

## Valoración de la discapacidad por disfunción psíquica

G. PARGUIÑA FERNÁNDEZ

*Equipo Técnico del Juzgado de Menores. La Coruña.*

---

**Resumen.**—La valoración de la discapacidad psíquica es realizada por los psicólogos de los equipos, quienes llevan a cabo esa intervención en los sujetos que presentan retraso mental o trastornos mentales, teniendo en cuenta el diagnóstico y los distintos grados de afectación en áreas como la capacidad para llevar a cabo una vida autónoma y la de realizar una actividad laboral.

**Palabras clave:** *retraso mental, trastorno mental, cociente intelectual, conducta adaptativa.*

---

### EVALUATION OF DISABILITY DUE TO PSYCHIC DYSFUNCTION

**Summary.**—Evaluation of psychic disability is made by the team psychologists who conduct this intervention in the subjects having mental retardation or mental disorders. They consider the diagnosis and different grades of involvement in areas such as ability to carry out an autonomous life and to perform a work activity.

**Key words:** *mental retardation, mental disorder, intelligence quotient, adaptive behavior.*

---

### DIAGNÓSTICO Y VALORACIÓN

La valoración de las discapacidades psíquicas es competencia del psicólogo en los EVO (equipos de valoración y orientación). Las discapacidades de las que realizará la valoración son fundamentalmente las originadas por el retraso y la enfermedad mentales.

Esta valoración se realiza habitualmente de manera presencial y en menor medida en ausencia del interesado, por medio de informes emitidos por profesionales autorizados.

Antes de realizar la valoración propiamente dicha debe existir un diagnóstico previo además de existir

una disminución de la capacidad adaptativa. Este diagnóstico puede ser aportado previamente por otros profesionales. El psicólogo considera ese diagnóstico como orientativo, siendo confirmado en algunos casos, en otros establecerá uno diferente durante el proceso de valoración y, por último, puede considerar que no existe trastorno sino que se trata de simulaciones o de exacerbaciones de síntomas, debidas a que de la valoración se derivan prestaciones o beneficios como hemos visto en artículos precedentes.

Utilizará para ello procedimientos de entrevista, datos aportados por allegados y procedentes de la anamnesis e informes de otros profesionales y exploración por medio de tests y escalas de conducta adaptativa.

Una vez establecido el diagnóstico, se iniciará el procedimiento de valoración propiamente dicho. Para ello utilizará los baremos establecidos por el Real Decreto 1971/1999 de 23 de diciembre<sup>1</sup>. Son también de utilidad los apuntes clínicos que explicitan la utilización de los baremos<sup>2</sup>.

Las tablas presentadas a continuación muestran las diferencias en las puntuaciones psíquicas respecto al baremo general presentado con anterioridad (tablas 1 y 2).

### VALORACIÓN DEL RETRASO MENTAL

Se entenderá como retraso mental la capacidad intelectual general significativamente inferior al promedio, acompañada de limitaciones de la capacidad adaptativa referidas a cómo afrontan las actividades de la vida dia-

**TABLA I.** Valoración del retraso mental

Retraso mental	CI	% Discapacidad
Límite	70-80	15-29
Leve	50-69	30-59
Moderado	35-50	60-75
Grave	20-34	76
Profundo	-20	76

CI: cociente intelectual.

---

Correspondencia:

Correo electrónico: gparguina@correo.cop.es

**TABLA 2.** Valoración de los trastornos mentales

Clase	% Discapacidad
I	0
II. Leve	1-24
III. Moderada	25-59
IV. Grave	60-74
V. Muy grave	75

ria y cómo cumplen las normas de autonomía personal esperables de su grupo de edad, origen sociocultural y ubicación comunitaria. Debe haberse establecido esta disminución antes de los 18 años.

Para establecer el diagnóstico y el grado de retraso mental se tendrán en cuenta en cada sujeto, además de la disminución de la capacidad mental general, diversos aspectos como son la psicomotricidad y el lenguaje, las habilidades de autonomía personal y social, el proceso educativo, el proceso ocupacional-laboral y la conducta.

### Capacidad intelectual límite

Sujetos con un cociente intelectual (CI) entre 70 y 80. Valoración entre 15 y 29 unidades. No existe la puntuación 0, ya que el retraso mental siempre ocasiona cierto grado de dificultad en la realización de las actividades de la vida diaria.

En los niños se hará siempre una valoración provisional. Se tenderá al 33 % si tienen un claro pronóstico de minusvalía (por ejemplo, síndrome de Down) o además del cociente de desarrollo límite tienen problemas asociados, como problemas de conducta, cierto retraso del habla, etc. Podrían tener la calificación de “presunta minusvalía” para acceder a tratamientos o prestaciones.

En los adultos, tendencia al 33 % si presentan especiales dificultades para establecer relaciones sociales, alguna dificultad en su conducta o si tienen graves dificultades para acceder al mercado de trabajo competitivo, entre otros.

### Retraso mental leve

Sujetos con CI entre 51 y 69. Valoración de 30 a 59 unidades.

En los niños, siempre provisional. Se valora de acuerdo al cociente de desarrollo (CD) y a la conducta adaptativa.

En adultos, tendencia al 65 % si precisan supervisión ocasional en las actividades de la vida diaria, precisan ayuda para realizar actividades no habituales y para la utilización de los recursos sociales, no tienen posibilidad de integración laboral en centros de empleo protegido y presentan conductas agresivas.

### Retraso mental moderado

Sujetos con un CI de 35 a 50. Valoración de 60 a 75 unidades.

En los niños, siempre provisional. Se valora de acuerdo al CD y a la conducta adaptativa.

Adultos, tendencia al 75 % si necesita ayuda para la realización de las actividades de la vida diaria, no existe sentido del peligro, no puede integrarse en un centro ocupacional y/o presenta conductas heteroagresivas y ocasionalmente autoagresivas.

### Retraso mental grave

CI de 34 a 20. Se considerará como retraso mental profundo cuando el CI es inferior a 20. Valoración: 76 unidades.

## VALORACIÓN DE LA ENFERMEDAD MENTAL

De acuerdo con los sistemas de clasificación (CIE 10<sup>3</sup> y DSMIV<sup>4</sup>) se valorarán los trastornos mentales orgánicos, esquizofrenias y trastornos psicóticos, trastornos del estado de ánimo, trastornos de ansiedad, adaptativos y somatomorfos y trastornos de personalidad. No se valorará la dependencia de sustancias psicoactivas en sí misma, sino las patologías asociadas, tanto las previas como las posibles secuelas. Se calificarán definitivamente salvo si existen dudas sobre la evolución o existe carencia de datos en el momento de la valoración.

Se tendrán en cuenta los siguientes criterios simultáneamente (a + b + c):

a. La disminución de la capacidad para llevar a cabo una vida autónoma: déficit en la relación con el entorno y en las actividades de cuidado personal.

b. La disminución de la capacidad laboral: déficit en concentración y ritmo, o deterioro o descompensación ante el estrés, pudiendo aparecer la exacerbación de los síntomas. Se valora la posibilidad del tipo de trabajo adaptado, dando primacía a lo laboral-ocupacional frente a la prestación económica.

c. Ajuste a la sintomatología psicopatológica de acuerdo con los sistemas de clasificación internacional.

### CRITERIOS DE VALORACIÓN

Se crearán 5 clases para establecer grados de discapacidad, dependiendo del tipo de afectación, siempre cumpliendo los tres requisitos a + b + c reseñados anteriormente.

No existe, en principio, límite para cada trastorno mental, que puede teóricamente cursar con cualquier tipo de afectación. Sin embargo, en la práctica clínica observamos que ciertos trastornos tienden a ser incluidos en determinadas clases con mayor frecuencia, como veremos a continuación.

### Clase I (0%)

Sintomatología clínica aislada, sin disminución de la capacidad funcional. Un ejemplo serían las reacciones depresivas de corta duración. No se valorarían.

### Clase II

Discapacidad leve (1-24%) a + b + c.

a. La capacidad de llevar a cabo una vida autónoma está conservada o levemente disminuida, excepto en períodos de crisis o descompensación.

b. Puede mantener una actividad laboral normalizada excepto en períodos de descompensación, durante los cuales puede ser necesario un tiempo de reposo laboral junto a una intervención terapéutica adecuada.

c. Cumple los criterios diagnósticos.

Ejemplos: los trastornos distímicos, de ansiedad, adaptativos o somatomorfos, también trastornos de la personalidad de afectación leve y los trastornos mentales orgánicos que a veces no cumplen los criterios para el diagnóstico, sí para un deterioro cognitivo, con leve afectación en la memoria, procesamiento de la información, lenguaje y funciones ejecutivas que se constata en los tests. En menor medida existen trastornos esquizofrénicos o paranoides que se pueden incluir en esta clase.

### Clase III

Discapacidad moderada (25-59%) y a + b + c.

a. Restricción moderada en las actividades de la vida cotidiana.

b. Las dificultades o síntomas pueden agudizarse en períodos de crisis o descompensación. Fuera de crisis: a) puede desarrollar una actividad laboral normalizada, en puesto de trabajo adaptado o en un centro especial de empleo: porcentaje del 25 al 44% y b) sólo puede realizar tareas ocupacionales con supervisión mínima en centros ocupacionales (del 45 al 59%).

c. Presenta algunos síntomas que exceden los criterios diagnósticos requeridos.

Si con medicación la sintomatología no interfiere o sí lo hace en sus actividades se puntuará hacia 45 o 59%.

Ejemplos de tendencia al 59%: en esquizofrenia y trastornos paranoides la persistencia de síntomas psicóticos por más de un año, la dificultad marcada en relación interpersonal o actitudes autistas. Son una parte importante de los casos que se valoran en los equipos.

En trastornos afectivos la existencia de episodios maníacos recurrentes, depresión mayor de evolución crónica, mala respuesta a los tratamientos, trastornos bipolares con recaídas frecuentes, con tratamiento. Depresión recurrente con tentativas de suicidio, presencia de síntomas psicóticos.

En trastornos de ansiedad, adaptativos y somatomorfos cuadros que presenten crisis que requieran ingresos hospitalarios, o grave alteración de la relación interpersonal y comunicación.

En trastornos mentales orgánicos aparecen ya criterios claros para su diagnóstico. Nos referimos en especial a las demencias, de alta incidencia en los equipos de valoración, trastornos de la personalidad debidos a lesión o disfunción cerebral, en aumento especialmente los debidos a traumatismos craneoencefálicos y los debidos a consumo de sustancias psicoactivas. Los tests indican una afectación de ligera a moderada. Puede existir escasa conciencia de los déficits y aportar el paciente una información discrepante de la que aportan los familiares. La atención, memoria y aprendizaje estarán afectados, con dificultad para aportar datos de su vida actual, existirá desorientación temporal, se inicia la desorientación espacial, con posibilidades de pérdida en lugares no habituales, presentará una marcada dificultad para organizar tareas habituales, y pueden aparecer alteraciones conductuales como irritabilidad, apatía, conductas agresivas, desinhibición y retraimiento social.

### Clase IV

Discapacidad grave (60-74%) y a + b + c.

a. Grave restricción de las actividades de la vida cotidiana. Precisa supervisión intermitente en ambientes protegidos y total fuera de ellos.

b. Grave disminución de su capacidad laboral, como consecuencia del proceso en adaptarse a circunstancias estresantes, no desempeña ninguna actividad productiva, por tanto sólo puede acceder a centros o actividades ocupacionales con rendimiento pobre o irregular.

c. Síntomas que exceden los criterios requeridos para el diagnóstico, y alguno de ellos es especialmente grave.

Ejemplos de puntuación de 60 a 74%: en pacientes con trastornos mentales orgánicos, en los que ya no es posible utilizar test debido a su afectación. Están gra-

vemente alterados la atención, la memoria y el aprendizaje, no se conserva la escritura, existe gran dificultad para recordar acontecimientos recientes, y los pasados de manera muy incompleta. Desorientación témporo-espacial completa, el paciente se pierde en lugares habituales y puede presentar graves alteraciones conductuales.

En esquizofrenia y trastornos delirantes existirían reiterados internamientos, mantenimiento de síntomas alucinatorios y delirantes crónicos por mala respuesta a los tratamientos.

En los trastornos afectivos corresponderían depresión mayor encronizada (de más de tres años), trastornos bipolares resistentes a los tratamientos o sintomatología psicótica crónica.

En trastornos de ansiedad, adaptativos y somatomorfos habría cuadros con grave repercusión sobre la conducta y mala respuesta al tratamiento. Un ejemplo serían los trastornos graves de tipo obsesivo-compulsivo con rituales y pensamientos obsesivos invasivos en la actividad diaria, altamente incapacitantes.

Los trastornos de personalidad incluidos en esta clase serían los que precisasen de internamiento, con graves trastornos en el control de impulsos o con alteraciones psicopatológicas permanentes y severas. No suelen aparecer en los equipos casos con estas características.

Destacan por su alta incidencia en esta clase las demencias y las esquizofrenias.

## Clase V

Discapacidad muy grave (75 %) a + b + c.

a. Incapacidad de cuidar de sí mismo ni en las actividades básicas de la vida cotidiana. Necesitan de otra persona permanentemente.

b. Ninguna posibilidad laboral, ni en centros ocupacionales.

c. Síntomas clínicos extremadamente graves.

Ejemplos dentro de esta clase, con puntuación del 75 % serían las demencias de alta incidencia y en menor medida las debidas a traumatismos craneoencefálicos, aneurismas, etc. Presentarían desconexión, imposibilidad de comunicación, agitación o estupor, total desorientación en tiempo, espacio y persona.

En la esquizofrenia y los trastornos paranoides aparecerían trastornos severos del pensamiento, pérdida del contacto con la realidad, institucionalización prolongada y conductas disruptivas reiteradas. Se trata de un número muy limitado de casos. No encontramos trastornos afectivos apenas en esta clase ni trastornos de personalidad.

**El autor declara que no existe conflicto de intereses.**

## BIBLIOGRAFÍA

1. Real Decreto 1971/1999 de 23 de diciembre de Procedimiento para el reconocimiento, declaración y calificación del grado de minusvalía (B.O.E. de 26 de enero de 2000). Corrección de errores del R.D. 1971/1999 (B.O.E. 13 de marzo de 2000).
2. VM. Valoración de las situaciones de minusvalía. 1.ª ed. Madrid: IMSERSO; 2000.
3. López Ibor JJ. C.I.E. 10. Trastornos mentales y del comportamiento. Madrid: MEDITO; 1992.
4. Pichot P. DSMIV. Manual diagnóstico y estadístico de los Trastornos mentales. Barcelona: Masson S.A.; 1995.