

CAPÍTULO PSIQUISMO

Se ha creído conveniente verter conceptos esclarecedores en esta Guía Evaluadora antes que un Baremo rígido y matemático de poca utilidad en tanto que, en esta disciplina, hay que valorar no sólo patología sino anormalidades de la personalidad y reacciones vivenciales anormales con distinta repercusión en el área laboral según la personalidad en la que haya florecido.

Toda pericia exige del profesional actuante idoneidad (conocimientos teóricos acabados y experiencia clínica), tiempo para examinar adecuadamente, responsabilidad y criterio para emitir un dictamen lo más justo posible, una cuota de astucia para corroborar la actitud de buena fe o la no poco frecuente simulación en sus diversas formas y una gran dosis de honestidad, sin la cual es imposible ejercitar esta función.

Una exhaustiva semiología psiquiátrica, un concienzudo análisis de los diagnósticos diferenciales, las pruebas psicométricas proyectivas y los perfiles de personalidad básica, facilitarán un acopio de información que orientará, siguiendo el normativo, la conducta previsional. Ésta, en su esencia no puede ni debe sustraerse de los conceptos de nuestras Leyes Previsionales ni de la consideración del efecto antiterapéutico de una jubilación en las Reacciones Vivenciales Anormales o Neurosis (K.Schneider).

La Psiquiatría Previsional es cualitativamente diferente de la Psiquiatría Clínica. En su formación, el Perito debe incorporar el conocimiento de Leyes de Previsión, de enfermedades profesionales y su pronóstico, debe evaluar individualmente características de patologías, relacionándolas con la edad y personalidad del peticionante, así como con la profesión, a los fines de una eventual rehabilitación y capacitación.

No basta con diagnosticar una psicosis u otra entidad nosológica, como se verá al tratar cada una de las patologías, pues la duración, remisión o irreversibilidad de los síntomas o sus secuelas tiene una consideración diferente en la elaboración de un dictamen previsional (que difiere mucho del criterio utilizado en la evaluación de un daño por un accidente de trabajo).

La Guía Evaluadora está pensada en función de especialistas en psiquiatría y de médicos generales, a fin de unificar criterios diagnósticos y usar la semiología psiquiátrica, que al igual que la clínica, es el parámetro menos discutible.

Se ha acentuado la descripción de los cuadros que tienen más importancia desde el punto de vista previsional, siguiendo la orientación clasificadora de la O.M.S., para adaptarla a dicha finalidad, de acuerdo con las leyes vigentes en nuestro país.

Estos elementos más el estudio del expediente, de las relaciones laborales, sus interrupciones y las pruebas aportadas ponen en evidencia una tarea compleja, ajena al conocimiento del médico asistencial.

Las modificaciones incluídas en la presente Guía resumen años de experiencia previsional, una modernización del enfoque, acorde con la situación actual del país y un conocimiento de la legislación laboral de países desarrollados, adaptadas a las necesidades del nuestro.

Con el fin de dar cumplimiento al artículo 49, inciso 2° de la ley 24.241, la Comisión Honoraria, reunida a tales fines, acordó:

“Entiéndese por *psicodiagnóstico, con la finalidad de determinar las aptitudes psíquicas del afiliado para someterse a tratamiento de rehabilitación psicofísica y capacitación laboral*, al conjunto de entrevistas necesarias para implementar el Cuestionario Guía para la Orientación Diagnóstica de las Enfermedades Psiquiátricas de Interés Previsional, incorporado al presente Decreto con la correspondiente tabulación, realizadas por los profesionales de las Comisiones Médicas; las interconsultas y los elementos complementarios de diagnóstico serán solicitados por los mismos de acuerdo a su criterio . Forma parte de este último, la elección del momento en que fuera oportuna tal valoración y los casos en los que correspondieran dichas indicaciones.

Se considera al *psicodiagnóstico*, mencionado en el párrafo anterior, como un elemento que sirve para la identificación de la patología, tipo de personalidad, evaluación estimativa de la inteligencia, determinación cualitativa y/o cuantitativa de deterioro psíquico, a los efectos de evaluar las aptitudes psíquicas del afiliado para capacitarse en otras tareas, acordes con su minusvalía psicofísica. El mismo podrá ser complementado con otras pruebas psicométricas realizadas por profesional psicólogo, en todos aquellos casos en que la Comisión Médica estime necesaria su implementación para estos fines u otros ligados al diagnóstico previsional”.

Se adjunta un cuestionario guía para la orientación diagnóstica de la enfermedades psiquiátricas de interés previsional, el cual será cumplimentado por los profesionales médicos de las Comisiones Médicas.

MODELO:

CUESTIONARIO GUÍA PARA LA ORIENTACIÓN DIAGNÓSTICA DE LAS ENFERMEDADES PSQUIÁTRICAS DE INTERÉS PREVISIONAL
(a ser llenado por el profesional).

TABULACIÓN

0 - 20 Puntos.

No necesita otro psicodiagnóstico, si no se detectan signos o síntomas en la anamnesis.

21 - 79 puntos o más.

Se realizará diagnóstico clínico completo por profesional psicólogo clínico incluyendo en su batería Bender, Rorschach, HTP y otros.

21 - 35 puntos o más.

Se evaluará necesidad de interconsulta con especialista psiquiatra.

36 puntos o más.

Interconsulta con especialista psiquiatra obligatorio.

- En caso de internaciones psiquiátricas, antecedentes de intento de suicidio o de tratamiento psicofarmacológico con antipsicóticos, la interconsulta psiquiátrica será obligatoria independientemente del puntaje alcanzado.
- En caso de debilidades mentales profundas, imbecilidad, idiocia, enfermedad de Down y cuadros demenciales en períodos de estado, los parámetros clínicos serán soberanos, no siendo necesaria la interconsulta con psiquiatría.

PATOLOGÍAS

RETARDOS MENTALES U OLIGOFRENIAS

Se trata de un "déficit en el crecimiento mental" y como tal, de un trastorno cuantitativo caracterizado por la oligognosia, oligotimia y oligotelia, para designar la escasez del desarrollo intelectual, afectivo y cognitivo-práxico. Mas no conviene olvidar que con el crecimiento y las exigencias sociales estos "insuficientes" deben suplir sus carencias con elementos substitutivos; a veces de la personalidad, que se torna disarmónica, con la pedantería, la mitomanía, las explosiones del carácter y del humor fatuo, otras con el desequilibrio psicótico y muchas con la constancia y obediencia, que envidiaría más de un hombre de inteligencia normal. Con estos ingredientes se ingresa en los trastornos cualitativos.

La comprobación de una dificultad práctica para conducirse autónomamente en la vida, junto con el estudio de las funciones, permitirá bosquejar el perfil de ese individuo para hacerlo o no beneficiario del Sistema Previsional.

El oligofrénico carece de capacidad de abstracción y de síntesis, el capital ideativo es concreto e inmediato, le falta capacidad de comparar, de resolver situaciones nuevas y, por ende, el juicio crítico carece de jerarquía.

La personalidad, siempre dependiente, puede desarrollarse con un comportamiento automático, aprendido y adaptado, o ser, como algunos "lábilis de ánimo", serviles instrumentos de los psicópatas.

Lo cierto es que un porcentaje elevado de estos discapacitados se concentra en las sedes de evaluación previsional para solicitar jubilaciones y pensiones.

De acuerdo a su cociente intelectual, se clasifican en: Idiotas, Imbéciles, Débiles Mentales profundos, moderados y leves, cuyas principales características son:

IDIOTAS: (C.I. de 0 a 30)

1. No atravesó la etapa glósica.
2. Emite sonidos guturales.
3. No lee ni escribe.
4. No conoce el dinero.
5. No controla esfínteres.
6. No atiende sus necesidades básicas, incapaz de subsistir solo.
7. Se acompaña generalmente de malformaciones físicas.

IMBÉCILES: (C.I. de 30 a 50)

1. No lee.
2. No escribe.
3. No conoce el dinero.
4. Atiende sus necesidades elementales.
5. Puede, a veces, desempeñar tareas rudimentarias.

DÉBILES MENTALES PROFUNDOS: (C.I. de 50 a 60)

1. No lee.
2. No escribe.
3. No realiza operaciones mentales.
4. Sólo firma.
5. Vocabulario simple.
6. No conoce el dinero.
7. Puede, a veces, desempeñar tareas rudimentarias.

DÉBILES MENTALES MODERADOS: (C.I. de 60 a 70)

1. Lee.
2. Escribe.
3. Realiza operaciones simples.
4. Conoce el dinero.
5. Puede trabajar en tareas de escasa exigencia intelectual.
6. Capacitado a los fines previsionales, si no presenta patología psiquiátrica agregada de mayor envergadura (psicosis, etc.).

DÉBILES MENTALES LEVES: (C.I. de 70 a 90)

Ha cursado escuela primaria, a veces, secundaria.

Puede realizar tareas de mayor envergadura que el grupo anterior, sobretodo los que tienen cociente intelectual cercano al normal (fronterizos).

CONSIDERACIONES MÉDICO-PREVISIONALES:

Como se verá, desde el punto de vista previsional, le corresponde pensión por invalidez a los idiotas, imbeciles y débiles mentales profundos.

Los débiles mentales fronterizos, leves y moderados tendrán derecho a pensión cuando no hayan desarrollado sus disponibilidades básicas ni realizado nunca tareas remunerativas, como así también aquellos con una debilidad mental disarmónica, cuyos trastornos de personalidad obstaculicen su comportamiento social y aptitud laboral.

Tendrán derecho a retiro por invalidez aquellos enfermos oligofrénicos (trabajadores autónomos o en relación de dependencia), en los cuales se haya injertado otra enfermedad psiquiátrica u orgánica cuya sumatoria por CR o R le permita alcanzar el porcentaje del sesenta y seis por ciento (66 %), que exige la Ley.

En los casos en los cuales a la solicitud del retiro por invalidez, se determine que la patología actual tiene el mismo grado de incidencia laboral que al inicio (por tratarse de una enfermedad congénita), se hará constar en las conclusiones del dictamen el presente concepto.

Una mención particular corresponde que se efectúe sobre los peticionantes que solicitan beneficio y padecen de Enfermedad de Down, entidad que por sí misma es suficiente para el otorgamiento del beneficio.

Porcentajes

Débil Mental Fronterizo	1 - 5 %
Débil Mental Leve	6 - 9 %
Débil Mental Moderado	10 - 30 %
Débil Mental Profundo	70 %
Imbecilidad	80 %
Idiocias	80 - 100 %
Oligofrenias injertadas con psicosis crónicas	80 - 100 %

Oligofrenias en estado de insanía, en sentido jurídico declarado o no, o encuadrable en el Art. 152 bis Inc.2° del Código Civil, con o sin inhabilitación judicial, en forma permanente o transitoria
80 - 100%.

SÍNDROME PSICORGÁNICO O SÍNDROME CEREBRAL ORGÁNICO CON O SIN PSICOSIS

Según la Organización Mundial de la Salud: "Trastornos causados por, o asociados con, alteración tisular cerebral, es decir con una disfunción permanente o transitoria del cerebro, que provoca un conjunto de signos y síntomas psicológicos y conductuales".

Estos trastornos se manifiestan por:

1. 1. Perturbaciones de la orientación.
2. 2. Perturbaciones de la memoria.
3. 3. Perturbaciones de todas las funciones intelectuales, como la comprensión, el cálculo, el conocimiento y el aprendizaje.
4. 4. Perturbaciones del juicio.
5. 5. Perturbaciones de la afectividad.

La etiología de estos síndromes es siempre un "factor orgánico" intracerebral o extracerebral que secundariamente afecta el cerebro y sus funciones.

Este síndrome se clasifica por su forma de inicio, por el curso, por la capacidad de recuperación con o sin secuelas, por su extensión difusa o localizada, por su evolución reversible o irreversible, por estar o no asociado con psicosis.

SÍNDROME CEREBRAL ORGÁNICO ASOCIADO CON PSICOSIS O PSICOSIS DE FUNDAMENTO CORPORAL CONOCIDO (Organización Mundial de la Salud).

DEMENCIA SENIL (Crónica e Irreversible).

DEMENCIA PRE-SENIL (Crónica e Irreversible).

PSICOSIS ALCOHÓLICA.

1. 1. Delirium tremens (agudo).
2. 2. Psicosis de Korsakoff alcohólica (crónica).
3. 3. Otras alucinosis alcohólicas (sub-aguda o crónica).
4. 4. Delirio celotípico o paranoia alcohólica (crónico).
5. 5. Deterioro alcohólico o demencia alcohólica (crónico e irreversible).
6. 6. Ebriedad patológica (aguda).
7. 7. Intoxicación alcohólica aguda.

PSICOSIS ASOCIADA A INFECCIÓN INTRACRANEAL: sífilis del sistema nervioso central, parálisis general progresiva, encefalitis epidémica u otra infección intracraneal no especificada (aguda o crónica, reversible con o sin secuelas).

PSICOSIS ASOCIADA A OTRO CUADRO CEREBRAL: arterioesclerosis, neoplasia intracraneal, enfermedad degenerativa del sistema nervioso central, epilepsia, traumatismo cerebral (agudo o crónico, reversible o irreversible, con o sin secuelas). Son invalidantes, los cuadros crónicos e irreversibles.

PSICOSIS ASOCIADA A OTRO CUADRO ORGÁNICO: psicosis con trastornos endócrinos, con trastornos metabólicos o de la nutrición, o infección general, por intoxicación por drogas o venenos, post-parto, por suspensión de drogas, con otro cuadro físico no especificado (agudo o crónico, reversible con o sin secuelas, irreversible). No son incapacitantes las formas reversibles o sin secuelas significativas, por ser psicosis sintomáticas, secundarias a otras enfermedades,

SÍNDROME CEREBRAL ORGÁNICO-NO PSICÓTICOS

Con infección intracraneal, con intoxicación por drogas o venenos, con intoxicación alcohólica, ebriedad simple, con traumatismo cerebral, con trastornos circulatorios, con epilepsia, con trastornos del metabolismo, del crecimiento y de la nutrición. Patología orgánica (aguda o crónica, reversible con o sin secuelas, o irreversible).

CONSIDERACIONES MÉDICO-PREVISIONALES:

La acotación de los diagnósticos de agudo, crónico, reversible con o sin secuelas, irreversible, tiene fundamental importancia desde el punto de vista previsional.

No son incapacitantes los cuadros agudos, sub-agudos o crónicos reversibles con restitución “ad-integrum” o aquellos cuyas secuelas tienen baja jerarquía (ej.: delirio alcohólico sub-agudo, delirium tremens), provocados muchas veces por la supresión brusca del alcohol o interurrencias infecciosas, como así tampoco las manifestaciones reversibles de la arterioesclerosis. Evaluar el grado de deterioro: leve-moderado- grave.

En los SÍNDROMES CEREBRALES ORGÁNICOS LOCALIZADOS, productos de tumores, post-quirúrgicos de aneurismas, por traumatismos encefálicos, etc., habrá que valorar las secuelas crónicas e irreversibles, teniendo en cuenta si el afiliado está bajo relación de dependencia con cobertura médica, que le permita estar protegido durante el período de convalecencia hasta que se instale el SÍNDROME CEREBRAL ORGÁNICO DEFINITIVO, o si es un trabajador independiente, pasible de un beneficio transitorio (no

olvidar, por ejemplo, que en casos de traumatismo craneo encefálico, algunos autores aconsejan esperar 1 año y otros 2 años).

Los deterioros serios, los cambios graves y permanentes de la personalidad, una evolución demencial "clara", generarán beneficios, sin lugar a dudas, por la irreversibilidad de dichos cuadros.

El antecedente de internaciones psiquiátricas por descompensaciones transitorias reversibles, sin secuelas y con restitución a la normalidad, no serán determinantes para acceder a un beneficio cuando no se constate la severidad actual, dentro de los términos explicitados en los párrafos anteriores.

Se entiende por Síndrome Cerebral Orgánico crónico, severo e irreversible, incapacitante (GRADO IV) la concurrencia de los trastornos que se mencionan en los items 1, 2, 3 y 4:

1. 1. Cambios Afectivos:

- a) a) Reacción seudoneurótica en personalidad sin trastornos previos de la misma.
- b) b) Aumento de labilidad afectiva.
- c) c) Actos impulsivos, superficialidad y sugestionabilidad.
- d) d) Risas y llantos patológicos.
- e) e) Ira provocadora.
- f) f) Sospecha paranoide.
- g) g) Humor depresivo hipocondríaco, excitación, curso hacia el empobrecimiento afectivo.

2. 2. Trastornos de la memoria:

- a) a) Amnesia de fijación.
- b) b) Conservación relativa del reconocimiento.
- c) c) Puede comprender órdenes simples.
- d) d) Pérdida de la capacidad de abstracción.
- e) e) Dificultad para elaborar conceptos.
- f) f) Signo de Talland (imposibilidad de recomenzar una tarea después de una laguna mnésica).

3. 3. Trastornos de otras funciones intelectuales:

- a) a) Disminución de la inteligencia, de intereses personales y de la comprensión.
- b) b) Alteraciones del curso del pensamiento: perseveración en sus diversos grados, viscosidad, lentificación, etc..

4. 4. Conducta general:

- a) a) Reacción catastrófica (Goldstein).
- b) b) Ordenalismo orgánico.
- c) c) Suprime todo conocimiento de incapacidad.
- d) d) Aumento del umbral de excitación.
- e) e) No distingue lo esencial de lo accesorio.

Porcentajes

Grado I (Leve-Reversible/Irreversible)	1 - 10 %
Grado II (Moderado-Reversible/Irreversible)	11 - 30 %
Grado III (Severo-Reversible)	40 - 70 %
(Severo-Irreversible)	70 %
Grado IV (Severo-Irreversible)	70 - 80 %

PSICOSIS DE FUNDAMENTO CORPORAL DESCONOCIDO

ESQUIZOFRENIA

Esquizofrenias: En sus distintas formas clínicas (simple, hebefrénica, catatónica, paranoide, esquizoafectiva), evolucionan en brotes o se instalan progresivamente y sin remisión (esquizofrenia crónica).

La incapacidad será según la forma clínica y de evolución valorando la edad del actor.

Síntomas de primer rango:

1. Las vivencias de influencia sobre la corporalidad.
2. Los fenómenos de intervención ajena, sea en el sentido de producción o sustracción sobre el pensamiento, los sentimientos o la acción voluntaria.
3. La sonoridad del pensamiento y fenómenos afines como la divulgación de las ideas y el robo del pensamiento.
4. Las percepciones delirantes.
5. La audición de voces dialogadas y de voces comentadoras de la actividad del propio sujeto.

Síntomas de segundo rango:

1. Las inspiraciones u ocurrencias delirantes.
2. Las pseudopercepciones o pseudoalucinaciones restantes.
3. La perplejidad, distimias depresivas y eufóricas.
4. El empobrecimiento de la vida afectiva y otros.

DEFECTO ESQUIZOFRÉNICO O ESQUIZOFRENIA RESIDUAL

El defecto no es un problema demencial, sino el producto de alteraciones que conciernen a la afectividad y espontaneidad, está montado sobre una reducción del potencial energético. Al enfermo le faltan estímulos interiores, esto lo incapacita para concentrarse y tomar decisiones. La gravedad del mismo estará determinada por la posibilidad o imposibilidad de mantener sus ocupaciones.

Este concepto importantísimo en la evaluación de incapacidad laboral depende también del tipo de tareas que desarrolla, es decir que no es lo mismo en un trabajo rutinario y mecánico que en otro creativo.

Las autodescripciones como falta de "impulso", de "energía", "perseverancia", de sentimiento de "falta de sentimientos" e hipocondrismos, son a veces, difíciles de diferenciar de cuadros neuróticos y orgánicos y por lo tanto, pesarán los antecedentes a edades tempranas.

Defecto esquizofrénico o defecto psicótico severo puro (GRADO III)

1. Debilitamiento de impulsos parecido al "Síndrome apático-akinésico-abúlico" de lesiones del lóbulo frontal.
2. El enfermo no habla ni actúa espontáneamente, pero cumple con los sencillos requerimientos que se le hacen, en respuesta a los estímulos externos.
3. El defecto no debe confundirse con restos de la temática delirante.
4. En el defecto grave se describe el "Síndrome del resorte roto", igual que un reloj de péndulo con el resorte roto, persiste en actitud estatuaria, se moviliza brevemente frente a un estímulo y luego vuelve a la situación anterior.

CONSIDERACIONES MÉDICO-PREVISIONALES:

El dictamen sobre la incapacidad laboral no presenta problemas cuando el afiliado trabaja en relación de dependencia, con antecedentes de internaciones u otro dato verificable o, cuando el grado de defecto es severo.

Teniendo en cuenta que después del primer brote, en las esquizofrenias marginales o benignas, el 60% aproximadamente, queda con un defecto moderado, habría que aprovechar todo el período de licencia que se disponga para observar el grado de recuperación, ya que en muchos casos "ante un estímulo enérgico y

persistente, el enfermo puede mostrar una conducta adecuada y un rendimiento idóneo en el trabajo". A. Fernandez.

No pocas veces la denegatoria de beneficio frente a una solicitud de retiro por invalidez, en un defecto leve o moderado, ha facilitado la reinserción laboral por varios años más, hasta que vuelve al trámite por otros brotes.

Deberá ponerse especial cuidado en lo atinente a los diagnósticos diferenciales de esta patología, que en sus inicios puede remedar a distintos cuadros de la nosología psiquiátrica, con distinto enfoque desde el punto de vista previsional. Tal es el caso de las "formas esquizomorfias de la epilepsia temporal; los "estados oniroides o psicosis delirantes agudas o Bouffês delirantes de la Escuela Francesa" y las descompensaciones fugaces propias de las personalidades anormales dentro de las cuales se encuentran las personalidades psicopáticas.

En todos los casos, se efectuará una cuidadosa valoración de los estados defectuales y de las posibilidades concretas para desarrollar tareas remunerativas en virtud del acortamiento de los períodos trabajados y de la dependencia del núcleo familiar.

Se consideran pruebas fehacientes la copia de Historia Clínica de Instituciones oficiales o privadas con antecedentes de seria trayectoria científica, avalada por la Dirección Médica correspondiente.

Porcentajes

1) Esquizofrenia procesal y por Brotes en período de estado	70 - 80 %
2) Esquizofrenia en remisión parcial	70 %
3) Esquizofrenia residual	
Grado I (Leve)	10 - 20 %
Grado II (Moderada)	21 - 30 %
Grado III (Grave)	40 - 70 %
Grado IV	80 %

ESTADOS PARANOIDES

Reacción Paranoide: Reacción vivencial anormal de origen estrictamente psicológico, suscitado por una experiencia intensamente vivida.

El terreno predisponente en el que se genera incluye las personalidades litigantes y las sensitivas de los "inseguros de si mismos" de K.Schneider, con tendencia a la sensibilidad y susceptibilidad. La duración es de semanas o meses, el trastorno pasa y deja tras de sí una personalidad intacta (Mayer-Gross).

La sordera, los defectos físicos, los sentimientos de inferioridad, las heridas a la autoestima, el aislamiento, una vivencia de injusticia, un suceso clave, pueden ser "la chispa que encienda el barril". Mejoran con tratamiento o con un cambio de situación. Un bajo porcentaje evoluciona hacia la cronicidad .

Son estos últimos los que tienen mayor peso desde el punto de vista previsional por transformarse en desarrollos paranoides como el Delirio sensitivo de autorreferencia o Delirio de persecución, curables, de duración variable.

Porcentajes

Grado I (Leve)	10 - 20 %
Grado II (Moderado)	21 - 30 %
Grado III (Severo reversible)	40 - 70 %
Desarrollo paranoide	40 - 70 %

Paranoia: Delirio sistematizado, interpretativo crónico, irreductible,

irreversible

70 - 80 %

TRASTORNO PSICÓTICO BREVE

Llamado también esquizofrenia aguda, "Bouffé" delirante, estado crepuscular episódico, estado oniroide.

Delirios polimorfos agudos que se instalan en personas con una estigmatología psíquica y/o física, como las debilidades mentales o las personalidades anormales predominantemente histéricas (psicopatías histéricas).

Suele remitir en días o semanas con restitución total

10 - 30 %

PARAFRENIAS

Delirios crónicos polimorfos, megalómanos, fantásticos

70 - 80 %

CONSIDERACIONES MÉDICO-PREVISIONALES:

En los casos de reacciones paranoides, delirios curables, descompensaciones psicopáticas fugaces, por la corta duración, buen pronóstico, buena respuesta a los psicofármacos y remisión en menos de un año, reexaminar a los 6 meses para realizar dictamen definitivo para otorgar o no el beneficio.

TRASTORNOS AFECTIVOS MAYORES

1. 1. Enfermedad maníaco depresiva a forma maníaca.
2. 2. Enfermedad maníaco depresiva a forma depresiva.
3. 3. Depresión endógena o melancolía.
4. 4. Melancolía involutiva.
5. 5. Enfermedad maníaco depresiva circular.

Estos trastornos afectivos mayores son llamados también psicosis fasotímicas, por su evolución en fases de 6 a 8 meses o más, que se intercalan con intervalos lúcidos (con restitución a la normalidad).

Estas psicosis se originan en un trastorno primario de la afectividad, que se exalta o deprime en forma extrema, con alteración del juicio de realidad. La aparición de este trastorno no está relacionada directamente con ninguna experiencia vital precipitante (es inmotivada) y por eso mismo, se lo distingue de la reacción psicótica depresiva y de las neurosis depresivas (OMS).

El "temperamento cicloide", que reúne a las personalidades depresivas, hipomaníacas y ciclotímicas, es la base de esta psicosis y no las personalidades histéricas.

La periodicidad que caracteriza a esta psicosis, "con intervalos libres normales sin que disminuya la integridad mental" (Mayer-Gross), permiten indicar que los beneficios sólo deben otorgarse cuando el afiliado cursa, en el momento del examen, una fase psicótica muy prolongada, o cuando evoluciona hacia la cronicidad, o cuando esta fase fuera precipitada por procesos orgánicos severos, como la arterioesclerosis, lo que empeora su pronóstico en edades avanzadas.

Por la misma razón, "la periodicidad", la Ley no incluye estos cuadros en el Art. 54, Inciso 3° del Código Civil.

Cabe aclarar, por la frecuencia con que aparecen en las certificaciones el diagnóstico de depresión endoreactiva o "estados muelle", que se acepta dicho cuadro, entendiéndose por tal a aquellas depresiones que, habiéndose desencadenado por una situación vivencial traumática, evolucionan hacia una forma clínica

de características melancólicas, independizándose de la causa que la originó; es decir toma el curso de una psicosis depresiva cuyo tratamiento psicofarmacológico se realiza con anti-psicóticos y que, previsualmente, debe ser considerado con el mismo criterio de las depresiones endógenas.

CONSIDERACIONES MÉDICO-PREVISIONALES:

Dadas las características básicas de los Trastornos Afectivos Mayores, la buena evolución con el tratamiento con litio en la mayoría de los casos, y los conceptos jurídicos transcriptos, no corresponderá el beneficio cuando la incapacidad verificada o probable no exceda el tiempo en que el afiliado fuera acreedor a la percepción de remuneración u otra prestación sustitutiva de ésta, o cuando la incapacidad sea menor de un año.

Porcentajes

- | | | |
|--|-----------|-----------|
| 1. 1. Depresión Endógena en período de estado | 50 - 70 % | |
| 2. 2. Enfermo maniaco depresivo en período de estado
(a forma maníaca, a forma depresiva, a forma circular) | | 50 - 70 % |
| 3. 3. A forma delirante | 70 % | |
| 4. 4. Melancolía involutiva | 70 - 80 % | |

TRASTORNOS DEPRESIVOS NO PSICÓTICOS

El elemento semiológico fundamental que caracteriza estos cuadros, es un descenso del humor (estado de ánimo, temple o timia) que termina siendo triste. Acompañan al mismo el dolor moral y la inhibición.

Todo deprimido está triste, pero no todo triste es un deprimido. Además, la tristeza puede faltar, como en las depresiones enmascaradas. Mientras el sentimiento tristeza (polo opuesto a la alegría) no interfiera con la actividad normal de un individuo, no puede rotularse al mismo de deprimido.

Las circunstancias de aparición, la magnitud del factor desencadenante, la personalidad de base, la estructuración de una neurosis histérica, obsesiva, fóbica o hipocondríaca de fondo, la carga somática predominante y creciente, desde las depresiones sintomáticas (de asiento extracerebral) hasta las depresiones orgánicas (determinadas por alteraciones morfológicas del cerebro), sin olvidar "los estados muelle" que constituyen las formas de transición entre depresiones psicógenas y endógenas (endorreactivas), permiten distinguir una gran variedad de cuadros.

Depresión Neurótica:

Se presenta en individuos con una personalidad premórbida, con baja tolerancia al "stress" o en el curso de una neurosis. Es de etiología exógena y psicógena y ocasionada por la historia conflictual del enfermo (conflicto psíquico parcialmente reprimido, encapsulado y duradero). Tras experiencias de frustración aparece un sentimiento de tristeza psíquica, con ansiedad, que puede llegar a una magnitud teatral. El tema depresivo está relacionado con la experiencia vivida, pero necesita ser "escuchado", "consolidado", "comprendido", de allí la actitud reclamatoria y el apoyo en los otros, llegando a veces a una conducta exigente y tiránica sobre los demás. Los trastornos histeriformes, las preocupaciones fóbicas, obsesivas y hasta hipocondríacas, revelan una demanda de atención del medio y el fondo neurótico de la personalidad, no siendo raros los "chantajes" suicidas.

Entre los síntomas físicos se describen:

1. 1. La astenia neurótica, matinal, que no pasa con el reposo.
2. 2. Las perturbaciones del sueño que a veces preceden a la misma depresión por meses o años con un insomnio de conciliación o interrupciones, ligado a la angustia de soñar y de perder el control conciente de la vigilia.
3. 3. Anorexia o bulimia.

4. 4. Los trastornos funcionales digestivos.
5. 5. Perturbaciones genitales y de la libido.
6. 6. Perturbaciones cardiovasculares funcionales.
7. 7. Perturbaciones neurológicas subjetivas (vértigo timopático).

CONSIDERACIONES MÉDICO-PREVISIONALES:

Se entiende por depresión neurótica Grado I a la forma leve en la cual los elementos depresivos no comprometen la vida de relación ni la actividad laboral.

En las depresiones neuróticas de Grado II los síntomas cursan con evolución favorable con la ayuda de tratamientos psicoterapéuticos sin requerir psicofármacos; en algunos casos la medicación es poco significativa y basada fundamentalmente en ansiolíticos.

En las depresiones neuróticas Grado III, si bien se requieren tratamientos más intensivos, la remisión de los síntomas se observa entre 60 y 180 días.

Las depresiones neuróticas, instaladas en una personalidad predepresiva o anancástica, en afiliados con profesiones de "exactitud", en personalidades depresivas y sensitivas pueden a veces llegar a un grado de severidad tal que determina una incapacidad del 70 % (Grado IV) por cristalización de los síntomas que comprometen todas las áreas de desarrollo del sujeto.

OTRAS FORMAS CLÍNICAS DE DEPRESIÓN

DEPRESIÓN REACTIVA: No incapacitante, salvo que se trate de una depresión reactiva psicótica.

DEPRESIÓN SECUNDARIA A ENFERMEDADES FÍSICAS O PSÍQUICAS: (influenza, hepatitis, etc.). No incapacitante.

DEPRESIÓN SINTOMÁTICA: Se valorará jerarquía de la patología de base (arterioesclerosis, tumor, esquizofrenia, Párkinson, endocrinopatía, etc.), carácter de la evolución, profundidad de la depresión, respuesta al tratamiento, antecedentes de internaciones y licencias laborales.

Formas leves o moderadas (Grado I y II): no incapacitantes.

Formas graves (Grados III y IV) : incapacidad total, según la edad y patología de base. Ej.: depresión sintomática de psicosis crónica.

DEPRESIÓN POR AGOTAMIENTO: No Incapacitante

DEPRESIÓN POR DESCARGA O LIBERACIÓN: No Incapacitante

DEPRESIÓN POR DESARRAIGO: No Incapacitante

Porcentajes

Depresión Neurótica Grado I	0 %
Depresión Neurótica Grado II	5 - 10 %
Depresión Neurótica Grado III	30 - 40 %
Depresión Neurótica Grado IV	70 %

NEUROSIS O REACCIONES VIVENCIALES ANORMALES NEURÓTICAS

Las mal llamadas neurosis (pues no se originan en alteraciones del sistema nervioso), son trastornos muy difundidos, sin base anatómica conocida, y que, aunque ligadas íntimamente a la vida psíquica del sujeto, no alteran su personalidad (como lo hacen las psicosis), por lo cual van acompañadas de una conciencia penosa y generalmente "excesiva" del estado anormal.

Las dificultades para adaptarse a la realidad y al medio están generadas por la imposibilidad de librarse del interés hacia sí mismo, para consagrar su actividad a los fines de la existencia práctica.

Estos cuadros no tienen síntomas guía, como se conocen en las psicosis agudas y crónicas de base somática (alteración de la conciencia, desintegración de la personalidad o demencia) ni síntomas de primer orden, como en las Esquizofrenias y en la Psicosis Maníaco Depresiva.

Muchos autores, entre ellos Schneider, Weitbrecht y otros, proponen utilizar los términos de REACCIÓN VIVENCIAL PSÍQUICA NEURÓTICA Y DESARROLLO NEURÓTICO O REACTIVO VIVENCIALES DE LA PERSONALIDAD (para diferenciarlo del desarrollo o personalidad psicopática en sentido estricto) "cuando el individuo afectado sufre exageradamente y/o hace sufrir por su anomalía a los demás".

El error de haber usado los términos neurosis y psicopatías como diagnósticos, es decir, como entidades patológicas, ha extendido tanto los mismos que pareciera existir una verdadera "pandemia de las neurosis".

Hoy día se llama neurótico a todo individuo con trastornos funcionales, a los que no se sienten a gusto con su incierto presente, a los que lloran por la pérdida de su trabajo, a los que se deprimen porque se pelean con el jefe, a los que se sienten frustrados por no recibir un ascenso o por tener que trabajar por un bajo salario y a los que no encuentran la salida laboral efectiva por vivir en un país en crisis, sin olvidar a los que temen un despido.

Calificar de "neurosis" cualquier mala acción, indisciplina, cualquier crisis existencial, el dolor excesivo por la pérdida de un ser o un bien muypreciado, es inflar exageradamente el término y es contraponerlo con lo "aneurótico" que representaría una pura ficción de ausencia de sufrimiento y una armonía psíquica permanente, alegre y equilibrada (de carácter utópico).

Tener que renunciar y sufrir privaciones, sentirse y ser culpable, cometer omisiones y olvidar, la falsedad, la cobardía, el histrionismo tan común en nuestro siglo, las lamentaciones, la holgazanería, la dependencia, más allá de todo lo neurótico forman parte del ser humano, requieren el auxilio de la psicoterapia, debe ser comprendido empáticamente, pero no se ha de considerar como regla una enfermedad pasible de un beneficio por invalidez.

El término REACCIÓN representa una forma de conducta compleja, con numerosas determinantes, que a veces abarcan todo el devenir biográfico de una personalidad e implica una relación dinámica entre el terreno predisponente y la intensidad del estímulo en proporción inversa.

En el acontecer neurótico se ocultan a menudo fuertes tendencias desiderativas y en muchos casos está presente, sin duda alguna, cierto "lucro neurótico".

La "neurosis" es molesta, pero al mismo tiempo protege de otros inconvenientes de la vida y puede aprovecharse para forzar, con más o menos suavidad, el respeto y la atención del mundo exterior o para edificar o mantener una mentira que sirve en la vida a la conservación del propio valor (Weitbrecht).

En la legislación de los países del primer mundo se considera que "los procesos o fenómenos anómalos de la vida anímica no se pueden valorar como motivo de una concesión de renta, en el sentido de la legislación de seguros, cuando se deben a tendencias finalistas".

Se ha querido auxiliar a las personas neuróticas tildándolas de enfermos y lo que se ha hecho así es imposible de defender, se ha renunciado a la cisura entre neurosis y psicosis. Calificar de "enfermo", con todas sus consecuencias legales a todo el que no resuelve por sí solo sus dificultades y, buscando consejo y ayuda, acude a otro, sea éste el médico, el psicólogo, el asesor matrimonial, el sacerdote o un amigo de confianza, no es aceptable, y además se corre el peligro que quien psicopáticamente no domina sus preocupaciones reciba encima una pensión, mientras que el que es más severo consigo mismo salga perjudicado.

En todo neurótico se encuentra el "deseo", más o menos consciente, de ser cuidado, protegido, y eximido de responsabilidades como una forma de resarcimiento de muchos fracasos personales.

La sola posibilidad de un beneficio de pensión y su logro, transforma las "neurosis de deseo" en "neurosis fijadas" y destruye todas las posibilidades terapéuticas, haciendo imposible la psicoterapia; en cambio, el tratamiento tiene buenas perspectivas después de la denegación legal de la pensión (legislación alemana).

Sólo correspondería otorgar un beneficio por invalidez en aquellas REACCIONES VIVENCIALES ANORMALES, duraderas, graves y fijadas, donde la idea finalista está en un plano muy secundario, o en las que el soma se afecta severamente.

CONSIDERACIONES MÉDICO PREVISIONALES

En la valoración de invalidez previsional de las Neurosis o Reacciones vivenciales psíquicas neuróticas o Desarrollo neurótico o reactivo vivenciales de la personalidad debe tenerse en cuenta:

1. 1. Evolución pasajera o prolongada, reversibilidad de los síntomas o progresión con debilitamiento de la personalidad e irreversibilidad de los mismos.
2. 2. Necesidad de tratamientos, duración y cumplimiento de los mismos.
3. 3. Conservación de la vida de relación en ámbitos externos a los laborales o no.
4. 4. Alteraciones físicas demostrables por anorexia con pérdida de peso significativas, abandono personal o cuadros de bulimia severos.
5. 5. Reacciones vivenciales anormales psicofisiológicas persistentes, que lleven a daño severo de órganos o sistemas; irreversibles o reiteradas por períodos prolongados y con tratamientos clínicos intensivos.
6. 6. Reacciones vivenciales anormales conversivas, sostenidas por largos períodos, con alteraciones físicas por no ejercitar funciones fisiológicas (atrofias musculares en parálisis histéricas, hipotonía generalizada, lesiones de cornea en cegueras histéricas, etc.).
7. 7. Reacciones vivenciales anormales fóbicas, comprobadas y generalizadas, "no selectivas", con retracción extrema, que puede llevar al aislamiento del paciente en su propia habitación. Son excepciones, por ejemplo, la "Neurosis de vuelo" en pilotos y copilotos de líneas aéreas comerciales, por riesgo de vida para sí y para terceros en un posible ataque de pánico.
8. 8. Reacciones vivenciales anormales obsesivo-compulsivas:
Caracterizadas por cuatro fenómenos fundamentales sobre una personalidad obsesiva o anancástica.
 - a) a) *Idea parásita*, que el sujeto reconoce como patológica (a diferencia de la idea delirante), pero que no puede evitar que se imponga en su pensamiento.
 - b) b) *Tendencia iterativa*: repetición de un movimiento o acción, por inseguridad en la eficacia de su ejecución inicial.
 - c) c) *Omnipotencia* del pensamiento, que crea el temor supersticioso y hace suponer que se puede cambiar el curso del destino empeorándolo con determinados presagios o mejorándolos con determinadas promesas o conjuros (rituales).
 - d) d) *Duda* que se apodera de la conducta (explícita o implícita).

9. 9. Reacciones vivenciales anormales con intento de suicidio: Se investigará pormenorizadamente: las ideas y fantasías, las circunstancias en que se dieron los intentos de suicidio y los métodos utilizados; si existió un período previo con rumiación y elaboración; si el o los actos fueron producto de un impulso; si se acompañó de síntomas guía de las psicosis depresivas o de la constelación esquizofrénica; si eligió un medio "que no provocara sufrimiento"; si fue secundario a problemas personales o peleas y con el objetivo de llamar la atención; se buscará detectar elementos orgánicos en la personalidad. Tiene marcada importancia determinar la personalidad de base del sujeto (anormal psicopática, anormal neurótica o caracteropática, normal o equilibrada).

Se consignará si el o los intentos requirieron denuncia policial, asistencia hospitalaria, internación psiquiátrica, duración de tratamientos instituidos, secuelas.

Estos cuadros se clasificarán en grado I-II-III y IV.

Las reacciones vivenciales anormales grado I están íntimamente ligadas a situaciones cotidianas, la magnitud es leve, son manifestaciones subjetivas de quejas, que prácticamente no requieren tratamiento.

Las reacciones vivenciales anormales grado II son aquellas que presentan una sintomatología más florida, que pueden requerir tratamiento psicoterapéutico con restablecimiento; rara vez requieren de tratamiento psicofarmacológico que, de existir, es poco significativo .

Cabe incluir en este grupo las formas crónicas de existencia neurótica, con periódicas recaídas (como consecuencia de contingencias de poca magnitud o bien por actualización de sus conflictos inconcientes), a pesar de las cuales pueden desarrollar tareas remunerativas y una vida de relación adaptada y en las que resalta el terreno o personalidad de base.

Las reacciones vivenciales anormales grado III requieren un tratamiento más intensivo; la remisión de los síntomas agudos (aún cuando sean severos) puede observarse en forma notable a los 60-90 días. Sus relaciones con el medio circundante y laboral están más comprometidas que en los grados anteriores, se verifican trastornos de memoria y concentración francas durante el examen psiquiátrico y psicodiagnóstico.

Las conversiones, las crisis de pánico, la subordinación de la conducta a rituales e ideas parásitas y fobias pueden encontrarse en las distintas formas clínicas de estas reacciones psicógenas, que suelen revertir con tratamiento psicofarmacológico y terapéutico adecuado.

Las reacciones vivenciales anormales Grado IV son aquellas cuyos fenómenos regresivos la tornan dependiente de una asistencia permanente por parte de familiares.

En las *Neurosis Fóbicas*, la panofobia limita al sujeto hasta para alimentarse sólo; siendo obvio el estado angustioso en que se haya sumido el enfermo en la enfermedad obsesiva, los rituales pueden llegar a un grado extremo como por ejemplo repetir un acto 50 a 100 veces. Las fobias anancásticas a las enfermedades y a la suciedad pueden generar evidentes dermatitis como consecuencia de ceremonias como el lavado excesivo de manos y uso de sustancias químicas diversas para evitar contagios.

La pérdida de libertad interior, en los obsesivos, puede hacer el tránsito hacia un delirio o alguna forma de deterioro intelectual.

Las conversiones histéricas evidencian claramente lesiones por la falta de función y las expresiones psicósomáticas se expresan por un daño severo del órgano afectado. El período de evolución excede el de percepción de haberes por licencia de largo tratamiento. Los antecedentes médicos muestran, en un corte longitudinal, un historial psiquiátrico frondoso, con remisiones parciales, frecuentes recaídas, una limitación creciente y progresiva, en la que se determinará la rigidez de la personalidad anormal básica y la voluntad de recuperación, puesta en evidencia por tratamientos realizados con constancia, sin deserciones caprichosas.

La evaluación de un paciente neurótico tiene que ser muy cuidadosa, atendiendo no sólo a la intensidad de los síntomas actuales, sino a la cronicidad de éstos sin mayores variables, a pesar de las cuales pudo desarrollar tareas remunerativas, ligadas o no a su trabajo habitual.

Cualquier paciente neurótico pasa por períodos de normalidad y aún las personas normales pueden tener "Reacciones neuróticas"; todo esto debe ser considerado para evitar que una conducta "encastillada" con cierta perseverancia logre confundir al perito encubriendo su "deseo de Renta".

A los fines prácticos será de utilidad conocer que las Neurosis depresivas constituyen el 44% de las peticiones por invalidez en la especialidad de psiquiatría y que sólo se han constatado un 2% de Neurosis Estructuradas.

Porcentajes

Neurosis Depresiva Grado I	0 %
Neurosis Depresiva Grado II	5 - 10 %
Neurosis Depresiva Grado III	30 - 40 %
Neurosis Depresiva Grado IV	70 %
Neurosis Fóbica Grado I	0 %
Neurosis Fóbica Grado II	5 - 10 %
Neurosis Fóbica Grado III	30 - 40 %
Neurosis Fóbica Grado IV	70 %
Enfermedad Obsesiva Grado I	0 %
Enfermedad Obsesiva Grado II	5 - 10 %
Enfermedad Obsesiva Grado III	30 - 40 %
Enfermedad Obsesiva Grado IV con deterioro de la personalidad o evolución psicótica	70 %
Neurosis de Angustia Grado I	0 %
Neurosis de Angustia Grado II	5 - 10 %
Neurosis de Angustia Grado III	30 - 40 %
Neurosis de Angustia Grado IV a edad avanzada	70 %

DIFERENTES EXPRESIONES DE LA HISTERIA

NEUROSIS HISTÉRICA DE CONVERSIÓN	Grado I	0 %
NEUROSIS HISTÉRICA DE CONVERSIÓN	Grado II	5 - 10 %
NEUROSIS HISTÉRICA DE CONVERSIÓN, reversible	Grado III	30 - 40 %
NEUROSIS HISTÉRICA DE CONVERSIÓN, irreversible a edad avanzada	Grado IV	70 %
NEUROSIS HIPOCONDRÍACA Grado I	0 %	
NEUROSIS HIPOCONDRÍACA Grado II		5 - 10 %
NEUROSIS HIPOCONDRÍACA, reversible Grado III		30 - 40 %
NEUROSIS HIPOCONDRÍACA, irreversible a edad avanzada Grado IV		70 %
PSEUDOPSICOSIS HISTÉRICA Grado I	0 %	
PSEUDOPSICOSIS HISTÉRICA Grado II		5 - 10 %
PSEUDOPSICOSIS HISTÉRICA, reversible Grado III		30 - 70 %

PSEUDOPSICOSIS HISTÉRICA,
irreversible a edad avanzada **Grado IV**

70 %

PERSONALIDADES ANORMALES O TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD - NO PSICÓTICA -

Aquí se utiliza la clasificación de K. Schneider. Para este autor correspondería referirse, en un sentido amplio, a Personalidades Anormales, las que podrían dividirse en caracteropatías y sociopatías o personalidades psicopáticas en sentido estricto. Schneider prefiere referirse a ellas como "personalidades anormales", en el sentido de que sus conductas caen "fuera de las normas del término medio para nuestra sociedad, época y cultura".

El término psicópata no significa enfermedad como "cardiópata" o "endocrinópata". La escuela francesa se refiere a ellas como "personalidades desequilibradas", pero en el sentido constitucional, concepto que comparte la escuela alemana.

Utilizando como "norma el término medio" es una "personalidad anormal" tanto la del genio y la del santo como la del criminal desalmado.

Utilizando la "norma del valor", es un concepto subjetivo que depende de quien valora y desde donde se valora, por ejemplo, la persona que, por su conducta, para algunos es un héroe idealista para otros es un agitador subversivo.

Deniker (1972) puntualizaba que la psicopatía no es una psicosis, ni una neurosis, ni una prepsicosis y en caso de una complicación, sus psicosis son "ráfagas" delirantes polimorfos, crisis de depresión o de excitación.

Conviene aclarar que algunos autores discriminan las "personalidades psicopáticas" de las "seudopsicopatías", como las producidas por un proceso cerebral (infeccioso, inflamatorio o traumático) especialmente las meningoencefalitis de la infancia, los procesos demenciales incipientes (seudopsicopatías progresivas), las personalidades que se conforman después de un brote esquizofrénico (seudopsicopatía residual) y los trastornos de personalidad de los epilépticos (personalidad epileptoide enequética o glizroide).

Tampoco se incluyen en la misma denominación las personalidades disarmónicas de los oligofrénicos o por atrofas cerebrales de etiología no clara.

Schneider clasifica las personalidades anormales en 10 tipos básicos de los cuales son "psicópatas en sentido estricto" el hipertímico, el depresivo, el impulsivo, el explosivo, el lábil de ánimo y el atímico, desalmado, "loco moral" o "moral insanity".

El resto de las mismas corresponden a caracteropatías o modalidades neuróticas del carácter.

Este autor reconoce 10 grupos:

1. **Hipertímicos:** alegres, superficiales, muy activos, cordiales, simpáticos, pendencieros, fanfarrones, pueden caer en la estafa o el alcoholismo.
2. **Depresivos:** tristes, malhumorados, descontentos, pesimistas, desconfiados, hostiles, autodesvalorizados. En este tipo se puede ver tendencia al alcoholismo.
3. **Lábiles de ánimo:** inconstantes, mala adaptación familiar y laboral, el humor varía de un momento a otro, pocas inquietudes, dificultad para acatar normas, derroche, despilfarro, fugas, exceso de bebidas, incendiario.
4. **Amorales o Desalmados o Anestesia moral:** Amorales: llamados también en medicina legal "moral insanity"; quizás podemos referirnos a este grupo como sociópatas asociales en sentido estricto.

Individuos de juicio conservado, sin sentimiento de culpa, instrumentan a los demás en su propio beneficio. La mala fé es plenamente conciente, incapaces de amar, sólo buscan la satisfacción personal a cualquier precio, ya que el prójimo es tan solo un objeto. El robo, el crimen, las perversiones, las estafas, incluyen la amplia gama delictiva en que pueden caer estos sujetos.

Conocen las leyes morales, pero no las sienten ni las respetan, de allí que sean derivados a la cárcel y no a un hospital psiquiátrico cuando delinquen. Carentes de compasión, vergüenza y pundonor.

5. **5. Fanáticos:** inventores, reformadores, renovadores a) Extravagantes: suelen vivir en comunidades que se destacan por su vestimenta, modalidad, etc. b) Fanáticos luchadores: sobrevalorados, defienden generalmente posiciones personales, expansivos, pueden ser agresivos.
6. **6. Necesitados de estima o Personalidades Histéricas:** que necesitan aparentar más de lo que son, inmaduros, egocéntricos, buscan llamar la atención, etc., (remitirse al capítulo de histeria). Dentro de las variedades de este grupo pueden encontrarse mitómanos, estafadores, embusteros, seudólogos.
7. **7. Inseguros de sí mismos:**
 - a) Anancásticos u obsesivos.
 - b) Sensitivos.

En el grupo a): descriptos en las neurosis, puede instalarse una neurosis obsesiva, compulsiva, etc.

En el grupo b): morales escrupulosos, con conflictos éticos de excesiva autocrítica (puede instalarse un delirio de autorreferencia) "delirio de las solteras o jóvenes masturbadores".

8. **8. Asténicos:** muestran inseguridad, astenia física, apatía, falta de vigor e intereses. Aprensivos respecto de su salud con componentes hipocondríacos crónicos, son los individuos llamados "nerviosos". Se sienten débiles. Combinaciones con toxicomanía: morfina, abuso de hipnóticos.
9. **9. Personalidad explosiva:** epileptoide o enequética. Explosiones de agresividad verbal o física, con arrepentimiento posterior y pena, imposibilidad de controlarse. Este tipo de personalidad suele encontrarse como básica en pacientes con trastornos psicorgánicos. Combinación con el alcoholismo. Pueden caer en delitos afectivos y castigos corporales.
10. **10. Abúlicos:** falta de voluntad, incapacidad de resistencia frente a todos los influjos, fáciles de seducir por otros individuos o situaciones. Razonables, dóciles, laboriosos y modestos, pero no por mucho tiempo bajo malas influencias. Combinación con el alcoholismo. Algunos son marcadamente oligofrénicos.

La personalidad psicopática o "estado constitucional psicopático", difícil de definir científicamente, designa a aquellos individuos incapaces de adaptarse en forma adecuada y aceptable al medio social y cultural predominante.

Sin entrar a ocuparnos de las diversas teorías que explican los mecanismos psicopatológicos de las mismas, podría afirmarse que las escuelas más psicologistas responsabilizan a la familia y el medio y otras apoyan su explicación en una predisposición genética tanto mayor cuanto más profundo es el trastorno de dicha personalidad (constitución).

"Se trata de individuos con escasa o nula tolerancia a la frustración, con necesidad de buscar nuevos estímulos permanentemente, con muy pocos sentimientos de angustia, culpa o remordimiento e incapaces de sacar provecho de la experiencia o el castigo. Carecen de un objetivo definido y su habitual estado de inquietud puede ser el resultado de que buscan lo inalcanzable. La aplicación y la eficiencia en el trabajo suele ser deficiente, la rutina les parece interminable, intolerable y tediosa. Tienen un deficiente sentido de responsabilidad y viven para el momento. Exigen la satisfacción inmediata de sus deseos, sin que les importen los sentimientos ni intereses de los otros, con quienes establecen muy escasas relaciones emocionales o lazos afectivos estables. Tampoco constituyen un sentido de los valores sociales, que generalmente está distorsionado.

Pueden ser aceptables y locuaces, pero no se puede confiar. Sólo pueden adaptarse al ambiente que pueden "dominar", de allí la dificultosa posibilidad de aceptar todo aquello que viven como límites.

En el diagnóstico diferencial, tanto los neuróticos como los psicóticos, sienten intensa ansiedad, angustia y conflicto interno, están continuamente bajo tensión, crónicamente insatisfechos y a menudo o siempre inhibidos y rígidos.

El neurótico trata de solucionar su conflicto usando mecanismos de defensa (represión, agresión, etc.); puede desarrollar una fobia, una obsesión, un síntoma histérico o puede caer en ataques de angustia extrema si fallan los mismos.-

El neurótico trata de mitigar su perturbación interna con la fantasía pero no corta, a diferencia del psicótico, sus lazos con la realidad, puede funcionar en la sociedad y cuidar de sí mismo. El grado de adaptación social es la línea divisoria entre la neurosis y la insanía.

"La psicopatía es casi la antítesis de la neurosis". Aunque el psicópata primario es radicalmente diferente del neurótico común, no es fácilmente diferenciable del "neurótico actuador" o con marcados elementos psicopáticos. Por ejemplo: "En la histeria, cuando se pierde la posibilidad de manejo simbólico del medio, que permitió hasta ese momento ganancias secundarias, la seducción y la defraudación en el campo de las relaciones humanas son los más frecuentes" (psicopatía histérica o de los "Necesitados de Estima" de K. Schneider).

"Las condiciones sociales actuales determinan una dificultad cada vez más creciente en la estructuración de los comportamientos evitativos, que décadas atrás era bastante fácil de observar. El incremento de la competitividad destructiva y la lucha por la supervivencia constituyen factores cruciales que, en determinadas épocas de la vida, actúan como factores desencadenantes de la transformación de las fobias en contrafobias y éstas a su vez en comportamientos de corte psicopático".

Los neuróticos obsesivos suelen presentar actitudes sádicas, que aparecen cuando los rituales de carácter primitivo y expiatorio fracasan como mecanismo de defensa y control y liberan los impulsos de crueldad que antes dirigían a sí mismos (psicopatía inseguro de sí mismo).

La "impulsión" es un componente muy frecuente en estos cuadros y a diferencia de los elementos existentes en la serie epiléptica, lo que la caracteriza es el aspecto patoplástico.

Puede ser más o menos paroxística en su presentación pero más organizada que en la epilepsia y va generalmente acompañada de un hecho antisocial como puede ser un abandono brusco del hogar o de un negocio llevándose dinero.

Se incluye dentro de estos cuadros la cleptomanía (en donde existe un impulso de robar), como es el caso de las mujeres que experimentan un deseo irresistible a hacerlo en una tienda, seguido luego de una sensación voluptuosa. También los impostores, gente que como el "Tartufo de Moliere" explotan la credulidad humana; tal es el caso de los que experimentan gran placer engañando a mujeres ingenuas (son muy hábiles para manejar a los demás hablando y tienen un nivel alto de capacidad intelectual, que ha perfeccionado el manejo verbal).

A diferencia del histérico que necesita a los espectadores para mostrarse, éstos tratan de poseer el auditorio para obtener un fin personal como por ejemplo, los agitadores políticos que utilizan la ideología, no por fines sociales, sino en beneficio propio.

CONSIDERACIONES MÉDICO-PREVISIONALES:

Dadas las características que presentan las personalidades psicopáticas es muy difícil que establezcan relaciones laborales duraderas.

Esto es evidente cuando hacemos el estudio del expediente, generalmente no pasan el año, con ausencias reiteradas y conflictos que más de una vez obligan a la cesantía.

En aquellas tareas que no exigen el cumplimiento de un horario y la obligación de concurrir diariamente (como vendedores, viajantes independientes o sin relación de dependencia) pueden durar más.

Es habitual que las dificultades con el medio laboral los lleven a solicitar el beneficio de jubilación por invalidez, aduciendo las más variadas patologías, siendo la psiquiátrica una de las más invocada.

Los casos de simulación son frecuentes en este tipo de personalidades por su capacidad de actuación, desenfado, audacia y por lo atractivo que le significa burlar a los peritos médicos.

Todo lo detallado conduce a denegar las jubilaciones o pensiones a los psicópatas en sentido estricto, a excepción de que se injerte otra patología de magnitud, pues los elementos característicos existían al inicio laboral.

La drogadependencia, el alcoholismo (muy comunes) y las descompensaciones psicóticas reiteradas provocan con el tiempo un deterioro, que incide previsionalmente y que sí debe ser considerado en estos casos a edades avanzadas.

Hacen excepción a lo anterior las personalidades anormales adquiridas por psicosis esquizofrénica, cuadros cerebrales orgánicos o post-traumáticos severos etc., que deben ser clasificados en el síndrome cerebral orgánico no psicótico y cuya gravedad podrá dar origen o no a un beneficio de jubilación o de pensión.

Las personalidades anormales de los oligofrénicos, llamadas Personalidades Disarmónicas, fueron consideradas en los retardos mentales u oligofrenias, y pueden dar origen a beneficios de pensión.

Las personalidades adictivas sólo son incapacitantes cuando la adicción aludida ha provocado un deterioro irreversible o una psicosis crónica.

Dado que en los últimos años se ha extendido el uso del concepto de Personalidad Borderline, pero que el mismo no se ha utilizado con un criterio universal, se aclara que en este baremo dicho grupo se ha incorporado pero en el sentido de una pre-psicosis cuya fisonomía cambiante y la evolución hacia estados psicóticos frecuentes y duraderos permitirá arribar a la consideración del grado III, que puede ser incapacitante desde el punto de vista previsional.

Trastornos facticios

.....“Los trastornos facticios se caracterizan por síntomas físicos o psicológicos fingidos o producidos intencionalmente, con el fin de asumir el papel de enfermo. La apreciación de que un síntoma se ha producido de manera intencionada es posible tanto por comprobación directa como por la exclusión de otras causas. Por ejemplo, un individuo que acude por hematuria y se descubre que tiene anticoagulantes y niega haberlos tomado, mientras los análisis de sangre demuestran lo contrario. Cabe pensar, pues, que si no existe prueba alguna de ingestión accidental, el paciente ha ingerido intencionadamente este tipo de fármacos.....”.

Las personas que presentan este trastorno por lo general explican su historia con un aire extraordinariamente dramático, pero en cambio son sumamente vagas e inconsistentes cuando se les pregunta con más detalle. El paciente suele dejarse llevar por una tendencia a mentir incontrolable y patológica, referida a cualquier aspecto de su historia o síntomas (P.ej. seudología fantástica).

....a menudo, estos pacientes tienen un amplio conocimiento de la terminología médica y de las rutinas hospitalarias. Son muy frecuentes las quejas de dolor y las demandas de analgésicos. Después que una intensa exploración de sus principales molestias haya resultado negativa, a menudo empiezan a quejarse de otros problemas físicos y producen más síntomas facticios. Las personas que padecen este

trastorno suelen ser objeto de múltiples exploraciones e intervenciones quirúrgicas... Las hospitalizaciones múltiples conducen frecuentemente a trastornos físicos y iatrogénicos como la formación de tejidos cicatrizales debidos a intervenciones quirúrgicas innecesarias o reacciones adversas a fármacos..... Entre los factores predisponentes se encuentran los trastornos físicos verdaderos durante la infancia o la adolescencia que conducen a un tratamiento médico extenso o a hospitalizaciones repetidas; la animadversión hacia la clase médica; hacia las profesiones relacionadas con la medicina; la presencia de un trastorno de la personalidad grave y alguna relación importante con algún médico en el pasado.

Los parámetros para el diagnóstico son:

1. Fingimiento o producción intencionada de signos o síntomas físicos y/o psíquicos.
2. El sujeto busca asumir el papel de enfermo.
3. Ausencia de incentivos externos para el comportamiento.

En esencia se trata de trastornos de la personalidad no psicótica o personalidades anormales, con producción voluntaria de síntomas, cuyas motivaciones los lleva a asumir el rol de enfermo en búsqueda de un beneficio secundario.

El terreno de sugestibilidad marcada, la tendencia a la mitomanía o mentira patológica y a la dramatización, la conducta autoagresiva, el consumo excesivo de fármacos - tranquilizantes, estimulantes, hipnóticos, alucinógenos, analgésicos - para crearse un mundo imaginario y evadir las responsabilidades de la vida, conducentes a cuadros físicos o psíquicos diversos y extravagantes, permiten incluir estos cuadros en las Personalidades Necesitadas de estima de K.Schneider con marcado componente psicopático.

Su grado de severidad dependerá del compromiso psicorgánico producido por las drogas, de las secuelas de intervenciones quirúrgicas, que tengan en común la ausencia de la patología orgánica supuesta, y que al mismo tiempo evidencie como consecuencia, que el peticionante no pudo mantener una relación laboral fija. Solamente en estos casos, debidamente fundamentados, podrán acceder a un beneficio de pensión o retiro por invalidez.

Porcentajes

PERSONALIDADES ANORMALES (Caracteropatías y personalidades psicopáticas constitucionales)

Grado I (Leve)	0 %
Grado II (Moderada)	10 - 15 %
Grado III (Severa)	25 - 35 %

PERSONALIDADES ANORMALES ADQUIRIDAS (Seudopsicopatías)

Grado I (Leve)	0 - 10 %
Grado II (Moderada)	11 - 30 %
Grado III (Severa)	50 - 80 %

PERSONALIDAD BORDERLINE:

Grado I (Leve)	1 - 10 %
Grado II (Moderada)	11 - 15 %
Grado III (Severa)	40 - 70 %

SIMULACIÓN

"Es el arte, usado con astucia por el hombre, a fin de mostrar en los actos y en las palabras todo lo contrario de lo que se tiene en el espíritu, sea en bien o en mal".

En el orden médico, simular es un fraude clínico y/o psiquiátrico, que consiste en crear o acentuar intencionalmente síntomas patológicos con una finalidad especulativa.

TIPO DE SIMULADORES

Clasificación:

1. Simulación mental total y verdadera.
2. Supersimulación, sobresimulación o exageración.
3. Metasimulación o perseveración.

CUADROS SIMULADOS:

1. Actitudes negativas de estupor, mutismo y seudocatatonia.
2. Manifestaciones más o menos agitadas.
3. Amaneramiento y absurdidad.
4. Delirios.

Los cuadros simulados son agrupaciones sindromáticas pero nunca entidades nosológicas definidas.

El aspecto, el lenguaje y la conducta son característicos tanto en los psicóticos verdaderos como en los simuladores.

El estudio de la mímica, de la mirada (a la que Laurente le dio tanta importancia, que aseguraba que sólo con ella se podía hacer el diagnóstico de simulación), el estudio del lenguaje hablado y escrito, la falta de la estructura y lógica mórbidas de los falsos delirios, las reacciones atípicas respecto de las esperables en los psicóticos verdaderos, la anarquía de la memoria y otros elementos ponen en evidencia el acto de simular. El manejo experimentado de psiquiatras, psicólogos y el conocimiento de la nosología reduce en la actualidad los riesgos del engaño, que en su mayoría han sido y son el producto de errores diagnósticos, tanto mayores en cuanto la responsabilidad del dictamen recae en profesionales no psiquiatras o con poca experiencia en la especialidad.

Las simulaciones verdaderas son menos frecuentes que las magnificaciones en personalidades histéricas, psicopáticas o de débiles mentales.

NEUROSIS DE RENTA O SINISTROSIS EN EL SÍNDROME POST-CONMOCIONAL

Definición-Brisaud 1908

"Estado mental particular de algunos individuos siniestrados o accidentados, que exageran la impotencia funcional, prolongan anormalmente la incapacidad laboral, acentúan las secuelas objetivas, a menudo mínimas, con otras subjetivas y emprenden una actividad paranoide creciente en busca de una indemnización máxima".

1. La importancia de la indemnización está evidenciada en el hecho que las neurosis de renta aparecen más en accidentes camineros e industriales que en los aficionados a los deportes, y entre las personas que tienen seguros, más que en las que no los tienen.
2. "La neurosis de renta o de compensación" rara vez se da en personalidades normales pero si en aquellas con un fondo neurótico alterado o en psicopatías previas al traumatismo.
3. En la evaluación del síndrome post-conmocional es imprescindible la valoración de la gravedad traumática, puesta de manifiesto por la duración de la "amnesia post-traumática".

4. 4. Las secuelas del estado crónico pueden clasificarse en:

- a) a) Defectos orgánicos: Demencia post-traumática
Cambios de personalidad
Epilepsia post-traumática
Hematoma crónico subdural.
- b) b) Defecto funcional: Síndrome post-conmocional
(con o sin neurosis de renta)
- c) c) Psicosis

El síndrome post-conmocional se halla constituido por cefaleas, mareos, pérdida de concentración y de memoria.

CONSIDERACIONES MÉDICO PREVISIONALES

La determinación del porcentaje de invalidez en este cuadro se hará conforme a los resultados de la evaluación neurológica, psiquiátrica y psicológica, y se arribará a ella después de realizar todas aquellas pruebas que permitan descartar: alcoholismo, patología de columna cervical y laberinto vestibular, exploración de vasos carotídeos y reflejos, electroencefalograma, etc.

Los antecedentes médicos, la personalidad pre-traumática y las pruebas psicodiagnósticas permitirán clasificar las neurosis de rentas en leves, moderadas o graves.

NEUROSIS DE RENTA

LEVE: **Grado I**

Síndrome post-conmocional, por traumatismos leves, en caracteropatía histérica o "necesitada de estima" de K. Schneider, personalidades psicopáticas y débiles mentales leves y disarmónicos.

El comportamiento general frente a las pruebas psicológicas muestra a modo de ejemplo:

Durante la toma del test de Bender: distorsión, perseveración, sustitución de puntos por líneas, inversión, omisión, algunas figuras "fuera del contexto esperado" según los antecedentes médicos y la personalidad de base. El tiempo se halla lentificado, no correspondiéndose con el ritmo del pensamiento, etc..

En el Test de Rorschach: evitación de respuestas populares y/ o reticencia en las láminas III-IV-VIII-X- u otras (las que deberán ser encuestadas), que no conciden con la sintomatología que aduce ni el juicio de realidad, que se encuentra conservado. Las respuestas suelen ser arbitrarias, no concordando con lo percibido ni con ningún otro cuadro clínico.

En el Test P.M.K: inhibición, expansión, evitación en los lineogramas, discordante con las perturbaciones afectivas reales y compatible con psicopatías constitucionales, etc.

La actitud frente a los entrevistadores es siempre patética, ya sea expresiva, florida o de aparente inhibición, es coherente con el terreno de la personalidad anterior, influenciable, susceptible de mejoría con los cambios ambientales y proporcional al grado de beneficio secundario.

MODERADA: **Grado II**

El terreno es siempre una personalidad anormal, más frecuente en caracteropatías como los "necesitados de estima" e "inseguros de sí mismos" de K. Schneider. En éstos puede haberse injertado alguna situación vital previa, que el traumatismo puso de manifiesto, una "vivencia de pánico agudo" por el accidente o factores iatrogénicos en el período inmediato de atención.

SEVERA REVERSIBLE: **Grado III**

En personalidades anormales severas, marcadamente paranoides, depresivas o hipocondríacas puede desarrollarse la "psiconeurosis emotiva de Dupré", con fobias y obsesiones o reacciones vivenciales anormales paranoides, "pasibles de curación" con tratamiento adecuado (Neurosis de renta GRADO III).

La evolución hacia una psicosis duradera, propia de personalidades litigantes, una neurosis grave o un síndrome "neurasténico-hipocondríaco-depresivo" grave e irreversible darán lugar a una incapacidad total.

Porcentajes

NEUROSIS DE RENTA Grado I	0 %
NEUROSIS DE RENTA Grado II	5 - 10 %
NEUROSIS DE RENTA Grado III	30 - 40 %

TRASTORNOS PSÍQUICOS DE INICIO EN LA INFANCIA, NIÑEZ Y ADOLESCENCIA

Sobre trastornos psíquicos, de importancia previsional en las pensiones derivadas por el fallecimiento del causante y en las asignaciones familiares por hijo discapacitado, con inicio en la infancia, niñez y adolescencia, se ha considerado oportuno incorporar los cuadros siguientes:

TRASTORNOS GENERALIZADOS DEL DESARROLLO (Trastorno autista)

Autismo precoz

Síndrome más frecuente en niños que en niñas, ya sean éstos de apariencia normal y temperamento vivaz al nacer, apáticos o llorones, que evidencian en los primeros años de vida desinterés, falta de reacciones y un aumento progresivo de juegos ritualizados.

Pueden considerarse dos formas de autismo:

Autismo primario

Esta forma se origina en "Primeras relaciones perturbadas desde el principio", ya sea por déficit del potencial relacional de base y/o privación sensorial y/o déficit encefalopático, con trastornos de las catexis.

Estos cuadros pueden evolucionar a: Seudo-oligofrenia profunda, seudodebilidad, desorganización de tipo esquizofrénica, organización neurótica-obsesiva o disarmonía evolutiva de la personalidad.

Autismo secundario

Se inician en "Primeras relaciones normales en apariencia", que derivan en "Relaciones Primarias atrasadas" y "Regresión precoz importante". Como consecuencia de las primeras, el desarrollo se detiene por falta de afectividad o de estímulos relacionales, llevando a un "autismo secundario", que se puede producir también como resultado de una "Regresión precoz importante".

Estos conceptos son contemplados en el presente Decreto, en diferentes apartados del Capítulo Psiquismo.

La Seudooligofrenia Profunda, la Seudodebilidad mental y la Disarmonía evolutiva de la personalidad, han sido incluidas en las consideraciones previsionales sobre retardos mentales, dado que desde el punto de vista funcional se trata de niños o jóvenes limitados en sus adquisiciones intelectuales y con dificultades de diferente magnitud de adaptación al medio, pasibles de acceder o no, conforme a la gravedad del cuadro, a un beneficio de pensión por invalidez .

Las dificultades globales de aprendizaje, con psicosis injertada a edades tempranas, se consideran en el mismo capítulo, dejando la descripción de Esquizofrenia para cuadros de la adolescencia o juventud, cuyos síntomas de primer rango del período de estado y el defecto, permiten aseverar dicho diagnóstico.

La Organización obsesiva (Neurosis obsesiva y Personalidad obsesiva o "Insegura de sí misma" de K.Schneider) se describe en el apartado sobre Reacciones Vivenciales Anormales obsesivo compulsivas y en el apartado sobre Personalidades Anormales o trastornos de la personalidad, no psicótica.

Siendo estos trastornos de tipo vitalicio, originados en la infancia y la adolescencia, se comprende que el grado de severidad permitirá acceder o no a un beneficio de pensión, según se considere a éste útil para el niño o joven y una necesidad familiar para el tratamiento de rehabilitación, y no meramente el usufructo de un beneficio secundario por parte de la familia para la que el niño sería sólo un instrumento.

TRASTORNOS ESPECÍFICOS DEL DESARROLLO (En el cálculo aritmético, en la escritura, en la lectura)

La escritura, compuesta de grafismo y lenguaje, está estrechamente relacionada con la evolución de las posibilidades motoras, que le hacen adquirir una forma concreta y con el conocimiento de la lengua, que le da un sentido.

La escritura es una suma de praxia y lenguaje y únicamente puede realizarse a partir de cierto grado de organización de la motricidad, que supone una fina coordinación de movimientos y un desarrollo espacial.

"*La escritura.....es posible por la progresiva maduración*". Esto significa que si un niño no tiene algún importante déficit neurológico e intelectual que lo justifique, y presenta un trastorno de la escritura, puede existir una alteración en el plano de la personalidad, cuya importancia no siempre está en proporción con el trastorno gráfico.

Lo descripto significa que es la profundidad de alteraciones de la personalidad, la que determina la posibilidad de un beneficio de pensión por un *trastorno psíquico* y no una alteración de la escritura, que mejora con tratamiento psicopedagógico. Cuando el origen es motor o neurológico, el profesional se remitirá al capítulo de Nervioso.

TRASTORNOS DEL LENGUAJE Y DEL HABLA (En la articulación del lenguaje, en la coordinación expresiva y receptiva)

Los trastornos del lenguaje infantil pueden ser de diverso origen: alteración orgánica congénita o adquirida y/o funcional.

Su patogenia y la desorganización suelen ser complejas; la desorganización suele desbordar el campo lingüístico, pudiendo hablarse de personas mal hablantes. Otras veces los errores son producto de una personalidad perturbada. Ciertos estados deficitarios pueden superarse y manifestarse mediante otros síntomas (Ej. disortografía asociada a una dislexia).

Trastornos de la articulación

Los trastornos antes mencionados se distinguen por la deformación de formas, suprimidas o reemplazadas, según se haya deformado su punto de articulación.

Los trastornos de percepción auditiva también pueden ocasionar una inadecuada discriminación de las características propias de cada fonema, dificultando la articulación. Aunque más que de trastornos articulatorios o fonéticos habría que hablar de trastornos fonémicos. Tales distinciones son más fáciles en el adulto; en el niño, por estar su habla en evolución, son mucho más delicadas. Ciertas dificultades motoras de ejecución pueden ir unidas a un déficit práxico. De estas dificultades más o menos benignas hay que distinguir los trastornos de realización motora, en relación con una lesión del sistema nervioso y que se ha podido considerar como desórdenes de tipo parético, distónico o disinérgico.

1. Trastornos del lenguaje por deficiencia de audición. Evaluados en el capítulo de O.R.L.
2. Trastornos del lenguaje por lesiones cerebrales evidentes. Evaluadas en el capítulo de Nervioso.

Las lesiones cerebrales extensas pueden originar, junto con una incapacidad comunicativa, defectos del lenguaje. En la idiotez el lenguaje es nulo; en trastornos como la imbecilidad y la debilidad mental también observamos una pobreza de vocabulario, defectos sintácticos y discursivos, normalmente acompañados de defectos articulatorios.

La "enfermedad motora cerebral", tiene cuatro formas clínicas:

1. 1. Disartria por lesiones motoras de los músculos de la fonación.
2. 2. Dislalia.
3. 3. Lenguaje "infantil", tartamudez, asociable a bajo coeficiente intelectual o falta de maduración afectiva.
4. 4. Afasia y disartrias por audición defectuosa.

De lo antes expuesto surge que la incapacidad previsional será evaluada en los capítulos correspondientes (Ej. O.R.L. - Nervioso) y de hecho los síntomas descritos como consecuencia de Oligofrenias, Síndromes Cerebrales Orgánicos o de etiología neurótica están contemplados en los apartados correspondientes en el Baremo Previsional.

TRASTORNOS POR DIFICULTAD EN LA ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD

Los niños inestables psicomotores presentan un desarrollo disarmónico, incapaz de perseverar; ese "ser instantáneo" se deja arrastrar por sus inútiles ansias, tantas veces contradictorias; es frecuente en ellos la oposición, la cólera, la pereza y el humor combativo. El inestable se opone a todo lo estable y organizado, seducido por todo lo móvil e irregular. Atrapado por los estímulos externos es incapaz de inhibir la necesidad de esparcimiento; su atención es lenta, se fija en el detalle pero sin analizarlo. Picotea a derecha e izquierda sin planificación alguna. La actividad ordenada le cansa.

Las inestabilidades se dividen en dos grupos:

1. 1. Adquiridas.
2. 2. Constitucionales.

Las inestabilidades adquiridas pueden ser consecuencia de factores orgánicos, de traumatismos obstétricos, de encefalitis en la primera infancia, traumatismos craneanos, enfermedades neurotópicas, o cualquier otra lesión orgánica sensorial o psicomotora.

También pueden ser consecuencia de traumatismos, situaciones psicológicas determinadas, factores socio económicos o familiares.

La inestabilidad constitucional se manifiesta muy tempranamente, parece obedecer a una disposición innata, tal vez hereditaria (antecedentes familiares, pequeñas anomalías en la gestación, y más que la acción específica de un agente patógeno parece ser consecuencia de un cierto desequilibrio materno).

De lo anteriormente detallado surge que, según la etiología del trastorno por dificultad en la atención, con hiperactividad, se encuentra encuadrado en trastorno de la personalidad adquirido, tratado en el apartado correspondiente a Personalidades Anormales Adquiridas, mientras que las relacionadas con lo constitucional o neurótico está contemplado en el ítem de Personalidades Anormales constitucionales.

OTROS (Trastornos de conducta tipo grupal, solitario, indiferenciado, negativismo desafiante).

En los problemas que plantea la infancia o la adolescencia inadaptada, los límites son difíciles de precisar, sobre todo si se engloba en el mismo grupo a los inadaptados físicos, psicológicos o sociales.

En cuanto a los del primer grupo, que aparte de sus trastornos somáticos, pueden presentar trastornos psicológicos, y a los estados deficitarios, tales como la oligofrenia o estados psicóticos, estos casos están contemplados en el Baremo en las escalas referidas al órgano o sistema comprometido.

En el caso de los trastornos de tipo psicológicos o sociales existen diferentes formas de inadaptación psicosocial y es importante tener en cuenta que las denominaciones varían con las épocas, las escuelas y los autores.

Algunos autores describen tipos de trastornos en marcos más amplios cuya coherencia está relacionada únicamente con las reacciones del comportamiento o con las actividades delictivas.

1. Los trastornos del carácter y del comportamiento o "caracteropatías" que se definen por formas inadaptadas particulares de comportarse, pero cuya patogenia es heterogénea.
2. La delincuencia infantil y juvenil.

Desde el punto de vista previsional los trastornos de conducta en ámbitos grupales (familia-escuela-sociedad) como: la tendencia al aislamiento, el indiferenciado, el negativismo desafiante son síntomas insertos en un cuadro psicopatológico o un tipo de personalidad de base particular y por lo tanto son considerados dentro del cuadro de base (Personalidades psicopáticas, Reacciones Vivenciales Anormales Neuróticas).

Estos conceptos están contemplados en diferentes apartados de este capítulo.

ÁREA PSICOLOGÍA

Los tests consisten en colocar a un sujeto en situaciones que ya han sido controladas en una población media. De sus coincidencias o diferencias, tanto cualitativas como cuantitativas, se obtendrá el diagnóstico.

Es posible la identificación de casos fronterizos, la diferenciación entre psicosis, neurosis, y desórdenes cerebrales orgánicos, la evaluación del nivel intelectual y del deterioro psíquico agregado.

Los tests permiten una valoración objetiva del sujeto en observación. El término objetividad aplicado a un procedimiento psicológico implica dos requisitos técnicos previos:

1. Que los resultados obtenidos mediante tests puedan ser medidos o cuantificados.
2. Que al utilizarlos los examinadores, provistos de la necesaria habilidad y experiencia, arriben en su mayoría a conclusiones similares.

El examen realizado por psicólogos consiste en una entrevista psicológica semidirigida que permite corroborar los datos aportados por el afiliado en las instancias anteriores.

La batería de tests utilizada, comprende: el de Bender, el Psicodiagnóstico Miokinético, el de Rorschach y los tests Gráficos.

El grupo mencionado es, en general, el más utilizado en los diferentes Servicios de Psicopatología y en otras áreas de investigación de nuestro país.

Hacemos hincapié en la necesidad de que sean practicados varios tests. El diagnóstico será el resultado no sólo de la valoración de cada uno de ellos, sino de la actitud del paciente y su comportamiento durante la realización y todas las verbalizaciones, gestos, posturas, velocidad en los tiempos de respuesta, fatigabilidad, shock ante las láminas o retardo deliberado de las respuestas.

Se considera asimismo de importancia, en caso de duda o falta de colaboración evidente, una nueva citación a fin de repetirlos para que aporten elementos definitivos.

Dentro del área previsional nos encontramos con una situación particular de trabajo. El afiliado viene a solicitar un beneficio. Esto genera en muchas oportunidades una actitud especulativa de diferente magnitud que va desde una inhibición deliberada, frente a las pruebas, hasta una magnificación de las dificultades o una simulación verdadera.

Los tests tienen ya estudiados en cada uno de ellos, la forma más común de alterarlos, siendo este recurso de gran valor a los fines de su correcta interpretación profesional.

TESTS PSICOLÓGICOS

TEST	TIPO	ÁREAS QUE EXPLORA	APLICACIÓN
BENDER	TEST VISOMOTOR	ACTIVIDAD PERCEPTUAL. CONDUCTA GRÁFICA. MADUREZ DE DEFICIENTES MENTALES. MEMORIA. HABILIDAD MOTORA MANUAL. CONCEPTOS TÉMPOROESPACIALES. CAPACIDAD DE INTEGRACIÓN. MAGNIFICACIÓN. SIMULACIÓN.	RETRASOS GLOBALES DE MADURACIÓN SÍNDROME CEREBRAL ORGÁNICO. PSICOSIS. DEPRESIONES
RORSCHACH	TEST PROYECTIVO DE PERSONALIDAD	PROYECCIÓN DE LA ESTRUCTURA DE LA PERSONALIDAD. NIVEL INTELLECTUAL APROXIMADO. DETERIOROS AGREGADOS. SIMULACIÓN.	EN TODOS LOS CUADROS
MIOKINÉTICO	TEST ACTITUDINAL	TONO PSICOMOTOR. TENDENCIAS DE REACCIÓN Y PERTURBACIONES DE LAS FUNCIONES PSÍQUICAS ACTUALES Y PERMANENTES.	DIAGNÓSTICO DE DIFEREN. DE DEPRESIONES. SÍND. CEREBRALES ORGÁN. PSICOPATÍAS
HTP. CASA-ÁRBOL-PERSONA (U OTRO SIMILAR)	TEST PROYECTIVO GRÁFICO	REFLEJA LOS ASPECTOS MÁS ESTABLES DE LA PERSONALIDAD. PROYECCIÓN DE LAS PROPIAS IDENTIFICACIONES.	OLIGOFRENIAS. NEUROSIS. PSICOPATÍAS. PSICOSIS
DESIDERATIVO			
Indaga el sistema defensivo del que dispone el sujeto frente a situaciones de conflicto (laborales, afectivas, etc.), grado de capacidad y modalidad particular de enfrentar una adecuada resolución.			
WARTEG			
Analiza las características de la personalidad de base y rasgos psicopatológicos. De suma utilidad en selección y capacitación laboral, ya que permite arribar a un claro perfil de la personalidad y de la aptitud del individuo para desempeñar diferentes tareas			