mínimo debe ser vigilado y ayudado en su vida cotidiana; sus relaciones con los semejantes están muy perturbadas o son muy patológicas.

VALORACION DEL MENOSCABO SEGÚN LA EVOLUCION

GRADO I	< a 15%
GRADO II	16 a 30%
GRADO III	31 a 60%
GRADO IV	> a 61%

NOTA: La enfermedad se debe haber mantenido en actividad sin intervalos asintomáticos durante los dos últimos años para el **Grado III**, y durante los últimos cuatro años para el **Grado IV**, a pesar de las terapéuticas instituidas.

En todos los casos, esta continuidad morbosa debe estar certificada con una documentación médica periódica y explícita en los aspectos diagnósticos, terapéuticos y evolutivos.

D) TRASTORNOS NEUROTICOS, SECUNDARIOS A SITUACIONES ESTRESANTES Y SOMATOMORFOS

Estos tres tipos de trastornos se incluyen juntos en un grupo general debido a su relación histórica con el concepto de Neurosis, y porque muchos de ellos están en relación con la presencia de motivos psicológicos.

En el C.I.E. 10 el concepto de Neurosis no se ha mantenido como un principio fundamental de organización, pero se ha cuidado en permitir la identificación fácil de trastornos que algunos usuarios pueden aún considerar como neuróticos, en un sentido particular del término.

Las formas más leves de estos trastornos se ven principalmente en asistencia primaria y en ellos son frecuentes las mezclas de síntomas (la coexistencia de angustia y depresión es, con mucho, la más frecuente). Aunque es necesario decidir en cada caso cuál es el síndrome que predomina.

D.1) Trastornos de Ansiedad Fóbica

Se trata de un grupo de trastornos en los que la ansiedad se pone en marcha exclusiva o predominantemente en ciertas situaciones bien definidas o frente a objetos externos que no son en sí mismo peligrosos. Estos se evitan de un modo específico o si acaso son afrontados con temor.

La ansiedad fóbica no se diferencia, ni vivencial, ni comportamental, ni fisiológicamente de otros tipos de ansiedad y su gravedad puede variar desde una ligera intranquilidad hasta el terror pánico.

La ansiedad no se alivia por saber que otras personas no consideran dicha situación como peligrosa o amenazante. Por lo general el imaginar la situación fóbica desencadena una ansiedad anticipatoria.

La ansiedad fóbica y la depresión coexisten a menudo. La ansiedad fóbica suele empeorar durante un episodio depresivo intercurrente.

- Agorafobia
 - sin trastorno de pánico
 - con trastorno de pánico

- Fobias sociales
- Fobias específicas (aisladas)
- Otros trastornos de ansiedad fóbica
- Trastorno de ansiedad fóbica sin especificación

GRADO I - Trastornos ligados intensamente a situaciones cotidianas con síntomas que requieren tratamiento farmacológico o psicoterapéutico de poca significación.

La eficiencia social del sujeto es normal: trabaja, tiene relaciones normales o discretamente patológicas con sus semejantes, está bien adaptado a su entorno.

La autonomía intelectual es total para los actos de la vida cotidiana; no existe dependencia anormal con referencia a otros.

GRADO II - Trastornos que afectan ligeramente las relaciones con el conflicto generador y que a pesar de los tratamientos adecuados, persisten los síntomas, no logrando una remisión total.

La eficiencia social es satisfactoria o relativamente satisfactoria; el paciente puede ejercer una actividad profesional, su integración con el entorno es correcta.

Tiene autonomía para los actos de la vida cotidiana; la dependencia de otras personas, si existe, no tiene un carácter muy patológico.

GRADO III - Alteraciones que requieren tratamiento más intensivo, no lográndose una compensación total a pesar de la utilización de medios farmacológicos, biológicos o psicoterapéuticos adecuados.

La eficiencia social está comprometida en diversos grados; en los casos más graves, el sujeto no es apto más que para un trabajo muy simple o estereotipado.

El paciente, pese a todo, conserva su autonomía con ayudas parciales de su entorno; las relaciones con sus semejantes están perturbadas.

GRADO IV - Presentan trastornos cuyos fenómenos regresivos lo tornan dependiente de una asistencia permanente por terceros, no retrocediendo los trastornos a pesar de haber sido utilizados todos los tratamientos disponibles.

La comunicación es posible o está comprometida.

La eficiencia social está alterada, no puede ejercer ninguna profesión.

El paciente sólo tiene una autonomía reducida; como mínimo debe ser vigilado y ayudado en su vida cotidiana; sus relaciones con los semejantes están muy perturbadas o son muy patológicas.

VALORACION DEL MENOSCABO SEGÚN LA EVOLUCION

GRADO I	< a 15%
GRADO II	16 a 30%
GRADO III	31 a 60%
GRADO IV	> a 61%

NOTA: La enfermedad se debe haber mantenido en actividad sin intervalos asintomáticos durante los dos últimos años para el **Grado III**, y durante los últimos cuatro años para el **Grado IV**, a pesar de las terapéuticas instituidas.

En todos los casos, esta continuidad morbosa debe estar certificada con una documentación médica periódica y explícita en los aspectos diagnósticos, terapéuticos y evolutivos.

D.2) Otros Trastornos de Ansiedad

Son trastornos en los que el síntoma principal es la presencia de ansiedad no limitada a ninguna situación ambiental en particular.

También pueden presentarse síntomas depresivos y obsesivos, e incluso, algunos elementos de ansiedad fóbica, con tal de que éstos sean claramente secundarios o menos graves.

- Trastorno de pánico
 - moderado
 - grave
- Trastorno de ansiedad generalizada
- Trastorno mixto ansioso-depresivo
- Otro trastorno mixto de ansiedad
- Otro trastorno de ansiedad especificado
- Trastorno de ansiedad sin especificación

GRADO I - Trastornos ligados intensamente a situaciones cotidianas con síntomas que requieren tratamiento farmacológico o psicoterapéutico de poca significación.

La eficiencia social del sujeto es normal: trabaja, tiene relaciones normales o discretamente patológicas con sus semejantes, está bien adaptado a su entorno.

La autonomía intelectual es total para los actos de la vida cotidiana; no existe dependencia anormal con referencia a otros.

GRADO II - Trastornos que afectan ligeramente las relaciones con el conflicto generador y que a pesar de los tratamientos adecuados, persisten los síntomas, no logrando una remisión total.

La eficiencia social es satisfactoria o relativamente satisfactoria; el paciente puede ejercer una actividad profesional, su integración con el entorno es correcta.

Tiene autonomía para los actos de la vida cotidiana; la dependencia de otras personas, si existe, no tiene un carácter muy patológico.

GRADO III - Alteraciones que requieren tratamiento más intensivo, no lográndose una compensación total a pesar de la utilización de medios farmacológicos, biológicos o psicoterapéuticos adecuados.

La eficiencia social está comprometida en diversos grados; en los casos más graves, el sujeto no es apto más que para un trabajo muy simple o estereotipado.

El paciente, pese a todo, conserva su autonomía con ayudas parciales de su entorno; las relaciones con sus semejantes están perturbadas.

GRADO IV - Presentan trastornos cuyos fenómenos regresivos lo tornan dependiente de una asistencia permanente por terceros, no retrocediendo los trastornos a pesar de haber sido utilizados todos los tratamientos disponibles.

La comunicación es posible o está comprometida.

La eficiencia social está alterada, no puede ejercer ninguna profesión.

El paciente sólo tiene una autonomía reducida; como mínimo debe ser vigilado y ayudado en su vida cotidiana; sus relaciones con los semejantes están muy perturbadas o son muy patológicas.

VALORACION DEL MENOSCABO SEGÚN LA EVOLUCION

GRADO I	< a 15%
GRADO II	16 a 30%
GRADO III	31 a 60%
GRADO IV	> a 61%

NOTA: La enfermedad se debe haber mantenido en actividad sin intervalos asintomáticos durante los dos últimos años para el **Grado III**, y durante los últimos cuatro años para el **Grado IV**, a pesar de las terapéuticas instituidas.

En todos los casos, esta continuidad morbosa debe estar certificada con una documentación médica periódica y explícita en los aspectos diagnósticos, terapéuticos y evolutivos.

D.3) Trastorno Obsesivo - Compulsivo

Lo esencial de este trastorno es la presencia de pensamientos obsesivos o actos compulsivos recurrentes (el término "obsesivo" reemplazará a "obsesivo compulsivo").

Los pensamientos obsesivos son ideas, imágenes o impulsos mentales que irrumpen una y otra vez la actividad mental del individuo de una forma estereotipada. Suelen ser siempre desagradables (son percibidos como carentes de sentido); el que los sufre suele intentar, por lo general sin éxito, resistirse a ellos. Son percibidos como pensamientos propios a pesar de que son involuntarios y a menudo repulsivos.

Para el diagnóstico definitivo deben estar presentes y ser una fuente importante de angustia o de incapacidad durante la mayoría de los días, al menos durante dos meses, síntomas obsesivos, actos compulsivos o ambos.

Los síntomas obsesivos deben tener las características siguientes:

1. deben ser reconocidos como pensamientos o impulsos propios
2. debe presentarse una resistencia ineficaz
3. la idea o la realización del acto no deben ser en sí mismo placenteros
4. los pensamientos, imágenes o impulsos deben ser reiterados y molestos
 - Con predominio de pensamientos y rumiaciones obsesivas
 - Con predominio de actos compulsivos (rituales obsesivos)
 - Con mezcla de pensamientos y actos obsesivos
 - Otro trastorno obsesivo-compulsivo
 - Trastorno obsesivo-compulsivo sin especificación

GRADO I - Trastornos ligados intensamente a situaciones cotidianas con síntomas que requieren tratamiento farmacológico o psicoterapéutico de poca significación.

La eficiencia social del sujeto es normal: trabaja, tiene relaciones normales o discretamente patológicas con sus semejantes, está bien adaptado a su entorno.

La autonomía intelectual es total para los actos de la vida cotidiana; no existe dependencia anormal con referencia a otros.

GRADO II - Trastornos que afectan ligeramente las relaciones con el conflicto generador y que a pesar de los tratamientos adecuados, persisten los síntomas, no logrando una remisión total.

La eficiencia social es satisfactoria o relativamente satisfactoria; el paciente puede ejercer una actividad profesional, su integración con el entorno es correcta.

Tiene autonomía para los actos de la vida cotidiana; la dependencia de otras personas, si existe, no tiene un carácter muy patológico.

GRADO III - Alteraciones que requieren tratamiento más intensivo, no lográndose una compensación total a pesar de la utilización de medios farmacológicos, biológicos o psicoterapéuticos adecuados. La eficiencia social está comprometida en diversos grados; en los casos más graves, el sujeto no es apto más que para un trabajo muy simple o estereotipado.

El paciente, pese a todo, conserva su autonomía con ayudas parciales de su entorno; las relaciones con sus semejantes están perturbadas.

GRADO IV - Presentan trastornos cuyos fenómenos regresivos lo tornan dependiente de una asistencia permanente por terceros, no retrocediendo los trastornos a pesar de haber sido utilizados todos los tratamientos disponibles.

La comunicación es posible o está comprometida.

La eficiencia social está alterada, no puede ejercer ninguna profesión.

El paciente sólo tiene una autonomía reducida; como mínimo debe ser vigilado y ayudado en su vida cotidiana; sus relaciones con los semejantes están muy perturbadas o son muy patológicas.

VALORACION DEL MENOSCABO SEGÚN LA EVOLUCION

GRADO I	< a 15%
GRADO II	16 a 30%
GRADO III	31 a 60%
GRADO IV	> a 61%

NOTA: La enfermedad se debe haber mantenido en actividad sin intervalos asintomáticos durante los dos últimos años para el **Grado III**, y durante los últimos cuatro años para el **Grado IV**, a pesar de las terapéuticas instituidas.

En todos los casos, esta continuidad morbosa debe estar certificada con una documentación médica periódica y explícita en los aspectos diagnósticos, terapéuticos y evolutivos.

D.4) Reacciones a Estreses Graves y Trastornos de Adaptación

Esta sección se diferencia de las otras porque incluye trastornos que se identifican no sólo con la sintomatología y el curso, sino también por uno u otro

de los dos factores siguientes: antecedentes de un acontecimiento biológico o la presencia de un cambio vital significativo, que den lugar a situaciones desagradables persistentes que llevan a un trastorno de adaptación.

Las reacciones de estreses graves y los trastornos de adaptación se presentan en todos los grupos de edad, incluyendo niños y adolescentes.

Los trastornos incluidos en esta sección deben ser considerados como expresión de una mala adaptación a estreses graves o continuados, en la que existe una interferencia con los mecanismos de adaptación normal y que por lo tanto llevan a un deterioro de los rendimientos sociales.

- Reacción a estrés agudo
 - leve
 - moderado
 - grave
- Trastorno de estrés post-traumático
- Trastornos de adaptación
 - reacción depresiva leve
 - reacción depresiva prolongada
 - reacción mixta de ansiedad y depresión
 - con predominio de alteraciones de otras emociones
 - con predominio de alteraciones disociales
 - con alteración mixta de las emociones y disociales
 - otros trastornos de adaptación con síntomas predominantes especificados
- Otra reacción a estreses graves u otro trastorno de adaptación
- Reacción a estreses graves o trastorno de adaptación sin especificación

GRADO I - Trastornos ligados intensamente a situaciones cotidianas con síntomas que requieren tratamiento farmacológico o psicoterapéutico de poca significación.

La eficiencia social del sujeto es normal: trabaja, tiene relaciones normales o discretamente patológicas con sus semejantes, está bien adaptado a su entorno.

La autonomía intelectual es total para los actos de la vida cotidiana; no existe dependencia anormal con referencia a otros.

GRADO II - Trastornos que afectan ligeramente las relaciones con el conflicto generador y que a pesar de los tratamientos adecuados, persisten los síntomas, no logrando una remisión total.

La eficiencia social es satisfactoria o relativamente satisfactoria; el paciente puede ejercer una actividad profesional, su integración con el entorno es correcta.

Tiene autonomía para los actos de la vida cotidiana; la dependencia de otras personas, si existe, no tiene un carácter muy patológico.

GRADO III - Alteraciones que requieren tratamiento más intensivo, no lográndose una compensación total a pesar de la utilización de medios farmacológicos, biológicos o psicoterapéuticos adecuados. La eficiencia social está comprometida en diversos grados; en los casos más graves, el sujeto no es apto más que para un trabajo muy simple o estereotipado.

El paciente, pese a todo, conserva su autonomía con ayudas parciales de su entorno; las relaciones con sus semejantes están perturbadas.

GRADO IV - Presentan trastornos cuyos fenómenos regresivos lo tornan dependiente de una asistencia permanente por terceros, no retrocediendo los trastornos a pesar de haber sido utilizados todos los tratamientos disponibles.

La comunicación es posible o está comprometida.

La eficiencia social está alterada, no puede ejercer ninguna profesión.

El paciente sólo tiene una autonomía reducida; como mínimo debe ser vigilado y ayudado en su vida cotidiana; sus relaciones con los semejantes están muy perturbadas o son muy patológicas.

VALORACION DEL MENOSCABO SEGÚN LA EVOLUCION

GRADO I	< a 15%
GRADO II	16 a 30%
GRADO III	31 a 60%
GRADO IV	> a 61%

NOTA: La enfermedad se debe haber mantenido en actividad sin intervalos asintomáticos durante los dos últimos años para el **Grado III**, y durante los últimos cuatro años para el **Grado IV**, a pesar de las terapéuticas instituidas.

En todos los casos, esta continuidad morbosa debe estar certificada con una documentación médica periódica y explícita en los aspectos diagnósticos, terapéuticos y evolutivos.

D.5) Trastornos Disociativos (de Conversión)

Se acepta que en los trastornos disociativos se ha perdido la capacidad de ejercer el control consciente y selectivo, pudiendo variar de día en día o de hora en hora.

Estos trastornos habían sido clasificados previamente como diferentes tipos de "histeria de conversión", pero ahora parece lo más conveniente evitar el término "histeria" en la medida de lo posible, debido a que tiene muchos significados distintos.

Los trastornos disociativos descritos aquí, tienen un origen psicógeno y tienen una estrecha relación temporal con acontecimientos traumáticos, problemas insolubles o relaciones interpersonales alteradas.

El término "conversión" implica que sentimientos no satisfechos originados por los problemas y conflictos que el enfermo no puede resolver, se transformen de alguna manera en síntomas.

Los enfermos con trastornos disociativos presentan a veces una negación llamativa de problemas o dificultades personales que son obvias para los demás.

Para un diagnóstico seguro de trastornos disociativos deben estar presentes tres características principales:

1. las características clínicas ya especificadas
2. la ausencia, después de las exploraciones clínicas complementarias, de un trastorno somático de cualquier tipo que pudiera explicar los síntomas
3. evidencia de una génesis psicógena

- Amnesia disociativa
- Fuga disociativa
- Estupor disociativo
- Trastornos de trance y de posesión
- Trastornos disociativos de la motilidad
- Convulsiones disociativas
- Anestiasias y pérdidas sensoriales disociativas
- Trastorno disociativo (de conversión) mixto
 - síndrome de Ganser
 - trastornos de personalidad múltiple
 - trastornos disociativos (de conversión) transitorios de la infancia o adolescencia
 - otro trastorno disociativo (de conversión) especificado
- Trastorno disociativo o de conversión sin especificación

GRADO I - Trastornos ligados intensamente a situaciones cotidianas con síntomas que requieren tratamiento farmacológico o psicoterapéutico de poca significación.

La eficiencia social del sujeto es normal: trabaja, tiene relaciones normales o discretamente patológicas con sus semejantes, está bien adaptado a su entorno.

La autonomía intelectual es total para los actos de la vida cotidiana; no existe dependencia anormal con referencia a otros.

GRADO II - Trastornos que afectan ligeramente las relaciones con el conflicto generador y que a pesar de los tratamientos adecuados, persisten los síntomas, no logrando una remisión total.

La eficiencia social es satisfactoria o relativamente satisfactoria; el paciente puede ejercer una actividad profesional, su integración con el entorno es correcta.

Tiene autonomía para los actos de la vida cotidiana; la dependencia de otras personas, si existe, no tiene un carácter muy patológico.

GRADO III - Alteraciones que requieren tratamiento más intensivo, no lográndose una compensación total a pesar de la utilización de medios farmacológicos, biológicos o psicoterapéuticos adecuados.

La eficiencia social está comprometida en diversos grados; en los casos más graves, el sujeto no es apto más que para un trabajo muy simple o estereotipado.

El paciente, pese a todo, conserva su autonomía con ayudas parciales de su entorno; las relaciones con sus semejantes están perturbadas.

GRADO IV - Presentan trastornos cuyos fenómenos regresivos lo tornan dependiente de una asistencia permanente por terceros, no retrocediendo los trastornos a pesar de haber sido utilizados todos los tratamientos disponibles.

La comunicación es posible o está comprometida.

La eficiencia social está alterada, no puede ejercer ninguna profesión.

El paciente sólo tiene una autonomía reducida; como mínimo debe ser vigilado y ayudado en su vida cotidiana; sus relaciones con los semejantes están muy perturbadas o son muy patológicas.

VALORACION DEL MENOSCABO SEGÚN LA EVOLUCION

GRADO I	< a 15%
GRADO II	16 a 30%
GRADO III	31 a 60%
GRADO IV	> a 61%

NOTA: La enfermedad se debe haber mantenido en actividad sin intervalos asintomáticos durante los dos últimos años para el **Grado III**, y durante los últimos cuatro años para el **Grado IV**, a pesar de las terapéuticas instituidas.

En todos los casos, esta continuidad morbosa debe estar certificada con una documentación médica periódica y explícita en los aspectos diagnósticos, terapéuticos y evolutivos.

D.6) Trastornos Somatomorfos

El rasgo principal de estos trastornos es la presentación reiterada de síntomas acompañados de demandas persistentes de exploraciones clínicas, a pesar de repetidos resultados negativos de exploraciones clínicas y de continuas garantías de los médicos de que los síntomas no tienen una justificación somática. Aún en los casos en los que realmente estuvieren presentes trastornos somáticos.

El grado de comprensión sobre los síntomas, ya sean somáticos o psicológicos, es con frecuencia insuficiente y frustrante tanto para el enfermo como para el médico.

El diagnóstico diferencial con las ideas delirantes hipocondríacas requiere, por lo general, conocer muy bien al enfermo. Incluso en los casos en los que existe una convicción duradera y sostenida, en apariencia contra toda lógica, a corto plazo puede ésta, de alguna manera, ser sensible a razonamientos, a garantías reiteradas y al hecho de llevar a cabo nuevas exploraciones o exámenes adicionales.

- Trastorno de somatización
- Trastorno somatomorfo indiferenciado
- Trastorno hipocondríaco
- Disfunción vegetativa somatomorfa
 - del corazón y sistema cardiovascular
 - del tracto gastrointestinal alto
 - del tracto gastrointestinal bajo
 - del sistema respiratorio
 - del sistema urogenital
 - otra disfunción vegetativa somatomorfa
- Trastorno del dolor persistente somatomorfo
- Otro trastorno somatomorfo
- Trastorno somatomorfo sin especificación

GRADO I - Trastornos ligados intensamente a situaciones cotidianas con síntomas que requieren tratamiento farmacológico o psicoterapéutico de poca significación.

La eficiencia social del sujeto es normal: trabaja, tiene relaciones normales o discretamente patológicas con sus semejantes, está bien adaptado a su entorno.

La autonomía intelectual es total para los actos de la vida cotidiana; no existe dependencia anormal con referencia a otros.

GRADO II - Trastornos que afectan ligeramente las relaciones con el conflicto generador y que a pesar de los tratamientos adecuados, persisten los síntomas, no logrando una remisión total.

La eficiencia social es satisfactoria o relativamente satisfactoria; el paciente puede ejercer una actividad profesional, su integración con el entorno es correcta.

Tiene autonomía para los actos de la vida cotidiana; la dependencia de otras personas, si existe, no tiene un carácter muy patológico.

GRADO III - Alteraciones que requieren tratamiento más intensivo, no lográndose una compensación total a pesar de la utilización de medios farmacológicos, biológicos o psicoterapéuticos adecuados. La eficiencia social está comprometida en diversos grados; en los casos más graves, el sujeto no es apto más que para un trabajo muy simple o estereotipado.

El paciente, pese a todo, conserva su autonomía con ayudas parciales de su entorno; las relaciones con sus semejantes están perturbadas.

GRADO IV - Presentan trastornos cuyos fenómenos regresivos lo tornan dependiente de una asistencia permanente por terceros, no retrocediendo los trastornos a pesar de haber sido utilizados todos los tratamientos disponibles.

La comunicación es posible o está comprometida.

La eficiencia social está alterada, no puede ejercer ninguna profesión.

El paciente sólo tiene una autonomía reducida; como mínimo debe ser vigilado y ayudado en su vida cotidiana; sus relaciones con los semejantes están muy perturbadas o son muy patológicas.

VALORACION DEL MENOSCABO SEGÚN LA EVOLUCION

GRADO I	< a 15%
GRADO II	16 a 30%
GRADO III	31 a 60%
GRADO IV	> a 61%

NOTA: La enfermedad se debe haber mantenido en actividad sin intervalos asintomáticos durante los dos últimos años para el **Grado III**, y durante los últimos cuatro años para el **Grado IV**, a pesar de las terapéuticas instituidas.

En todos los casos, esta continuidad morbosa debe estar certificada con una documentación médica periódica y explícita en los aspectos diagnósticos, terapéuticos y evolutivos.

GRADO I - Trastornos ligados intensamente a situaciones cotidianas con síntomas que requieren tratamiento farmacológico o psicoterapéutico de poca significación.

La eficiencia social del sujeto es normal: trabaja, tiene relaciones normales o discretamente patológicas con sus semejantes, está bien adaptado a su entorno.

La autonomía intelectual es total para los actos de la vida cotidiana; no existe dependencia anormal con referencia a otros.

GRADO II - Trastornos que afectan ligeramente las relaciones con el conflicto generador y que a pesar de los tratamientos adecuados, persisten los síntomas, no logrando una remisión total.

La eficiencia social es satisfactoria o relativamente satisfactoria; el paciente puede ejercer una actividad profesional, su integración con el entorno es correcta.

Tiene autonomía para los actos de la vida cotidiana; la dependencia de otras personas, si existe, no tiene un carácter muy patológico.

GRADO III - Alteraciones que requieren tratamiento más intensivo, no lográndose una compensación total a pesar de la utilización de medios farmacológicos, biológicos o psicoterapéuticos adecuados.

La eficiencia social está comprometida en diversos grados; en los casos más graves, el sujeto no es apto más que para un trabajo muy simple o estereotipado.

El paciente, pese a todo, conserva su autonomía con ayudas parciales de su entorno; las relaciones con sus semejantes están perturbadas.

GRADO IV - Presentan trastornos cuyos fenómenos regresivos lo tornan dependiente de una asistencia permanente por terceros, no retrocediendo los trastornos a pesar de haber sido utilizados todos los tratamientos disponibles.

La comunicación es posible o está comprometida.

La eficiencia social está alterada, no puede ejercer ninguna profesión.

El paciente sólo tiene una autonomía reducida; como mínimo debe ser vigilado y ayudado en su vida cotidiana; sus relaciones con los semejantes están muy perturbadas o son muy patológicas.

VALORACION DEL MENOSCABO SEGÚN LA EVOLUCION

GRADO I	< a 15%
GRADO II	16 a 30%
GRADO III	31 a 60%
GRADO IV	> a 61%

NOTA: La enfermedad se debe haber mantenido en actividad sin intervalos asintomáticos durante los dos últimos años para el **Grado III**, y durante los últimos cuatro años para el **Grado IV**, a pesar de las terapéuticas instituidas.

En todos los casos, esta continuidad morbosa debe estar certificada con una documentación médica periódica y explícita en los aspectos diagnósticos, terapéuticos y evolutivos.

E) TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO ASOCIADO A DISFUNCIONES FISIOLÓGICAS

E.1) Trastornos de la Conducta Alimentaria

En estos trastornos se agrupan dos síndromes importantes y claramente delimitados: la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa, además de otros trastornos bulímicos menos específicos y de la obesidad, relacionados con alteraciones psicológicas. Así mismo incluye una breve descripción de los vómitos que acompañan a trastornos psicológicos.

- Anorexia nerviosa
- Anorexia nerviosa atípica
- Bulimia nerviosa
- Bulimia nerviosa atípica

F) TRASTORNOS MENTALES O DEL COMPORTAMIENTO EN EL PUERPERIO NO CLASIFICADOS EN OTRO LUGAR

Se clasifican aquí sólo los trastornos mentales en el puerperio (con comienzo en las seis semanas posteriores al parto) y que no están clasificados en otras secciones del Baremo.

Por lo general se clasifican según el tipo de trastorno mental (generalmente del humor o enfermedades mentales y del sistema nervioso complicadas con el puerperio).

- Trastorno mental leve asociado con el puerperio
 - depresión post natal
 - depresión post parto
- Trastorno mental grave asociado con el puerperio
 - psicosis puerperal
- Otro trastorno mental en el puerperio no especificado

GRADO I - Cuando los trastornos son tratados adecuadamente, se obtiene una remisión total; es poco incapacitante.

La eficiencia social del sujeto es normal: trabaja, tiene relaciones normales o discretamente patológicas con sus semejantes, está bien adaptado a su entorno.

Su autonomía intelectual es total para los actos de la vida cotidiana, para sí mismo y para gestionar sus asuntos.

GRADO II - Presenta descompensaciones esporádicas a pesar de los tratamientos. Las anomalías puestas de manifiesto por la exploración (actitud, comportamiento), si existen, son leves.

La eficiencia social es relativamente satisfactoria; el paciente puede ejercer una actividad profesional; su integración con el entorno es aceptable.

La autonomía para la vida cotidiana es adecuada; la dependencia de otras personas, si existe, no reviste un carácter muy patológico.

GRADO III - Presenta descompensaciones frecuentes a pesar del tratamiento adecuado. La anamnesis y la exploración permiten sospechar a menudo, anomalías más o menos patentes del comportamiento, la actitud, la expresión; las relaciones con la realidad siguen siendo satisfactorias.

La eficiencia social está comprometida en diversos grados.

En los casos más graves, el sujeto no es apto más que para un trabajo muy simple.

El paciente conserva, pese a todo, su autonomía con ayudas parciales de su entorno; las relaciones con sus semejantes están muy perturbadas.

GRADO IV - Presenta descompensaciones sin intervalos libres. Los síntomas son graves: ideas delirantes, depresión, apragmatismo, trastornos del juicio.

La comunicación está muy comprometida. Las relaciones con la realidad están muy perturbadas.

La eficiencia intelectual se halla alterada. La relación social es nula, no puede ejercer ninguna profesión.

El paciente sólo dispone de una autonomía reducida o incluso puede perder toda su autonomía. Las relaciones con sus semejantes están perturbadas o son muy patológicas.

VALORACION DEL MENOSCABO SEGÚN LA EVOLUCION

GRADO I < a 15%

GRADO II 16 a 30%

GRADO III 31 a 60%

NOTA: La enfermedad se debe haber mantenido en actividad sin intervalos asintomáticos durante los dos últimos años para el **Grado III**, y durante los últimos cuatro años para el **Grado IV**, a pesar de las terapéuticas instituidas. En todos los casos, esta continuidad morbosa debe estar certificada con una documentación médica periódica y explícita en los aspectos diagnósticos, terapéuticos y evolutivos.

G) TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD Y DEL COMPORTAMIENTO EN ADULTOS

Comprende una diversidad de afecciones y rasgos conductuales significativos, que tienden a ser persistentes y que parecen ser la expresión del estilo de vida característico de la persona y de su modo de relacionarse consigo mismo y con los demás.

Representan desviaciones extremas o significativas con respecto a la forma en que el individuo promedio de una cultura dada percibe, piensa, siente y especialmente se relaciona con los demás.

Se asocian frecuentemente, pero no siempre, con diversos grados de aflicción subjetiva y de deterioro de la actuación social.

G.1) Trastornos Específicos de la Personalidad

Son alteraciones graves de la personalidad y de las tendencias conductuales de la persona, que no proceden directamente de enfermedades, daños u otros trastornos del cerebro, ni de otro trastorno psiquiátrico.

Habitualmente afectan varias áreas de la personalidad.

G.1.1) Trastornos Paranoides de la Personalidad

Caracterizados por sensibilidad excesiva de los reveses, incapacidad para olvidar ofensas, suspicacia y tendencia a distorsionar experiencias, mal interpretando las acciones neutras y amistosas de los demás como si fueran hostiles o despreciativas.

Hay un sentido agresivo y tenaz de los derechos personales.

Personalidad:

- Expansivo Paranoide
- Fanática
- Paranoide

- Querellante
- Sensitivo Paranoide

G.1.2) Trastorno Esquizoide de la Personalidad

Se caracteriza por apartarse de los contactos afectivos, sociales y demás, con preferencia por las fantasías, las actividades solitarias y la introspección.

G.1.3) Trastorno Asocial de la Personalidad

Caracterizado por descuido de las obligaciones sociales y endurecimiento de los sentimientos hacia los demás.

Hay disparidad entre el comportamiento de la persona y las normas sociales.

La conducta no se modifica a través de la experiencia adversa. Baja tolerancia a las frustraciones. Hay tendencia a culpar a los demás.

Personalidad:

- Amoral
- Antisocial
- Asocial
- Psicopática
- Sociopática

G.1.4) Trastorno de la Personalidad Emocionalmente Inestable

Presentan tendencia a actuar impulsivamente sin considerar las consecuencias. El humor es impredecible y caprichoso. Son probables los arrebatos emocionales con incapacidad para controlar las explosiones conductuales.

Tendencia al comportamiento pendenciero y generar conflictos con los demás.

Se pueden distinguir dos tipos:

- 1) el impulsivo que presenta inestabilidad emocional y falta de control de los impulsos
- 2) el límitrofe que además presenta perturbación de la autoimagen, de las aspiraciones y de las preferencias íntimas. Relaciones interpersonales intensas e inestables, y por tendencia al comportamiento destructivo.

Personalidad:

- Agresiva
- Explosiva

El trastorno límite de la personalidad por su gravedad puede corresponderse con un 60% de menoscabo.

G.1.5) Trastorno Histriónico de la Personalidad

Caracterizado por una afectividad superficial y lábil, dramatización de sí mismo, teatralidad, expresión exagerada de las emociones, sugestibilidad, egocentrismo, falta de consideración por los demás, demanda continua de aprecio, estímulo y atención y facilidad para sentirse herido.

Personalidad:

- Histórica
- Psicoinfantil

G.1.6) Trastorno Anancástico de la Personalidad

La personalidad se caracteriza por sentimientos de duda, meticulosidad, verificación y preocupación por los detalles, terquedad, precaución y rigidez excesiva.

Puede haber pensamientos o impulsos insistentes y rechazados.

Personalidad:

- Compulsiva
- Obsesiva
- Obsesivo - Compulsiva

G.1.7) Trastorno de la Personalidad Ansiosa (Evasiva - Elusiva)

Caracterizada por sentimiento de tensión y aprehensión, inseguridad e inferioridad.

Hay un anhelo permanente por gustar y ser aceptado, una hipersensibilidad al rechazo y a la crítica.

G.1.8) Trastorno de la Personalidad Dependiente

Se caracteriza por dependencia pasiva prevalente de otras personas para tomar decisiones en la vida, tanto las importantes como las menores.

Temor al abandono, sentimiento de desamparo y de incompetencia.

La falta de vitalidad puede hacerse evidente en la esfera emocional o intelectual.

G.1.9) Otros Trastornos Específicos de la Personalidad

Personalidad:

- Excéntrica
- Inmadura
- Narcisista
- Pasivo - Agresiva
- Psiconeurótica
- Tipo Inestable

GRADO I: Comprende los siguientes trastornos de la Personalidad: personalidad ansiosa, dependiente, anancástica, histriónica, esquizoide y otros trastornos, en los cuales la eficiencia social del sujeto es adecuada, trabaja, tiene relaciones normales o discretamente patológicas con sus semejantes, adaptado a su entorno.

GRADO II: Incluye los trastornos de personalidad paranoide, trastorno asocial de la personalidad y la personalidad emocionalmente inestable. La eficiencia social del sujeto es relativamente satisfactoria; puede ejercer una actividad laboral; es autónomo para los actos de la vida cotidiana; tiene capacidad para el manejo de sí mismo; la dependencia con otras personas, si existe, no reviste un carácter patológico.

VALORACION DEL MENOSCABO

GRADO I	< a 15%
GRADO II	16 a 40%