
RESOLUCIÓN (SRT) 762/2013

Riesgos del trabajo. Protocolo de Prestaciones Médicas en Psiquiatría. Aprobación

SUMARIO: Se aprueba el Protocolo de Prestaciones Médicas en Psiquiatría. La presente resolución entrará en vigencia a partir del 27 de abril de 2013.

Art. 1 - Apruébase el Protocolo de Prestaciones Médicas en Psiquiatría establecidas en el Anexo de esta resolución.

Art. 2 - La presente resolución entrará en vigencia a partir del día siguiente al de su publicación en el Boletín Oficial.

Art. 3 - De forma.

TEXTO S/R. (SRT) 762/2013 - **BO:** 26/4/2013

FUENTE: R. (SRT) 762/2013

Vigencia: 26/4/2013

Aplicación: desde el 27/4/2013

ANEXO

PROTOCOLIZACIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS EN PSIQUIATRÍA EN EL SISTEMA DE RIESGOS DEL TRABAJO

LAS AFECCIONES PSIQUIÁTRICAS CUYO TRATAMIENTO SE ENCUENTRA PROTOCOLIZADO, SON LAS DERIVADAS DE LAS ENFERMEDADES PROFESIONALES PERMANENTES QUE FIGURAN EN EL LISTADO, LAS EMERGENTES DE LOS TRÁMITES DE ENFERMEDAD PROFESIONAL NO LISTADAS Y LAS SECUELAS DE ACCIDENTES DE TRABAJO.

Dichas afecciones comprenden:

A) Reacciones vivenciales anormales neuróticas/desarrollos vivenciales anormales neuróticos. Estrés postraumático.

De etiología psicológico-vivencial, en sus diferentes formas clínicas (depresiva, histérica, conversiva, fóbica, ansiosa, angustiosa, psicosomática, hipocondríaca, anancástica, sensitiva, mixtas) que tengan un nexo causal específico de índole laboral como consecuencia de un accidente de trabajo o de una enfermedad profesional.

El estrés postraumático es un estado psicopatológico de índole neurótico, provocado por una experiencia psicotraumática intensamente vivida caracterizada por:

- constituye una amenaza para la propia vida o la integridad (trabajador como víctima).
- cuando se es testigo presencial de la muerte y/o de amenaza a la integridad de otras personas.

Toda reacción vivencial anormal neurótica que superó el año de evolución se transforma en desarrollo vivencial anormal neurótico, cuya clasificación comprende los mismos grados y respeta los mismos conceptos.

En los trámites de enfermedades profesionales de origen psicológico no listadas (D. 1278/2000) deberá cumplimentarse el formulario específico creado para tal fin:

Formulario de "Informe ambiental para los casos de enfermedad psíquica profesional no listada" Anexo A.

B) Estados psicóticos postraumáticos, pasajeros o duraderos, que tengan un nexo causal específico de índole laboral. Deberá efectuarse un cuidadoso diagnóstico diferencial con cuadros psicóticos de naturaleza inculpable.

C) Desórdenes mentales orgánicos con o sin psicosis provocados por agentes químicos, físicos o como consecuencia de traumatismos de cráneo, que tengan un nexo causal específico de índole laboral.

No corresponderá el otorgamiento de prestaciones psiquiátricas (psicofarmacológicas y/o psicoterapéuticas) a cargo de la ART en los casos que se detalla a continuación:

- * Cuadros psicopatológicos de etiología congénita (oligofrenias o retardos mentales).
- * Psicosis de fundamento corporal desconocido (esquizofrenias, parafrenia, paranoia, psicosis afectivas).
- * Cuadros en los que se comprueban tendencias finalistas (neurosis de renta, beneficio secundario de la enfermedad, simulación).
- * Hallazgos de los estudios complementarios que no tengan expresión clínica.
- * Hallazgos patológicos en los que no quedó comprobada debidamente la naturaleza laboral.
- * Síntomas aducidos que no se objetiven en el examen clínico psiquiátrico.
- * Manifestaciones conductuales que no guarden una coherencia sindromática esperable con los hechos denunciados.

Las alteraciones electroencefalográficas presentes en el desorden mental orgánico de naturaleza laboral sin sintomatología clínicamente demostrada, no generan tratamiento neuropsiquiátrico en el que el desorden se encuadra.

Tratamiento psiquiátrico

Generalidades

La prescripción del tratamiento psiquiátrico requiere:

- Valoración diagnóstica precoz y precisa del estado semiológico psiquiátrico.
- Encuadre diagnóstico respetando la nosología de la clínica psiquiátrica y las alteraciones semiológicas.
- Para unificar el criterio diagnóstico de las instancias que intervienen en diferentes momentos del procedimiento que determina la ley 24557, se utilizará el "Protocolo del consenso en psiquiatría previsional y de riesgos del

trabajo" aprobado en el año 2004 con la participación de todos los médicos psiquiatras de las Comisiones Médicas del país y de la Comisión Médica Central, médicos psiquiatras veedores de las ART, Administradoras de Fondos de Jubilaciones y Pensiones, ANSeS, UART; convalidado por dos (2) Asociaciones de Psiquiatría: APSA (Asociación de Psiquiatras Argentinos) y AAP (Asociación Argentina de Psiquiatras) y cuyo contenido se encuentra en la Biblioteca de la Superintendencia de Riesgos del Trabajo (SRT).

- La utilización de otras clasificaciones como el DSM IV o CIE 10 será complementaria incorporando todos los códigos necesarios para representar los diagnósticos clínicos pero no reemplazarán la discriminación entre síntomas, síndromes y enfermedad propios de la nosología psiquiátrica clásica, tal como se utiliza en el resto de las especialidades médicas.
- Se investigarán exhaustivamente los factores implicados durante el origen y desarrollo de la contingencia como asimismo el mecanismo de producción de la patología encontrada.
- Se tendrán en cuenta los factores predisposicionales y los factores de mantenimiento de la sintomatología.
- Se valorará la personalidad del trabajador y sus circunstancias personales al momento de la contingencia. Sobre este punto cabe agregar que en los accidentes de poca relevancia, sin secuelas o con secuelas sin significación para el trabajador, el alta con derivación a la Obra Social no tiene consecuencias negativas para el mismo. Caso contrario ocurre en aquellos trabajadores con anomalías de la personalidad que han padecido accidentes graves, los cuales deben ser tratados conforme los esquemas establecidos independientemente de la personalidad previa que en estas situaciones pasa a estar en un segundo plano.
- Se valorará la incidencia en el psiquismo del compromiso físico producto de la misma contingencia si lo hubiere, la magnitud en la que se ha modificado el estado de bienestar previo, la interferencia en planes de acción o estatus, significativos para la persona.
- Se tendrán en cuenta los recursos personales, los rasgos destacados de la personalidad, del sistema de valores y el estado emocional general.
- Se formulará un esquema de tratamiento que identifique las variables más relevantes del caso.
- Se propenderá al establecimiento de una relación adecuada entre el trabajador paciente y el especialista que les permita trabajar juntos de manera eficiente: con reconocimiento mutuo, comunicación eficaz, confidencialidad y seguimiento de prescripciones.
- En función de todo lo anterior, se establecerán objetivos de tratamiento evaluables, convenientemente ordenados y secuenciados.
- Se tendrá en cuenta la evolución y el tipo de tratamiento óptimo (psicofarmacológico, técnicas psicoterapéuticas individuales y/o grupales) para cada momento evolutivo de la afección.
- Es responsabilidad de los profesionales asistenciales efectuar el plan de tratamiento, realizar controles medicamentosos, el seguimiento de la evolución de tratamientos de psicoterapia, cognitivos u otros y determinar el alta o bien la continuidad del mismo especificando si el trabajador puede reintegrarse o no a sus tareas habituales, teniendo en cuenta en forma responsable el riesgo potencial de que el trabajador sea despedido.
- Todos los profesionales a cargo de los tratamientos respectivos, deberán dejar constancia detallada de la evolución, indicación terapéutica, psicofármacos y dosis si los prescribiera, fundamentación de la elección y descripción de la práctica realizada con el fin de facilitar la resolución de los trámites por divergencia en las prestaciones.
- Se evitará la prolongación innecesaria o el alta prematura que ponga en riesgo la salud psíquica del trabajador, debiendo fundamentar adecuadamente la decisión tomada al respecto en cada uno de los casos.
- La salud del trabajador será la única variable a tener en cuenta para la elección de los profesionales asistenciales, las técnicas más adecuadas, el tiempo y la intensidad del tratamiento.

Metodología

1. Se utilizarán técnicas grupales para las reacciones y desarrollos vivenciales anormales neuróticos hasta el Grado II inclusive.
2. Se tendrá en cuenta desarrollo cultural, escolaridad, personalidad constitucional, severidad de lesiones físicas y/o psicotraumáticas, condicionantes fundamentales en la selección de pacientes para la integración de grupos terapéuticos, teniendo como objetivo primordial la reducción de la sintomatología a su mínima expresión o curación completa de cada uno de sus miembros.
3. Los pacientes que requieran tratamiento psicológico pero cuyas características individuales no lo hagan posible de integrar grupos terapéuticos serán tratados con técnicas individuales.
4. Las técnicas de psicoterapia individual y grupal se ajustarán a las utilizadas por la comunidad científica.
5. Los pacientes con cuadros de estrés postraumático severo de etiología psicotraumática exclusivamente o secuelar a lesiones físicas graves, serán tratados por profesional psiquiatra, psicofármacos y con técnicas de psicoterapia individual. La frecuencia inicial será de dos (2) sesiones semanales durante las primeras diez (10), luego conforme el estado clínico determinado por una evaluación psiquiátrica se continuará con una sesión semanal.
6. Se podrán utilizar técnicas grupales, una vez que los pacientes hayan estabilizado los cuadros psiquiátricos y se encuentren en etapa de resocialización.
7. En casos menos severos o bien cuando se ha logrado salir del estado agudo la frecuencia del tratamiento de psicoterapia será de una vez por semana y los controles psiquiátricos a razón de una consulta cada quince (15) días.
8. La elección de psicofármacos y dosis dependerá del estado clínico al momento del inicio del tratamiento.

Diagnóstico, encuadre y pautas para el tratamiento de reacciones vivenciales anormales neuróticas - desarrollos vivenciales anormales neuróticos. Trastornos por estrés postraumático, secuelas a contingencias de naturaleza laboral

Clasificación por grados

La clasificación por grados comprende: Grado I - II - III - IV y grados intermedios.

Diagnóstico

Se debe realizar:

- Examen psiquiátrico según arte.
- Batería de tests.

* Determinar:

- Estimación aproximada del nivel intelectual.
- Rasgos de personalidad básica o constitucional (normal, personalidad anormal constitucional: caracteropatía, personalidad psicopática), personalidad borderline, personalidad anormal adquirida o pseudopsicopatía.
- Síndrome psicológico especificando si es la consecuencia directa de la contingencia denunciada o bien si no queda comprobada la vinculación con esta última.
- Existencia de indicadores de organicidad en las pruebas (se deberá discriminar y consignar si se constatan clínicamente).
- Existencia de un síndrome cerebral orgánico agregado especificando su vinculación o no con la contingencia.
- Tendencia a la descompensación psicótica o psicosis en curso.
- Magnificación patológica de la sintomatología en los pacientes con marcado histrionismo de la personalidad.
- Magnificación voluntaria e intencional, consignando los elementos semiológicos en los que se basa dicha afirmación.
- Simulación, consignando los elementos conductuales en los que se basa dicha afirmación.

Encuadre de grado

Para el encuadre en Grado deberá tenerse en cuenta:

1. Magnitud de contingencia.
2. Intensidad de trauma psíquico.
3. Magnitud de lesiones físicas.
4. Magnitud de limitaciones funcionales físicas secuelas.
5. Significación de las secuelas para el siniestrado.
6. Convalecencia prolongada con postración, estudios invasivos, tratamientos quirúrgicos múltiples.
7. Constatación clínica de pérdida de intereses, trastornos de memoria, de concentración y del sueño, psicógenos.
8. Constatación de síntomas conversivos, crisis de pánico (angustia con componentes fóbicos), somatizaciones, subordinación de la conducta a rituales e ideas parásitas y fobias específicas relacionadas con la contingencia.
9. Incidencia de la sintomatología en el traslado por sentimientos de inseguridad y fobias específicas (relacionadas con la contingencia).
10. Incidencia de la sintomatología en la alimentación (somatizaciones), trastorno de la alimentación, (bulimia, anorexia, otros).
11. Incidencia de la sintomatología en la higiene personal.
12. Incidencia de la sintomatología en las funciones de defensa.
13. Estado patológico que no requiere de tratamiento psicofarmacológico.
14. Estado patológico que requiere de tratamiento psicofarmacológico en bajas dosis.
15. Estado patológico que requiere de tratamiento psicofarmacológico en altas dosis, con o sin antipsicóticos.
16. Estado patológico que requiere de internación psiquiátrica para su seguridad y la de terceros.
17. Necesidad de reubicación o de recalificación laboral.
18. Imposibilidad de recalificación laboral.
19. Necesidad de colaboración y cuidados de terceros.
20. Necesidad de terceros para cubrir sus necesidades básicas de alimentación, higiene.

Reacción vivencial anormal neurótica. Desarrollo vivencial anormal neurótico. Trastorno por estrés postraumático. Grado I
Diagnóstico y encuadre de grado

Se debe realizar:

- Examen psiquiátrico según arte.
- Batería de tests.

Criterio diagnóstico

- Contingencia leve.
- Manifestaciones subjetivas de quejas, no se constatan síntomas en el examen psiquiátrico.
- No objetiva secuelas físicas.
- No afecta la higiene personal.
- No afecta el traslado, las relaciones sociofamiliares habituales, ni las acciones básicas de la vida diaria.
- No amerita reubicación ni recalificación por el cuadro psiquiátrico.

Tratamiento

- No requiere de tratamiento especializado.
- En los casos en los cuales se detecta dificultades para la elaboración de la contingencia, aun cuando esta cumpla con las características restantes del Grado I, se realizarán cuatro (4) sesiones de psicoterapia de apoyo, a razón de una por semana, sin reparación económica, para no favorecer el beneficio secundario de la sintomatología.
- Examen psiquiátrico para determinación de alta o prórroga de tratamiento psicoterapéutico.

Reacción vivencial anormal neurótica. Desarrollo vivencial anormal neurótico. Trastorno por estrés postraumático. Grado I -

II

Diagnóstico y encuadre de grado

Se debe realizar:

- Examen psiquiátrico según arte.
- Batería de tests.

Criterio diagnóstico

- Contingencia leve.
- Reacción psicológica leve consecuencia de secuela física leve y/o de vivencia psicotraumática leve a moderada.
- No impide el desarrollo de tareas habituales.
- No afecta la higiene personal.
- No afecta el traslado, las relaciones sociofamiliares habituales, ni las acciones básicas de la vida diaria.
- No amerita reubicación ni recalificación por el cuadro psiquiátrico.

Tratamiento:

- Psicoterapia de objetivos limitados durante tres (3) meses, que no impide el desarrollo de tareas habituales.
- De requerir de ansiolíticos en bajas dosis y a demanda se fundamentará el esquema terapéutico.
- Examen psiquiátrico para determinación de alta o prórroga de tratamiento psicoterapéutico.

Reacción vivencial anormal neurótica. Desarrollo vivencial anormal neurótico. Trastorno por estrés postraumático. Grado II

Diagnóstico y encuadre de grado

Se debe realizar:

- Examen psiquiátrico según arte.
- Batería de tests.

Criterio diagnóstico

- Contingencia leve y/o vivencia psicotraumática leve a moderada.
- Accidente laboral con lesiones físicas y limitaciones funcionales residuales leves.
- Convalecencia con marcada preocupación y angustia.
- Requiere tratamiento psicoterapéutico con restablecimiento dentro, o a partir del año.
- A veces requiere tratamiento psicofarmacológico en bajas dosis.
- Los intereses personales, la vida sociofamiliar y laboral, se han afectado levemente.
- Las reacciones desproporcionadas con la contingencia denunciada y sus secuelas reales, evidencian un trastorno de la personalidad constitucional.
- No amerita reubicación ni recalificación por el cuadro psiquiátrico secular.

Tratamiento

- Examen psiquiátrico para prescripción de psicofármacos y dosis en caso de necesitarlo. Se fundamentará el esquema terapéutico.
- Psicoterapia de objetivos limitados durante un lapso no menor a cuatro (4) meses, que no impide el desarrollo de tareas habituales.
- Examen psiquiátrico para determinación de alta o prórroga de tratamiento psicoterapéutico.

Reacción vivencial anormal neurótica. Desarrollo vivencial anormal neurótico. Trastorno por estrés postraumático. Grado II -

III

Diagnóstico y encuadre de grado

Se debe realizar:

- Examen psiquiátrico según arte.
- Batería de tests.

Criterio diagnóstico

- Contingencia moderada.
- Accidente laboral con lesiones físicas y limitaciones funcionales residuales moderadas.
- Convalecencia con marcada preocupación y angustia.
- Requiere tratamiento psicofarmacológico y psicoterapéutico con restablecimiento después del año.
- Los intereses personales, la vida sociofamiliar y laboral se han afectado parcialmente.
- Fobias específicas relacionadas con el accidente, síntomas somáticos, conversivos, angustiosos, anancásticos, de magnitud moderada o acentuación moderada de rasgos de la personalidad pretraumática.
- El traslado, las relaciones sociofamiliares habituales, las acciones básicas de la vida diaria están afectados en magnitud leve a moderada.
- No amerita reubicación ni recalificación por el cuadro psiquiátrico.

Tratamiento

- Examen psiquiátrico para prescripción de psicofármacos y dosis.
- Consultas psiquiátricas de control semanal en el primer mes.
- Psicoterapia de objetivos limitados durante un lapso no menor a seis (6) meses.
- Valorar el puesto de trabajo para determinar la posibilidad de realizar las tareas habituales o ella necesidad de tener tareas adaptadas.
- Examen psiquiátrico para determinación de alta o prórroga de tratamiento psicoterapéutico.

Reacción vivencial anormal neurótica. Desarrollo vivencial anormal neurótico. Trastorno por estrés postraumático. Grado III.

Diagnóstico y encuadre de grado

Se debe realizar:

- Examen psiquiátrico según arte.
- Batería de tests.

Criterio diagnóstico

- Contingencia moderada a franca.
- Accidente laboral con lesiones físicas y limitaciones funcionales residuales moderadas a francas, psicológicamente moderadas a francas en la significación del siniestrado.
- Los síntomas persisten aun con fluctuaciones, pasado el año del siniestro.
- Se verifica: pérdida de intereses, trastornos de memoria y de concentración psicógenos en magnitud moderada a franca tanto durante el examen psiquiátrico según arte como en la batería de tests.
- Síntomas conversivos, crisis de pánico (angustia con componentes fóbicos), somatizaciones, subordinación de la conducta a rituales e ideas parásitas y fobias específicas de magnitud moderada a franca relacionadas con el accidente.
- Requiere tratamiento psicofarmacológico y psicoterapéutico más intensivo.
- Amerita reubicación laboral.

Tratamiento

- Tratamiento psiquiátrico, detallar psicofármacos con sus respectivas dosis.
- Consultas psiquiátricas de control semanal en el primer mes.
- Psicoterapia de objetivos limitados dos (2) veces por semana durante un lapso no menor a seis (6) meses.
- Examen psiquiátrico para determinación de alta o prórroga de tratamiento psicoterapéutico, frecuencia y determinación de técnica individual, grupal y/o mixta. Detallar en la historia clínica la evolución y resultados de los distintos esquemas terapéuticos.

Reacción vivencial anormal neurótica. Desarrollo vivencial anormal neurótico. Trastorno por estrés postraumático. Grado III

- IV

Diagnóstico

Se debe realizar:

- Examen psiquiátrico según arte.
- Batería de tests.

Encuadre de Grado

- Contingencia de magnitud franca.
- Accidente laboral con lesiones físicas y limitaciones funcionales residuales francas y de significación para el siniestrado.
- Secuelas psicológicas de magnitud franca.
- Los síntomas persisten con magnitud franca pasado el año del siniestro.

- Se verifica: pérdida de intereses, trastornos de memoria y de concentración psicógenos en magnitud franca tanto durante el examen psiquiátrico según arte como en la batería de tests.
- Síntomas conversivos, crisis de pánico (angustia con componentes fóbicos), somatizaciones, subordinación de la conducta a rituales e ideas parásitas y fobias específicas relacionadas con el accidente, pueden encontrarse en las distintas formas clínicas de estas reacciones psicógenas en forma persistente y magnitud franca a pesar del tratamiento psicofarmacológico y psicoterapéutico adecuado.
- Afecta el traslado en forma franca por sentimientos de inseguridad y fobias específicas.
- La alimentación puede verse afectada por somatizaciones, síndrome de trastorno de la alimentación, anorexia por depresión, entre otros.
- La higiene personal está afectada significativamente por síntomas depresivos, obsesivos, rituales.
- Sentimientos de minusvalía inseguridad, exacerbación de componentes paranoides cuya magnitud afecta las funciones de defensa.
- Tratamiento psicofarmacológico con dosis elevada.
- Amerita recalificación conforme las tareas que desempeña habitualmente.

Tratamiento

- Tratamiento psiquiátrico, detallar psicofármacos con sus respectivas dosis.
- Psicoterapia de objetivos limitados, con sesiones dos (2) veces por semana durante un lapso no menor a seis (6) meses.
- Examen psiquiátrico para determinación de alta o prórroga de tratamiento psicoterapéutico, frecuencia y determinación de técnica individual, grupal y/o mixta.
- Entrevistas de orientación familiar en un número no inferior a una mensual.
- Detallar en la historia clínica la evolución y resultados de los distintos esquemas terapéuticos.

R.V.A.N. - D.V.A.N. - Trastorno por estrés postraumático. Grado IV

Diagnóstico:

Se debe realizar:

- Examen psiquiátrico según arte.
- Batería de tests.

Encuadre de Grado

- Son producto de accidentes graves, con secuelas severas desde el punto de vista orgánico o de accidentes severos por la magnitud psicotraumática.
- La magnitud de los síntomas residuales requieren de una asistencia psiquiátrica duradera e intensiva con psicofármacos y psicoterapia.
- Se constatan cuadros polisintomáticos floridos, de magnitud severa, que ostentan fenomenológicamente síntomas variados de la serie que a continuación se detalla:
 - a) Fenómenos de despersonalización y desrealización
 - b) Fenómenos disociativos
 - c) Panofobia
 - d) Fobias anancásticas
 - e) Rituales
 - f) Compromiso psicossomático
 - g) Conversiones severas
- Comportamiento regresivo, muy dependiente de la ayuda de terceras personas, generalmente de sus familiares.
- A veces han tenido que recurrir a tratamientos con internación especializada.
- Pobres resultados de los tratamientos bien instituidos, con mal pronóstico.
- Cristalización de los síntomas severos.
- Se descartan tendencias finalistas de renta o beneficio secundario de la enfermedad.
- La reubicación y la recalificación no siempre llegan a cumplir satisfactoriamente con el objetivo.
- Puede desarrollar actividades remunerativas en forma dificultosa.
- Se debe investigar la existencia de otros sucesos psicotraumáticos previos, contemporáneos o posteriores al accidente, facilitadores de la magnitud de la sintomatología actual.

Tratamiento:

- Tratamiento psiquiátrico, detallar psicofármacos con sus respectivas dosis.
- Psicoterapia de objetivos limitados, con sesiones en número no inferior a dos (2) veces por semana inicialmente, se incrementarán a tres (3) veces por semana o se espaciarán a una vez por semana con la mejoría del estado clínico, durante un lapso no menor a ocho (8) meses.
- Examen psiquiátrico para determinación de alta o prórroga de tratamiento psicoterapéutico, frecuencia y determinación de técnica individual, grupal y/o mixta.
- Consulta psiquiátrica semanal en el primer mes, quincenal conforme mejoría clínica y estabilización de las dosis.
- Entrevistas de orientación familiar en un número no inferior a una quincenal.
- La evolución tórpida que requiera de internación especializada será contemplada y analizada cuidadosamente.

- Detallar en la historia clínica la evolución y resultados de los distintos esquemas terapéuticos.

Estado vivencial anormal con síntomas psicóticos o trastorno de estrés postraumático con síntomas psicóticos.

Diagnóstico

Se debe realizar:

- Examen psiquiátrico según arte.
- Se valorará el momento en que se indicará la batería de tests, de ser necesario.

Encuadre de Grado

- Estado mental adquirido como consecuencia de un siniestro; permanente, estable y duradero o recurrente, antecedentes de intentos severos de suicidio fehacientemente documentados.
- Alteraciones severas de la afectividad tales como depresión endorreactiva o depresión reactiva psicótica consecuencia de siniestros violentos con graves lesiones psicofísicas y secuelas severas con pérdidas irrecuperables de función, que impide la reubicación laboral y la capacitación en otras tareas.
- Estado psicótico por afectación de una parte del soma de gran valor para el siniestrado dentro del esquema corporal, que impide la reubicación laboral y la capacitación en otras tareas.
- Constatación de síntomas sensorio-perceptivos (alucinaciones visuales y auditivas, ilusiones patológicas, cenestesias, etc.) de naturaleza psicótica, sin crítica de las mismas, que impide la reubicación laboral y la capacitación en otras tareas, en estricta relación con la contingencia.
- Constatación en la semiología psiquiátrica de ideas delirantes, irreductibles en período de estado o en remisión parcial o de deterioro severo de la personalidad, que impide la reubicación laboral y la capacitación en otras tareas, desencadenadas por la contingencia.
- Síndrome con alteración de la conciencia de enfermedad, del juicio de realidad y tratamiento psicofarmacológico con antipsicóticos.
- Por su estado psicológico es dependiente obligado de la contención y cuidados de familiares u otras personas con función sustituta. Cuando por su estado psiquiátrico secular, dependa de terceros para sus atender necesidades primarias de alimentación, aseo, control de esfínteres, cuidados del área preventiva, corresponderá incluir en la categoría de gran inválido (ej. cuadro demencial secular).
- No amerita recalificación por la severidad del cuadro.
- Se encuentra incapacitado para trabajar en cualquier actividad en forma definitiva.
- Investigar la existencia de sucesos psicotraumáticos previos, contemporáneos o posteriores a la contingencia laboral, facilitadores de la magnitud de la sintomatología actual.
- Descartar minuciosamente antecedentes de patología psiquiátrica psicótica de naturaleza inculpable injertada a lo largo de la historia vital.

Tratamiento

- Tratamiento psiquiátrico, detallar psicofármacos con sus respectivas dosis.
- Psicoterapia de objetivos limitados, con sesiones en número no inferior a dos (2) veces por semana inicialmente, se incrementarán a tres (3) veces por semana o se espaciarán a una vez por semana con la mejoría del estado clínico, durante un lapso no menor a doce (12) meses, cuando los cuadros tengan naturaleza psicógena.
- Las descompensaciones psicóticas duraderas determinarán consultas psiquiátricas semanales que solamente se espaciarán a quincenales cuando el estado clínico del paciente lo amerite.
- Examen psiquiátrico para determinación de alta o prórroga de tratamiento psicoterapéutico, frecuencia y determinación de técnica individual, grupal y/o mixta.
- Entrevistas de orientación familiar semanales para un seguimiento más intensivo.
- La evolución tórpida que requiera de internación especializada será contemplada y analizada cuidadosamente.
- Detallar en la historia clínica la evolución y resultados de los distintos esquemas terapéuticos.

Traslados

- En los casos de trabajadores con compromiso físico y psiquiátrico severo que deben realizar diversos tratamientos, el traslado entre el domicilio y el prestador deberá hacerse en forma individual y directa.

Desorden mental orgánico

Los desórdenes mentales orgánicos a considerar son producto de accidentes de trabajo y de enfermedades profesionales: intoxicaciones por agentes químicos, exposición a agentes físicos y traumatismos de cráneo.

Para el encuadre en enfermedad profesional se debe:

- a. Identificar el agente patógeno.
- b. Intensidad y tiempo de exposición al mismo
- c. Enfermedad, en la que se establece la relación de causalidad como consecuencia del ejercicio de la profesión.

Generalidades

1. Síndrome cerebral orgánico (DMO) es el conjunto de signos y síntomas psicológicos y trastornos conductuales causados por o asociados con alteración tisular cerebral (OMS) es decir con una disfunción permanente o transitoria del cerebro.
2. La presencia del síndrome se acompaña en mayor o menor grado del compromiso de las funciones psíquicas superiores como orientación auto y alopsíquica, trastornos de la capacidad de abstracción, del ritmo, curso y contenido del pensamiento, de la afectividad, del juicio crítico, de la memoria, del lenguaje y de la conducta general.

3. El reconocimiento de un síndrome cerebral orgánico más la demostración por la historia clínica, el examen psicofísico y los estudios complementarios, de un factor orgánico específico considerado como agente etiológico del estado mental permite arribar al diagnóstico de desorden mental orgánico (Escuela de Psiquiatría Americana).

4. Elementos relevantes a tener en cuenta:

- Historia ocupacional.
- Exposición actual o anterior.
- Proceso de trabajo.
- Riesgos para la salud ya identificados y/o cuantificados en estudios y evaluaciones ambientales previas.
- Consulta a las informaciones disponibles en la literatura.

5. Los cuadros de deterioro cognitivo, los trastornos psicorgánicos adquiridos de la personalidad y de los impulsos y las psicosis (cerebro-orgánicas y sintomáticas) secundarios a accidentes laborales (traumatismos de cráneo) y a enfermedades profesionales (intoxicaciones profesionales, exposición a agentes físicos) serán tratados por equipo multidisciplinario teniendo en cuenta las alteraciones semiológicas detalladas en la clasificación desorden mental orgánico (Grado I, II, III, IV y sus grados intermedios).

6. Debe investigarse a trabajadores y o familiares los antecedentes específicos que puedan estar relacionados con la presencia actual de componentes de organicidad, sin que exista una merma de la inteligencia detectada a edades tempranas de la vida:

Ej. Nacimiento de parto distócico, anoxia, convulsiones febriles en la infancia, traumatismo de cráneo con pérdida breve o de la conciencia, existencia de disfunción bioeléctrica cerebral, lesión cerebral mínima en la infancia, alcoholismo, diabetes, enfermedades cardiovasculares, endocrinológicas, intoxicaciones.

7. El tratamiento de la epilepsia postraumática debidamente comprobada será resorte de la especialidad de Neurología.

8. El compromiso psicorgánico cognitivo y conductual, será evaluado una vez salido el paciente del cuadro agudo, desde el punto psiquiátrico y psicodiagnóstico y, tratado por equipo de psiquiatría, independientemente de todo otro tratamiento que corresponda.

9. La presencia del síndrome se acompaña en mayor o menor grado del compromiso de las funciones psíquicas superiores como orientación auto y alopsíquica, trastornos de la capacidad de abstracción, del ritmo, curso y contenido del pensamiento, de la afectividad, del juicio crítico, de la memoria, del lenguaje y de la conducta general.

10. La valoración de las funciones psíquicas debe hacerse en forma precoz y seriada una vez que el paciente ha salido del compromiso cerebral agudo.

11. Los profesionales deben dejar consignado detalladamente en la historia clínica el tiempo de pérdida de conciencia si la hubiere describiendo ordenadamente el proceso de recuperación de la conciencia, de la orientación y el reconocimiento, de la memoria retrógrada y anterógrada como asimismo las fallas evidenciadas en las restantes funciones psíquicas como su restablecimiento.

12. El encuadre de desorden mental orgánico en los grados correspondientes, el tratamiento de las funciones cognitivas, los trastornos adquiridos de la personalidad, deberán diagnosticarse con examen psiquiátrico según arte y psicodiagnóstico.

13. En el diagnóstico de desorden mental orgánico no deben incluirse alteraciones físicas neurológicas o sensoriales secuelares del mismo siniestro, sino aquellas que están comprendidas en la definición de síndrome cerebral orgánico/desorden mental orgánico exclusivamente.

14. De coexistir trastornos psicopatológicos de causa orgánica sumado a trastornos reactivo-vivenciales psicológicos consecuencia del mismo siniestro - desorden mental orgánico (postraumático, por agentes químicos o físicos) más reacción o desarrollo vivencial anormal neurótico postraumático, corresponde describir los mismos, incluir ambos diagnósticos y abordar el tratamiento de ambos aspectos.

15. De objetivar el trabajador/a un desorden mental orgánico leve o moderado con descompensaciones psicóticas agudas secuelares a contingencia de causa laboral, será encuadrado como DMO Grado III.

16. El deterioro, la psicosis crónica, la frecuencia de la descompensación, la incapacidad para ser reubicado y/o recalificado en otra tarea redituable en forma definitiva serán determinantes para el encuadre en Grados III-IV y IV, conforme la semiología de funciones, la gravedad, la irreversibilidad, las dosis de antipsicóticos y la dependencia de terceros.

17. En los casos en los que se constate la existencia de DMO y/o de trastornos orgánicos adquiridos de la personalidad consecuencia de la contingencia laboral, la clínica será soberana para determinar la conducta terapéutica independientemente de los hallazgos en los estudios complementarios.

Intoxicaciones por agentes químicos

Los accidentes de trabajo con sustancias químicas de uso industrial, agrícola o medicamentoso, que producen encefalopatía tóxica aguda pueden dejar un desorden mental orgánico secuelar, cuya magnitud determina que el aparato psíquico debe investigarse a partir de los seis (6) meses posteriores a que se haya estabilizado la misma.

En las enfermedades profesionales por tóxicos el desorden mental orgánico secuelar debe tener una valoración del aparato psíquico desde los seis (6) meses posteriores a haberse suspendido la exposición al agente.

Dentro de los agentes químicos que pueden producir una intoxicación aguda hasta el momento se listan:

- Encefalopatía tóxica aguda
- Acrilonitrilo o cianuro de vinilo
- Ácido cianhídrico y cianuros
- Ácido sulfhídrico
- Alcoholes y cetonas
- Arsénico y sus compuestos minerales
- Benceno

Bromuro de metilo

Cloruro de vinilo

Compuestos orgánicos del plomo

Derivados halogenados de los hidrocarburos alifáticos: tricloroetano, tricloroetileno, tetracloroetileno, entre otros.

Derivados halogenados de los hidrocarburos aromáticos: monoclorobenceno, hexaclorobaftaleno, bifenilos policlorados, entre otros.

Endosulfan

Estireno glifosato hidrógeno sulfurado (sulfuro de hidrógeno)

Insecticidas organofosforados y carbamatos

Isocianatos orgánicos

Mercurio y plomo y sus compuestos

Monóxido de carbono

n-Hexano

Óxido de etileno

Sulfuro o disulfuro de carbono

Tolueno

Xileno

a) Los compuestos orgánicos del plomo y pueden provocar cuadros agudos, subagudos y crónicos irreversibles.

b) Los alcoholes y cetonas producen una depresión del sistema nervioso central y embriaguez que puede llegar al coma.

c) Los derivados halogenados de los hidrocarburos alifáticos provocan una depresión del sistema nervioso central con delirio (psicosis confusional), convulsiones y/o coma.

d) El Sulfuro de carbono objetiva trastornos psíquicos con psicosis confusional y delirio onírico.

Encefalopatía tóxica crónica

Dentro de los agentes químicos que pueden producir una intoxicación crónica - hasta el momento se encuentran:

Ácido cianhídrico y cianuros

Alcoholes y cetonas

Benceno

Bromuro de metilo

Cloruro de vinilo

Derivados del fenol

Derivados halogenados de los hidrocarburos alifáticos: tricloroetano, tricloroetileno, tetracloroetileno, entre otros.

Derivados halogenados de los hidrocarburos aromáticos: monoclorobenceno, hexaclorobaftaleno, bifenilos policlorados, entre otros.

Estireno

Insecticidas organofosforados y carbamatos

Manganeso

Mercurio

Monóxido de carbono

n-Hexano

Plomo inorgánico y orgánico

Sulfuro de carbono

Derivados halogenados de los hidrocarburos alifáticos

Tolueno y sus respectivos derivados

Xileno y sus respectivos derivados.

1. El sulfuro de carbono y los plaguicidas organofosforados pueden dar origen a una depresión sintomática causada por el daño cerebral, la que a su vez puede llegar a una magnitud severa e irreversible. En virtud de la etiología orgánica del cuadro su cuantificación sigue las pautas descritas en la clasificación de síndrome cerebral orgánico.

2. El manganeso y sus compuestos puede provocar un síndrome de excitación psicomotriz con hiperactividad psicomotora, trastornos del humor: euforia, irritabilidad y agresividad seguidos de estados depresivos, trastornos de la libido y un síndrome neurológico descrito en el acápite correspondiente. Los cuadros de "locura mangánica" pueden dar paso a un desorden mental orgánico crónico de diferente severidad.

3. Los compuestos alquílicos del plomo (tetraetilo y tetrametilo de Pb) tienen tendencia al desorden mental orgánico crónico (DMO).

4. Agentes como el sulfuro de carbono y los plaguicidas organofosforados, son determinantes de depresiones orgánicas cuya magnitud se encuadrará dentro de los Grados I - II - III - IV (e intermedios) del desorden mental orgánico, por ser la consecuencia de compromiso tisular cerebral.

5. Los cuadros confusionales con delirio onírico por ser agudos o subagudos son tratados por un equipo médico que atiende la urgencia, a diferencia de las descompensaciones psicóticas agudas en el curso de la instalación de un DMO crónico que es resorte del equipo de psiquiatría.

6. Desde el punto de vista psicopatológico la primera alteración que aparece en las intoxicaciones crónicas es un síndrome neurasteniforme con astenia e irritabilidad, el que se puede ampliar en forma diversa hasta llegar a los Grados III y IV.

7. El seguimiento psiquiátrico (con diagnóstico en la etapa inicial de la contingencia estabilizado el cuadro clínico general) y la evolución de los síntomas psiquiátricos agudos debe apuntar a distinguir los síntomas emocionales reactivos a la situación de aquellos de apariencia psicógena y etiología orgánica como la histerización de la conducta, primer nivel de desestructuración del sistema nervioso central, en personas que no tienen un perfil de personalidad ni conductual predominantemente histriónico.

8. Las secuelas somáticas de los mismos agentes serán evaluadas por los profesionales de las especialidades correspondientes.

Exposición a agentes físicos

El DMO producido por la acción de agentes físicos que provocan presión superior a la atmosférica estándar, a consecuencia de una descompresión inadecuada como puede ocurrirle a los buzos dentro cámaras hiperbáricas u otro medio similar, se valora por la clasificación de síndrome cerebral orgánico / desorden mental orgánico en sus diferentes grados.

1. El compromiso somático será evaluado por los especialistas correspondientes.

2. El seguimiento psiquiátrico (con diagnóstico en la etapa inicial de la contingencia estabilizado el cuadro clínico general) y la evolución de los síntomas psiquiátricos agudos debe apuntar a distinguir los síntomas emocionales reactivos a la situación de aquellos de apariencia psicógena y etiología orgánica como la histerización de la conducta, primer nivel de desestructuración del sistema nervioso central, en personas que no tienen un perfil de personalidad ni conductual predominantemente histriónico.

Traumatismos de cráneo

Desorden mental orgánico postraumático

Es secundario a los traumatismos craneanos debiéndose evaluar una vez que se establezcan las manifestaciones clínicas neurológicas agudas.

Clasificación por Grados

(I - II - III -IV y Grados intermedios)

La severidad del desorden mental orgánico postraumático depende de:

1. Gravedad del traumatismo

- a) Conmoción
- b) Contusión craneoencefálica
- c) Laceración

2. Tiempo de pérdida de conciencia

3. Amnesia postraumática y peritraumática

4. Respuesta a los tratamientos

5. Reversibilidad o irreversibilidad de los síntomas

- a) Remisión total con restitution ad-integrum
- b) Remisión parcial con secuelas.

6. Magnitud de las secuelas (Grado I - II - III - IV y Grados intermedios)

Consideraciones acerca de la severidad del traumatismo craneano

Existen tres (3) estadios en el tratamiento del paciente con trauma craneal. El primero y el más importante es el manejo pre-hospitalización, se define este período como el intervalo de tiempo transcurrido desde el momento en que se recoge y asiste al paciente en la escena del accidente, hasta su llegada a un centro hospitalario (u otro de internación) que disponga de neurocirujano, unidad de cuidados intensivos y estudios por imagen disponible las veinticuatro (24) horas del día. Un manejo inadecuado de estos pacientes en esta fase, disminuye sensiblemente las posibilidades de un buen resultado final.

El segundo período es en el área de urgencia del hospital o sanatorio receptor, donde la estabilización hemodinámica y respiratoria, así como el diagnóstico precoz de las lesiones es lo más importante.

La tercera fase es el ingreso y vigilancia intensiva con neuromonitoreo donde la medición de la presión intracraneal (PIC) se considera imprescindible.

Trabajos actuales evidencian que no es seguro el pronóstico de los pacientes con traumatismo cráneo encefálico leve solo sobre la base de la puntuación en la escala de coma de Glasgow.

El desarrollo de la neuroimagenología, específicamente la tomografía computarizada (TC) de cráneo, la RMN así como de determinación del flujo sanguíneo y metabolismo cerebrales como la tomografía de emisión de fotones simples (SPECT) y la tomografía de emisión de positrones (PET), han ayudado a reforzar este planteamiento al punto de que la atención del TCEL, ha contribuido sustancialmente a compensar este déficit al permitir detectar lesiones intracraneales no evidentes aún en las manifestaciones clínicas, lo cual encierra una importancia pronóstica, terapéutica y médico-legal.

Se tendrá en cuenta que la prescripción de tratamiento, seguimiento, frecuencia de controles y alta, estará determinada por la clínica objetivable en los exámenes de las diferentes especialidades, independientemente de los resultados de los estudios por imagen u otros complementarios cuando no haya concordancia entre ellos.

Con el fin de facilitar el encuadre se incorpora a las características que reúnen los traumatismos en sus diferentes grados, la semiología de las funciones psíquicas correspondiente a los mismos.

TEC leve

1. En los TEC leves puede producirse una interrupción funcional momentánea de la conciencia provocada por el mismo con antecedentes de una conmoción, pero no de laceración ni de contusión.

2. No hay alteraciones histológicas ni cambios clínicos.

3. Generalmente hay memoria del momento del traumatismo y de unos instantes previos al mismo.
4. El período de inconciencia de existir es momentáneo o breve.
5. La recuperación es rápida y completa.
6. El cuadro clínico denunciado se caracteriza por cefaleas, mareos, falta de concentración y memoria, de características subjetivas, sin relevancia difícil de diferenciar de una reacción neurótica.
7. Hay que tener presente la descripción realizada por diversos autores de la existencia de síndromes subcorticales tardíos con hipertonía, rigidez e incluso cuadro de parkinsonismo con bradipsiquia y disartria, en boxeadores profesionales, oligofrénicos y arterioescleróticos, como consecuencia de traumatismos reiterados considerados "banales". Asimismo la evolución hacia muerte por complicaciones intracraneales en aproximadamente un 3% de los mismos; lo cual conlleva, no con poca frecuencia, a manifestaciones sociales desfavorables.

TEC moderado

1. Los TEC moderados pueden provocar una pérdida de conciencia entre una a varias horas, siendo esta relación directamente proporcional a la severidad.
2. El siniestrado puede despertar súbitamente o pasar por un período de obnubilación de la conciencia y confusión.
3. Hay amnesia postraumática cuya duración debe ser investigada dada la importancia que tiene en la magnitud traumática.
4. La recuperación funcional de los síntomas puede ser completa o dejar secuelas.
5. Se acompañan con frecuencia de un trastorno adquirido de la personalidad, que se denomina síndrome poscontusional o estado neurótico poscontusional, más acentuado y duradero cuanto más severo sea el impacto.
6. El cuadro clínico del estado neurótico poscontusional se caracteriza por angustia, cefalea y vértigo, hipersensibilidad a los estímulos, apatía y desgano.
7. Las exploraciones neurológicas, tomográficas y electroencefalográficas no siempre son altamente significativas, particularmente en los TEC frontales, cuya gravedad se irá perfilando posteriormente en la severidad de los trastornos de la personalidad anormal postraumática.
8. Las pruebas psicométricas arrojan elementos moderados de organicidad.
9. Siempre deberá investigarse la existencia de trastornos en la personalidad básica y correlacionarla con la magnitud traumática y los cambios que se han producido a posteriori del siniestro, diferenciando los hallazgos clínicos psicógenos de los psicorgánicos.

TEC moderado a severo

1. Antecedentes de traumatismo craneoencefálico de magnitud franca (moderada a severa).
2. Pérdida de conciencia de varias horas o días y amnesia postraumática muy prolongada.
3. Síntomas residuales: cefalea intensa y palpitante que se agrava con la posición horizontal y se exacerba con el esfuerzo físico, mental y la excitación, mejora con el reposo y la quietud.
4. Mareos durante los cambios de posición, a veces nebulosidad momentánea de la visión de carácter sincopal.
5. Intolerancia al calor, tabaco y alcohol.
6. Pueden aparecer trastornos disfásicos en el lenguaje, pérdida de jerarquía del pensamiento, perseveración, defectos en la concentración, percepción, comprensión y memoria.
7. Intolerancia a los ruidos.
8. Actitud litigante, temerosa, aprensiva, hipocondríaca, sin componentes de renta.
9. La exploración psicométrica objetiva alteraciones moderadas a severas.
10. Las exploraciones neurológicas tomográficas, electroencefalográficas presentan alteraciones orgánicas francas.

TEC severo

1. Antecedente de TEC cráneo-encefálico.
2. Pérdida de conciencia de varios días, amnesia peritraumática.
3. Cambios afectivos, trastornos de la memoria, trastornos de otras funciones intelectuales, alteración permanente de la conducta.
4. Las exploraciones neurológicas, tomográficas, electroencefalográficas y psicométricas presentan alteraciones orgánicas severas.
5. Puede presentar secuelas orgánicas severas transcurridos los dos años.
6. Cefaleas gravativas. Hay intolerancia a los ruidos, actitud litigante, temerosa, aprensiva, hipocondríaca.
7. Puede presentar síndrome cerebral orgánico (desorden mental orgánico) con psicosis en los cuadros crónicos con evolución tórpida.
8. Puede necesitar la asistencia de terceros para sus necesidades básicas en forma permanente.
9. Otros defectos orgánicos son: la epilepsia postraumática y el hematoma crónico subdural, evaluados por neurología.
10. Las exploraciones neurológicas tomográficas, electroencefalográficas y psicométricas objetivan alteraciones orgánicas.
11. Los traumatismos frontales deben ser investigados cuidadosamente, la severidad está determinada por los cambios de personalidad (personalidad anormal adquirida de características orgánicas independientemente de los hallazgos en los estudios por imágenes).
12. Las secuelas definitivas se producen entre uno y dos años posteriores al TEC.

Clasificación de síndrome cerebral orgánico/desorden mental orgánico por grados

Generalidades

A los fines de unificar las pautas semiológicas con las que se clasificarán los grados de desorden mental orgánico secular de naturaleza laboral se incorpora la clasificación síndrome cerebral orgánico/desorden mental orgánico creada para tal fin.

- a) En el Protocolo del Consenso fueron aprobados por unanimidad la utilización de los grados intermedios.
- b) Los grados intermedios son aceptados porque son congruentes con la clínica psiquiátrica variada que puede encontrarse en la diversidad de pacientes.
- c) Como pauta para el encuadre se sugiere observar que en la descripción de funciones psíquicas, algunas de ellas evidencian un rango de severidad que se distingue con la letra "o" o bien se clarifica que el síntoma se incrementa o es más notable cuando se aproxima al Grado siguiente.
- d) En los casos de aquellos pacientes que en la mayoría de las funciones psíquicas reúnan alteraciones de los dos (2) grupos, la predominancia de estas definirá el grado.
- e) La valoración de las funciones psíquicas debe hacerse en forma precoz y seriada una vez que el paciente ha salido del compromiso cerebral agudo.
- f) Los profesionales deben dejar consignado detalladamente en la historia clínica el tiempo de pérdida de conciencia si la hubiere describiendo ordenadamente el proceso de recuperación de la conciencia, de la orientación y el reconocimiento, de la memoria retrógrada y anterógrada como asimismo las fallas evidenciadas en las restantes funciones psíquicas como su restablecimiento.
- g) Se investigará al trabajador y/o familiares sobre pautas de nacimiento, escolaridad, enfermedades, traumatismos de cráneo, con el fin de determinar en la etapa inicial preexistencias.
- h) El encuadre de desorden mental orgánico en los grados correspondientes, el tratamiento de las funciones cognitivas, los trastornos adquiridos de la personalidad, deberán diagnosticarse con examen psiquiátrico según arte y psicodiagnóstico.
- i) En el diagnóstico de desorden mental orgánico no deben incluirse alteraciones físicas neurológicas o sensoriales seculares del mismo siniestro, sino aquellas que están comprendidas en la definición de síndrome cerebral orgánico/desorden mental orgánico exclusivamente.
- j) De coexistir trastornos psicopatológicos de causa orgánica sumado a trastornos reactivo-vivenciales psicológicos consecuencia del mismo siniestro - desorden mental orgánico (postraumático, por agentes químicos o físicos) más reacción o desarrollo vivencial anormal neurótico postraumático, corresponde describir los mismos, incluir ambos diagnósticos y abordar el tratamiento de ambos aspectos.
- k) De objetivar al trabajador/a un desorden mental orgánico leve o moderado secular a contingencia de causa laboral con descompensaciones psicóticas recurrentes, al año será encuadrado como DMO Grado III.
- l) El deterioro, la psicosis crónica, la frecuencia de la descompensación, la incapacidad para ser reubicado y/o recalificado en otra tarea redituable en forma definitiva serán determinantes para el encuadre en Grados III-IV y IV, conforme la semiología de funciones, la gravedad, la irreversibilidad, las dosis de antipsicóticos y la dependencia de terceros.

Diagnóstico de los cuatro grados de desorden mental orgánico y grados intermedios

- En todos los casos se debe realizar examen psiquiátrico según arte.
- Batería de tests.
- En aquellos con antecedentes de convulsiones o síntomas equivalentes convulsivos se indicará EEG con activación compleja, para determinar la existencia de una disfunción generalizada, de un trazado con signos de foco, si ese foco se generaliza con alguna de las distintas formas de estimulación (hiperpne, fotoestimulación, otros).
- La medicación en los casos del punto anterior requerirá de interconsulta con especialista neurólogo.
- Estudios por imagen: Rx, RMN, TC (líneas de fractura de cráneo, hundimiento, hemorragias, otros).

Determinar:

- Estimación aproximada del nivel intelectual.
- Rasgos de personalidad básica o constitucional (normal, anormal constitucional (caracteropatía, personalidad psicopática), anormal adquirida o pseudopsicopatía, personalidad borderline.
- Síndrome psicológico especificando si es la consecuencia directa de la contingencia denunciada o bien si no queda comprobada la vinculación con esta última.
- Existencia de indicadores de organicidad en las pruebas (se deberá discriminar y consignar si se constatan clínicamente) si pueden ser previos al siniestro y en qué se basa la afirmación.
- Existencia de un síndrome cerebral orgánico agregado especificando su vinculación o no con la contingencia.
- Determinar la existencia de una disfunción cerebral si es generalizada, si tiene signos de foco, si esta luego se generaliza, si los signos de foco coinciden con el área traumatizada de cráneo.
- Antecedentes de psicosis confusional en esta (y otras ocasiones), tendencia a la descompensación psicótica o psicosis en curso.
- Determinar la existencia de magnificación patológica de la sintomatología por histrionismo de la personalidad previa, fundamentando los elementos semiológicos en los que se basa dicha afirmación.
- Determinar la existencia de simulación (magnificación deliberada, voluntaria e intencional) fundamentando los elementos conductuales en los que se basa dicha afirmación.

Semiología psiquiátrica: funciones psíquicas para el encuadre de grado de los DMO

Cuadro 1

* (+) Leve, (++) Moderado, (+++) Severo.

| |
|---|
| SCO/DMO GRADO I |
| Orientación autopsíquica |
| - Conservada |
| Orientación alopsíquica (espacio-tiempo-lugar) |
| - Conservada |
| o |
| - Con fallas esporádicas referidas en el interrogatorio. |
| Atención |
| - Queja subjetiva de dificultades de concentración. |
| La entrevista se desarrolla sin dificultad, comprende las preguntas, responde adecuadamente al interrogatorio, no tiene dificultades actuales en el manejo del dinero. |
| Sensopercepción |
| - No objetiva ni refiere trastornos sensoperceptivos compatibles con organicidad cerebral. |
| Pensamiento |
| - Curso: Perseveración * +. |
| - Tiempo de latencia de las respuestas: normal |
| - Contenido: Relato de problemática acorde con nivel cultural. |
| Juicio |
| - Conservado o en su nivel previo a la contingencia. |
| Razonamiento |
| - Lógico |
| Memoria |
| - Quejas sobre olvido de los hechos recientes por distractibilidad o dispersión de la atención espontánea. |
| - Conserva la atención voluntaria, sin alteraciones de la memoria de evocación. |
| Afectividad |
| - Displacentera, esporádicamente lábil no ligada a sucesos de índole emocional o conflictos desencadenantes de depresión, angustia, ansiedad, temores, hipocondrismos, etc. |
| Voluntad |
| - Sin fallas significativas. |
| Lenguaje |
| - Oral: conserva estructura gramatical, semántica y sintaxis. |
| - Escrito: conservado |
| - Mímica y mirada concordantes con el relato. Facies vivaz, conectada con el entrevistador y con el medio ambiente. |
| Conducta general |
| - Sin cambios significativos, respecto de la conducta habitual, en los medios en los que se desenvuelve. |
| Modalidad de respuesta frente a las pruebas. |
| - Días de la semana y meses del año a derecha e inversa (sin dificultades evidenciables). |
| - Tests de dígitos (sin dificultades evidenciables). |
| - Comprensión de consignas. |
| - Conserva la capacidad de abstracción y de cálculo, acorde con nivel de inteligencia previamente alcanzado. |
| - Prueba de la lámina o de nominación de objetos: 7 o más respuestas. |
| - Bender normal o con leves signos de organicidad cerebral. |
| Personalidad de base |
| - Se mantiene sin alteraciones. |
| Inteligencia |
| - Conservada en sus niveles previos al traumatismo. |

Tratamiento

- En los casos en los cuales se detecta dificultades para la elaboración de la contingencia, aun cuando esta cumpla con las características restantes del Grado I, se realizarán cuatro (4) sesiones de psicoterapia de apoyo, a razón de una por semana, sin reparación económica, para no favorecer el beneficio secundario de la sintomatología.
- Examen psiquiátrico para determinación de alta o prórroga de tratamiento psicoterapéutico.
- Examen neurológico con alta por la especialidad.

Cuadro 2

| |
|--|
| SÍNDROME CEREBRAL ORGÁNICO/DMO GRADO II |
| Orientación autopsíquica |
| - Conservada |
| Orientación alopsíquica (espacio-tiempo-lugar) |
| - Fallas esporádicas o relativamente frecuentes fuera del ámbito del hogar |
| Atención |
| - Queja subjetiva de dificultades de concentración y olvidos. |
| - La entrevista se desarrolla sin dificultad, comprende las preguntas, responde adecuadamente al interrogatorio, información biográfica detallada, no tiene dificultades actuales en el manejo del dinero. |
| Sensopercepción |
| - No objetiva ni refiere trastornos sensoperceptivos o puede referir alteraciones sensoriales comunes: acúfenos, fotopsias, compatibles con disfunción cerebral. |
| Pensamiento |
| -Curso: perseveración + + *. |
| -Tiempo de latencia de la respuesta normal. |
| -Contenido: Relato de problemática acorde con nivel cultural. |
| Juicio |
| - Conservado o debilitado ligeramente +, respecto de su nivel intelectual previo. |
| Razonamiento |
| - Lógico o con pérdida leve de jerarquía + respecto del nivel intelectual previo. |
| Memoria |
| - Quejas sobre olvido de los hechos recientes por distractibilidad o dispersión de la atención espontánea, conserva la atención voluntaria, alteraciones de la memoria de evocación con dificultad para precisar fechas o localizar con claridad hechos en un momento determinado. |
| Tiene importancia determinar que los olvidos no estén ligados especialmente a hechos dolorosos o conflictivos o fechas relacionados con los mismos y al mismo tiempo conserva precisión para otros en el mismo período, pues tendría más relación con causas psicógenas que con causas psicorgánicas. |
| - Amnesia lacunar producida por estados de salud directamente ligados al síndrome (traumatismos cráneo-encefálicos con pérdida de conocimiento de una o varias horas, estados de obnubilación o confusión previos, trastornos neurológicos, infecciosos, circulatorios, hormonales, disfunciones cerebrales, alcoholismo, etc.). |
| Afectividad |
| - Displacentera, lábil con relativa frecuencia ++, no ligada a sucesos de índole emocional o conflictos psicológicos desencadenantes de depresión, angustia, ansiedad, temores, hipocondrismos, |
| - Irritabilidad moderada y controlable. |
| Voluntad |
| - Sin fallas significativas o hipobulia leve a moderada no ligada a estados afectivos consecuencia de problemas o conflictos. |
| Lenguaje |
| - Oral: conserva estructura gramatical, semántica y sintaxis. |
| - Escrito: conservado |
| - Mímica y mirada concordantes con el relato. |
| - Facies vivaz, conectada con el entrevistador y con el medio ambiente. |
| Conducta general |
| - Cambios moderadamente significativos y displacenteros para el sujeto respecto de la conducta habitual en los medios en los que se desenvuelve. |
| - Sin tratamiento específico o con tratamiento psicofarmacológico en bajas dosis. |
| Modalidad de respuesta frente a las pruebas |
| - Días de la semana y meses del año a derecha e inversa (con lentificación leve a moderada en la inversa y algún fallo del que toma conciencia y que corrige espontáneamente). |
| - Tests de dígitos (con algún fallo o inversión). |
| - Comprensión de consignas. |
| - Conserva la capacidad de abstracción y de cálculo, acorde con nivel de inteligencia. |
| - La progresión de las pruebas muestra la aparición de cierta fatigabilidad y lentificación no obstante cumple en forma adecuada con las mismas. |
| - Evidencia esfuerzo para lograr un fin óptimo y disgusto con el error o la dificultad. |
| - Bender con signos leves a moderados de organicidad cerebral. |
| Personalidad de base |
| - Se mantiene o presenta alteraciones moderadas como consecuencia de los cambios caracterológicos: irritable, quejoso (irritabilidad leve a moderada, componentes angustiosos, quejas sobre cefaleas de aparición tardía, vértigos, aumento subjetivo del esfuerzo para cumplir con sus tareas habituales). |
| Inteligencia |
| - Quejas sobre errores en el ejercicio de profesiones en particular las de precisión. |

Tratamiento

- Examen psiquiátrico para prescripción de psicofármacos y dosis (que podrán incluir anticomiciales). Se fundamentará el criterio.
- Consultas psiquiátricas semanales durante el primer mes, quincenal en los siguientes tres (3) meses, mensuales hasta el alta si se encuentra estabilizado. La evolución será determinante de la modificación de la frecuencia de las interconsultas psiquiátricas y los controles farmacológicos.
- Psicoterapia de objetivos limitados con técnicas grupales, por un período no menor de tres (3) meses.
- Terapia cognitiva en un período no menor a seis (6) meses.
- Entrevistas familiares de orientación mensuales.
- Examen psiquiátrico para determinación de alta o prórroga de tratamiento psicoterapéutico en la modalidad que estime más adecuada para ese paciente.

- Examen neurológico con alta por la especialidad.
- Se valorará el puesto de trabajo y si las secuelas del TEC requieren reubicación o capacitación laboral.

Cuadro 3

| SÍNDROME CEREBRAL ORGÁNICO/ DMO GRADO III |
|--|
| Orientación autopsíquica |
| - Conservada o parcial (cuanto más se aproxima al síndrome cerebral orgánico/DMO Grado IV). |
| Orientación alopsíquica (espacio-tiempo-lugar) |
| - Fallas relativamente frecuentes o con regularidad fuera del ámbito del hogar. Salen solos pero a veces deben preguntar para orientarse en lugares donde antes no tenían dificultades. |
| - Cuando los episodios son muy reiterados los familiares lo asisten y acompañan por propia iniciativa o bien por indicación de profesionales. |
| Atención |
| - Queja subjetiva de dificultades de concentración y olvidos (ingredientes de comidas habituales, disminución del rendimiento laboral, lentificación, torpeza, cefalea que puede llegar a ser gravativa, intolerancia al calor, tabaco, alcohol, etc.) |
| - Olvidos objetivados por familiares esporádicos o frecuentes (gas encendido, canillas abiertas, de medicamentos prescritos o en su defecto reiteración de la toma en un mismo horario). |
| - Fatigabilidad moderada o severa, creciente, en las pruebas por afectación de la atención voluntaria. |
| - La entrevista puede desarrollarse pero se advierten dificultades, comprende las preguntas y trata de responder al interrogatorio (en algunas situaciones hay que reiterar las mismas). |
| - Nota subjetivamente y en otros casos se puede objetivar mediante una prueba, dificultades actuales en el manejo del dinero (se refiere a él con una moneda que no es actual, se lentifica en el cálculo o en el control de los vueltos, eventualmente puede haber episodios de pérdida del mismo, puede llegar a delegar la administración de este en algún familiar por estas razones). |
| Sensopercepción |
| - Cuantitativamente puede estar moderada o severamente disminuida. Puede referir trastornos sensoperceptivos de magnitud variable: acúfenos que pueden llegar a ser perturbadores, intolerancia a los ruidos leve o franca, cenestopatías, en algunos casos alucinaciones visuales, ilusiones, ligadas a alteración tisular cerebral que remiten con el tratamiento o persisten a pesar del mismo. |
| Pensamiento |
| - Curso: perseveración ++ o +++*, viscosidad de la personalidad glizroide o enequética, adherencia al tema, pensamiento tautológico, detallismo patológico o minuciosidad aburridora para el interlocutor. Lentitud sin humor triste. (Incrementados en el deterioro epiléptico). |
| - Tiempo de latencia de las respuestas: aumentado ++ o +++*. |
| - Contenido: Nivel conceptual empobrecido respecto de su nivel de inteligencia anterior, tendencia a lo concreto, incapacidad de síntesis y de progresar en el discurso. |
| Juicio |
| - Debilitado ++ o +++*. Debilitado y desviado cuando se asocia con psicosis orgánica o sintomática. |
| Razonamiento |
| - Pérdida de jerarquía ++ o +++* respecto de su nivel previo. Además, analógico, cuando cursa con psicosis orgánica o sintomática. |
| Memoria |
| - Quejas sobre olvido de los hechos recientes por distractibilidad o dispersión de la atención espontánea, conserva la atención voluntaria con esfuerzo moderado o muy evidente, el entrevistador capta alteraciones de la memoria de evocación con dificultad para precisar fechas o localizar con claridad hechos en un momento determinado, cualquiera sea su naturaleza. Lagunas mnésicas de causa psicorgánica. |
| Afectividad |
| - Displacentera, lábil con relativa frecuencia ++*, impulsividad, irritabilidad, tendencia al aislamiento ++, heteroagresividad ++ o +++*. |
| - Depresión reactiva consecuencia de la percepción de limitaciones francas o depresión sintomática con elementos paranoides o hipocondríacos crecientes que pueden llegar a reacciones vivenciales anormales o en algunos casos a seudodemencias depresivas en los ancianos. |
| - La progresión de los síntomas va dando lugar a conductas más primitivas no concordantes con la personalidad previa. |
| Voluntad |
| - Hipobulia franca o severa, tanto en la etapa de elaboración como de ejecución de actos. |
| Lenguaje |
| - Oral: globalmente se conserva estructura gramatical, semántica y sintaxis en los cuadros cuya magnitud limita con el síndrome cerebral orgánico Grado II. Prolijidad patológica ++ o +++* con digresión del discurso en algunos casos. Perseveración del discurso ++ o +++*. (Ecolalia de apoyo en los confusos, Impregnación por el vocablo en afásicos recientes). |
| - Escrito: puede presentarse conservado o con disgrafía. |
| - Mímica: pueril ++ o +++* y mirada apagada, poco expresiva, desconfiada en los casos con marcados elementos paranoides. |
| Conducta general |
| - Cambios moderadamente significativos y displacenteros para el sujeto respecto de la conducta habitual en los medios en los que se desenvuelve, o, francos y perturbadores. |
| - Tratamiento psicofarmacológico específico con escasos o ningún resultado. |
| Modalidad de respuesta frente a las pruebas |
| - Días de la semana y meses del año a derecha e inversa (con lentificación en la inversa y fallos, en algunos casos intentos frustrados de terminar la prueba con corrección). |
| - Tests de dígitos (con errores crecientes por la fatigabilidad). |
| - Dificultad en la comprensión de consignas, más relevantes, cuanto más se aproxima al síndrome cerebral orgánico Grado IV. |
| - La capacidad de abstracción y de cálculo se encuentran disminuidas en magnitud moderada o severa (cuanto más se aproxima al SCO Grado IV), respecto de sus niveles anteriores. |
| - La progresión de las pruebas muestra la aparición de marcada fatigabilidad y lentificación para organizar respuestas adecuadas, evidenciando mucho esfuerzo para lograr un fin óptimo e impotencia frente a los errores y a las dificultades; en otros desinterés, apatía). |

| |
|--|
| - Test de Bender con organicidad moderada o severa (cuanto más se aproxima al SCO Grado IV). |
| - Las variaciones del rendimiento en las pruebas depende de la magnitud del síndrome. |
| Personalidad de base |
| - Se mantiene presentando alteraciones moderadas como consecuencia de los cambios afectivos en los síndromes cerebrales orgánicos limítrofes con el Grado II |
| - Cambios severos tanto mayores cuanto más se aproxima al SCO Grado IV. |
| Inteligencia |
| - Empobrecida. |

Tratamiento

- Examen psiquiátrico para prescripción de psicofármacos y dosis (que podrán incluir anticomociales, ansiolíticos, antidepresivos, antipsicóticos u otros) cuyas dosis dependerán del estado psiquiátrico, al momento de ser indicados. Se fundamentará el criterio.
- Consultas psiquiátricas semanales durante el primer mes, quincenal en los siguientes tres (3) meses, mensuales hasta el alta. La evolución será determinante de la modificación de la frecuencia de las interconsultas psiquiátricas y los controles farmacológicos.
- Terapia cognitiva en un período no menor a nueve (9) meses con evaluación de resultados.
- Entrevistas familiares de orientación quincenales o mensuales conforme los trastornos conductuales del trabajador siniestrado.
- Examen psiquiátrico para determinación de alta o prórroga de terapia cognitiva.
- Examen neurológico con alta por la especialidad.
- Se estudiará cuidadosamente el puesto de trabajo y si las secuelas del TEC desde el punto de vista físico y/o cognitivo requieren reubicación o capacitación laboral que le permita realizar una tarea remunerativa con continuidad, respetando los criterios médicos de la comunidad científica mundial en lo respectivo al período de licencia laboral.

Cuadro 4

| |
|--|
| SÍNDROME CEREBRAL ORGÁNICO/DMO GRADO IV |
| Orientación autopsíquica |
| - Parcial o desorientación autopsíquica en los cuadros con evolución demencial. |
| Orientación alopsíquica (espacio-tiempo-lugar) |
| - Desorientación en las evoluciones demenciales fuera del hogar y también dentro del mismo. |
| Atención |
| - Hipoprosexia severa. |
| - Dificultades de concentración y olvidos habituales. |
| - Fatigabilidad severa creciente. |
| - Entrevista muy dificultosa. |
| - Pérdida de la capacidad alcanzada con anterioridad en el manejo del dinero. |
| Sensopercepción |
| - Cuantitativamente: está severamente disminuida. |
| - Cualitativamente puede presentar trastornos sensoperceptivos compatibles con alteración tisular cerebral. |
| Pensamiento |
| - Curso: perseveración +++*. Viscosidad. Adherencia al tema. |
| - Ritmo: lentificado. |
| - Tiempo de latencia de las respuestas: aumentado +++*. |
| - No distingue lo principal de lo accesorio (incapacidad de síntesis). |
| - Contenido: nivel conceptual empobrecido severamente, disminución del nivel de inteligencia previa y de la comprensión. |
| - Incapacidad para adquirir conocimientos nuevos y hacer uso de los existentes. |
| - Pueden coexistir psicosis orgánica (etiología: lesión tisular cerebral) o sintomáticas (etiología extracerebral que incide secundariamente en las funciones cerebrales), con ideas delirantes y alucinaciones. |
| Juicio |
| - Debilitado +++* o debilitado y desviado, cuando se asocia con psicosis. |
| Razonamiento |
| - Pérdida de jerarquía +++* respecto de su nivel previo o con pérdida de jerarquía y analógico, cuando se asocia con psicosis. |
| Memoria |
| - Amnesia de fijación severa. |
| - Conservación relativa del reconocimiento. |
| - Puede comprender órdenes simples. |
| - Pérdida de la capacidad de abstracción. |
| - Dificultad para elaborar conceptos. |
| - Signo de Talland (imposibilidad de recomenzar una tarea después de una laguna mnésica). |
| - Paramnesia reduplicatoria. |
| Afectividad |
| - Reacción seudoneurótica en personalidad sin trastornos previos de la misma. |
| - Aumento de la labilidad afectiva. |
| - Actos impulsivos, superficialidad y sugestibilidad. |
| - Risas y llantos patológicos. |
| - Ira provocadora. |
| - Sospecha paranoide. |
| - Humor depresivo hipocondríaco, excitación, curso hacia el empobrecimiento afectivo. |
| Voluntad |
| - Abulia o actividad improductiva, actos impulsivos, desordenados, imposibilidad de sujetar la conducta a un fin útil, previamente elaborado. |

| |
|--|
| Lenguaje |
| - Oral: empobrecido. |
| - Perseveración +++ en sus diferentes formas (ecolalia de apoyo, palilalia paroxística, intoxicación por el vocablo). |
| - Síndrome afaso - apraxo - agnóstico compatible con demencia presenil. |
| - Digresión del discurso que puede llegar a la incoherencia verbal. |
| - A veces verborragia insípida o agramática. |
| - Escrito: disgrafía (deterioro de la firma). Puede llegar a agrafia. |
| - Mímica: pueril +++ y mirada apagada, poco expresiva, desconfiada en los casos con marcados elementos paranoides. |
| Conducta general |
| - Reacción catastrófica de Goldstein. |
| - Ordenalismo orgánico. |
| - Suprime todo conocimiento de incapacidad. |
| - Aumento del umbral de excitación, con poca o ninguna respuesta a los estímulos. |
| - Dependencia de terceros. |
| Modalidad de respuesta frente a las pruebas. |
| - Días de la semana y meses del año a derecha e inversa con lentificación y errores que no puede corregir. |
| - Tests de dígitos (con errores crecientes, inversiones, a veces pueden llegar a retener hasta tres -3- dígitos). |
| - Dificultad severa en la comprensión de consignas y órdenes simples. |
| - La capacidad de abstracción y de cálculo se encuentran disminuidas en magnitud severa respecto de los niveles alcanzados anteriormente. |
| - La entrevista por sí misma muestra la aparición de marcada fatigabilidad, lentificación para organizar respuestas, impotencia, irritabilidad, en otros desinterés, apatía. |
| - Signos y síntomas de foco cerebral afectado o bien difuso compatible con demencia. |
| - Test de Bender con organicidad severa. |
| Personalidad de base |
| - Anormal con deterioro global estacionario o progresivo (demencias) e irreversible. |
| - Pueden presentar trastornos éticos. |
| - Pérdida de los valores preventivos (descuido personal, abandono, pérdida de la higiene y particularmente indiferencia frente a las señales de peligro). |
| Inteligencia |
| - Severamente disminuida. |

Tratamiento

- Examen psiquiátrico para prescripción de psicofármacos y dosis (que podrán incluir anticomociales, ansiolíticos, antidepressivos, antipsicóticos u otros) cuyas dosis dependerán del estado psiquiátrico, al momento de ser indicados. Se fundamentará el criterio.
- Consultas psiquiátricas semanales durante el primer mes, quincenal en los siguientes tres (3) meses, mensuales hasta el alta. La evolución será determinante de la modificación de la frecuencia de las interconsultas psiquiátricas y los controles farmacológicos.
- Se valorará la necesidad de internación en períodos de descompensación.
- Entrevistas familiares de orientación quincenales o mensuales conforme los trastornos conductuales del trabajador siniestrado.
- Examen neurológico con alta por la especialidad.
- El cuadro por su severidad no admite tratamientos de rehabilitación y/o recapacitación.

Gran inválido

Necesita en forma permanente y definitiva de la asistencia de terceros para cubrir sus necesidades básicas de aseo, alimentación y cuidados de la esfera preventiva, como asimismo para el manejo del dinero y la administración de sus bienes, consecuencia de la pérdida de la conciencia de enfermedad, desvío y con debilitamiento severo del juicio de realidad como asimismo severa pérdida de jerarquía de la lógica-formal del pensamiento.

Traslados

- En los casos de trabajadores con compromiso físico y psiquiátrico severo que deben realizar diversos tratamientos, el traslado entre el domicilio y el prestador deberá hacerse en forma individual y directa

F: Errepar