

VALORACIÓN DEL DAÑO PSÍQUICO OCASIONADO  
POR ACCIDENTE DE TRAFICO

Joaquín Jorge Pastor Sirera

Psicólogo Clínico  
Clínica de Psicología y Salud – Xàtiva

Valencia, Junio de 1999

## **concepto de daño psíquico**

Los diversos accidentes y sucesos que provocan daño corporal, pueden determinar en diversos casos, adicionalmente, un perjuicio emocional y un daño psíquico de intensidad y condición variables en función de diversos factores.

De acuerdo con Gisbert y Gisbert (1998), el término daño supone la noción de un menoscabo o detrimento sobrevenido respecto de una situación previa más favorable. En derecho se emplea como sinónimo de perjuicio sufrido por una persona. Este perjuicio puede ser material o moral (patrimonial o extrapatrimonial, respectivamente).

Respecto al *daño moral*, García Blazquez (1997) cita la siguiente definición: "Privación o disminución de aquellos bienes que tienen un valor en la vida del hombre, que son la paz, la tranquilidad del espíritu, la libertad individual, la integridad física, el honor y los más sagrados afectos, ya sea que se caracterice el daño moral como la lesión sufrida en los derechos extrapatrimoniales o como el que no menoscaba el patrimonio, pero hace sufrir a la persona en sus intereses morales tutelados por la ley, o el que se refiere a los sentimientos, a la integridad física o espiritual o a las afecciones legítimas".

Gisbert y Gisbert (1998) definen *daño psíquico* como "todo aquel deterioro de las funciones psíquicas producido generalmente de forma súbita e imprevista, cuando puede reclamarse jurídicamente una responsabilidad, porque en la causación del mismo ha intervenido una conducta intencional o imprudente, o bien cuando existen mecanismos legales privados (seguros de accidentes) o de protección social frente a los infortunios".

## **necesidad e importancia de la valoración del daño psíquico (VDP)**

Villanueva (1995) señala que la VDP es una de las prácticas más difíciles, frecuentes y controvertidas.

*Más frecuentes*, porque considerando exclusivamente el daño derivado de las lesiones directas sobre el sistema nervioso central en los accidentes de tráfico, trabajo y domésticos, nos encontramos con que el número total de accidentes de tráfico con víctimas oscila en España alrededor de 100.000 y de ellos el 70% presentan un traumatismo craneoencefálico (TCE). Los accidentes de trabajo con baja laboral son alrededor de 710.000, de ellos 13.500 graves. Un porcentaje muy alto tiene repercusiones craneoencefálicas. El TCE supone la primera causa de muerte por trauma de menores de 40 años, y el 75 % de las muertes por accidente de tráfico lo son por lesión cerebral.

*Más difíciles y controvertidas*, siguiendo las consideraciones de Gisbert y Gisbert (1998):

1. Existen abundantes problemas en la nosología psiquiátrica que dificultan un trabajo diagnóstico fiable. No existe una unidad de criterio respecto a la terminología y la clasificación diagnóstica de trastornos mentales.
2. Resulta enormemente complejo objetivar el daño psíquico, mucho más que en otro tipo de lesiones, dependiendo de la subjetividad inevitable y del criterio personal del perito a la hora de interpretar los datos de la exploración.
3. Dificultad de la cuantificación del daño. Los baremos son extraordinariamente difíciles de aplicar en casos en que el objeto del problema es un cambio psíquico.
4. Los criterios clásicos en lo que se refiere al establecimiento del nexo de causalidad (cronológico, anatómico, cuantitativo, etc.) no son claramente aplicables en el caso del daño psíquico. La determinación del estado anterior entraña especial complejidad.

5. Puede existir una cierta confusión o solapamiento entre las secuelas psíquicas y neurológicas, que se refleja también en una falta de sistematización en los baremos.

6. Posibilidad de simulación. Los eventos traumáticos que pueden dar origen a algún tipo de compensación favorecen la posibilidad de simulación, lo que condiciona al profesional a la hora de evaluar la naturaleza de las secuelas.

### **origen de los cuadros psíquicos postraumáticos**

Gisbert y Gisbert (1998) señalan que cuando nos planteamos la valoración de las alteraciones psíquicas que tienen su origen en un traumatismo, debemos tener en cuenta la distinción entre:

1. El traumatismo puramente físico, la lesión anatómica (cerebral) con su correlato funcional.
2. El trauma psíquico o emocional que comporta todo evento en el que la persona ve amenazada su vida o su integridad física o psíquica.

Podría parecer, a priori, que cuanto mayor sea el traumatismo físico, mayor será el trauma psíquico, pero en realidad, es la vivencia subjetiva, la forma en que el sujeto inicialmente asimila y procesa el suceso traumático la que tiene en última instancia mayor influencia en el resultado del posible daño postraumático del accidente (Borobia, 1998).

El daño corporal puede radicar directamente en el sistema nervioso central (daño cerebral) o en cualquier otra estructura somática (cervical, etc.) Por lo que se refiere al daño puramente psíquico, influyen una serie de factores (Gisbert y Gisbert, 1998):

1. Constitución personal (Hiperemotiva de Dupré)
2. Percepción del traumatismo:
  - a) consciencia del mismo.
  - b) Amenaza de la integridad del sujeto (Violencia, etc.)
3. Vivencia de lo injusto (responsabilidad ajena, no suceso fortuito)
4. Vivencia del deterioro, actitud reivindicativa.
5. Refugio en la enfermedad.

### **principales cuadros clínicos**

#### **A. DAÑO PSÍQUICO SECUNDARIO A LESIÓN CEREBRAL**

Siguiendo a Lachica (1997) podemos señalar que la patogenia de las secuelas psíquicas postraumáticas permanece desconocida, pues se asienta sobre sutiles disturbios del metabolismo neuronal y del funcionamiento de la personalidad premórbida en su conjunto, por ello es difícil precisar la "cuantía de contribución", entre factores de tipo orgánico y psicológico. Los cuadros principales que pueden sobrevenir de manera secundaria a una lesión cerebral son fundamentalmente cuatro (Lishman. 1987): Deterioro cognitivo, Cambios de personalidad, psicosis y neurosis.

Gelder, Gath y Mayou (1989) se basan en unos criterios puramente cronológicos, distinguiendo entre:

Efectos psicológicos agudos, que incluyen el deterioro de conciencia, la amnesia postraumática (anterógrada) y la amnesia retrógrada y efectos psicológicos crónicos, que engloban el deterioro cognitivo, los cambios de personalidad. los síntomas emocionales, los síndromes esquizofreniformes o los afectivos, las consecuencias sociales de la lesión cerebral.

En general, los cambios de carácter, junto a las manifestaciones neuróticas, son los trastornos más comunes, mientras que los defectos cognitivos suelen ser los menos frecuentes entre las secuelas de tipo psiquiátrico.

a) Cambio de personalidad.

Los cambios de personalidad implican una alteración de las actitudes y patrones de comportamiento habituales del sujeto. Pueden aparecer como secuela después de una lesión cerebral y constituyen sin duda uno de los efectos post-traumáticos más angustiantes o ansiógenos para los familiares de las víctimas. Los pacientes suelen ser conscientes de los cambios en sí mismos, aunque a menudo se olvidan de ello. Generalmente se deben a lesiones cerebrales que afectan a las porciones neocorticales del sistema límbico (polo frontal, órbita-frontal y regiones temporales anteriores). Las pautas más comunes del cambio se pueden incluir dentro de los siguientes tipos:

*Síndrome pseudopsicopático:* Se caracteriza por labilidad emocional, mal control de impulsos, conducta socialmente inapropiada y brotes de beligerancia o llanto con nula o escasa provocación.

La forma más común de cambio de carácter consiste en el *síndrome frontal o de Moria*, caracterizado por euforia jocosa, egocentrismo, tendencia a la satisfacción inmediata de los apetitos, indiscreción y falta de tacto social. El sujeto carece de la capacidad de administrar el dinero; en el terreno sexual, tiende a la obscenidad, y en la comida, a la hiperfagia.

*Síndrome pseudodepresivo:* Va asociado a la apatía, indiferencia, pérdida de interés por las actividades habituales de la persona y falta de preocupación por lo que sucede en su entorno.

b) Psicosis después de lesión cerebral.

Meyer estableció en 1904 la primera clasificación de los problemas psíquicos derivados de los traumatismos craneales, en los que el traumatismo se interpreta como factor desencadenante de las psicosis.

El papel etiológico de la lesión a veces no está claro, especialmente cuando ha habido un lapso de tiempo importante entre el desarrollo del cuadro y la lesión. Existen varias posibilidades de explicación. Los daños cerebrales por sí mismos pueden contribuir directamente al desarrollo de un trastorno, pero también pueden actuar como agente precipitante en individuos predispuestos; o bien, la lesión cerebral puede predisponer a trastornos psicóticos por alteración de los patrones de reacción al estrés. La visión generalmente aceptada es que una predisposición constitucional a la psicosis es el factor más importante en la mayoría de los casos de esquizofrenia o psicosis afectiva consecutiva a lesión cerebral.

*Esquizofrenia después de lesión cerebral:*

Diversas formas de esquizofrenia (hebefrénica, paranoide, catatónica) han sido registradas después de una lesión cerebral. Las formas paranoides suelen ser las más frecuentes. Existen una serie de condiciones necesarias para establecer el diagnóstico de esquizofrenia postraumática, que son las siguientes:

-que el traumatismo craneal tenga una intensidad suficiente como para inducir un síndrome confusional inmediato.

-que la esquizofrenia presente predominancia notable de signos productivos, particularmente ideas delirantes. El delirio paranoide constituye el problema central de la esquizofrenia postraumática. La aparición de la sintomatología delirante tiene ciertos límites, pues la duración del mismo no podrá exceder de un año.

La secuencia evolutiva de la esquizofrenia postraumática se corresponde con el siguiente esquema: traumatismo craneal-síndrome confusional-síndrome disociativo-delirio paranoide.

### *Psicosis Paranoide*

La temática delirante de esta psicosis suele ser de ideas de persecución o infidelidad matrimonial. Aparece generalmente en individuos de edad media y no se asocia a daño cerebral importante, ni tiene predisposición por asentarse sobre una región concreta del cerebro.

### *Psicosis Esquizoafectiva*

Esta forma de psicosis puede aparecer con más o menos gravedad tanto en presencia como en ausencia de signos objetivos de daño cerebral. Es un cuadro en el que se aúnan síntomas propios de las esquizofrenias (sentimientos de influencia y robo del pensamiento, alucinaciones, angustia y perplejidad psicótica) con alteraciones propiamente afectivas. Son de presentación y remisión fásica y presentan pocos síntomas defectuales una vez pasada la fase patológica. La psicosis depresiva suele ser más frecuente que la hipomanía.

### *Psicosis epiléptica*

Las psicosis epilépticas son síndromes paranoide y psicosis esquizofreniformes que, aunque posibles, son de aparición infrecuente. Según Roger et al. (1987) para considerar una epilepsia como postraumática, es necesario que se den ciertas condiciones:

- 1) Han de advertirse claramente signos de crisis epiléptica en el sujeto afecto, y no será suficiente la existencia de signos electroencefalográficos sin una clínica importante; se debe hacer el diagnóstico diferencial con las crisis histéricas, que pueden simular cuadros de tipo epiléptico.
- 2) Es importante considerar el estado anterior del sujeto, es decir, la existencia o no de epilepsia antes del traumatismo.
- 3) Hay que asegurarse de que la epilepsia no sea debida a otras causas. Una situación particularmente frecuente es la aparición de una epilepsia alcohólica después de un traumatismo craneal.
- 4) En definitiva, es necesario que el traumatismo craneal invocado como causa de la epilepsia ulterior cumpla las condiciones necesarias para que pueda admitirse que ha podido acompañarse de una contusión de la sustancia gris encefálica susceptible de originar una lesión cicatrizal epiléptica. Sin contusión cortical, no puede aparecer una epilepsia postraumática.

### c) Neurosis post-traumatismo cerebral

Numerosos trabajos han resaltado la importancia que podrían tener pequeñas lesiones cerebrales no evidenciables con las técnicas de exploración actuales en la génesis de los síntomas postraumáticos craneales. Estas lesiones intervendrían no sólo directamente, sino a través de una disminución general de la resistencia que permitiría al sujeto expresar claramente los rasgos de su personalidad anterior.

Existen tres razones fundamentales que justifican la etiología psicógena de los síntomas (Lopez de Lamela, 1994):

- desarrollo y exacerbación de los síntomas después de varias semanas o meses del trauma, lo cual es difícil de explicar bajo bases orgánicas.
- algunos de los síntomas que se desarrollan (ansiedad, depresión), no son fácilmente explicables por causas orgánicas.
- varias de las quejas somáticas más obvias (vómitos, náuseas, visión borrosa) duran poco.

Las neurosis traumáticas representan la secuela psiquiátrica más común después de una lesión cerebral. Se incluyen aquí un gran número de desajustes emocionales tales como la depresión (de menor intensidad que en las psicosis afectivas): estados de tensión y ansiedad, a menudo con sintomatología fóbica; reacciones neurasténicas, con fatiga; irritabilidad y sensibilidad al ruido; algunos casos de histerias de conversión y de neurosis obsesiva; y, lo más común de todo, una gran variedad de molestias somáticas que incluyen dolor de cabeza y sensación de vértigo o mareo.

La *irritabilidad* es la más frecuente de las consecuencias emocionales de la lesión. El paciente suele ser irascible, y estricto en materia disciplinaria. Puede haber incluso una pérdida importante del control de la agresión. Se ha observado una frecuente asociación con síntomas no orgánicos, tales como depresión, ansiedad y dolor de cabeza post-traumático.

#### d) Deterioro Cognitivo

El deterioro cognitivo es, prácticamente siempre, el resultado de un daño directo sobre el tejido cerebral, ya que las lesiones de menor importancia suelen acompañarse de una recuperación intelectual completa.

Las alteraciones de la esfera intelectual secundarias a lesión cerebral sólo en muy escasas ocasiones llegan a presentar la necesaria intensidad como para alcanzar un estado de demencia. Sus manifestaciones más frecuentes son la disminución de las capacidades de concentración y fijación, la lentificación psíquica, la fatigabilidad y el déficit en la aptitud abstracta. Sin embargo, el pronóstico no debería evaluarse hasta dos o tres años después de haber ocurrido la lesión.

El criterio para considerar que el deterioro intelectual es secundario al TCE es de tipo cronológico, variando según la clase de lesión: (1) En las *lesiones cerebrales cerradas* el límite para considerar que la amnesia post-traumática no va seguida de deterioro intelectual suele estar en torno a las 24 horas. Sin embargo, (2) en las *heridas penetrantes* o en las *fracturas craneales*, la duración de dicha amnesia es una guía menos fidedigna. El pronóstico está ligado a la edad y la localización de la lesión, siendo peor cuando asienta sobre el hemisferio cerebral dominante. En algunas ocasiones raras se advierte un grado de demencia persistente no correlacionada con la gravedad de la lesión ocurrida. Ello debería ponernos sobre aviso de la posibilidad de un hematoma subdural, una hidrocefalia normotensiva o una demencia presenil o senil.

#### *Deterioro Intelectual Generalizado*

Después de lesiones cerebrales cerradas, el deterioro intelectual suele ser global, y afecta a una amplia gama de funciones cognitivas. La demencia post-traumática se acompaña habitualmente de hemiparesias, tetraparesias u otros desajustes neurológicos importantes. Algunos enfermos muestran apatía y disartria. Después de la recuperación puede aparecer labilidad emocional.

#### *Deterioro Cognitivo Focal*

Suele acaecer más frecuentemente después de heridas penetrantes que de lesiones cerebrales cerradas. Puede persistir un deterioro selectivo de la memoria después de una restitución excelente de otras funciones intelectuales, lo que constituye el llamado síndrome de Korsakoff post-traumático.

El daño sobre el hemisferio cerebral dominante se asocia a dificultades en el lenguaje y la comprensión, producción del habla, lectura, escritura y delecto. Las lesiones en el hemisferio no dominante conllevan dificultades en la visión y en la función espacial, incluidos efectos gnósticos viso-espaciales y alteraciones en la orientación topográfica.

### B. DAÑO PSÍQUICO SECUNDARIO A IMPACTO EMOCIONAL

Los efectos psicológicos del trauma pueden manifestarse en una serie de síntomas somáticos persistentes que carecen de una base orgánica demostrable, o bien por trastornos emocionales como ansiedad y depresión, y también por una combinación de síntomas físicos y psicológicos. La complejidad de estas reacciones se refleja en toda una serie de etiquetas diagnósticas (neurosis de compensación, de accidente, síndrome post-conmocional, trastorno de estrés postraumático, etc.) asignadas a estos síntomas, que no son objetivables desde el punto de vista anatómico, y que tienen un importante componente de trastorno subjetivo presuntamente producido por la lesión. El hecho de faltar una base orgánica origina el primer problema de diagnóstico diferencial: simulación-enfermedad, y en este último supuesto si se

trata de un estado preexistente o desencadenado por elementos exógenos relacionados con las lesiones.

Veamos algunos de los cuadros más frecuentes:

### **1. Neurosis Traumáticas:**

El concepto de neurosis postraumática ha estado tradicionalmente vinculado al tema de la indemnización, la compensación económica.

Según Iruela(1996) la denominación de estas neurosis es un término descriptivo, vago, impreciso, y poco afortunado que viene a designar una serie de síntomas de carácter ansioso (insomnio, algas, irritabilidad, cefaleas, ánimo depresivo, etc.) que aparecen tras un traumatismo de consecuencias, por lo general, leves o moderadas.

De acuerdo con Gisbert y Gisbert(1998), serían neurosis *patomímicas*, consecutivas al deseo más o menos consciente de hallarse enfermo, para alcanzar determinada finalidad, generalmente relacionada con la compensación económica.

Iruela (1996) afirma que lo que destacaría en ellas es su inespecificidad, es decir, la ausencia de síntomas y signos clínicos propios, a excepción de la situación en la que aparecen: se presentan siempre cuando existe alguien que tiene la obligación de indemnizar y no se asocian a otras situaciones accidentales.

Estos trastornos han recibido diversas denominaciones : neurosis de deseo, de seguro, de accidente, de renta, de compensación, de ganancia secundaria, sinistrosis (Brissaud), simulación inconsciente, histeria traumática, etc.

Existe un considerable desacuerdo y debate acerca de la naturaleza de la etiopatogenia de estos problemas: ¿Son alteraciones orgánicas? (especialmente en el caso de los TCE y sus síntomas subjetivos y vegetativos) ¿Son trastornos psicológicos o psicógenos? o ¿Son puras y simples simulaciones?

Siguiendo a Iruela (1996), podemos definir varios conceptos:

1. Simulación: Invención consciente e intencional de síntomas.
2. Sobresimulación: Exageración o deformación de síntomas genuinos.
3. Neurosis: Tomada en el sentido restringido de que los síntomas no están bajo control consciente, sino que son producidos por el deseo inconsciente de producirlos (por ejemplo, para ser indemnizado)
4. Trastorno facticio: Producción intencional de signos clínicos comprobables (hipoglucemia provocada con antidiabéticos orales,etc.) lo que se persigue es adoptar el papel de enfermos y disfrutar de los beneficios que de ello se deriven.

Aspectos diversos este continuo se suelen o se pueden encontrar en los diversos casos de neurosis traumáticas.

Algunas formas clínicas: Gisbert y Gisbert (1998):

Neurosis de "susto": Respuesta a la vivencia de una situación límite, bien porque el accidente fue positivamente mortal o porque fue vivido como si así lo fuera, con desorientación, reacciones de sobresalto, obnubilación de la conciencia, distracción, amnesia, pesadillas, irritabilidad, etc. Sería equivalente al *Trastorno por estrés agudo* del DSM-IV, con una duración cercana al mes desde el episodio traumático. No entraría propiamente en el grupo de neurosis traumáticas tal y como son definidas por Iruela, sino que sería un trastorno próximo al PTSD con una duración limitada.

Neurosis de derecho: Manifestación neurótica querulante, con abundantes molestias hipocondríacas, como cefaleas, sensaciones cardíacas subjetivas e insomnio. Podríamos

conceptualizar este trastorno en función de las características que señala Iruela para la generación de síntomas simulados:

- Temen a no ser bien atendidos
- Temen a no ser tomados en serio
- Quieren obtener alguna ganancia material o psicológica
- Creen merecer alguna compensación y suponen que no les será concedida por la levedad de la enfermedad.

Sinistrosis : Según Besançon y Dubois-Bonneford (1996) es la aparición, sin fundamento objetivo, en una situación de perjuicio y reivindicación, de un deseo de compensación tras un traumatismo leve o nulo. Una vez acordada la reparación, sea cual fuere la tasa, nunca le parece suficiente al sujeto, que multiplica sus demandas de pericias, apelaciones, etc.

Definición de Brissaud: "Estado mental particular de ciertos accidentados que exageran su impotencia funcional, prolongan anormalmente su incapacidad funcional, enriquecen las secuelas objetivas -frecuentemente mínimas- de su accidente con una serie de datos subjetivos y sobre todo manifiestan sus tendencias reivindicativas cada vez más desarrolladas en vista a conseguir la máxima indemnización por el perjuicio causado. Es, pues, una especie de delirio razonante, fundado en la falsa idea de reivindicación".

Giner y Guija (1997), tras revisar las concepciones clásicas de los síndromes subjetivos y las neurosis de renta postraumáticas, concluyen señalando dos puntos esenciales:

A) Las razones que aduce un sujeto para manifestar su actitud de renta parten de la **vivencia de insuficiencia** ante situaciones de esfuerzo, nacida a raíz del accidente. La vivencia de insuficiencia y su variada manifestación (cefaleas, sensaciones vertiginosas, gran fatigabilidad, etc.) constituye la esencia de la que arranca la actitud de renta. Si no existen síntomas, no es posible hablar de neurosis de renta, ni tampoco de actitud rentista. Sin síntomas de base, habría que pensar en una simulación.

B) Las neurosis de renta, aunque han sido frecuentemente nombradas por los autores clásicos, se constituyen en función de una perspectiva legal sin la cual pierden su sentido, de tal forma que no se trata de un concepto médico en sentido estricto sino médico-jurídico, aunque sin llegar a ser una verdadera situación jurídica como ocurre con los trastornos mentales transitorios.

Los autores citados se plantean (p. 35): ¿Es posible la evolución del concepto actual de neurosis de renta?

Si nos atenemos a clasificaciones como el DSM-III-R o el DSM-IV, debemos considerar una respuesta afirmativa. En ambas, comprobamos la inexistencia del término o de una entidad nosográfica que sea etiopatogénica y clínicamente similar o parecida a la concepción clásica. Es decir, desde el punto de vista nosográfico no se incluye dentro de ningún grupo por entender que ya no se trata de una elaboración inconsciente o psicológica, sino de una **actitud psicológica** en la que como factor predisponente no se requiere necesariamente una personalidad patológica, sino que ésta puede ser de cualquier tipo. Como factor desencadenante debemos considerar cualquier experiencia traumática que provoque vivencias de insuficiencia corporal y vulneración de derechos.

Los factores socioculturales serán determinantes, adquiriendo especial importancia el significado del trabajo y la universalización de las indemnizaciones, de tal forma que, cuanto mayor sea el grado de vocación, satisfacción y compenetración con el trabajo, menor probabilidad de aparición de síntomas; por otro lado, dada la tendencia actual al derecho de indemnización, mas frecuente será la posibilidad de reclamaciones por cualquier experiencia traumática.

**Clínicamente**, será posible considerar cualquier trastorno físico o psíquico modificable por causas psicológicas. Así, la actuación del perito será el reconocimiento del lesionado para que una vez estudiado el mismo y diagnosticado un cuadro concreto (Ej. trastorno por



somatización, trastorno disociativo, trastorno de estrés postraumático, etc.), establecer relación de causalidad con el traumatismo y proceder a la indemnización sin tener en cuenta si nos encontramos ante una neurosis de renta clásicamente entendida o no.

## **2. Trastorno por estrés postraumático**

Según el DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994) el trastorno de estrés postraumático aparece cuando la persona ha sufrido -o ha sido testigo de- acontecimientos caracterizados por muertes o amenazas para su integridad física o la de los demás, y cuando la reacción emocional experimentada implica una respuesta intensa de miedo, horror e indefensión.

Es decir, que serían determinantes tanto las propiedades del suceso como la valoración del mismo por la víctima. Los sucesos desencadenantes suelen ser las catástrofes, accidentes de tráfico, el diagnóstico de enfermedades graves o las agresiones causadas intencionalmente por otras personas (violación, terrorismo, maltrato familiar, etc.)

Determinantes (Borobia, 1998):

- percepción de amenaza para la vida
- violencia física sufrida
- sentido de impotencia

Factores moduladores (Echeburúa y Corral, 1998):

- circunstancias del suceso
- vulnerabilidad psicológica
- historial de sucesos previos
- estabilidad emocional anterior
- apoyo social y familiar

Factores de riesgo para desarrollar PTSD tras un suceso traumático (Borobia, 1998):

- mayor en hombres
- interrupción de las relaciones con los padres
- ansiedad y depresión previas
- antecedentes familiares de ansiedad

Hay tres aspectos centrales en este cuadro clínico:

a) La reexperimentación persistente del suceso, en forma de recuerdos, imágenes, percepciones o pensamientos que invaden la conciencia y provocan malestar intenso, así como sueños, pesadillas, y sensaciones de estar reviviendo la experiencia, que pueden incluir ilusiones, alucinaciones y episodios disociativos de flashback.

b) Evitación conductual y cognitiva de estímulos asociados al trauma y embotamiento de la reactividad general del individuo (ausente antes del trauma), que se reflejan en:

- esfuerzos para evitar pensamientos, sentimientos o conversaciones sobre el suceso traumático
- evitación de actividades, lugares o personas que motivan recuerdos del trauma
- incapacidad para recordar algún aspecto importante del suceso
- reducción del interés o participación en actividades significativas
- sensación de desapego o enajenación frente a los demás
- restricción de la vida afectiva
- sensación de un futuro desolador

c) Respuestas persistentes de hiperactivación (ausentes antes del trauma) que se manifiestan en:

- dificultades para conciliar o mantener el sueño
- irritabilidad o ataques de ira
- dificultades para concentrarse
- hipervigilancia
- respuestas exageradas de sobresalto

En general, el cuadro clínico tiende a ser más grave y duradero cuando el suceso sufrido es más intenso y cuando las causas son obra del ser humano y no meramente accidentales: la percepción de incontrolabilidad es mucho mayor en estos casos (Echeburúa y Corral, 1998).

Borobia (1998), ha señalado que este trastorno no debe ser diagnosticado a menos que esté totalmente claro que ha aparecido dentro de los seis meses posteriores al suceso traumático. Sin embargo, existe evidencia de que puede darse un comienzo demorado del problema (Briggs, 1993), incluso más allá de un año después del suceso (Buckley, Blanchard y Hickling, 1996), en que el trastorno podría permanecer latente para manifestarse posteriormente en función de diversas circunstancias, como una experiencia de accidente de otras personas o una exposición súbita a estímulos desencadenantes. Bofill (1999) refiere el siguiente caso:

*En mi experiencia consta el caso de una chica de 17 años que sufrió atropello con lesiones de entidad al circular en un ciclomotor; aunque precisó de ingreso hospitalario y precisó 3 meses para su restablecimiento y reintegrarse a su centro escolar, no mostró ningún cambio de conducta, siguió manteniendo sus relaciones sociales y el nivel de rendimiento en sus estudios no se alteró. Sin embargo, 8 meses después del siniestro descrito, al ir a pasear su perro, fue testigo de como éste moría atropellado por un vehículo; este siniestro le hizo revivir su propio atropello, y desarrolló de forma aguda un Síndrome de Estrés Postraumático, referido a su propio accidente, que alcanzó tal intensidad, que precisó internamiento en un centro psiquiátrico, alteró sus patrones habituales de conducta, modificó sus relaciones sociales y familiares, y su rendimiento escolar se vio seriamente afectado, precisando más de 1 año para superar el trastorno psiquiátrico.*

### **controversia acerca de la naturaleza de las neurosis traumáticas**

Nos encontramos ante un tema tremendamente complejo y polémico, en el que resulta imposible realizar generalizaciones que se cumplan en todos los casos, por lo que la conclusión obvia y necesaria es que hay que tratar de realizar un trabajo pericial exhaustivo y detallado que permita fundamentar adecuadamente los dictámenes. No obstante, la evidencia existente parece apuntar hacia las siguientes conclusiones:

Respecto a las neurosis postraumáticas, Bornstein, Besançon y Dubois-Bonneford (1996) resumen algunas de las ideas que actualmente se aceptan en psiquiatría traumática:

1. En el pasado se ha atribuido demasiada importancia al estado anterior, estado que se suponía existía en todos los casos, (bajo la forma de un estado neurótico no reconocido en el momento de la valoración pericial, o bajo la forma de un estado mórbido fragilizante).
2. Existen auténticas neurosis postraumáticas, y se han comunicado casos de sujetos indemnes de trastornos neuróticos previamente a los traumatismos inductores.
3. La noción de terreno o predisposición, invocado por los antiguos autores, no debe tener como efecto el negar el papel de los traumatismos.
4. Sentadas estas bases, conviene extraer las consecuencias de los siguientes argumentos: dejar de sospechar que los sujetos afectados de neurosis de aparición postraumática son enfermos antes o en potencia, admitir con mayor libertad que un estado neurótico puede estar inducido por un traumatismo (principalmente con ocasión de un accidente de tráfico), por último, indemnizar ampliamente estos estados con todas sus consecuencias: baja laboral, sufrimientos experimentados, incapacidad funcional (IFP), incapacidad profesional, etc.

A este respecto, Bornstein (1996, p. 73) ha precisado que:

*La individualización de los estados de estrés diferidos y duraderos se ha estandarizado también en el DSM-III y su versión revisada. Esto reafirma nuestra postura, que consiste en matizar la referencia dogmática respecto al estado anterior y en valorizar el llamado periodo de latencia, con la finalidad de permitir una estimación equitativa del traumatismo psíquico en una patología reactiva, que de apreciarse paralelamente a los daños somáticos, no tienen el monopolio de la indemnización. En resumen, hay que desterrar la abundante terminología peyorativa empleada en la traumatología medicolegal, raíz de una sospecha sistemática de utilitarismo que no ayuda en absoluto a avanzar en el debate. Ciertamente, los “tramposos” existen, pero esto no debe servir de excusa para justificar la ausencia de la oportuna atención por parte del perito.*

Bloor (1990) tras revisar una serie de estudios sobre incidencia de trastornos psicológicos tras lesiones cervicales, craneo-encefálicas y de espalda, concluye que:

1. Las reacciones psicológicas al trauma aparecen en una variedad de formas cónicas. No hay evidencia de una respuesta simple; el diagnóstico diferencial implica una cuidadosa evaluación psiquiátrica, y en algunos casos es necesario aplicación de tests psicológicos.
2. La compensación económica y el factor indemnización no tienen un peso determinante en el desarrollo de los cuadros postraumáticos. No hay evidencia suficiente para afirmar que los síntomas desaparezcan tras la compensación y la resolución de los litigios.

En este sentido, es importante destacar como afirman Mayou, Tyndel y Bryant (1997), en un estudio longitudinal a 5 años después de un accidente de tráfico, que cuadros como la ansiedad asociada a la conducción (con o sin PTSD comórbido) son problemas poco reconocidos en la práctica clínica, y suelen ser vistos como síntomas neuróticos ocasionales asociados a la búsqueda de compensación. El estudio citado muestra evidencia clara de que se trata de problemas que producen un considerable malestar, cambios de conducta y discapacidad que no están relacionados necesariamente con la indemnización, y que persisten a pesar de que ésta se liquide.

3. El tratamiento de los cuadros postraumáticos es posible y es más efectivo en las primeras fases de su desarrollo.
4. El pronóstico de los cuadros postraumáticos es variable; influyen una serie de factores que incluyen: compensación económica, neurosis preexistente, variables culturales y dinámica familiar, daño físico y factores estresores generales como desempleo y problemas económicos.

### **diagnóstico y valoración de las secuelas psíquicas**

La descripción de las secuelas psíquicas y su exploración debe hacerse con la mayor precisión y detalle, por las características de subjetividad y dificultad de medición del grado de las mismas, solapamiento e imbricación con distintos síndromes, etc.

Es necesario realizar un repaso completo del historial clínico (consultas médicas, bajas laborales, exclusión del servicio militar, percepción de pensiones de minusvalías, tipo de trabajo que ejerce, rendimiento en los estudios, etc.), con entrevistas al lesionado y familia, que nos orienten sobre el desarrollo y características de personalidad, ambiente, escolarización, estudios, así como de padecimientos anteriores, datos psicopatológicos previos, valoración de la capacidad del lesionado dentro de la casa, orientación, funciones que puede desarrollar, posibilidad de salir solo a la calle, manejo de dinero, cambios de carácter, humor, irritabilidad, tolerancia a ruidos, etc.

Exploración psicopatológica y neurológica, a través de entrevistas y tests, y exploraciones complementarias (físicas, neurorradiológicas, neuropsicológicas).

### **el problema de la simulación**

Según el DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994) la característica de la simulación es la producción intencionada de síntomas físicos o psicológicos desproporcionados o falsos, motivados por incentivos externos.

Debe sospecharse simulación si existe alguna de las combinaciones presentes:

1. Contexto medico-legal de presentación (e.g. la persona es referida para su examen por el fiscal).
2. Existe una marcada discrepancia entre las afirmaciones del sujeto respecto a su estrés, alteración o discapacidad y los hallazgos objetivos de la exploración.
3. Falta de cooperación durante la evaluación diagnóstica e incumplimiento del régimen de tratamiento prescrito.
4. Presencia de trastorno de personalidad antisocial.

Se han propuesto diversas estrategias para diferenciar entre el individuo con un auténtico trastorno psicológico y el simulador:

- Observación de la conducta (incluye video/audio grabaciones)
- Entrevista diagnóstica
- Tests psicológicos

Schretlen (1988), en un trabajo de revisión, concluye que hay evidencia considerable de la utilidad de ciertos tests psicológicos en la detección de la simulación, aunque no hay un soporte empírico suficiente que avale la idea de que la entrevista psiquiátrica sea lo bastante fiable por sí sola.

El Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota revisado (MMPI-2) es una prueba estandarizada que parece tener una efectividad considerable en la detección y medida de la simulación y exageración. Particularmente, su escala de validación F (respuestas infrecuentes) y el índice F-K son indicadores fiables de fingimiento y exageración de problemas emocionales.

Aunque resulta claro que no existe un método efectivo al 100% para la detección de la simulación, la mayoría de psicólogos forenses opinan que el mejor método disponible radica en la utilización de fuentes de información múltiples, que incluyan observación cuidadosa de la conducta, entrevistas psicodiagnósticas, revisión de informes médicos y psicológicos, y realización de pruebas psicométricas fiables en la medida del engaño.

Borobia (1998) ha delineado una serie de pautas a tener en cuenta para el diagnóstico diferencial entre el PTSD genuino y el simulado:

PTSD GENUINO	PTSD SIMULADO
-Se minimiza la relación de los síntomas con el trauma.	-Se exagera la relación de los síntomas con el trauma.
-Se culpan a sí mismos.	-Culpan a los otros.
-Temática de los sueños: desesperanza y condena.	-Temática de los sueños: grandiosidad y poder.
-Rechazo al impacto emocional del trauma.	-Alegan sentimientos relacionados con el trauma.
-Son resistentes a narraciones relacionadas con el trauma.	-Predispuestos a contar todo lo relativo al trauma.
-Evitan ambientes relacionados con el trauma	-No los evitan.
-Muestran ira y desesperanza.	-Muestran ira y autoritarismo.

## **Problemas medicolegales de los cuadros postraumáticos (Mélenec, 1996)**

RELACIÓN DE CAUSA-EFECTO. ENTRE EL TRAUMATISMO Y EL CUADRO PSÍQUICO.  
La determinación de esta relación supone la utilización de una metodología en la que el perito debe examinar sistemáticamente lo que se ha convenido en llamar "criterios de imputabilidad"

CRITERIOS DE IMPUTABILIDAD:

PRIMER CRITERIO. ¿EXISTE UN CUADRO ANTERIOR?

Es esencial recoger el máximo de datos sobre el pasado del sujeto peritado, haciendo una evaluación rigurosa del paciente y su entorno, su estilo de vida, estado emocional, informes de otras personas, hospitalizaciones, médicos, organismos de la S.Social, etc.

SEGUNDO CRITERIO: CERTEZA Y NATURALEZA DEL TRAUMATISMO.

Pueden darse en la práctica dos situaciones:

-traumatismo craneal existente: aunque no es una condición estrictamente necesaria para toda la patología psiquiátrica, al menos es indispensable en cierto número de casos de lesiones orgánicas, síndromes frontales, síndrome de Korsakoff, epilepsia, etc.

-traumatismo craneal inexistente: en la mayoría de trastornos neuróticos postraumáticos la existencia o no de un traumatismo craneal -o incluso físico- es casi indiferente, puesto que el trastorno psicológico inducido por el traumatismo es consecuencia del impacto emocional que acompaña al evento.

La naturaleza del traumatismo y sus consecuencias no constituyen un elemento discriminativo válido. Lesiones corporales graves (fracturas óseas, lesiones neurológicas, paraplejías, etc.) protegen a menudo del trauma psíquico. Taylor y Koch (1995) indican que la pérdida de conciencia y la amnesia protegen del desarrollo de PTSD, puesto que se impide la exposición al estímulo traumático.

TERCER CRITERIO: CERTEZA DEL DIAGNOSTICO.

Para que un perjuicio sea indemnizado, los juristas exigen que tenga el carácter de **cierto**. (certeza pericial)

Una vez descartada la simulación, el perito ha de poner en marcha todos los instrumentos diagnósticos a su alcance para establecer la patología existente, confrontando su opinión con la de los profesionales asistenciales que pudiesen aportar información sobre el estado actual del lesionado.

CUARTO CRITERIO: CERTEZA PATOGENICA.

Generación de la enfermedad a causa del traumatismo.

De acuerdo con Bofill (1999), destacamos algunos criterios para establecer el nexo causal en patología psiquiátrica:

Fuerza de la asociación: Se trata de saber si la relación entre la supuesta causa y el efecto es alta o baja.

Especificidad del efecto y/o la causa: En el caso del PTSD o trastornos adaptativos., hace referencia directa y expresa al proceso que lo ha originado. Taylor y Koch (1995) han revisado los procesos de condicionamiento y procesamiento emocional que están a la base de la patogenia de los cuadros de ansiedad postraumática, así como los diversos factores predisponentes y protectores.

Relación en el tiempo o secuencia temporal: El efecto ha de ser posterior al accidente, aunque, como hemos visto, la cronología en los daños psíquicos no siempre respeta los plazos que son habituales en las lesiones físicas.

### **la determinación cuantitativa económica del daño psíquico: los baremos**

De acuerdo con Fernández Entralgo (1997), a la hora de determinar la cuantía del daño psíquico, es menester discernir:

1. a) Si una persona ha padecido en un momento determinado un determinado menoscabo psíquico;  
b) la naturaleza de ese menoscabo (diagnóstico clínico);  
c) su evolución, distinguiendo si:
  1. el menoscabo ha curado tras un periodo variable de tiempo, o si
  2. se ha estabilizado como una secuela permanente, diagnóstica-clínicamente.
2. a) Si un hecho traumático ha dado lugar a ese menoscabo psíquico
  1. directamente,
  2. o como consecuencia de una lesión o menoscabo físicos
3. a) El deterioro consiguiente a la comparación entre el *estado [personal de salud] anterior* (al siniestro) y el *estado residual* (posterior a él). Ese deterioro devenga una compensación específica (daño corporal en sentido estricto)
4. Los posibles gastos derivados del restablecimiento del deterioro psíquico (como daño emergente)
5. La repercusión del deterioro psíquico en la capacidad de ganancia del sujeto afectado (como lucro cesante) y en la posibilidad de realización de otras actividades que venía llevando a cabo la persona lesionada, y que representaban para ella una fuente de satisfacción personal, aunque no lo fueran de beneficio económico (como deterioro de las expectativas de desarrollo pleno de su personalidad, al que tiene el derecho reconocido por el artículo 10 de la vigente Constitución Española).

Diversos autores (Carrasco y Maza, 1996, Ruiz Vadillo, 1997) han señalado la escasa atención que, desde el punto de vista de la pericia médica, se presta al daño psíquico tanto a efectos de diagnóstico inicial, como de fijación del momento de la curación o de la consolidación o estabilización del estado de la víctima, o de su especificación como secuela o lesión permanente. El daño en la integridad corporal, el menoscabo de la salud física, ejercen un gran poder de atracción que puede dejar en la sombra el daño psíquico, aunque éste sea, en ocasiones, mucho más grave que aquél.

Respecto a los baremos, se han hecho importantes consideraciones críticas (Hernandez Moreno, 1997, Fernandez Entralgo, 1997) respecto a la falta de uniformidad en la confección, sistemática y contenido de los diversos baremos en el tema del daño psíquico, cosa que no ocurre o al menos en mucho menor grado en otro tipo de lesiones.

En caso de accidente de tráfico, Gisbert y Gisbert (1998) señalan que hay que utilizar el contemplado en la *Ley de ordenación y supervisión de los seguros privados* (a pesar de sus dificultades de aplicación en la práctica).

## REFERENCIAS

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1994): **DSM-IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales.** Masson.
- BESANÇON, G., DUBOIS-BONNEFOND, J.C. (1996): "Psiquiatría postraumática" en: MELENNEC, L.: **Valoración de las discapacidades y del daño corporal. Baremo internacional de invalideces.** Masson. (pp. 74-84)
- BLOOR, R.N. (1990): "The psychological effects of trauma" en: FOY, M., FAGG, P.S. (Eds.): **Medicolegal reporting in orthopaedic trauma.** Churchill-Livingstone. (pp. 457-467)
- BOFILL, J. (1999): "Integración de los criterios de Sir Austin Bradford Hill a los criterios utilizados tradicionalmente para el estudio de la causalidad en valoración del daño corporal." **Revisiones en VDC.** Revista electrónica.: <http://www.la-plaza.com/vdc/revisiones/Hillsimo.html>
- BOROBIA, C. (1998): "Caso clínico: Trastorno por estrés postraumático" en: BOROBIA, C.: **Valoración de daños personales. Informes periciales y casos prácticos.** LA LEY-Actualidad. (pp. 28-35)
- BORNSTEIN, S. (1996): "Metodología del peritaje psiquiátrico" en: MELENNEC, L.: **Valoración de las discapacidades y del daño corporal. Baremo internacional de invalideces.** Masson. (pp. 69-74)
- BRIGGS, A.C. (1993): "A case of delayed post-traumatic stress disorder with 'organic memories' accompanying therapy." **British Journal of Psychiatry**, 163:828-30
- BUCKLEY, T.C.; BLANCHARD, E.B.; HICKLING, E.J. (1996): "A prospective examination of delayed onset PTSD secondary to motor vehicle accidents". **Journal of Abnormal Psychology**, 105:617-25.
- CARRASCO, J., MAZA, J.M. (1996): **Manual de Psiquiatría Legal y Forense.** La Ley-Actualidad.
- ECHEBURUA, E., DE CORRAL, P., AMOR, P.J. (1998): "Perfiles diferenciales del trastorno de estrés postrumático en distintos tipos de víctimas" **Análisis y modificación de conducta**, vol. 24, n. 96: 527-555.
- FERNANDEZ ENTRALGO, J. (1997): "Problemas en el resarcimiento del daño psiquiátrico" **Cuadernos de Medicina Forense**, n.9, julio : 3-23.
- GARCIA BLAZQUEZ, M. (1997): "La valoración de las secuelas psíquicas propias e impropias." **Cuadernos de Medicina Forense**, n.8, Abril: 73-81.
- GELDER, M., GATH, D., MAYOU, R. (1989): "Head injury", en: GELDER, M., GATH, D., MAYOU, R.: **Oxford Textbook of Psychiatry.** Oxford University Press. (pp.369-372)
- GINER, J., GUIJA, J. (1997): "Síndromes subjetivos y neurosis de renta" **Cuadernos de Medicina Forense**, n.8, Abril: 28-36.
- GISBERT, J.A., y GISBERT, M.S. (1998): "Valoración médico-legal del daño psíquico", en: GISBERT, J.A. (Dir.): **Medicina Legal y Toxicología.** 5ª Ed., Masson. (pp. 1088-1100)
- HERNANDEZ MORENO, J. (1997): "La valoración del perjuicio psíquico: Baremización y aspectos medicoforenses" **Cuadernos de Medicina Forense**, n.9, Julio: 87-98.
- IRUELA, L.M. (1996): "Neurosis postraumática" en: V.V.A.A.: **Valoración del daño corporal.** Mapfre. (pp.41-45)

- LACHICA, M.E. (1997): "El daño psíquico en el delito de lesiones: aspectos médicos". **Cuadernos de Medicina Forense**, nº 9, Julio, pp. 47-60.
- LISHMAN, W.A. (1987): "Head injury" en: LISHMAN, W.A. (Ed.): **Organic Psychiatry. The psychological consequences of cerebral disorder**. Blackwell Scientific Publications. (pp.137-186)
- LOPEZ DE LAMELA, C. (1994): "Secuelas psíquicas debidas a traumatismos craneoencefálicos" en: DELGADO BUENO, S.: **Psiquiatría Legal y Forense**. Vol. 1. Colex. (pp.1277-1294)
- MAYOU, R., TYNDEL, S., BRYANT, B. (1997): "Long-term outcome of motor vehicle accident injury" **Psychosomatic Medicine**, n. 59: 578-584.
- MELENNEC, L. (1996): "Problemas medicolegales" en: MELENNEC, L.: **Valoración de las discapacidades y del daño corporal. Baremo internacional de invalideces**. Masson. (pp.84-93)
- ROGER, J., BUREAU, M., MIREUR, O. (1987) : "L'épilepsie post-traumatique" . **Revue Française du Dommage Corporel**, Vol.13(2): 119-130
- RUIZ VADILLO, E. (1997): "El daño psíquico en la reforma del código penal" **Cuadernos de Medicina Forense**, n.9, julio: 73-89.
- SCHRETLEN, D.J. (1988): "The Use of Psychological Tests to Identify Malingered Symptoms of Mental Disorder." **Clinical Psychology Review**, 1988, Vol.8: 451-476.
- TAYLOR, S., KOCH, W.J. (1995): "Anxiety disorders due to motor vehicle accidents: Nature and treatment", **Clinical Psychology Review**, Vol.15, n. 2: 721-738.
- VILLANUEVA, E. (1995): "Peculiaridades de la prueba pericial en la valoración del daño psíquico" **Folia Neuropsiquiátrica**, Vol. 30: 97-121