

PROTOCOLO DE PRESTACIONES EN SALUD MENTAL

ANEXO I

Consideraciones generales	3
1. Evaluación de la esfera psíquica	4
1.1 Situaciones que ameritan Evaluación en Salud Mental	4
1.2 Casos excluidos	5
1.3 Evaluación en Salud Mental	5
1.4 Tratamiento por Salud Mental	6
1.4.1 Condiciones generales para los tratamientos por Salud Mental	6
1.4.2 Pautas para el tratamiento psicoterapéutico	8
1.4.3 Duración y frecuencia del tratamiento psicoterapéutico	9
1.4.4 Duración y frecuencia del tratamiento psiquiátrico	10
1.4.5 Pautas para el tratamiento psicofarmacológico	11
1.4.6 Registro evolutivo e historia clínica	11
1.4.7 Fin del tratamiento por Salud Mental	12
2. Rehabilitación neurocognitiva (alteraciones cognitivo-conductuales)	12
2.1 Situaciones que ameritan evaluación neurocognitiva	14
2.2 Casos excluidos	14
2.3 Evaluación neurocognitiva	14
2.4 Rehabilitación neurocognitiva	15
2.4.1 Diseño individualizado de tratamiento	16
2.4.2 Duración y frecuencia del tratamiento de rehabilitación neurocognitiva	16
2.4.3 Aspectos afectivos-conductuales	17
2.4.4 Condiciones generales para los tratamientos de rehabilitación cognitiva	18
2.4.6 Fin de tratamiento	19
2.4.7 Participación activa de la familia	19
3. Casos crónicos	19
4. Cuadro resumen: Mínimos prestacionales	20

Consideraciones generales

La actualización del Baremo Laboral a través del Decreto 549/25, en consonancia con los avances científicos y clínicos en el campo de la salud mental, pone de manifiesto la necesidad de adecuar y fortalecer las prestaciones en esta materia. En este marco, el Baremo incorpora una mirada biopsicosocial, en la cual la magnitud del siniestro constituye un factor relevante en la valoración de la signo-sintomatología psíquica, la funcionalidad y la respuesta subjetiva del trabajador, reconociendo la interacción entre variables biológicas, psicológicas y sociales en la configuración del daño.

El malestar psicológico derivado de un accidente de trabajo o de una enfermedad profesional puede generar disfuncionalidad en la vida del trabajador, interfiriendo en sus actividades cotidianas y en su desempeño familiar, social, educativo y laboral. Frente a ello, resulta imperioso el otorgamiento oportuno de prestaciones en salud mental, orientadas a favorecer la recuperación, prevenir la cronificación de los síntomas y minimizar, en su máxima expresión, la posibilidad de secuelas psíquicas. El objetivo último es garantizar la atención integral y la rehabilitación efectiva del trabajador damnificado.

La evidencia científica acumulada demuestra que los abordajes terapéuticos adecuados, iniciados de manera temprana y sostenidos conforme a la evolución clínica, presentan una alta eficacia en la reducción o remisión de la sintomatología, e incluso en la resolución completa de los cuadros reactivos, evitando su progresión hacia formas crónicas. En este sentido, la experiencia adquirida desde la creación de la Ley de Riesgos del Trabajo refuerza la necesidad de contar con lineamientos claros que orienten un abordaje terapéutico basado en evidencia, ajustado al devenir del cuadro psicopatológico y a las características individuales del trabajador.

Asimismo, resulta fundamental destacar la importancia de la rehabilitación cognitiva en los casos en que el siniestro genere alteraciones cognitivas. Las intervenciones tempranas e individualizadas, basadas en principios de neuroplasticidad, favorecen la recuperación o compensación funcional, reducen el riesgo de cronificación y previenen secuelas evitables. Desde este enfoque, la rehabilitación cognitiva constituye un componente esencial del abordaje integral en salud mental y debe articularse con las restantes prestaciones terapéuticas.

Por lo expuesto, el presente protocolo constituye un conjunto de pautas y procedimientos destinados a garantizar que las prestaciones en salud mental se otorguen de forma integral, coordinada y oportuna, promoviendo la recuperación del trabajador y la prevención de secuelas psíquicas evitables, a través de intervenciones tempranas, adecuadas y basadas en evidencia.

Por último, reforzar que este protocolo no exige a los profesionales intervinientes de las responsabilidades y obligaciones propias del ejercicio de la profesión como, por ejemplo, lo contemplado en la Ley 26.657 de Salud Mental, la Ley 26.529 de Derechos del Paciente y los códigos de ética profesional, entre otros.

1. Evaluación de la esfera psíquica

1.1 Situaciones que ameritan Evaluación en Salud Mental

Dentro del ámbito de Riesgos del Trabajo, las prestaciones en materia de salud mental, se verán circunscritas a lo establecido en la Ley 24.557, con el objeto de reparar los daños derivados de accidentes de trabajo y de enfermedades profesionales.

Las aseguradoras de riesgos del trabajo (ART), los empleadores autoasegurados (EA) y las mutuales deberán realizar **obligatoriamente** una "Evaluación en Salud Mental":

- ante un accidente o enfermedad profesional donde la *magnitud del evento* sea catalogada como grave por las lesiones físicas o por su impacto psíquico, acorde a la definición establecida en el Baremo vigente
- cuando el trabajador presente lesiones que requieran evaluación de la esfera psíquica acorde a lo dispuesto por el Decreto 549/25.
- cuando se produzca la derivación, por parte de los profesionales tratantes de la ART/EA/Mutual, a partir de la evidencia de signo-sintomatología psíquica vinculada al accidente de trabajo o enfermedad profesional.
- cuando el trabajador aporte certificaciones por cuadro psicopatológico vinculado a la denuncia realizada.

1.2 Casos excluidos

No corresponderá el otorgamiento de prestaciones por salud mental cuando se evidencien:

- cuadros psicopatológicos de origen congénito, evolutivo o inculpable (por ejemplo, discapacidad intelectual, psicosis endógenas no vinculadas al evento)
- hallazgos patológicos no vinculados a la contingencia
- manifestaciones conductuales que no guarden una coherencia sindrómica esperable con los hechos denunciados

En caso de coexistir un cuadro de naturaleza inculpable y un cuadro reactivo, deberán otorgarse las prestaciones vinculadas a la patología derivada del siniestro, hasta la remisión de la sintomatología o hasta que se encuentren agotadas las instancias terapéuticas disponibles.

Las patologías de naturaleza inculpable y/o preexistente deberán ser notificadas conforme la reglamentación vigente y dejarse asentadas en la historia clínica del paciente.

1.3 Evaluación en Salud Mental

Entiéndase por “Evaluación en Salud Mental” a la valoración y diagnóstico presuntivo realizado mediante psicodiagnóstico o evaluación psiquiátrica. Dicha evaluación apunta a una detección precoz de la sintomatología reactiva o postraumática, la identificación de variables de personalidad que pudieran favorecer la instalación y/o perpetuación de un cuadro psicopatológico, así como la delimitación de los recursos psíquicos con los que cuenta el trabajador y la capacidad de beneficiarse del tratamiento.

La “Evaluación en Salud Mental” debe realizarse dentro de los **10 días hábiles** posteriores a la toma de conocimiento de la contingencia o de afecciones que requieren evaluación por salud mental.

En el supuesto de que existan condiciones médicas que impidan la realización de la evaluación (por ejemplo, estado de inconciencia), el plazo regirá desde que el trabajador se encuentre en condiciones de ser evaluado por salud mental.

Los resultados de la evaluación deberán consignarse en un informe que deberá cumplir con los requisitos mínimos dispuestos en el Anexo II.

1.4 Tratamiento por Salud Mental

Cuando en la “Evaluación de Salud Mental” se identifique sintomatología psíquica atribuible a la contingencia, deberá elaborarse un plan de trabajo terapéutico, el cual deberá registrarse en el “**Formulario de Tratamiento en Salud Mental**” (Anexo II) y ajustarse a la clasificación de la sintomatología psíquica evidenciada: Sintomatología Leve: los síntomas producen afectación leve de las esferas social y/o laboral y/o académica.

- Sintomatología Moderada: los síntomas tienen mayor frecuencia e intensidad por lo que afectan parcialmente varias esferas de la vida o intensamente algún área o actividad.
- Sintomatología Grave: los síntomas afectan severamente la funcionalidad en todas las esferas de la vida y la autonomía del individuo, por lo que alteran su calidad de vida y la de su entorno.

Los síntomas psicóticos, la impulsividad severa y los comportamientos hetero o autoagresivos deben considerarse síntomas graves.

La sintomatología deberá ser valorada respecto a su frecuencia e intensidad, en consonancia con la interferencia en las esferas detalladas. Es imperioso que la evaluación clínica se vea acompañada de pruebas psicológicas como inventarios o escalas, de manera que permita no sólo establecer la gravedad de la sintomatología inicial sino también la evolución sintomática a lo largo del tratamiento.

1.4.1 Condiciones generales para los tratamientos por Salud Mental

Las condiciones enumeradas en este apartado son de cumplimiento obligatorio y no eximen a los profesionales psicólogos y psiquiatras intervinientes de otras responsabilidades y obligaciones inherentes al ejercicio de la profesión.

Vínculo terapéutico

Se debe garantizar la alianza y continuidad del vínculo terapéutico. Se desalienta el cambio de terapeuta ya que atenta contra el tratamiento. La excusación por parte del profesional deberá estar fundada habiéndose garantizado previamente la derivación del paciente.

Encuadre

Entiéndase por encuadre del tratamiento a la estructura y normas que definen los límites y expectativas del tratamiento, que deben registrarse según lo dispuesto en el presente apartado y debe comunicarse al paciente al comienzo del tratamiento.

Consentimiento informado y conformidad del trabajador para recibir las prestaciones en modalidad virtual

Conforme establece la Ley N° 26.529 de Derechos del Paciente, Historia Clínica y Consentimiento Informado, toda actuación profesional en el ámbito médico-sanitario requiere previo a su otorgamiento, el consentimiento informado del paciente, que será verbal, salvo en las previsiones establecidas en su artículo 7.

En los tratamientos a distancia, deberá constar una conformidad del trabajador para recibir las prestaciones en especie en la modalidad virtual o remota, en un todo de acuerdo con lo establecido en el documento "DIRECTRICES DE ORGANIZACIÓN Y FUNCIONAMIENTO PARA LA TELECONSULTA", que, como anexo IF-2023-94389937-APN-DNCSSYRS#MS, forma parte integrante de la Resolución del Ministerio de Salud de la Nación N° 3316/2023 o la que en un futuro la reemplace. La conformidad del trabajador deberá ser escrita y corresponderá su aporte para el caso que sea requerida.

Modalidad

La prestación podrá realizarse de manera virtual, presencial o mixta. La evidencia disponible no muestra diferencias terapéuticas significativas en el tratamiento de sintomatología leve o moderada en cuanto a la modalidad. No obstante, en los trastornos de magnitud grave, el otorgamiento de las prestaciones deberá realizarse exclusivamente bajo modalidad presencial.

En consonancia con el “Protocolo de evaluación a distancia de la Salud Mental”, presente en la Resolución SRT 62/2023, el profesional interviniente será quien determine si el trabajador se encuentra apto para recibir prestaciones bajo modalidad virtual, debiendo cumplimentarse, en tal caso, los requisitos de encuadre, las herramientas técnicas exigidas para el profesional y el paciente, y la adecuación de la batería de técnicas y tests conforme a lo establecido en la citada normativa.

Asimismo, las prestaciones en especie de salud mental, deberán cumplir con las provisiones establecidas en la normativa vigente del Ministerio de Salud de la Nación o la que en un futuro la reemplace.

1.4.2 Pautas para el tratamiento psicoterapéutico

Establecer un único marco teórico de tratamiento podría atentar contra criterios normativos, profesionales y de disponibilidad de recursos existentes en nuestra comunidad terapéutica.

Sin embargo, considerando el ámbito del sistema de Riesgos del Trabajo, donde los cuadros psicopatológicos se ven limitados a lo descripto precedentemente, es pertinente, acorde a la evidencia científica, proponer el abordaje terapéutico basado en técnicas con objetivos limitados, breves y focalizados.

Se entiende por terapia breve y focalizada aquella que posee un objetivo terapéutico claramente delimitado desde el inicio del tratamiento, orientado a la reducción de la sintomatología reactiva, la restitución funcional del trabajador y la prevención de la cronicidad.

Se detallan a continuación distintos tipos de tratamiento terapéutico con evidencia científica que ofician de guías para el otorgamiento de las prestaciones:

- Terapia cognitivo-conductual (TCC)
- Terapia centrada en el trauma (TCC-T)
- Terapia de exposición prolongada (TEP)
- Terapia de procesamiento cognitivo (TPC)

- Desensibilización y reprocesamiento por movimientos oculares (EDMR)

Otros tipos de terapia, como la terapia de aceptación y compromiso (ACT) y la terapia psicodinámica breve o terapia focal psicoanalítica (TFP) son abordajes alternativos que pueden ser seleccionados en función de criterios clínicos o de disponibilidad de recursos asistenciales.

1.4.3 Duración y frecuencia del tratamiento psicoterapéutico

Los protocolos de investigación y las guías clínicas internacionales establecen parámetros orientativos respecto de la duración de los tratamientos breves y focalizados. Desde el punto de vista empírico, los abordajes se ven condicionados por diversos factores, tales como los recursos del paciente, las comorbilidades, la adherencia y el compromiso con el tratamiento, así como el grado de severidad del cuadro.

Independientemente de ello, el tratamiento se caracteriza por tener un foco acotado y objetivos claramente definidos y una finalización planificada desde el inicio del tratamiento. Esto no impide que el profesional tratante pueda redefinir el tratamiento o considerar la continuidad de las prestaciones ante la agudización del cuadro clínico o ausencia de remisión sintomatológica.

El mínimo prestacional estará sujeto a la valoración realizada en la Evaluación en Salud Mental, estableciéndose los siguientes parámetros:

- Sintomatología Leve: requerirá abordaje psicoterapéutico, estableciéndose un bloque terapéutico mínimo de ocho (8) sesiones efectivamente realizadas.
- Sintomatología Moderada: abordaje psicoterapéutico y evaluación psiquiátrica para determinar prestaciones por la especialidad. Bloque terapéutico: doce (12) sesiones de psicoterapia efectivamente realizadas.
- Sintomatología Grave: abordaje psicoterapéutico acompañado con prestaciones en psiquiatría. Duración mínima: dieciséis (16) sesiones de psicoterapia efectivamente realizadas.

Cada sesión de psicoterapia deberá tener una duración no inferior a cuarenta (40) minutos.

La frecuencia de las sesiones será determinada por el profesional tratante, considerando las características del cuadro clínico y los objetivos terapéuticos, no pudiendo exceder un intervalo máximo de quince (15) días entre sesiones cuando la sintomatología sea leve o moderada, y de siete (7) días cuando la sintomatología sea grave.

A su vez, podrán indicarse tratamientos intensivos, con una frecuencia máxima de dos (2) sesiones semanales, siempre que dicha modalidad resulte clínicamente justificada y no interfiera con los fines terapéuticos.

1.4.4 Duración y frecuencia del tratamiento psiquiátrico

En función de la "Evaluación en Salud Mental", corresponderá intervención de un profesional psiquiatra en los siguientes casos:

- Sintomatología Moderada: evaluación psiquiátrica para determinar la necesidad de otorgar prestaciones por la especialidad.
- Sintomatología Grave: abordaje psicoterapéutico acompañado con prestaciones en psiquiatría.
- En los cuadros de mayor gravedad, el tratamiento psicoterapéutico solo podrá iniciarse una vez alcanzada la estabilización clínica del paciente, debiendo dejarse constancia de ello en el "Formulario de tratamiento por Salud Mental - Psiquiatría".

Cada sesión de psiquiatría deberá tener una duración no inferior a treinta (30) minutos.

La frecuencia de las sesiones será determinada por el profesional tratante, considerando las características del cuadro clínico y los objetivos terapéuticos.

La frecuencia del seguimiento psiquiátrico se ajustará a la severidad del cuadro clínico, estableciéndose como mínimos prestacionales los siguientes parámetros:

- Sintomatología Moderada: control psiquiátrico con una frecuencia no mayor a treinta (30) días.

- **Sintomatología Grave:** control psiquiátrico con una frecuencia no mayor a quince (15) días.

Pacientes bajo ajuste farmacológico o con riesgo clínico: podrán requerir una frecuencia mayor según criterio del profesional tratante.

Debido a que la duración del tratamiento depende de múltiples factores no existe un mínimo prestacional. No obstante, el tratamiento deberá extenderse hasta tanto la sintomatología haya remitido o hasta que el trastorno se haya consolidado por no existir alternativas terapéuticas disponibles.

Además, deberán respetarse las indicaciones para el uso de psicofármacos del siguiente apartado.

1.4.5 Pautas para el tratamiento psicofarmacológico

La prestación psicofarmacológica implica, en todos los casos, la planificación y ejecución de un proceso de titulación progresiva de la medicación, así como de su discontinuación gradual, conforme a las guías y prácticas de uso racional vigentes. En virtud de lo dicho, no podrá otorgarse el alta médica por la especialidad psiquiátrica sin haberse completado el proceso de retiro progresivo del esquema farmacológico, en aquellos casos, dosis y fármacos que así lo requieran.

1.4.6 Registro evolutivo e historia clínica

Considerando que el tratamiento debe poder flexibilizarse en función de la evolución clínica del paciente, podrá resultar necesario modificar o extender el plan terapéutico inicialmente indicado cuando el mínimo prestacional otorgado no haya sido suficiente para alcanzar la remisión sintomatológica. En tales casos, y siempre que aún existan instancias terapéuticas posibles, deberá confeccionarse un nuevo "Formulario de Tratamiento por Salud Mental".

Dicho formulario se utilizará tanto para extender el proceso psicoterapéutico, una vez cumplido el mínimo previsto para cualquiera de los niveles de severidad, como para consignar modificaciones en la modalidad de atención, la frecuencia de las sesiones y/o el esquema psicofarmacológico, de acuerdo con la evolución clínica y el criterio del profesional tratante.

Este formulario no exime al profesional tratante del registro de la Historia Clínica, acorde a la Ley 26.529, siendo necesario que conste:

- Datos del trabajador
- Descripción de la evolución de los síntomas
- Intervenciones terapéuticas detalladas
- Datos del profesional tratante

1.4.7 Fin del tratamiento por Salud Mental

El alta del trabajador por la especialidad de salud mental deberá ser otorgada exclusivamente por el o los profesionales tratantes.

La misma procederá una vez que se haya producido la remisión de la signo-sintomatología o se hayan agotado las instancias terapéuticas disponibles, debiendo dejarse expresa constancia de la eventual existencia de secuelas derivadas del accidente de trabajo y/o de la enfermedad profesional.

En caso de verificarse la presencia de una secuela psíquica, y conforme a lo establecido en la normativa vigente, deberá realizarse el estudio psicodiagnóstico o la interconsulta psiquiátrica correspondiente, confeccionándose el informe respectivo, cumpliendo con los contenidos mínimos exigidos para tal fin.

De igual modo, corresponderá efectuar dicho estudio a los fines de determinar la existencia y magnitud de la secuela psíquica en aquellos casos en que, al momento de cumplirse el plazo para la fijación de la incapacidad permanente, el trabajador continúe recibiendo prestaciones en salud mental.

2. Rehabilitación neurocognitiva (alteraciones cognitivo-conductuales)

El Decreto 549/25 incorpora las alteraciones cognitivo-conductuales como aquellas afecciones susceptibles de presentarse como consecuencia de lesiones del Sistema Nervioso Central (SNC), en relación con la magnitud de la noxa (traumatismo, intoxicación u otras), los antecedentes clínicos, los estudios complementarios realizados y las valoraciones neuropsicológicas y neuropsiquiátricas correspondientes.

Se trata de cuadros complejos que, especialmente en los de mayor gravedad, requieren indefectiblemente un abordaje interdisciplinario, pudiendo intervenir especialidades tales como neurología, psicología, psiquiatría, fisiatría, fonoaudiología, entre otras, en función de las necesidades clínicas del trabajador.

El presente apartado se circunscribe a la rehabilitación neuropsicológica, entendida como un conjunto de procedimientos destinados a recuperar, compensar o sustituir funciones cognitivas alteradas, con el objetivo de favorecer la autonomía funcional, la adaptación psicosocial y la reintegración laboral del trabajador. Dichos abordajes se sustentan, principalmente, en los principios de la neuroplasticidad, así como en la utilización de las habilidades preservadas como vía de compensación de los déficits.

Sin perjuicio de ello, resulta necesario destacar que la rehabilitación neuropsicológica no sustituye ni excluye otras intervenciones sobre la esfera psíquica, tales como la psicoterapia y los tratamientos psicofarmacológicos, las cuales resultan complementarias. Las primeras permiten abordar aspectos vinculados a la autoimagen, la autoestima, la frustración, la adaptación y el afrontamiento de las limitaciones funcionales, mientras que los segundos no sólo se orientan al tratamiento de trastornos del ánimo, sino también de alteraciones conductuales frecuentemente observadas en cuadros graves, tales como irritabilidad, agresividad, inhibición o conductas compulsivas.

La evidencia disponible demuestra que los abordajes integrales y holísticos se asocian a mejoras significativas en múltiples áreas del funcionamiento. Asimismo, estudios longitudinales señalan que, en ausencia de tratamiento específico, las secuelas cognitivas tienden a estabilizarse sin mejoría clínica relevante luego de un período aproximado de ocho (8) a doce (12) meses desde producida la noxa. Se ha demostrado que la rehabilitación neuropsicológica intensiva, debidamente indicada y sostenida en el tiempo, posibilita una recuperación funcional significativa, constituyendo una modalidad válida y eficaz para la recuperación y la reinserción del trabajador.

Atendiendo a la singularidad de los cuadros, el plan de trabajo deberá adaptarse a las necesidades particulares de cada paciente. A tal efecto, el presente protocolo establece los criterios conforme a los cuales deberá sustanciarse y justificarse el procedimiento, contemplando los aspectos que se detallan a continuación.

Para la exploración cognitiva deberán emplearse técnicas de cribado cognitivo validadas, tales como MMSE, MoCA, ACE-III y NEUROPSI. Adicionalmente, cuando el cuadro clínico lo requiera, podrán utilizarse técnicas específicas para la evaluación de funciones ejecutivas y atencionales, entre ellas *Trail Making Test*, *Stroop*, *Wisconsin Card Sorting Test*, *INECO Frontal Screening* y Figura Compleja de Rey, así como técnicas de evaluación funcional orientadas a determinar el impacto del déficit cognitivo en las actividades de la vida diaria, tales como FIM y WHODAS 2.0.

2.1 Situaciones que ameritan evaluación neurocognitiva

Deberá realizarse **obligatoriamente** una evaluación neuropsicológica cuando:

- el traumatismo de cráneo o encefalocraneano (TEC) haya sido de magnitud moderado o grave
- presente lesiones estructurales y/o focales listadas en el Decreto 549/25
- los estudios complementarios hayan mostrado alteraciones imagenológicas
- se evidencie, por parte de los profesionales tratantes de la ART/EA/Mutual, signo-sintomatología cognitivo-conductual que pueda vincularse con la contingencia

2.2 Casos excluidos

No requieren evaluación neurocognitiva el TEC leve sin alteración de la conciencia o con breve alteración, sin lesiones evidenciables en los estudios por imágenes ni déficits neurológicos focales.

2.3 Evaluación neurocognitiva

Evaluación realizada por un especialista en la materia, con la finalidad de determinar aquellos dominios que se encuentren afectados. Se deberá evaluar las funciones cognitivas esenciales (atención, memoria, funciones ejecutivas, lenguaje, praxias/visuopercepción, velocidad de procesamiento, cognición social) y el nivel funcional en las actividades de la vida diaria básicas e instrumentales

(AVDB/AVDI). Es decir, se debe detallar las consecuencias de la lesión en relación al funcionamiento cognitivo, trastornos de la conducta, de la personalidad y de las emociones. La evaluación inicial implica:

- Valoración premórbida
- Evaluación del déficit cognitivo
- Identificación de alteraciones emocionales y conductuales
- Nivel de dependencia del paciente

La evaluación inicial debe realizarse dentro de los **diez (10) días hábiles posteriores a la primera manifestación invalidantes** (PMI) o toma de conocimiento por parte de la ART/EA/Mutual. Dicho plazo podrá postergarse en caso de existir condiciones médicas que impidan su abordaje.

La administración de una batería neuropsicológica implica la utilización de técnicas de screening, específicas de las funciones cognitivas y, en los casos donde se evidencien alteraciones comportamentales, deberán utilizarse técnicas de evaluación conductual.

Los resultados de la evaluación deberán consignarse en un informe que deberá cumplir con los requisitos mínimos dispuestos en el Anexo II.

2.4 Rehabilitación neurocognitiva

En el caso de haberse detectado sintomatología durante la evaluación neurocognitiva derivada de la contingencia, se deberá detallar el plan de trabajo terapéutico. Dicho plan deberá registrarse utilizando el "Formulario de Tratamiento de Rehabilitación neurocognitiva" (Anexo II) y se confeccionará según la clasificación del compromiso de las funciones psíquicas evidenciado:

- **Compromiso Leve:** dificultades atencionales menores o de memoria episódica, sin alteraciones conductuales relevantes o cambios emocionales leves. Independencia funcional conservada.

- **Compromiso Moderado:** trastornos de atención sostenida, memoria operativa y/o funciones ejecutivas. Requiere apoyo parcial en actividades complejas. Cambios emocionales moderados. Disminución parcial de la independencia funcional.
- **Compromiso Grave:** déficit severo en uno o más dominios cognitivos (planificación, memoria episódica u otras funciones ejecutivas), con impacto significativo en la autonomía y el desempeño en actividades de la vida diaria.
- **Con alteraciones conductuales:** Presencia de alteraciones conductuales graves que requieren tratamiento especializado como por ejemplo desinhibición, apatía, impulsividad o sintomatología psicótica.

2.4.1 Diseño individualizado de tratamiento

Consiste en planificar y desarrollar los objetivos de las prestaciones (corto, mediano o largo plazo). Debe especificar, por cada dominio afectado, un objetivo. Es decir, se deben identificar déficits específicos y confeccionar el plan terapéutico adaptado al paciente, donde con estrategias restitutivas, compensatorias o sustitutivas para cada déficit.

2.4.2 Duración y frecuencia del tratamiento de rehabilitación neurocognitiva

Si bien la cantidad y la velocidad de la recuperación funcional no puede predecirse, estudios actualizados han demostrado que entre **cuatro (4) y doce (12) semanas** se pueden observar progresos cuantificables en dominios concretos cuando la intervención es intensiva. Se establece un mínimo prestacional de rehabilitación neurocognitiva, acorde al nivel de compromiso evidenciado, sin desafectar prestaciones de otras especialidades acorde a las necesidades del paciente:

- **Compromiso Leve:** ocho (8) sesiones de rehabilitación neurocognitiva efectivamente realizadas.
- **Compromiso Moderado:** dieciséis (16) sesiones de rehabilitación neurocognitiva efectivamente realizadas.

- Compromiso Grave: treinta y dos (32) sesiones de rehabilitación neurocognitiva efectivamente realizadas.

Las sesiones no podrán ser inferiores a cuarenta (40) minutos. La frecuencia mínima será de una (1) vez por semana para los compromisos leves y moderados, y de dos (2) veces por semana para los compromisos graves.

No existe un máximo de frecuencia debido a que, dependiendo el tipo de función o funciones que requieran rehabilitación, podrá incluso hacerse de manera diaria si así lo indica el especialista tratante.

Asimismo, deberá especificarse el lugar de implementación del tratamiento: entorno hospitalario con internación, centro de día, tratamiento ambulatorio, vivienda del trabajador, combinada, otra.

2.4.3 Aspectos afectivos-conductuales

Las alteraciones neuroconductuales pueden variar según la zona cerebral afectada, la gravedad de la lesión, los factores de riesgo predisponentes, pudiendo generar un deterioro en la calidad de vida del trabajador y su familia.

Las alteraciones a nivel de la personalidad, del estado del ánimo y/o la presencia de sintomatología psicótica requieren indefectiblemente un abordaje holístico e interdisciplinario.

En aquellos casos en que el compromiso cognitivo se encuentre acompañado de alteraciones del comportamiento o la afectividad, deberá indicarse evaluación con psicólogo y psiquiatra quienes, en caso de indicar tratamiento deberán confeccionar el "Formulario de tratamiento por salud mental" y seguir las pautas ya descriptas para dicho tratamiento.

En consecuencia, cuando se detecten alteraciones del comportamiento y/o de la afectividad, deberán incorporarse al proceso de rehabilitación cognitiva:

- evaluación neuropsiquiátrica que permita determinar los problemas emocionales y conductuales y establecer el tratamiento psiquiátrico y psicofarmacológico en caso de corresponder.

- tratamiento psicoterapéutico con el objetivo de adquirir habilidades de control, manejo/regulación emocional y conductual.

2.4.4 Condiciones generales para los tratamientos de rehabilitación cognitiva

En todos los tratamientos de rehabilitación neurocognitiva deberán respetarse las condiciones relativas al encuadre terapéutico, al vínculo terapéutico y al consentimiento informado. En aquellos casos en que se adopte la modalidad a distancia, deberá garantizarse, además, el cumplimiento de los requerimientos técnicos y la adecuada adaptación de las técnicas utilizadas.

Las presentes pautas resultan de aplicación obligatoria para toda prestación en el ámbito de la salud mental y se encuentran desarrolladas en los apartados precedentes del presente protocolo.

En relación con la modalidad de atención a distancia en los tratamientos de rehabilitación neurocognitiva, la misma podrá implementarse exclusivamente cuando no resulte posible la realización del tratamiento en forma presencial, circunstancia que deberá encontrarse debidamente fundamentada en la historia clínica.

2.4.5 Evaluación de seguimiento e Historia Clínica

El profesional tratante llevará el registro de la historia clínica, realizando registros sistemáticos, sin perder de vista los requerimientos de la Ley 26.529. Algunos aspectos necesarios son:

- Datos del trabajador
- Descripción detallada de la evolución de los síntomas
- Intervenciones terapéuticas detalladas
 - se mantienen los resultados del entrenamiento de una sesión a otra, empleando los mismos materiales y situaciones
 - progresos conseguidos en tareas similares que requieran de las mismas habilidades
 - transferencia de habilidades adquiridas
 - modificaciones ambientales
- Datos del profesional tratante

2.4.6 Fin de tratamiento

Una vez cumplido el mínimo prestacional previsto, el profesional tratante podrá poner fin a las prestaciones dada la recuperación del trabajador, o bien cuando se evidencie estancamiento de las funciones afectadas, sin potencial de mejora significativa con tratamiento de rehabilitación.

En caso de constatare la existencia de una secuela, y conforme a lo establecido en la normativa vigente, deberá realizarse la Evaluación Neurocognitiva correspondiente, a fin de determinar las funciones comprometidas y el grado de incapacidad resultante.

2.4.7 Participación activa de la familia

Los familiares suelen ser un elemento sustancial, operando como co-terapeutas, ayudando a reforzar estrategias compensatorias y a mantener la continuidad del proceso.

Su integración quedará sujeta a las necesidades del profesional tratante, debiendo quedar asentada la historia clínica y acorde al nivel de dependencia que presente el trabajador producto de la alteración cognitiva-conductual.

3. Casos crónicos

Serán considerados casos crónicos, derivados de afecciones del aparato psíquico, aquellas secuelas que cumplan con las siguientes condiciones:

- Desarrollo Vivencial Anormal (DVA): con sintomatología psicótica y requerimiento de prestaciones psicofarmacológicas.
- Alteraciones cognitivo-conductuales (SNC): afecciones totales de la personalidad y/o del razonamiento/juicio, acompañada de una alteración grave del pensamiento.

4. Cuadro resumen: Mínimos prestacionales

Mínimos prestacionales indicados para los tratamientos realizados por especialistas en Salud Mental

Psicoterapia (RVA)

RVA	Cantidad	Duración	Frecuencia máxima	Frecuencia mínima
Sintomatología leve	8 sesiones	40 minutos	2 veces por semana	2 veces por mes
Sintomatología moderada	12 sesiones	40 minutos		
Sintomatología grave	16 sesiones	40 minutos		1 vez por semana

Psiquiatría (RVA)

RVA	Cantidad	Duración	Frecuencia máxima	Frecuencia mínima
Sintomatología leve	No corresponde			
Sintomatología moderada	Indicada por el profesional tratante	30 minutos	1 vez por semana	1 vez por mes
Sintomatología grave	Sin mínimo	30 minutos		2 veces por mes

Rehabilitación neurocognitiva (ACC)

ACC	Cantidad	Duración	Frecuencia máxima	Frecuencia mínima
Compromiso leve	8 sesiones	40 minutos	Sin máximo semanal	1 vez por semana
Compromiso moderado	16 sesiones	40 minutos		1 vez por semana
Compromiso grave	32 sesiones	40 minutos		2 veces por semana
Con alteración conductual	Se aplica el mismo criterio de mínimo prestacional según gravedad establecido para las RVA			

PROTOCOLO DE PRESTACIONES EN SALUD MENTAL

Redes Sociales: SRTArgentina

www.argentina.gob.ar/srt

Sarmiento 1962 | Ciudad Autónoma de Buenos Aires



República Argentina - Poder Ejecutivo Nacional
Año de la Grandeza Argentina

Hoja Adicional de Firmas
Anexo

Número:

Referencia: ANEXO I - Expediente EX-2026-05503128-APN-GACM#SRT

El documento fue importado por el sistema GEDO con un total de 21 pagina/s.