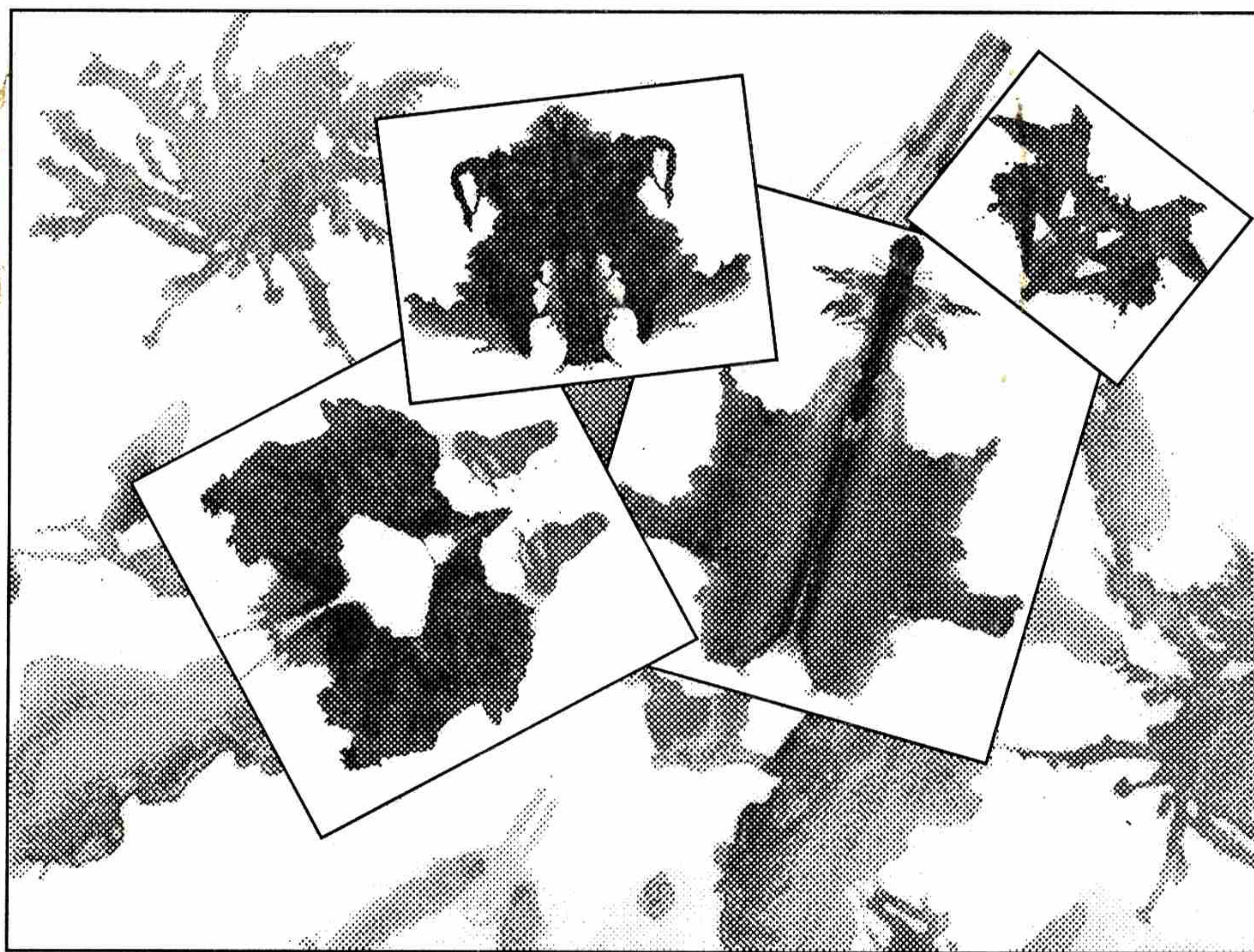


Cuadernos de Medicina Forense

Asociación Andaluza de Médicos Forenses



**MONOGRÁFICO
EL DAÑO PSÍQUICO (I)**

Nº 8

Abril 1997



**Cuadernos de Medicina
Forense**

Nº 8 Abril 1997

Asociación Andaluza de Médicos Forenses

DIRECCIÓN:

Manuel Rodríguez Hornillo
Carmen Romero Cervilla

CONSEJO DE REDACCIÓN:

Elena Balanza Alonso de Medina
Heidi M. Chavarría Puyol
Alfonso Galnares Ysern
M^a. Ángeles Sepúlveda G^a de la Torre

CONSEJO ASESOR:

Cesar Borobia Fernández
Juan Luis Carrillo Martos
José M^a. Cava Villarejo
José Antonio García Andrade
Manuel García Blázquez
Antonio Garfía González
Emilia Lachica López
Miguel Lorente Acosta
Antonio Marín Rico
Martín Molina A. de Saavedra
Manuel Repetto Jiménez
José Luis Romero Polanco
Félix Sánchez Ugena

DIRECTOR DE PUBLICIDAD:

José Luis Brell González

SECCION WEB

Jesús Casado Rodrigo
Heidi M. Chavarría Puyol

Dep. Legal SE-1230-95
ISSN 1135-7606

**CORRESPONDENCIA CON LA
REVISTA**

Ap. Correos 1. Oficina 4
41071 Sevilla
e-mail: aamefo@cica.es

PORTADA: Composición (H.Ch.P).
Láminas tomadas de Rorschach
Psychodiagnostics. 1921

SUMARIO

MONOGRAFICO: EL DAÑO PSÍQUICO (I)

Editorial	2
Notas de opinión	2
Peculiaridades de la prueba pericial en la valoración del daño psíquico. Enrique Villanueva Cañadas	3
La simulación del daño psíquico. José Cabrera Forneiro	23
Síndromes subjetivos y neurosis de renta. José Giner Ubago. Julio Guija Villa	28
Alteraciones cognoscitivas de los traumatismos craneoencefálicos. Román Alberca Serrano	37
Criterios jurídicos para la incapacidad laboral por Daño psíquico. Fernando Oliet Palá	50
La valoración médica de la invalidez laboral por daño psíquico. Ana Luisa García Caro. Juan Astolfi Pérez de Guzmán.	60
Aspectos psicosociológicos de la incapacidad laboral (por daño psíquico) en el curso y la evolución de la enfermedad psíquica. José M. González Infante. José Crespo Benítez	69
La valoración de las secuelas psíquicas propias e impropias. Manuel García Blázquez	73
Valoración del daño moral. Alfredo Herrera Rueda	83
La valoración del perjuicio psíquico. Baremización y aspectos médicoforenses. José Hernández Moreno	87

JUNTA DE ANDALUCIA
CONSEJERIA DE CULTURA
DELEGACION PROVINCIAL SEVILLA
DEPOSITO LEGAL

EDITORIAL

Presentamos en este Monográfico la primera parte de las ponencias expuestas en las II Jornadas Andaluzas sobre Valoración del Daño Corporal que, dedicadas al Daño Psíquico, tuvieron lugar en Sevilla del 9 al 11 de Marzo de 1.995. Estas Jornadas, promovidas por la Asociación Andaluza de Médicos Forenses, despertaron un gran entusiasmo entre los profesionales relacionados con las Ciencias Forenses, demostrado tanto por su asistencia y participación en su momento, como por las posteriores muestras de interés por los temas allí desarrollados. Queriendo conservar íntegro el contenido de las respectivas ponencias, hemos creído oportuno editarlas en dos números monográficos consecutivos, que esperamos sean del interés de nuestros lectores.

Para recalcar la importancia del tema recordamos las palabras del Dr. D. José Antonio García Andrade, Profesor de Psiquiatría Forense del Instituto de Criminología de la Universidad Complutense de Madrid, en su presentación de la Mesa que trató en dichas Jornadas sobre la Valoración del Daño Psíquico en el Derecho Civil: "Al acierto de la Organización hay que sumar el de la elección monográfica del Daño Psíquico dentro de la valoración del daño corporal, lo que permitirá aclarar un hecho con suma frecuencia olvidado o mal entendido: el traumatismo psíquico, acontecimiento que acompaña siempre al Hombre y de gran interés en la valoración global del daño corporal, que nunca es sólo corporal o físico.../..."

Esperamos que la publicación de estos trabajos, en éste y el próximo Monográfico que dedicaremos a estas Jornadas, mantenga vivo el interés en nuestros lectores por la profundización en el estudio de la adecuada valoración del daño psíquico y su justa apreciación por los Tribunales. De igual modo es nuestro deseo que la lectura de estos textos colabore en proporcionar las bases adecuadas para realizar los necesarios estudios sobre la valoración del Daño Psíquico a la luz de la nueva legislación vigente.

NOTAS DE OPINIÓN

Nos llega a la Redacción una atenta carta remitida por la Asociación de Médicos Forenses de la República Argentina (A.M.F.R.A), firmada por los Dres. Oscar Gervasio Sánchez, Víctor Agustín José Frigieri y Osvaldo Luis Avaro, Presidente, Secretario General y Tesorero respectivamente, en la que nos expresan su satisfacción por haber logrado, a través de Internet, el acercamiento entre nuestras Instituciones. En ella nos incluyen información sobre el Boletín que publican periódicamente denominado MEDICINA FORENSE ARGENTINA (M.F.A.). En dicho Boletín se incluyen artículos originales (en el ejemplar número 37 correspondiente a Diciembre de 1.996, presentan: Estimación de la Estatura Humana, Evaluación del Método de Juan Carrea, por los Dres. Cavalcante, Moura y Conceição), noticias diversas de su institución y del extranjero, comentarios de actualidad en Medicina Legal y bibliografía argentina e internacional. Igualmente nos comunican que anualmente, desde la creación de A.M.F.R.A. en 1980, realizan un Seminario Nacional donde se exponen actualizaciones y ponencias. En este año 1997 alcanza su edición número XVIII y tendrá lugar en Rosario (Argentina) entre el 22 y 24 de mayo, con la presencia de importantes miembros nacionales y extranjeros.

La dirección de contacto de la Asociación de Médicos Forenses de la República Argentina es: A.M.F.R.A. Ayacucho 3421 - 2000 Rosario (Argentina).

Peculiaridades de la prueba pericial en la valoración del daño psíquico.

Enrique Villanueva Cañadas¹

INTRODUCCIÓN

Por poca que sea la experiencia profesional de un médico forense sabe que la Valoración del Daño Psíquico es una de sus prácticas más frecuentes, más difíciles y más controvertidas.

La más frecuente, 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 nº total de accidentes de tráfico con víctimas oscila en España alrededor de 100.000 y de ellos el 70% presentan un traumatismo cráneo encefálico. Los accidentes de trabajo con baja laboral son alrededor de 710.000, de ellos unos 13.500 graves, un porcentaje muy alto tiene repercusiones cráneo encefálicas. El T.C.E. supone la primera causa de muerte por trauma por debajo de los 40 años. El 75 % de las muertes por accidentes de tráfico lo son por lesión cerebral (Palomo).

A ello hay que unir las precipitaciones, caídas casuales responsables del 20% y en las actividades deportivas se reclutan algunos casos más.

Más difíciles. Dice nuestro compañero Palomo Rando en el prólogo de su libro: *“Aspectos Médico-Legales de los T.C.E.”*. *“Si el lector puede identificar con seguridad y de forma directa la herniación de la amígdala cerebelosa, si conoce el cuadro de Brain Swelling, la apoplejía tardía y la lesión axonal difusa, si sabe que el 20% de los casos de epilepsia post-traumática aparecen transcurridos 4 años de la lesión, domina el enfoque médico-legal de la anosmia y es consciente de que la duración de la amnesia post-traumática tiene tanto valor como la duración del coma para valorar la gravedad de un T.C.E., probablemente se sabe la lección”*, y ello es para el caso más sencillo como son los traumas, pero cuando entramos a valorar los cuadros subjetivos (el latigazo cervical), las repercusiones psicógenas del accidente sobre sí y sobre la familia, el daño moral, el perjuicio de *d'agrément*, el nexo causal y el estado anterior el problema se complica en extremo. No debe extrañarnos que las clasificaciones al uso en el ámbito de la psiquiatría -DSM-III-R-CIE-10- sirven de poco a la hora de estas pericias.

¹ Catedrático de Medicina Legal. Facultad de Medicina. Universidad de Granada (España)

A la dificultad de la pericia médico-legal en general se añade aquí el enfrentarnos a problemas cuyo esclarecimiento patogénico está aún por descubrir o demostrar.

Finalmente la servidumbre de cualquier proceso crónico evolutivo se hace aquí más acuciante por cuanto que la fecha de consolidación de las lesiones, elemento fundamental y básico para la declaración de sanidad, es en estos casos casi imposible, porque predecir el pronóstico será tan difícil como acertar la "*primitiva*" y permítaseme esta licencia.

Más controvertible. Decía hace 30 años López Ibor y hace unas semanas en Granada el Vicepresidente del Consejo General del Poder Judicial, Don José Luis Manzanares, que las dificultades mayores en la valoración de la prueba pericial se planteaban en el ámbito de la Psiquiatría, donde era frecuente encontrar dictámenes no ya divergentes, sino contradictorios. En esta ocasión no sólo los jueces, sino los peritos médicos estuvimos de acuerdo en que así era.

Es fácil entender, por tanto, la oportunidad de este encuentro y su interés para todos, porque en el ámbito de la Psiquiatría Forense hay muchas parcelas por escribir y muchos temas por debatir, aunque exista una amplia bibliografía en la Revista Francesa del Daño corporal - Brion (1977), Hivert (1979, 1980), Leyrie (1986), Chalumeau y Mothe (1992), Dinot (1993).

Abordaré aquellos ámbitos en los que estimo se presentan esas peculiaridades.

PECULIARIDADES JURISDICCIONALES.

Aunque parecería lógico que un mismo hecho o fenómeno fuese enfocado de igual modo cualquiera que fuese la jurisdicción que lo abordase, ello en España no ocurre. No existe una unidad de criterio o mejor dicho, el criterio no es unívoco, cuando se pronuncia la Sala I, II, III o IV del Tribunal Supremo ante lo que para el profano del Derecho parece lo mismo. Incluso podríamos pensar cómo se puede tener la tutela efectiva de la justicia, que propugna la Constitución, y cuando ésta pueda cambiar el criterio enjuiciador según la jurisdicción en que nos movemos. Ello es así y debe saberse. El perito forense debe conocer en qué ámbito se mueve y qué se busca en cada caso. La meta del proceso penal es la búsqueda de la verdad y en esa búsqueda habrá que utilizar todos los medios de prueba que la ciencia permita. La misión del perito es aportar los conocimientos que el Juez o Tribunal no posea, para que éste pueda alcanzar la verdad e imponer una sentencia justa. Como dice Liebman (1980), "*Si la justicia es la finalidad última de la jurisdicción, la prueba es el instrumento esencial de ella, porque no puede haber justicia más que fundada sobre la verdad de los hechos a los cuales se refiere*". La búsqueda de la verdad está clara en el proceso penal, donde la verdad buscada coincide con la verdad metajurídica, donde los hechos probados coinciden con los hechos tal y como acontecieron en la realidad.

En cambio en el proceso civil y laboral, no se busca realmente una verdad metafísica, sino la satisfacción de una de las partes, que en el planteamiento del pleito ya han acotado y limitado el objeto del problema y por ende el de la pericia.

Parece lógico que las formas procesales no puedan ser elegidas caprichosamente, sino que constituyen un instrumento indispensable para el acierto jurisdiccional. El proceso constituye en la actualidad un instrumento irrenunciable para la efectiva tutela de los derechos de los particulares; el art. 24 de la Constitución exige un proceso con todas las garantías. Los que tenemos alguna experiencia en las diversas jurisdicciones sabemos que esas garantías no siempre son iguales por la peculiaridad del sistema procesal. Los médicos forenses se sienten más a gusto en la jurisdicción penal que en la civil y no digamos en la social. Llegado a este punto debo señalar lo frustrante que resulta para el perito acostumbrado al rigor del sistema penal, el sistema laboral, donde todo se resuelve en pocos minutos y donde la verdad viene mediatizada por razonamientos jurídicos a veces difíciles de entender. Entiendo que la tutela exigida por el art. 24 alcanza al cauce procesal, elegido por el legislador y al proceso mismo seguido por el juez, y a las garantías que éste le ofrece a las partes, de tal modo que si una falla en cualquier parte del camino procesal, puede ser motivo de una infracción constitucional.

Yo tengo, mis serias dudas de que en la valoración del daño corporal en general y del daño psíquico en particular se cumplan muchas veces esas garantías. A veces porque el cauce jurisdiccional no es el adecuado -caso de los juzgados de lo social-, otras por desequilibrio entre las partes -caso de lo civil- y en otras por falta de una prueba contradictoria -caso de lo penal-.

La valoración del daño es fundamentalmente civil, el problema es fijar un quantum indemnizatorio o fijar unas invalideces, lo que se le da a una parte, se le quita a otra, aquí más que nunca ha de funcionar el concepto de la equidad, y aunque el perito no puede suplantar al juez nunca, es en estos casos donde éste se encuentra más indefenso, más vulnerable y por tanto más dependiente. Sus errores o aciertos dependerán exclusivamente del perito, porque en ningún momento del pleito puede incorporar sus conocimientos de derecho.

Aunque es una cuestión de Derecho Procesal y por tanto fuera de mi competencia profesional, sí quisiera introducir, a los efectos de provocar un debate, algunas cuestiones que con frecuencia se plantean. La valoración de las secuelas en la declaración de sanidad, el proceso penal, tienen como objetivo la calificación penal y el establecimiento del tipo, pero de ahí se deriva una responsabilidad civil según el art. 19 C.P. Es claro que el perito en el primer caso debe comportarse como en cualquier pericia penal, es decir búsqueda de la verdad sin sujetarse a tasa alguna, la pericia no puede venir mediatizada ni en su formulación, ni en su metodología. ¿Pero ocurre lo mismo en su repercusión civil, donde ya se dirime otra cuestión radicalmente distinta, que es: ¿de qué bolsillo y cuánto dinero sale para la indemnización?. En estos casos la pericia podría invadir terrenos que procesalmente no son correctos, al favorecer a una de las partes.

DAÑOS INDEMNIZABLES.

Es fundamental que el perito que se enfrenta con la valoración de un daño personal a la salud sepa qué daños son indemnizables y por qué. La valoración del daño personal es el problema más difícil en el ámbito de la responsabilidad civil, pero lo es mucho más en el ámbito del daño psíquico. Siguiendo al Prof. de Angel Yagüe podríamos matizar este aserto en los siguientes puntos:

a) En la justicia material en juego. El daño psíquico no admite criterios de objetividad absolutos ni tampoco referencia o comparaciones. Cada caso será individual porque individuales son las repercusiones que en pérdidas patrimoniales y extrapatrimoniales tiene el caso. ¿Es lo mismo la fobia generada a un piloto de un Jumbo por un accidente de tráfico que a un trabajador del medio agrícola? ¿Merecerá la misma indemnización? ¿Cómo se valorará una ligera amnesia en un profesor y en un carpintero? ¿Cómo se valora la pérdida de un año de estudios en un joven estudiante y la pérdida de unas oposiciones a cátedra para la que ya tenía cinco votos? Es imposible la objetividad. De otra parte es imposible la comparación entre casos por semejantes que sean, es imposible cumplir con justicia un trato igual para situaciones semejantes.

b) La seguridad jurídica en peligro. Porque la necesaria discrecionalidad judicial que el enjuiciamiento de cada caso exige, puede llevar a divergencias indemnizatorias escandalosas, lo que incita la litigiosidad y complica el cálculo de la primas de las compañías de seguros, que no podrán hacer sus previsiones.

c) Política legislativa. La propia dificultad de objetivar el daño y de exigir un tratamiento individualizado del caso, aumentan la discrecionalidad judicial en detrimento de una posible armonía o unificación de criterios judiciales, supeditando sus decisiones a una tasa o baremo. Si los baremos son de difícil aplicación en la valoración de una rigidez de rodilla, que se puede medir, ¿Cómo se puede medir por baremo un cambio de personalidad o el peso de una conmoción cerebral ligera en el desencadenamiento de una esquizofrenia?

d) Problemas de técnica jurídica. Hemos de conciliar el concepto de “indemnización íntegra” al que el lesionado tiene derecho, con el principio de justicia de que sólo debe indemnizarse el daño realmente producido “*Compensatio lucri cum danno*”. El individuo que tras un accidente de tráfico pierde la libido y se genera una impotencia. Tiene derecho a la indemnización, pero el tercero pagador ¿tendrá que indemnizar todo el fondo neurótico que se esconde en el subconsciente de esta persona y hace que viva la situación como una simbología de castración? ¿Tendrá que pagar la psicoterapia? Ciertamente que el responsable civil del daño debe indemnizar, pero ¿debe pagar también todos los procesos psicógenos previos que condicionaron esa personalidad? Del mismo modo el dañador debería pagar todos los daños emergentes y el lucro cesante de la víctima sea cual fuere el montante económico, lo que nos llevará a la quiebra de todas las compañías de seguros.

Tanto el estado anterior, como el nexo causal, la fijación de la consolidación de las lesiones, la valoración de las concausas y por tanto la tasa de responsabilidad reparadora, el comienzo de la prescripción, la fijación objetiva de las secuelas son extremadamente complejas, pero sin embargo tienen que ser objeto del informe pericial.

En el ánimo de la audiencia está que no es posible analizar todas y cada una de estas cuestiones, que supondrían en sí mismas una conferencia, pero sí traerlas a colación como pórtico de discusión y debate del resto de las conferencias.

El Tribunal Supremo ha establecido en una Sentencia del 20 de Febrero de 1984: "*La cifra indemnizatoria se obtiene, de ordinario conjugando diversos factores y conceptos que, generalmente, son los siguientes: duración de las lesiones hasta el alta de sanidad; gastos hospitalarios médico-farmacéuticos y otras similares; pérdida de haberes, salarios, sueldos, emolumentos, o ganancias consecutivas a la imposibilidad en que se ha encontrado el lesionado de trabajar o de dedicarse a sus ocupaciones habituales, secuelas residuales y pérdidas de miembros o de órganos o incapacidades para su trabajo habitual o para cualquier clase de tarea o de ocupación, y finalmente "pecunia doloris" o "daño moral, al que se refiere el art. 104 del Código Penal..."*

De todo este elenco de indemnizaciones unas caen fuera de la competencia del perito -los daños emergentes y el lucro cesante-, y el daño moral -lo que en psicología podríamos llamar el duelo normal-, pero otras son de su plena competencia. Entre ellas está la valoración del daño propiamente dicho. Concepto en sí mismo no pacífico tanto en su formulación terminológica, como doctrinal. El término "*daños personales*" el más comúnmente usado, no parece el más justo a la hora de tomarlo como criterio de indemnización, dado que generalmente los daños patrimoniales se imbrican con los extrapatrimoniales. El enfermo psíquico que pierde su empleo por razón de su enfermedad le será realmente difícil encontrar uno nuevo ¿cómo se indemniza eso?

Las enfermedades crónicas, y las psíquicas casi siempre lo son, deberían indemnizarse partiendo del concepto de salud que da la O.M.S. y que ha sido recogido por la jurisprudencia italiana: "*Estado de bienestar físico, psíquico y social y no sólo ausencia de enfermedad*". Sólo así será factible indemnizar a personas que son enfermos somáticos en potencia, pero enfermos sociales en realidad, porque su enfermedad les impide las relaciones sociales o son rechazados por la sociedad -epilepsias-.

La innovación de la Sentencia del Tribunal de Pisa de 1979 radica en que considera el daño a la salud en su doble vertiente estática y dinámica, siendo esta última de especial relevancia para el daño analizado por cuanto recoge las manifestaciones o expresiones cotidianas del bien salud tanto en las actividades profesionales como extraprofesionales. Evidentemente la patrimonialidad del daño psíquico no sólo debe advertirse desde una perspectiva puramente existencial, sino también desde la del comportamiento, presupuesto de base para la proyección de la persona en el ambiente social y expresión de todas las facetas

del ser humano: goce de la vida, empleo del tiempo libre, autoproducción de bienes o servicios.

Finalmente hemos de considerar otra cuestión de hondo calado cual es la de fijar indemnizaciones justas sobre daños teóricos, futuros o irreales. La enfermedad psíquica de base orgánica y muchas de base psicógena tienden a empeorar, pero ello de modo lento y paulatino. Esta situación choca frontalmente con lo que han sido las dos piedras angulares de la reparación civil: el que la valoración de daños y perjuicios no puede fundarse en supuestos de hechos eventuales o dudosos, sino en la prueba de su existencia real al tiempo del ejercicio de la acción y segunda la imposibilidad de volver sobre la cosa juzgada. El Tribunal Supremo ha entendido que en la valoración del daño a la salud se da con mucha frecuencia la imposibilidad de conciliar los dos paradigmas que deben guiar la indemnización: “*que sea íntegra*” y que sea sobre un “*daño real*” en el momento indemnizatorio, por ello ha seguido una tendencia conducente a resolver esta situación permitiendo la indemnización de daños futuros, si ellos eran previsibles y ejercitar nuevas acciones de resarcimiento de daño (8 Noviembre 1983) o fijar ya en la Sentencia un procedimiento automático de indemnización si se produce el agravamiento (Caso de la Colza. Sección 2ª Penal -Audiencia Nacional).

PROBLEMAS PERICIALES.

El perito tiene que resolver la ecuación: daño indemnizable = (estado actual + estado futuro previsible) - estado anterior (concausas a priori + posteriori).

Todos los miembros de la ecuación son discutibles y opinables, y salvo el estado actual al que el perito puede tener acceso inmediato, los demás le son desconocidos y tendrá que llegar a ellos por procedimientos indirectos.

1. Estado anterior.- Podemos partir de la normalidad psíquica o de un estado patológico previo y acreditado.

1.1. Normalidad Psíquica.- La salud, mental o física, es un estado relativo y no existe un límite neto entre lo normal y lo patológico.

Siguiendo la doctrina podríamos utilizar diversos criterios para definir la normalidad psíquica:

- a. Normalidad como salud -ausencia de síntomas-.
- b. Promedio -lo que estadísticamente es más frecuente- moda.
- c. Utopía -equilibrio entre los diferentes elementos del psiquismo- implica el desarrollo de las tendencias en armonía jerárquica (madurez) y se manifiesta en un adecuado funcionamiento.
- d. Normalidad Subjetiva -autosatisfacción sobre el estado de salud-, confort personal.
- e. Normalidad como sistema de transición: se considera la conducta normal como el resultado final de la interacción de mecanismos psicológicos y sociológicos que actúan sobre el sujeto.

Lo que puede resumirse (Ruiz Ogara, 1982) en:

- Idea de armonía, equilibrio y madurez personal.
- Los conocimientos que proporciona la clínica psiquiátrica.
- La valoración de las respuestas adaptativas humanas frente a los conflictos.

La enfermedad mental puede definirse según tres parámetros:

- a. Ausencia de Salud (O.M.S.)
- b. Presencia de sufrimiento que lleva a consultar al médico (caso especial de manías).
- c. Procesos psicopatológicos identificables y clasificables como entidades nosológicas.

El DSM-III-R y el Glosario Psiquiátrico de la APA (1980) define el trastorno mental como: "*Enfermedad con manifestaciones psicológicas o conductuales y/o deterioro del funcionamiento debida a perturbación social, psicológica, genética, físico-química o biológica*".

El daño psíquico puede ser consecuencia bien de la acción directa sobre el cerebro -lesión cerebral- bien por los efectos psicógenos o del impacto emocional que puede ocasionar el trauma, bien por la reacción psicógena a la forma de vivenciar el accidente el entorno familiar, particularmente importante en las neurosis de renta, como describiera Tars y Royston (1985). Es decir tenemos lesiones directas y reacciones vivenciales. Lishman (1987), considera cuatro tipos principales de trastornos psíquicos: deterioros cognitivos, cambios de personalidad, psicosis y neurosis.

La dificultad y necesidad de valorar el estado anterior queda clara tras la fórmula expuesta:

Deterioro Cognitivo. El caso claro, una persona que viene desarrollando una actividad laboral que implica el uso de las funciones psíquicas superiores a alto rendimiento, que tras un traumatismo cráneo-encefálico sufre un deterioro grave de la inteligencia y una amnesia de fijación. El estado anterior debe considerarse normal.

El joven que tiene acreditado un fracaso escolar reiterado, una exclusión del Servicio Militar, que tras el accidente queda con C.I. 60, planteará serias dudas, lo mismo que el anciano con arterioesclerosis que tras el accidente presenta cuadros de amnesia y desorientación temporo-espacial. Para la resolución de estos problemas se pueden adoptar métodos directos (eficiencia anterior y eficiencia actual), medidos por el índice de deterioro de Weshler. Indirectos: criterios externos, estadísticos: ecuación de regresión. Ejemplo para niños, Wisc-R (Considera padres, raza, sexo, residencia y región).

Cambio de Personalidad. Los problemas más complejos se presentarán en los cambios de personalidad. Sin ánimo de entrar en polémicas podríamos aceptar los siguientes presupuestos con respecto a la personalidad:

Peculiaridades de la prueba pericial en la valoración del daño psíquico.

a. Todos los individuos tienen unos rasgos de personalidad que los individualizan y los acompañarán toda su vida. Con respecto a esos rasgos los individuos reaccionan de un modo peculiar ante las diferentes situaciones pasando a "*estados*" que pueden ser distintos.

b. Los cambios cualitativos importantes en la personalidad de un sujeto deben relacionarse con lesiones del sistema nervioso central, a nivel de los lóbulos frontales, temporal y sobre todo con los frontales bilaterales. Se puede llegar un poco más y precisar que si la lesión radica en las regiones orbitarias es más probable un cambio pseudopsicopático, si se localizan en la convexidad del lóbulo es más probable un cuadro pseudodepresivo, siendo lo más frecuente la forma mixta que tiene su exponente máximo en el bien conocido síndrome del lóbulo frontal -MORIA-. En términos generales, T.C.E. con un Glasgow 8, un 12% de los enfermos tendrán graves alteraciones de la personalidad.

c. Las reacciones vivenciales anormales son respuestas cuantitativas, modos especiales de reacción a estímulos exógenos sobre unos rasgos de personalidad precedente. Aquí sí juega el estado anterior.

De ellas unas serían la "*agudización*" de Kurt Schneider, otras las reacciones vivenciales anormales de Krechmer y otras el llamado síndrome post-traumático, bien matizado por Keshavan (1984) muy relacionado con el grado de neuroticismo premórbido: cefaleas, inseguridad en la marcha, hiperestesias sensoriales, astenia intelectual, distimias, insomnios, etc. Según Van Zomeren y Van Den Burg (1985) dos años después del T.C.E. un 84% de los pacientes se queja de algún déficit en la esfera psicológica.

PSICOSIS.

En las psicosis se encuentra siempre un trastorno orgánico cerebral subyacente. En las psicosis exógenas se admite que el agente causal es exterior a la propia personalidad del paciente; clásicamente se admiten las psicosis orgánicas y las sintomáticas. En ambas la noxa incide directamente sobre el cerebro y se pueden encontrar signos y síntomas evidentes de esta repercusión cerebral, signos de focalidad, y manifestaciones clínicas del síndrome primario que posteriormente incide sobre el cerebro.

En las psicosis endógenas, sin embargo, no puede ponerse en evidencia esa lesión cerebral, de ahí que se hable de una causa que surge de la propia personalidad. Hoy hay razones más que suficientes para pensar que se deben a alteraciones bioquímicas en los neurotransmisores, ligadas a la herencia y no sería sorprendente encontrar un día el gen que condiciona la esquizofrenia.

Con esta clasificación, que el perito debe ver con claridad, podemos sacar tres

Conclusiones:

1ª. Las psicosis orgánicas son verdaderas psicosis, de ahí que el diagnóstico diferencial será siempre necesario.

Cuando son sintomáticas - Toxifrenias - suelen originar un cuadro de Delirium o Psicosis Confusional Aguda (Bonhoeffer), suelen ser transitorias y alcanzar la curación. Dice Jacob Wirch que si se hacen permanentes no obedecen a este mecanismo y debe negarse la indemnización.

En las debidas a lesión cerebral cabe encontrar otros cuadros como el Korsakoff, síndrome confusional, síndrome delirante orgánico y por supuesto la demencia y la epilepsia temporal.

2ª. Con respecto a las psicosis endógenas debe rechazarse que una psicosis endógena tenga una etiología exclusivamente generada por un proceso que devengue indemnización pero no puede olvidarse que hay Esquizofrenias, como ya describió Elsasser y Grunewald (1953), que son idénticas a las endógenas y que se deben a la conjunción de rasgos esquizofrénicos premorbosos y síntomas orgánicos y en ellas la noxa exógena actúa como factor causal desencadenante, como agravante de una disposición previa o como asociado por puro azar. Tras una encuesta realizada en Francia en 1992 a 604 psiquiatras forenses, en la que se preguntaba ¿la esquizofrenia post-traumática existe?, las respuestas fueron en la línea ya dicha, sí, pero no.

Este es un problema de muy compleja solución en la que la evolución del cuadro clínico puede ser esclarecedora, pero no hay que olvidar la estrecha relación, cada vez más aceptada, que por ejemplo existe entre epilepsia temporal y psicosis esquizofreniformes.

Psicosis Maniaco-Depresivas. Según Alain Chalumeau (1992), en ausencia de elementos genéticos y antecedentes personales, puede tener un desencadenamiento post-traumático, encontrándose auténticas alteraciones. Generalmente están asociadas a un daño cerebral importante con coma y hemorragia triventricular. El cuadro mejora al mejorar la hiperpresión ventricular.

Aunque realmente los cuadros más frecuentes son las depresiones reactivas -reacciones de duelo no complicadas. Una reacción de duelo patológica supone una personalidad previa patológica.

3ª. Lo psicógeno no puede olvidarse nunca en la modulación de cualquier cuadro clínico.

Kaplan y Sadock señalan que la ansiedad, el estrés, el insomnio, son factores que facilitan la aparición de un trastorno mental orgánico. Alonso Fernández señala la importancia de la situación existencial y Sánchez Blanque y Ruiz Ogara han comunicado experiencias personales de como en una persona con un daño cerebral orgánico, pero psíquicamente bien compensadas, ante un nuevo acontecimiento vital -cambio de domicilio, experiencia homosexual-, se ha precipitado en un caso una demencia ya irreversible y en el otro caso un cuadro delirante.

Peculiaridades de la prueba pericial en la valoración del daño psíquico.

Finalmente la experiencia clínica y epidemiológica señala que la incidencia de psicosis nucleares en las personas que sufren un traumatismo cráneo-encefálico no es mayor que la de la población general (Mayer-Gross, 1985).

NEUROSIS.

Representa la secuela más comúnmente alegada después de una lesión cerebral. Si partimos del aserto de Freud: "Los síntomas neuróticos no responden a eventos reales, sino a fantasmas de deseo" y a la definición que Gonin (1975), da de la neurosis post-traumática como una "*Afección psicógena donde los síntomas son la expresión simbólica de un conflicto psíquico con raíces en la historia infantil del sujeto y constitutivo de un compromiso entre el deseo y la defensa*", tendremos que aceptar que el estado anterior es fundamental en este tipo de problemas. Desde **Charcot** sabemos que las neurosis son producidas por traumas, unas veces psíquicos y otras físicos o ambos. Igualmente sabemos que todas las neurosis son de renta, pues el neurótico siempre busca alguna compensación, aunque con algunas salvedades que luego comentaremos.

Por ello esta cuestión nos lleva directamente a analizar, someramente claro está, el problema del

NEXO CAUSAL Y DE LAS CONCAUSAS

No es necesario señalar aquí la importancia que en la imputación del daño tiene establecer el nexo causal entre la acción -que se pretende como responsable del daño- y los daños producidos. Ni tampoco que la decisión final sobre esta cuestión afortunadamente no es del perito, sino del juez, ni tampoco que en la mayoría de los casos no podemos pronunciarnos con la rotundidad que las partes querrían porque ello casi nunca es posible.

Para analizar este problema vamos a tomar exclusivamente como base las Neurosis, aunque por lo dicho en el apartado anterior valdría cualquier otra, por ejemplo: El Alzheimer.

En el libro de casos del DSM-III-R se refieren dos casos que pueden ser ilustrativos: el llamado "*El Examen*" y el llamado "*El Francotirador*".

El "*examen*" se trata de una mujer que sufre un accidente de tráfico, el golpe la lanza bruscamente hacia adelante, pero no llega a golpearse con el parabrisas porque el cinturón de seguridad se lo impide. A los trece días empezó a quejarse de dolores agudos de nuca, brazos, columna y piernas. Exploración clínica negativa.

Historia privada: Mujer casada, 4 años, sin hijos, problemas de insatisfacción sexual del marido. Un día la mujer le descubre el número de teléfono de otra mujer y éste le confiesa la infidelidad. Después broncas y discusiones. En el momento del accidente discuten sobre el tema. Después del percance decidieron llevarse mejor, incluso sexualmente, pero los dolores le impidieron cualquier relación sexual.

Diagnóstico DMS-III-R: Eje I, 307.80 Dolor somatoforme.

El “*francotirador*”. Leah, niña de 7 años que sufre irritabilidad, llanto, dificultad para concentrarse, fracaso escolar. Tres meses antes asistió en el patio del colegio a una escena donde un francotirador empezó a disparar contra las niñas, mató a una e hirió a otra. Antes del incidente la niña según la maestra era normal. A los pocos días del incidente su conducta cambió. La niña dijo que durante el tiroteo se sintió aterrorizada con la idea de morir. Cuando el tiroteo cesó, salió corriendo para salvarse. El cuadro se repitió recurrentemente en sus recuerdos y sueños.

DIAGNÓSTICO:

Eje I: 309.89 Trastornos por estrés post-traumático.

Eje II: V 71-09 Ausencia de diagnóstico de estado codificable.

Eje III: Ausente.

Eje IV: Estrés psico-social: ser testigo de un asesinato o estar en peligro de ser asesinado. Intensidad 5 - extrema.

Eje V: GAF. actual - 45 Puntuación GAF máxima durante el año anterior - 85.

Dependiendo de la teoría que aceptásemos podríamos sacar conclusiones distintas: la teoría de causalidad basada en el principio de la “*conditio sine qua non*” o de la “*equivalencia de las causas*” que desde que fue propuesta por Julius Glaser y aplicada por el Magistrado alemán Von Buri, ha sido la doctrina seguida por el Tribunal Supremo durante mucho tiempo, hace responsable a la acción, aunque el resultado no se habría producido de no darse una serie de circunstancias, o aunque hayan concurrido otros comportamientos humanos. Es decir se basa en el principio de “*versare en re illicito*”, el que realiza una acción ilícita es responsable de todo el daño de ella derivado. En los casos antes planteados el responsable de la conducta -el automóvil y el francotirador- serían los responsables del daño producido a la mujer -impotencia- y a la niña, estrés psíquico.

Pero la tendencia actual de la Jurisprudencia Española es seguir las directrices de la Sentencia de 20 de Mayo de 1984, que sigue la teoría de la “*Causa Adecuada*” o “*Imputación Objetiva*”. Hay que establecer que la causa sea adecuada para producir el daño, no basta con establecer el nexo causal en el sentido de la “*Conditio*”, sino que hay que añadir la relevancia jurídica, se pasa de una causalidad material a una jurídica.

Según esta teoría en el caso “*Examen*” el accidente de tráfico no es el responsable del daño, por cuanto tras una elaboración psicológica, queda excluida evidentemente la simulación, la mujer toma como pretexto los dolores para negar unas relaciones sexuales que inconscientemente no desea.

En cambio en el caso “*francotirador*”, la causa es adecuada para producir el daño, éste se debe íntegramente a la situación creada por el tirador, sin que la personalidad del niño, ni vivencias previas, ni situaciones creadas por la familia, hayan podido condicionar o incidir de un modo importante en la producción de este daño. Estos dos casos, que intencionadamente se han elegido en los extremos del problema, nos pueden ilustrar de cómo debe realizarse el razonamiento.

Peculiaridades de la prueba pericial en la valoración del daño psíquico.

El análisis multiaxial que actualmente propone el DSM-III-R permite, junto a los criterios diagnósticos, el análisis de otros factores: personalidad, trastornos somáticos, intensidad de estrés psico-social y la escala de evaluación global GAF.

DAÑOS PSÍQUICOS INDEMNIZABLES SEGÚN LOS BAREMOS

El caso más frecuente es la valoración de un daño psíquico seguido a un trauma físico y en general a un accidente de tráfico, o de trabajo donde hay un dañador tercero responsable. Pero evidentemente aquí no se agota el problema, hay otros daños psíquicos derivados de otras situaciones conflictivas imputables a dolo o culpa en las que igualmente se planteará el problema. En los delitos contra la libertad sexual, junto al daño físico y/o moral, existe un daño psíquico evidente, en los maltratos a la infancia, en las malpraxis médicas, (pensemos en una ligadura de trompas, que conduce a un embarazo no deseado), en la transmisión dolosa o culposa de enfermedades, en un error diagnóstico, por ejemplo decir a una persona que se somete a un examen de rutina que es portadora de V.I.H. y luego se descubre un error en el análisis.

Aunque somos fieles al principio de que el mejor baremo es una buena historia clínica, realizada por un buen especialista y tras una buena exploración y análisis médico-legal, los baremos siempre serán una buena guía, al menos para armonizar y mantener las indemnizaciones dentro de unos márgenes razonables.

En las sucesivas ponencias se analizará exhaustivamente estos problemas, aquí sólo quiero a modo general indicar algunas tendencias. Lo establecido en la Orden de 5 de Marzo de 1991 del Ministerio de Economía y Hacienda, la de la Sociedad Francesa, las de Mèlennec y las de Padovani.

Con objeto de simplificar las secuelas psíquicas de orden post-traumático, a la hora de establecer los baremos las vamos a agrupar en dos grandes grupos:

1. Trastornos neuróticos. Desde el 5% hasta el 60%.
2. Trastornos psicóticos y demencias hasta el 100%.

a) Trastornos neuróticos:

En general, y de acuerdo con el baremo propuesto por la Sociedad de Medicina Legal y Criminología de Francia (1991), se pueden establecer distintos supuestos:

1. Neurosis post-traumática en la que domina la ansiedad difusa: 5-10%.
2. Neurosis Post-traumática de gravedad moderada, que supone una restricción en la actividad general, asociada a un estado ansioso depresivo crónico, con problemas somáticos de carácter histérico y con episodios de tipo hipocondríaco: 15 - 20%.
3. Neurosis post-traumática grave, con angustia permanente, desinterés mayor sobre sí mismo e incesante evocación hipocondríaca: 25-35 %.

4. Formas mayores, raras, con estado de regresión afectiva y de dependencia, que pueden justificar una incapacidad permanente más elevada: 60%.

Los porcentajes expresados anteriormente corresponden a la capacidad genética o biológica de ganancia. En la tasa global de incapacitación se tendrá en cuenta, por otra parte, las posibles secuelas orgánicas del traumatismo, que se suman a las neurosis post-traumática.

Padovani (1972) considera distintos cuadros indemnizables dentro de las neurosis post-traumáticas:

1. Reacciones de terror, en las que puede aparecer una excitación ansiosa o un estado de postración, con problemas más o menos profundos de la conciencia, aunque en general suelen desaparecer en varios días (correspondería a reacciones agudas ante gran tensión, como el estupor reactivo). Algunas veces quedan síntomas residuales como insomnio, ansiedad, irritabilidad o adelgazamiento persistente (que podrían corresponder a un trastorno de estrés post-traumático). Estas reacciones de terror justifican una tasa de indemnización que oscila del 0 al 5%. Steinbach (1990) atribuye a estos cuadros una incapacidad permanente inferior o igual al 10%.

2. Neurosis de angustia y neurastenia post-traumática; la clínica de ambos cuadros ha sido descrita anteriormente; dependiendo de la gravedad de estas alteraciones, la tasa de indemnización irá de 0-25%. En aquellos casos donde existe una afectación del estado general y adelgazamiento, la tasa oscilará del 25 al 40%. Steinbach (1990) indica para los cuadros neuróticos con componente depresivo o hipocondríaco, tasas de incapacidad inferiores o iguales al 20%. Por otra parte, Mèlennec (1983), distingue entre reacciones ansiosas simples y reacciones depresivas y sitúa la tasa de incapacitación permanente entre el 5 y el 15%.

3. Fobias. suelen aparecer fobias como, por ejemplo, a la conducción de automóviles, a atravesar la calle, a los trenes, etc. Mèlennec (1983) considera una tasa que oscila del 2 al 10%. Padovani (1972) considera que, si las fobias son de importancia considerable, la tasa variará entre el 5 y el 35%.

4. Reacciones histéricas, donde distingue tres supuestos:

- a. Existencia de una conversión somática; en estos casos se fija una tasa del 0-5 %.
- b. Conversión fisiológica, donde la indemnización es del 0-15%.
- c. Conversión psicológica, especialmente difícil de discernir de la posible simulación. En los casos más rebeldes estaría justificada una indemnización del 5-50%.

Steinbach (1990), sitúa la incapacitación del 5-10% para las secuelas de tipo histérico secundarias a un traumatismo.

5. En relación con las neurosis post-traumáticas, concretamente la neurosis de renta y la sinistrosis, este autor les asigna una tasa del 5%. En el caso de la sinistrosis, creemos que la tasa de incapacitación está muy por debajo de lo que consideran otros autores pues, al ser

Peculiaridades de la prueba pericial en la valoración del daño psíquico.

constante el sentimiento reivindicativo, que puede llegar a ser delirante, le incapacita enormemente para cualquier tipo de trabajo. No obstante la sinistrosis será valorada al considerar los delirios de reivindicación, en el apartado dedicado a los trastornos psicóticos.

Por último, Mèlennec considera el síndrome subjetivo, caracterizado por cefaleas, vértigo, dificultades en la atención, concentración, memoria, fatiga visual, insomnio, ansiedad, ideas depresivas, etc. Para las formas más rebeldes, propone una tasa de incapacidad del 3 al 15%, dependiendo de la gravedad del cuadro; sin embargo, Steinbach (1990) la sitúa entre el 1 y el 5%.

El baremo español recoge las neurosis post-traumáticas a las que le asigna de 5-15 puntos. Dentro del mismo epígrafe el síndrome depresivo post-traumático 5-10. Alteraciones de la Personalidad 2-10, Inestabilidad, agresividad esporádica 2-10.

b. Trastornos psicóticos:

Mèlennec considera cuatro cuadros principales desde el punto de vista de la valoración:

1. Esquizofrenia: dicho autor señala que cuando se demuestra y admite la relación causa efecto, la tasa de incapacitación varía según la gravedad del cuadro:

- | | |
|------------------------------------|--------------|
| a. Problemas moderados..... | 15-30% |
| b. Problemas importantes | 30-60% |
| c. Problemas muy importantes | más del 60%. |

No obstante, este autor indica que es preciso que se den una serie de condiciones de forma rigurosa:

- a. Ausencia total de antecedentes psiquiátricos.
- b. Que el traumatismo conlleve cierta gravedad.
- c. Debe tener una aparición brusca.
- d. La certeza diagnóstica debe ser alta, tras descartar todas aquellas posibles causas de error.
- e. La afección debe tener un criterio definitivo.

Dada la importancia que, en este tipo de cuadros, tiene el estado anterior del sujeto, Mèlennec considera tanto la descompensación del cuadro, donde la tasa de incapacitación oscila entre el 10-20%, como la agravación temporal o definitiva del mismo, para la que señala una tasa del 5-15%.

Padovani (1972) indica que generalmente se trata de un estado disociativo, moderadamente depresivo, que asienta sobre un terreno esquizoide y considera una tasa de incapacitación, según sea la importancia de la disociación y la desintegración psíquica, del 5 al 100 %.

2. Psicosis maniáco-depresiva:

En este caso la tasa se sitúa entre el 5 y 15 %.

3. Delirios:

Merecen especial mención los delirios de reivindicación, que se acompañan de agresividad, y asientan sobre una estructura paranoide, que podríamos considerar como la forma mayor de la neurosis de renta (sinistros de Brissaud), y que puede implicar una peligrosidad importante por parte del sujeto. Las tasas de incapacitación varían de unos autores a otros:

- Entre el 5 y 15 % (Mèlennec, 1983).
- Un 5% (Padovani, 1972).
- Alrededor del 30% (Baremo de la Sociedad de Medicina Legal y Criminología Francesa, 1991).

Nosotros creemos adecuada una tasa de incapacitación biológica general en torno al 15%; no obstante, si atendiéramos a la capacidad específica de ganancia, estos individuos tendrían probablemente una incapacitación del 100 %.

4. Demencias y estados deficitarios:

Mèlennec (1983), distingue en cuanto a la tasa de incapacitación permanente por demencias y estados deficitarios globales varios supuestos:

- Problemas moderados: 5 al 15 %,
- Problemas de mayor importancia: 15 al 30 %.
- Problemas importantes: 30 al 60%.
- Problemas muy importantes: más del 60%.

Asimismo considera una tasa del 10 al 20% en los supuestos de descompensación o empeoramiento del cuadro.

Padovani (1972) establece los siguientes cuadros:

a. Estado demencial incompleto, en el que aparecen problemas de atención, memoria, vitalidad general; en tales circunstancias refiere una tasa de incapacidad permanente del 5 al 25%, excepto si conlleva una inactividad profesional importante con inadaptación a la vida social, en cuyo caso la tasa sería del 25 al 75 %.

b. Estado demencial completo, con inadaptación completa a la vida social, y que precisa internamiento. La tasa, en estos casos, es del 75 al 100 %.

Steinbach (1990) considera una tasa de incapacitación para la demencia post-traumática, en función de la amplitud de los problemas, del 60 al 80 %.

- Secuelas de síndromes de Korsakoff post-traumáticos. La tasa oscila del 5 al 60 %, según los problemas sean leves, moderados o graves.

Peculiaridades de la prueba pericial en la valoración del daño psíquico.

- Síndromes frontales. Se establecen tres categorías en función de la gravedad del cuadro:

Moderados.....	5 al 15 %
Medios.....	15 al 30 %
Importantes	30 al 60 %

Steinbach (1990) distingue igualmente varios supuestos:

a. Síndrome frontal muy incompleto, en el que aparece un lenguaje un poco enlentecido con ligeros problemas en la memoria y discretos fenómenos de perseverancia: inferior al 15 %.

b. Síndrome frontal incompleto, con problemas de la memoria inmediata, lentitud global: 15 %.

c. Síndrome frontal moderado, donde se aprecia una dificultad en la retención de palabras, problemas moderados en la memoria de fijación y evocación y juicio conservado: 15-20 %.

d. Síndrome frontal con labilidad emocional, labilidad de humor, logorrea, excesiva familiaridad, con problemas de juicio, y actividad social conservada: 20 %.

e. Síndrome frontal con problemas importantes de la memoria inmediata, el carácter y el comportamiento, sin confusión ni deterioro: 35 %.

f. Síndrome frontal grave, en el que aparecen problemas en el control de esfínteres, problemas importantes de la memoria, del carácter y del comportamiento (moria, viscosidad, irritabilidad, adhesividad...), problemas de juicio, y pérdida del sentido simbólico de las palabras. Dependiendo de la persistencia y de la afectación de la vida cotidiana, la tasa va del 60 al 80 %.

g. Síndrome frontal muy grave, con deterioro del lenguaje. Aparece pérdida de iniciativa, ausencia de actividades sociales o familiares con conservación de ciertos automatismos (asearse, vestirse, etc.): 80 %.

Steinbach (1990) considera una incapacidad del 80 % en los casos en que exista una alteración global de todas las funciones intelectuales superiores. Igualmente, este autor realiza un estudio sistemático de la incapacitación en las afasias y en los trastornos de la memoria:

a. Afasias:

- Lenguaje claro y sin problemas de lenguaje inferior con funciones intelectuales superiores conservadas: inferior o igual al 5%.

- Afasia de Broca completa con aislamiento: 35%.

- Afasia masiva, con problemas de todas las funciones intelectuales superiores: de un 60 a un 80 %.

b. Trastornos de la memoria:

- Discreto déficit amnésico, con ligera torpeza en la comprensión, sin problemas de juicio y sin pérdida de la función simbólica. Vida normal: inferior o igual al 5%.

- Discretas dificultades de la memoria inmediata, que conllevan una pequeña lentitud de las respuestas, asociadas a una pequeña alteración de la emotividad o a un pequeño incremento de la irritabilidad: de 10 al 15 %.

- Dificultades de la memoria inmediata, con atención, razonamiento y juicio conservados: 15%.

- Dificultades de la memoria inmediata, debido a las cuales el sujeto no tiene la facilidad para el estudio: 15-20 %.

- Dificultades de la memoria y de la concentración: de un 20 a un 30 %.

- Amnesia anterógrada, con indiferencia relativa, fatigabilidad, lentitud y autonomía conservada: 30 %.

El baremo español en su apartado B) recoge la desorientación temporo-espacial: 10-20. y la Excitabilidad, agresividad continuada: 10-30.

Apartado C):

Psicosis post-traumáticas: 30-40.

Psicosis maníaco-depresivas: 30-40.

Síndrome de Moria: 25-35.

Síndrome Demencial: 75-95.

Síndrome Orgánico de personalidad: 30-40.

REDACCIÓN DEL INFORME.

Para concluir hemos de señalar que como en todo tipo de Informe Pericial el perito, además de poseer la competencia profesional necesaria para informar con objetividad y conocimiento de causa, debe tener presente una serie de hechos y circunstancias que deben, unas plasmarse en el informe, otras ser tenidas siempre presentes.

1. Los aspectos éticos y deontológicos de la pericia, aquí más trascendentes que en cualquier otro caso.

2. El enfermo consciente o inconscientemente es un simulador. Anteriormente he dicho que el neurótico normalmente barre para casa, aunque existe lo que O.H. Mowren llama la "paradoja neurótica" donde el neurótico paga por satisfacer sus necesidades más de lo que valen (exhibicionismo, cleptomanía).

Pero en lo referente al diagnóstico de la simulación si nos atenemos a lo que dice el DSM-III-R para sospechar una simulación todos nuestros casos reúnen esos requisitos y evi-

dentamente eso no es así. Creo que algunas frases acuñadas por los clásicos son bastante clarificadoras del problema.

- Los simuladores sobreactúan su papel. Son actores que representan su papel tal y como ellos lo entienden, lo han leído, o lo han visto, pero no lo han vivido.

- Piensan que cuanto más extravagante más loco. El caso comentado por el Prof. Ruiz Ogara, del que se comió una "Vanguardia" mientras le interrogaba.

- El simulador ve menos que el ciego, oye menos que el sordo y está más lisiado que el paralítico. Determinado a que a su locura no le falten síntomas y signos apila síntomas tras síntomas, cargando las tintas, hasta llegar a ser una torpe caricatura de su supuesto papel (Jones-Hewelleye).

- Pero hemos de aceptar que los procesos que sólo se expresan por síntomas subjetivos también existen y son reales y son verdad. En Psiquiatría no podemos valernos de la imaginación, pero no siempre lo que revelan las imágenes radiográficas es verdad, como tampoco lo es que en su ausencia el sujeto es un simulador.

3. El contexto jurisdiccional en que se realiza la pericia: accidente de tráfico, trabajo, esfera penal o civil o laboral.

4. El análisis del estado anterior y concausas. Ya ampliamente analizado, aunque quizá merecería la pena resaltar la importancia de la anamnesis y el análisis psicobiográfico para comprender muchas reacciones desproporcionadas: caso de los hiperactivos narcisistas, abúlicos fracasados donde el accidente es su mejor éxito, conflictos de pareja que el accidente puede resolver, las perspectivas laborales. Las secuelas en un futbolista duran menos, que en una persona que odia su trabajo.

5. La fecha de consolidación para establecer la I.L.T. En casos de manifestaciones neuróticas post-traumáticas auténticas hay que dejar al lesionado la posibilidad real de curar y no consolidar su estado precozmente. No se podrá dar una opinión definitiva hasta los 3 años después del accidente (Chalumeau).

6. El daño actual y el daño futuro. Es decir, la permanencia o irreversibilidad en las lesiones y los síndromes retardados. Se basará siempre sobre los datos objetivos del trauma y su severidad. En los T.C.E. el Glasgow medido en tres momentos: al ingreso, a las 24 horas y 8 días, nos dará una buena predicción sobre los daños neuro-psíquicos.

La epilepsia post-traumática tardía puede aparecer varios años después del trauma, incluso con un E.E.G. normal. Un 20 % de las epilepsias son del lóbulo temporal (crisis parciales complejas) donde no se encuentran signos puente con el trauma. Otro síndrome complejo es el S.E.P.T. tardío (González de Rivera). Ello ocurre porque inicialmente la persona no toma conciencia del riesgo, que después al hacerlo consciente es cuando sobreviene el

estrés psíquico. Aquí el daño es inmediato al estrés, lo que es retardado es el hecho. El otro mecanismo es que se produce una represión mnésica del acontecimiento, que puede encapsularlo momentáneamente, para aparecer después. Estos casos tienden a cronificarse (Kolb, 1989).

Sin embargo para Alain Chalumeau cualquier síndrome psiquiátrico que aparece tras un intervalo libre de uno o dos años debe desestimarse.

7. Tratamientos recibidos, posibles y medidas rehabilitadoras.

No debe despreciarse el papel que juega la yatrogenia en el desencadenamiento y consolidación de los daños psíquicos. En este apartado podríamos decir lo mismo que con los casos de responsabilidad profesional del médico. Muchas reclamaciones asientan sobre una mala indicación de un médico, sobre una conducta exagerada en exploraciones, medidas y tratamientos, sobre un alarmismo injustificado. Hemos visto muchos casos en los que el “*dossier*” médico no es coherente con la lesión inicial. Igualmente hay que manifestar el papel que desempeña un “*informe pericial parcial*” en la consolidación de un delirio querulante. Por último el desconocimiento de la Medicina Legal, puede llevar a muchos excelentes profesionales, a realizar informes, certificados y dictámenes claramente negativos para la evolución posterior del enfermo y del problema.

El Informe Médico-Legal debe concluir con las posibilidades reales de recuperación y tratamiento del enfermo.

Como ejemplo podríamos referir los trastornos somatoformes dolorosos en los sujetos hiperactivos accidentados, los que Mothe (1992) denomina “*Toxicómanos del trabajo*”. En estos sujetos la inactividad, que genera el accidente, produce una angustia, su ansiolítico es la hiperactividad, que se somatiza, tomando como inspiración el dolor que tuvo tras el accidente. Es evidente que en estos casos, no está indicada la indemnización, pero sí un tratamiento psicoterápico que resolverá el problema. □

BIBLIOGRAFIA

1. **Aussilloux Ch., Pry R., Donnadiou H., Visier J.P.** (1994): Evaluation des consequences neuro-psychologiques des traumatismes crâniens chez l'enfant. **Rev. Franc. Dom. Corp.**, 3:2/4, 223.
2. **Société de Médecine Légale et de Criminologie de France** (1991): Séquelles psychiatriques, Barême. Evaluation médico-légale des incapacités permanentes en droit commun. Alexandre Lacasagne, Lyon.
3. **Chalumeau A.**, (1992): Les conséquences psychiatriques des traumatismes. **Rev. Franc. Dom. Corp.**, 18, 295.
4. **Gil-Hernández F., Gurpegui M., Hernández-Cueto C.** (1995): La valoración del Daño Psíquico. En: La Valoración Médica del Daño Corporal. Manual práctico para la evaluación de lesiones. C. Hernández-Cueto (Coordinador), Masson S.A.-Salvat Ediciones S.A., Barcelona, en prensa.
5. **Gisbert-Calabuig J.A., Sánchez-Blanke A.** (1991): Psiquiatría Forense Especial. En: Tratado de Medicina Legal y Toxicología. 4a Ed., Salvat.

Peculiaridades de la prueba pericial en la valoración del daño psíquico.

6. **González de Rivera y Revuelta J.L.** (1994): El síndrome post-traumático de estrés: una revisión crítica. En: *Psiquiatría Legal y Forense*. Director: Santiago Delgado Bueno. Colex.
7. **Gonin D.** (1979): Etat antérieur et névrose post-traumatique. **Acta Medicinae Legalis et Socialis**, 29/2, 59-66. Collection de Médecine Légale et Toxicologie Médicale. Paris.
8. **Jurado M.A., Bartumeus F., Junque C.** (1993): Secuelas neuropsicológicas en los traumatismos craneoencefálicos. Relación entre el déficit objetivo y subjetivo. **Neurología**, 8, 91-97.
9. **Kretschmer E.** (1966): *Psicología Médica*, 2ª Ed., Labor. Barcelona.
10. **Lishman W.A.** (1987): Head injury. En: Sishman W.A. (Ed). *Organic Psychiatry. The psychological consequences of cerebral disorder*. 2ª Ed. 78-125. Blackwell Scientific Publications. Oxford.
11. **López de Lamela Velasco C.** (1994): Secuelas psíquicas debidas a los traumatismos craneoencefálicos. En: *Psiquiatría Legal y Forense*. Director: Santiago Delgado Bueno. Ed. Colex.
12. **Marek Z., Szymusik A.** (1980): Post-traumatic neurosis in medical forensic and psychiatry expert opinions. **Acta Medicinae Legalis et Socialis**, 29/2, 67-74.
13. **Mèlennec L.** (1983): *Barème International des Invalidités post-traumatiques*. Masson, Paris.
14. **Mothe J.P.** (1991): Etats mentaux concomitants a des denils: evaluation du préjudice. *Rev. Franc. Dom. Corp.*, 17, 277-283.
15. **Mothe J.P.** (1992): Le trouble somatoforme douloureux. La fréquence chez les sujets hyperactifs accidentés. **Rev. Franc. Dom. Corp.**, 18, 199.
16. **Mothe J.P.** (1992): La consolidation en psychiatrie. **Rev. Franc. Dom. Corp.** 18, 378.
17. **Padovani P.** (1972): *Barème d'accidents du travail et Maladies Professionnelles*. Ed. Lamarre Poinat, Paris.
18. **Palomo Rando J.L.** (1992): Aspectos médico-legales de los traumatismos craneo-encefálicos. Universidad de Málaga.
19. **Plongeaut C. et col.** (1992): La schizophrénie post-traumatique existe-t-elle?. **Rev. Franc. Dom. Corp.**, 18, 207.
20. **Ruiz Ogara C.** (1982): Normalidad y Anormalidad en Psiquiatría. En: C. Ruiz Ogara, J.J. López Ibor Aliño y D. Barcia. *Psiquiatría*. 1ª Ed. 429-432. Toray, Barcelona.
21. **Senninger J.L.** (1987): La schizophrénie post-traumatique. **Rev. Franc. Dom. Corp.**, 13, 131-137.
22. Les séquelles des traumatismes crâneurs graves. Colloque de la Fédération Française des Associations de Médecins - Conseils des Sociétés D'assurances. Rouen, 3-4 junio 1988.
23. **Steinbach.** (1990): Evaluation des sequelles neuro-psychiatriques en reparation du dommage corporel. **Rev. Franc. Dom. Corp.**, 16, 515-519.
24. **Van Zomeran A.H., Van Den Burg W.** (1985): Residual complaints or patients two years after severe head injury. **J. Neurol. Neurosurg Psychiatry**, 43, 21-28.
25. **Villanueva E.** (1992): La prueba pericial médica en el Derecho Común. Ponencia. IV Jornadas Españolas de Medicina Legal. Córdoba. 11 de Octubre.

La simulación del daño psíquico.

José Cabrera Forneiro ¹

INTRODUCCIÓN

El estudio de la simulación del daño psíquico entraña múltiples problemas y acercamientos interprofesionales que dan pie a variadas versiones del tema por lo que haremos un acercamiento desde la perspectiva de la propia experiencia en la Clínica Forense de Madrid.

Entendemos por simulación en psiquiatría el fingimiento a sabiendas de síntomas psíquicos que no existen, es decir mentir y manifestar esta mentira con una expresividad psicomotriz.

La simulación puede ser parcial cuando se trata de aparentar síntomas psíquicos aislados, y completa cuando se aparentan síndromes o enfermedades.

También se habla de simulación desplazada cuando se atribuye falsamente y a sabiendas un cuadro psicopatológico real a otra causa diferente a la verdadera. La simulación pertenece a una constelación de actitudes deformadoras de la realidad psíquica que conviene recordar antes de seguir.

Así hablamos de disimulación cuando se ocultan a sabiendas, los síntomas psicopatológicos que sí existen. También hablamos de sobresimulación cuando se simulan síntomas psicopatológicos que no existen sobre un fondo con una verdadera anormalidad psíquica.

De igual manera se habla de hipersimulación cuando se exageran a sabiendas los síntomas psicopatológicos previamente existentes y de metasimulación cuando se simulan síntomas psicopatológicos que no existen en el momento presente pero sí existieron en el pasado, y el sujeto los recuerda, conoce y rememora.

La simulación en psiquiatría forense es relativamente frecuente y siempre debe buscar uno o los dos objetivos siguientes:

- 1) Una ganancia concreta: compensación económica, eludir un deber, atenuar o eximir un delito, vengarse de una persona o institución, etc.
- 2) Satisfacer un deseo más o menos inconsciente de ser atendido por los demás.

Al igual que es raro un delito sin móvil, es extraordinariamente rara una simulación sin objetivo consciente o inconsciente, hasta tal punto que sin dicho objetivo no podamos hablar de verdadera simulación.

¹ Psiquiatra. Médico Forense. Madrid. (España)

La simulación del daño psíquico.

Debe también quedar claro que la simulación estricta en psiquiatría forense es distinta a los cuadros denominados: neurosis de renta, sinistrosis, síndromes facticios y otros con los que probablemente se establezcan vinculaciones importantes, que deben ser estudiadas en otros apartados de la psiquiatría.

Así mismo no queremos entrar en el debate sobre si la simulación es o no indicio de anomalía psíquica per se, en nuestra opinión la simulación psíquica no tiene nada que ver con la psiquiatría forense salvo porque el perito es habitualmente el que debe discernirla.

Otra cuestión es el hecho clínico real por el que una simulación psíquica mantenida y persistente puede acabar socavando los mecanismos de defensa del individuo y superar su filtro de autocrítica, con lo que nos acercáramos al campo de las pseudologías y las explicaciones psicodinámicas, que sobrepasan este breve estudio introductorio.

La simulación psíquica en psiquiatría forense puede abarcar todos o casi todos los cuadros de ésta y estar asociada a todos o casi todos los campos del Derecho: disminución de la imputabilidad en el campo penal, la incapacitación en el campo civil, la no aptitud para el servicio de las armas en el derecho militar, las invalideces psíquicas en el derecho laboral,.. y así un largo etcétera.

EL DAÑO PSÍQUICO

El daño psíquico es aquel elemento psicopatológico que nace a raíz de una agresión física, psíquica o psicofísica que recibe el individuo, de forma concreta en el tiempo ya que podríamos sino aceptar la dureza de la vida social como un agresor permanente que así mismo originaría el mismo daño.

El daño psíquico va a depender de muchas variables pero básicamente de la estabilidad emocional previa del sujeto y lo compacto y maduro de su personalidad, de tal forma que una agresión con drogas psicodélicas puede precipitar una psicosis endógena en una personalidad anómala previamente, o la implantación de un individuo inmaduro y sobreprotegido repentinamente en un ambiente militar puede generar desajustes psíquicos vividos muchas veces por el cuerpo social como "causados" por la institución castrense.

Nosotros queremos centrarnos pues en el daño psíquico originado por la agresión brusca de carácter psíquico, físico o psicofísico.

TIPOS DE DAÑO PSÍQUICO

En la práctica pericial psiquiátrica o médico forense se nos ofertan tres grandes áreas del daño psíquico:

- a) El causado por traumatismos con o sin lesión cráneoencefálica (accidentes de tráfico, accidentes laborales, secuelas de guerra, etc).
- b) Las secuelas o daños psíquicos tras agresiones sexuales.
- c) Las secuelas o daños psíquicos tras duelos inesperados.

a) Estos traumatismos podrían así mismo separarse en dos grandes grupos: 1) Con Traumatismos Cráneoencefálicos sin evidencias objetivas de lesión (ya que las lesiones

demostrables excluyen básicamente la simulación, aunque no la sobresimulación) y 2) Sin Traumatismos Cráneoencefálico pero con gravedad en la lesión (amputaciones de miembros, alteraciones estéticas severas, etc).

En ambas situaciones la sintomatología puede ser variada: cefaleas, vértigos, parestesias, alteraciones anímicas (distimias), amnesias, paresias, etc, es decir todo un cortejo de síntomas "simulables" dada su inobjetividad. Este es sin duda el terreno más abonado para la simulación en los momentos actuales.

b) En este apartado los síntomas más valorables son básicamente insomnio, irritabilidad, crisis de angustia y/o fóbicas, dificultades en las relaciones interpersonales, somatizaciones de la ansiedad y otros. Todos ellos pueden ser simulables aun cuando el diagnóstico diferencial con El Síndrome de Estrés Postraumático es muy difícil y sutil.

Este terreno no es muy abonado para la simulación ya que apenas ofrece la misma ganancias concretas o beneficios, pero tiene un enorme impacto social y es parte del contenido de las actuales corrientes victimológicas que se infiltran en el mundo penal.

Y c) En los países anglosajones desde hace ya tiempo los Tribunales de Justicia vienen considerando la legítima demanda de indemnizaciones por la pérdida de un ser querido en un acto delictivo, como compensación del dolor psíquico y moral causado, lo que abre una perspectiva interesante en nuestro país.

LA VALORACIÓN PERICIAL DE LA SIMULACIÓN DEL DAÑO PSÍQUICO

La valoración pericial de una posible simulación de daño psíquico irá encaminada a los siguientes estudios:

1) En primer lugar una ponderación ajustada y multifactorial de la agresión sufrida por el individuo así como la intensidad de la misma. En este sentido puede ser de utilidad relativa la existencia de escalas de estrés psicosocial como la elaborada por el DSM IV de la Asociación Psiquiátrica Americana (1994). En esta escala se consideran estrés moderados al aborto, separación matrimonial y pérdida del empleo, estrés graves un divorcio y lesión física grave pero reparable, estrés extremos la muerte de la esposa, el diagnóstico de una enfermedad somática grave o ser víctima de una violación y finalmente se considera estrés catastrófico la muerte de un hijo, el suicidio del cónyuge o la vivencia de una catástrofe natural devastadora.

Para el DSM IV el acontecimiento agudo debe estar comprendido temporalmente en una duración inferior a seis meses y debe reseñarse en la valoración diagnóstica psiquiátrica.

Así mismo existen escalas de estrés ajustadas a otras edades como por ejemplo la que también elabora el DSM IV para niños y adolescentes, entendiéndose que éstos presentan una mayor vulnerabilidad.

2) En segundo lugar debe aplicarse una evaluación general de la personalidad del sujeto atendiendo a sus rasgos, para lo cual es imprescindible la entrevista pormenorizada, la aplicación de Test y Cuestionarios (16 PF, MMPI reducido, etc) y estudio psicobiográfico.

Todo este análisis del sujeto estará expresado en la historia clínica, en la que la exploración psicopatológica hará especial énfasis en el nivel de inteligencia, nivel cultural, trastornos del curso y contenido del pensamiento, trastornos de la memoria, trastornos de la afectividad y del humor y trastornos del lenguaje y de las funciones simbólicas.

La psicobiografía del individuo nos dará la pauta de su personalidad global y de su nivel de integración psicosocial, el estado anterior del sujeto nos orientará sobre la posibilidad de alguna motivación para establecer la simulación, la memoria retrógrada por ejemplo es un buen indicador de la simulación dada la dificultad en simular una verdadera amnesia, y así cada elemento de la exploración nos irá orientando el juicio pericial.

3) En tercer lugar es precisa la búsqueda de elementos objetivos de diagnóstico, para lo cual deberemos utilizar cuantos medios auxiliares tengamos a nuestro alcance, desde los más simples como analíticas rutinarias, radiografías simples, electroencefalografía convencional..., hasta las técnicas más complejas como las neurofisiológicas (Mapping cerebral, Potenciales Evocados, etc), las neurorradiológicas (Tomografía Axial Computerizada Cerebral, Resonancia Magnética Cerebral, Técnicas de Positrones, etc).

4) Y finalmente debemos realizar un minucioso análisis del posible beneficio real que la presunta simulación va a ofertar al individuo, ya que si no está claro el beneficio es preciso descartar la misma.

EL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE LA SIMULACIÓN

En realidad y tras practicar aquellas actuaciones médicas aconsejadas anteriormente, el gran dilema del perito psiquiatra y del médico forense es el del diagnóstico diferencial ya que nunca quedan las fronteras perfectamente delimitadas y surgen muchos problemas incluso de conciencia.

No existen reglas de oro para establecer definitivamente un criterio de simulación a pesar de los clásicos trabajos de Capelli (1931) o las llamadas Guías de Yudovsky (1989), y lo más cercano a nuestra realidad pericial quizás sean las reglas de la Asociación Psiquiátrica Americana (APA) cuando en su DSM IV sugiere pensar en la posibilidad de simulación cuando aparecen alguno de los siguientes puntos:

1) Presentación del paciente fuera del contexto clínico. Caso que ocupa el 100 % de nuestra actividad de peritos públicos.

2) Una discrepancia grande entre el malestar aducido por la persona y los hallazgos objetivos.

3) Una falta de cooperación con la evaluación diagnóstica y con el régimen de tratamiento prescrito.

4) La presencia de un Trastorno Antisocial de la Personalidad.

Aunque estos criterios son verdaderamente amplios, son sugerentes o inductores de la posibilidad de la simulación, y debemos tenerlos siempre en mente.

CONCLUSIONES

1ª) La simulación del daño psíquico en la práctica pericial no es una situación frecuente pero tiende a aumentar por razones sociológicas, culturales y naturalmente económicas.

2ª) Los peritos psiquiatras y los médicos forenses en nuestra opinión no deben entrar el “diagnosticar” una simulación (ya que no es una enfermedad), y todo lo más deben manifestarse sobre la ausencia o no de un cuadro clínico, o la compatibilidad o no de unos síntomas con una agresión previa, dejando claro no obstante lo complejo de la frontera entre la simulación y los trastornos neurotiformes.

3ª) Nosotros hemos tratado pericialmente la simulación del daño psíquico fundamentalmente en accidentes de tráfico y laborales tras los cuales se busca una ganancia económica, y siempre hay deslices del peritado que nos ayudan a la discriminación de la misma.

Y 4ª) Lo anteriormente dicho no es óbice para que estemos totalmente convencidos de que la valoración sincera del daño psíquico sea una necesidad pericial que se incorpore definitivamente a la ayuda que las administraciones, instituciones y compañías de seguros deben prestar a las olvidadas víctimas en general, superando el estudio siempre parcial de los daños psíquicos que en nuestra opinión muchas veces son los menos importantes. □

BIBLIOGRAFIA

1. **Guimon Ugartechea J.** Neurosis de Renta: Psicopatología y Compensación. Psiquiatría Legal y Forense. Vol I. Ed Colex. Madrid, 1994.
2. **Heredia Martínez F.** Estudio de los métodos de evaluación de las secuelas psíquicas. Psiquiatría Legal y Forense. Vol I. Ed Colex. Madrid, 1994.
3. **Delgado Bueno S.** Simulación en Psiquiatría Forense (III). Psiquiatría Legal y Forense. Vol I. Ed. Colex Madrid, 1994.
4. **Cabrera Forneiro J. y Fuertes Rocañin J.C.** La enfermedad mental ante la ley. Ed. ARAN S.A. Madrid, 1994.

Síndromes subjetivos y neurosis de renta.

José Giner Ubago ¹, Julio Guija Villa ²

INTRODUCCIÓN

A finales del siglo pasado, comenzaron a describirse ciertos cuadros que debutaban tras accidentes y cuya base orgánica no se explicaba por los sistemas de diagnóstico convencionales. Esto planteó la duda entre atribuir a los mismos una etiología orgánica o, por el contrario, moverse dentro del terreno de lo psicógeno. En lo que no existía disparidad era en la sintomatología polimorfa caracterizada por un estado de ánimo en el que predominaba la ansiedad, la astenia y los sentimientos de incapacidad e insuficiencia.

PAGE (1882) describe el cuadro al observar que tras accidentes de trenes, algunas personas debutan con síntomas a los que tras la búsqueda de etiología orgánica y la no detección de la misma, se decanta por la importancia de factores psicógenos que inciden en la aparición de los mismos. Reconoce en estos individuos un estado mental parecido al de los histéricos que son los que de alguna forma, desencadenan los síntomas ante los accidentes de tren y según fuesen éstos de tipo cerebral o medular, los denominados “railway brain” o “railway spine”.

Continuando en la referida problemática etiológica, es OPPENHEIM (1884) quien se plantea por primera vez la posibilidad del carácter orgánico de la referida sintomatología aún no encontrando, con los medios disponibles en su momento, una causa que lo justificase. No existía una base orgánica demostrada, aunque sí el íntimo convencimiento de la misma. Acuña el término de NEUROSIS TRAUMÁTICA.

Si bien en este momento nos encontramos, exclusivamente, entre la etiología orgánica o psicógena, CHARCOT (1885) añade un elemento nuevo al postular la posibilidad que la sintomatología somática pueda ser sugestionable en el individuo. Elabora el concepto de histerotraumatismo, considerando, al contrario que OPPENHEIM, que la neurosis traumática es una variedad de la histeria. Al filo de este concepto hay que hacer notar las aportaciones de FREUD, en la aparición de estos cuadros, con su elaboración del inconsciente y la importancia de los traumas infantiles en la aparición de los mismos, razón por la cual, ante igual experiencia traumática las personas responden de forma distinta.

Finalmente, BABINSKY introduce un nuevo elemento de discusión, al plantear la posibilidad que los síntomas aparezcan no por una causa orgánica o psicógena sino como conse-

¹ Catedrático de Psiquiatría. Facultad de Medicina. Universidad de Sevilla. (España)

² Médico Forense. Carmona. Sevilla. (España)

cuencia de una voluntariedad del propio individuo y que por tanto simule, según sus necesidades, tanto los síntomas como las funciones y órganos afectados.

Una vez planteado el problema sería conveniente comprobar cómo, con el transcurso del tiempo, han ido evolucionando las opiniones de diferentes autores.

BRISSAUD, en 1908, se aleja de la problemática entre lo psicógeno y lo orgánico, acuñando el término de SINISTROSIS considerándolo como un delirio razonante que arranca de una idea falsa reivindicativa de reparación. La sinistrosis no deriva en sí del accidente sino de la opinión errónea del accidentado sobre la cuantía o tipo de reparación que estima le es debida. Como vemos, BRISSAUD partía de una base morbosa psicótica. No obstante, con el tiempo, el concepto ha ido evolucionando pasando a utilizarse también como significativo de toda actitud reivindicativa.

BONHOEFFER (1916) somete a una profunda revisión la etiología de la neurosis traumática descartando la teoría organicista de OPPENHEIM, decantándose por una base psicogenética de la misma. Para él, se trata de una reacción tendenciosa del organismo en cuyo fondo late un deseo utilitario y considera al traumatismo como un facilitador de la reacción.

Es obligada la referencia de PIERRE MARIE quien en 1916 describe el "SÍNDROME SUBJETIVO" de los traumatizados de cráneo como aquellas alteraciones objetivables, mediante la exploración detenida, situándolo fuera del ámbito de las neurosis. A partir de este momento queda claro y diferenciado como un cuadro clínico específico y radicalmente diferente a la neurosis traumática, con la cual sólo tiene en común parte de la sintomatología y la presencia de un traumatismo en el inicio de la enfermedad. En el síndrome subjetivo, el factor traumático provoca alteraciones cerebrales: de hecho se trata de un cuadro con una anatomía patológica (perturbaciones vasomotoras encefálicas, hemorragias mínimas, pequeños focos de reblandecimiento, lesiones celulares microscópicas; posteriormente adherencias córtico-meníngicas o cicatrices conjuntivo-gliales, etc.) y una clínica caracterizada por cefalea difusa, aturdimiento, vértigos, equivalentes epilépticos, hiperestesia sensorial, trastornos psíquicos (irritabilidad, impulsividad, hiperemotividad, fatigabilidad, amnesia), insomnio e hipoacusia.

Durante la Primera Guerra Mundial (1914-1918), las neurosis traumáticas pasan a primer plano en la nosografía psiquiátrica pues aparecen enfermos con la misma sintomatología y ya no ante accidentes, sino en situaciones de guerra, por lo que toman el nombre de NEUROSIS DE GUERRA, que plantean problemas no sólo económicos (como en la neurosis traumática) sino el escapar de situaciones peligrosas.

Hasta ahora hemos mencionado, fundamentalmente, la idea de la satisfacción de una indemnización o renta, aunque durante la Primera Guerra Mundial, se puso en evidencia su insuficiencia. Lo que subyace en la neurosis traumática o de guerra no es sólo la referida indemnización o renta por lo que no es de extrañar que poco tiempo después, en 1929, VON WEIZSAECKER utilice por primera vez el término **neurosis de derecho**, al considerar que la indemnización y sintomatología son elementos de segundo orden en el enfermo frente a la

preocupación por la privación de lo que estima son sus derechos; es decir predomina el deseo de satisfacción de los derechos sobre la renta o indemnización.

En resumen, es en esta tercera década del presente siglo cuando, indistintamente, comienza a utilizarse el término neurosis de indemnización o de renta (traducción del alemán "Rentenneurose"), al ser encuadrada dentro de la entidad nosográfica de las neurosis, cristalizando la teoría de la etiología psicógena (PAGE, BONHOEFFER) fundamentada bien en una actitud histeromórfica (CHARCOT) o bien reivindicativa cuasi delirante (BRISSAUD) o, incluso, en la satisfacción de los derechos (VON WEIZSAECKER).

Así podemos ver como BUMKE (1946) las considera como una forma de **reacción psicógena**, basada en la sugestibilidad que aumenta por factores patógenos, ya sean corporales o psíquicos, y depende del medio ambiente, de la cultura, de los hábitos y de vivencias especiales.

LEONHARD (1953) las clasifica dentro de las neurosis y reacciones vivenciales anormales, considerando a las neurosis de renta o accidente como una forma de **neurosis de deseo y reacción histérica** en los que destacaba la **vivencia de insuficiencia** de los accidentados cubiertos por seguro y, por tanto, la posibilidad de una ganancia económica.

BREULER (1967) la conceptúa como un **cuadro clínico psicorreactivo causalmente circunscrito** prefiriendo el nombre de neurosis traumática de indemnización que, a su vez, hay que diferenciar de la neurosis de pensión producida por el deseo de ser pensionado antes del límite de edad marcado reglamentariamente. La primera forma se trataría de un deseo de compensación económica (más raras veces un deseo de liberarse de tareas penosas o venganza contra el culpable de un accidente) que no siempre se halla basado en una avidez de dinero y desgana para el trabajo, sino que puede radicar también en un auténtico temor a convertirse en inválido y, consecuentemente, no poder sostener a la familia.

Entre nosotros, VALLEJO NÁJERA (1944) las considera como una **reacción psicogenética** y, dentro de las mismas, como una forma de neurosis de deseo empleando el término de neurosis sinistrósica, las cuales se desencadenan a raíz de un estado de hipersugestibilidad, accidental o permanente, y una constitución biopsíquica favorable para que la elaboración intrapsíquica de vivencias induzca el refugio en la enfermedad. Se trata de una reacción primaria a la vivencia del accidente y sus consecuencias a la que hay que unir una serie de constelaciones (indemnización, pensión, venganza del causante del accidente, terror, etc.) que fijan los síntomas, aumentados por sugerencias externas.

Desde el punto de vista **médico-legal** resulta necesario citar al LÓPEZ GÓMEZ y GIBERT CALABUIG (1967) que consideran la neurosis de renta como una forma de **neurosis traumática**, concepto que se refiere a aquellas neurosis desencadenadas por mecanismo psíquico puro, sin que el traumatismo llegue a producir lesión orgánica y que pueden desencadenarse por la propia emoción que acompaña al accidente traumático o por la sugestión de personas extrañas que le hacen meditar en las ventajas de su situación. En ambos casos, desde el punto de vista psicogenético, lo fundamental es el convencimiento del derecho de una indemnización a pesar de la total curación de la herida, o si esta indemnización se les ha concedido la estiman insuficiente. Así mismo, y desde este punto de vista, MARCO RIBE (1990) las encuadra dentro de los **trastornos psicorreactivos** en donde la situación de refe-

rencia es un accidentado cubierto por un seguro con opción a indemnización o pensión, siendo determinante la personalidad del individuo.

Por otro lado, el síndrome subjetivo queda clara y perfectamente establecido desde las aportaciones de PIERRE MARIE como un cuadro de causa orgánica con sintomatología difusa y subjetiva.

CONCEPTO DE NEUROSIS DE RENTA

Con lo hasta aquí expuesto, podemos recapitular lo siguiente:

1.- Nos encontramos ante un trastorno incluído nosográficamente dentro de las neurosis, lo que implica una etiología psicógena.

2.- La importancia de considerar factores precipitantes o desencadenantes, lo cual conlleva diferentes denominaciones del trastorno: Neurosis de accidente, de guerra, postraumática y sinistrosis.

3.- La importancia del factor elaborativo y de ahí los nombres de neurosis de renta, de indemnización, de derecho o de litigación.

Como se puede comprobar, hemos comenzado la primera parte del trabajo intentando situar la NEUROSIS DE RENTA dentro de la nosografía psiquiátrica; ahora bien ¿qué se entiende por NEUROSIS DE RENTA?

LÓPEZ GÓMEZ y GISBERT CALABUIG la consideran como un estado mental particular de algunos accidentados que prolongan anormalmente su incapacidad para el trabajo, invocando una serie de trastornos subjetivos y manifestando tendencias reivindicativas con el fin de una indemnización máxima del perjuicio ocasionado.

Para CALCEDO, se trata de un padecimiento caracterizado, esencialmente, por síntomas neuróticos surgidos a raíz de accidente en un contexto social que contempla, en dicho supuesto, la posibilidad de indemnización.

VALLEJO, considera a la neurosis de renta y la histeria como un bloque difícilmente diferenciable. En la neurosis de renta, el paciente ha utilizado de forma no consciente su problema orgánico (accidentes, traumatismos, operaciones...) para reorganizar su vida obteniendo una ganancia secundaria a partir de su enfermedad, gracias a la cual puede abandonar sus obligaciones. En la histeria también se produce una utilización inconsciente de la situación, pero la finalidad última está en el manejo afectivo del ambiente más que en su utilización material, como ocurre en las rentosis.

CABRERA FORNEIRO Y FUENTES ROCAÑIN la describen como una ganancia secundaria tras un hecho traumático en el que generalmente no se observan lesiones somáticas o si éstas existen son de poca importancia y se establece un proceso de indemnización. El paciente elabora de forma más o menos inconsciente la conveniencia de sufrir algún síntoma o aintomas que le dan derecho a la indemnización.

Para CORDIER, que sigue fielmente a BRISSAUD y por lo tanto utiliza el término **sinistrosis**, se trata de un estado mental particular de algunos accidentados que prolongan anormalmente su incapacidad para el trabajo, invocando una serie de trastornos subjetivos y manifestando tendencias reivindicativas con el fin de una indemnización máxima del perjuicio ocasionado, incluso va más lejos pues considera que el término tiende a ser proscrito (como los de histeria, paranoia, debilidad mental, etc.) por razones de orden social y no clínicas abogando por que los peritos, con total independencia, no se abstengan de utilizar esta expresión por razones oportunistas cuando en su fuero interno están a favor de tal diagnóstico, debiendo explicar al magistrado cuáles son los mecanismos psicológicos susceptibles de conducir al paciente a solicitar una indemnización desproporcionada.

Llegados a este punto y tras revisar la adscripción nosológica y la definición realizada clásicamente podemos recapitular de la siguiente forma:

CONCEPCIÓN CLÁSICA

Nosográficamente ha sido incluida dentro del concepto de la neurosis lo cual desde el punto de vista etiopatogénico conlleva la realización de una elaboración inconsciente en la que intervienen factores predisponentes, desencadenantes y socioculturales.

El hecho de hablar de elaboración inconsciente ya nos lleva a considerar que la aparición de los síntomas no está sujeta a la voluntariedad del accidentado sino que son mecanismos que escapan a la misma las que lo ponen en marcha, para lo cual requiera una personalidad premórbida característica en la que deben predominar los rasgos histriónico o querulante, fundamentalmente; un factor desencadenante que normalmente se trata de un accidente de tipo físico (traumatismos en general) y la existencia de una posibilidad de ganancia de tipo económico (factor sociocultural).

La **clínica** se caracteriza por la aparición de signos y síntomas psíquicos sin base orgánica, más relacionados con el quehacer laboral que con el órgano o miembro implicado en el accidente. Se trata de una sintomatología polimorfa en la que se detecta un estado de ánimo caracterizado por tristeza, ansiedad e hipocondría. Las más de las veces, el paciente se siente mal de modo difuso, con astenia, sentimiento de incapacidad e insuficiencia. Cuando el sujeto se esfuerza, este sentimiento empeora y se plasma, si no lo estaba ya antes, en cefaleas, mareos y gran fatigabilidad.

El dolor de cabeza es síntoma constante en la neurosis de renta sobre todo si se ha tratado de un trauma cefálico; empeora con los esfuerzos físicos y psíquicos y con las situaciones de tensión.

La sensación vertiginosa es frecuentemente referida aunque, en realidad se trata más de mareos que de vértigos rotatorios: se trata más bien de una inestabilidad momentáneamente al cambiar de posición que se combina con visión borrosa.

La gran fatigabilidad es narrada con frecuencia: se manifiesta ante cualquier esfuerzo físico o mental por lo que el paciente expresa su imposibilidad de esforzarse como antes y, por tanto, su incapacidad para trabajar.

En ciertos casos se ponen de manifiesto alteraciones del sueño en forma de pesadillas que impiden un descanso reconfortante.

La labilidad afectiva, la irritabilidad y las alteraciones de la libido son frecuentemente referidas.

El dolor local sobresale, especialmente, cuando el traumatismo ha asentado en extremidades, por lo que el paciente tiende a la inmovilización de las mismas para evitar la exacerbación del dolor.

En cuanto a la expresión, hay que remarcar la dramatización con la que manifiesta algunos síntomas y la actitud reivindicativa que toma al pasar cierto tiempo del traumatismo, reivindicación centrada en la recuperación de salud y en su capacidad de trabajar como antes.

El **pronóstico** se encuentra íntimamente ligado a la posibilidad de indemnización, de tal forma que cuanto más rápida sea concedida, menor posibilidad de aparición de una neurosis de renta. Así JASPER resultaba drástico en esta concepción “extinguido el estímulo se extingue la reacción y por ello existen tres posibilidades”:

- a) Negación de la renta: las tendencias reivindicativas se exageran.
- b) Pensionar al enfermo: la afección dura lo que dure la pensión, indefinidamente.
- c) Conceder una indemnización única y suficiente (a negociar). En este caso el enfermo, después de un tiempo discrecional, adquiere su estado habitual.

El **diagnóstico diferencial** a realizar será con los trastornos de base orgánica, fundamentalmente el síndrome subjetivo, la simulación, la histeria y los trastornos facticios.

Los trastornos orgánicos serán sospechados por la clínica y puestos de manifiesto por cualquiera de las técnicas habitualmente empleadas: EEG, TAC, RMN, radiografías convencionales, etc.

La simulación debe ser tenida en cuenta tras una detenida anamnesis, estudio de la psicografía, de la personalidad y de la situación socio-laboral del paciente, se intuya la existencia de motivaciones conscientes en la aparición y mantenimientos de síntomas.

En la histeria se trata de buscar un beneficio afectivo más que económico, como anteriormente hemos indicado. VALLEJO considera que la finalidad última está en el manejo afectivo del ambiente más que en su utilización material, como ocurre en la neurosis de renta.

Los trastornos facticios se caracterizan por la actitud persistente de **creación intencionada o fingimiento** de síntomas, o producción de lesiones a sí mismo con el objeto de generar síntomas clínicos. En ellos **no existe una evidencia de causa externa** como sería la posibilidad de una **compensación económica, evasión de alguna situación peligrosa, demanda de mayor atención médica**, etc. El paciente recrea la enfermedad a fin de ganar la **atención afectuosa de los médicos**. Para otros, se trata de una gratificación masoquista por lo que desean ser sometidos a procedimientos quirúrgicos, mientras otros se identifican con alguna figura importante del pasado que padecía la misma enfermedad psicológica o física.

CONCEPCIÓN ACTUAL

Desde la publicación de las modernas clasificaciones internacionales acerca de los trastornos mentales y siguiendo fundamentalmente a la CIE-10 (1992), por acercarse más a la concepción europea de la psiquiatría, podemos apreciar variaciones significativas.

Primeramente, como diferencia fundamental, hemos de señalar que desde el punto de vista nosográfico, la neurosis de renta deja de ser considerada como una neurosis para encuadrarse dentro de los **trastornos de personalidad** (F68 Otros trastornos de la personalidad y del comportamiento del adulto), lo cual, etiopatogénicamente tiene su traducción en que ya no se trata de una elaboración inconsciente sino de una **elaboración psicológica**, en la cual existen unos factores predisponentes, desencadenantes y socioculturales que difieren a los anteriormente referidos.

Así encontramos que entre los factores predisponentes, la personalidad premórbida, aunque tiene su importancia, deja de tener el papel tan destacado como clásicamente se la había atribuido. Entre los factores desencadenantes no sólo intervendrán los accidentes físicos, sino también enfermedades y cualquier otra situación estresante en general puede poner en funcionamiento el cuadro. Los factores socioculturales intervendrán en el sentido de considerar decisivo el deseo de ganancia aunque no sólo se ha de tomar en cuenta las ganancias de tipo económico (prevalentes en el concepto clásico), sino también otras circunstancias como el desacuerdo con la asistencia o el miedo a la muerte.

Las manifestaciones **clínicas** son las mismas mencionadas anteriormente: signos y síntomas psíquicos y somáticos sin base orgánica que se relacionan más con el quehacer laboral que con el órgano o miembro implicado en el accidente.

Dado que los factores desencadenantes y socioculturales son diferentes, el **pronóstico** también varía pues ya no se encuentra tan íntimamente ligado a la consecución de la indemnización como se consideraba clásicamente, sino que interviene en gran medida el reconocimiento de ciertos derechos sin necesidad de beneficio pecuniario.

Finalmente, el **diagnóstico diferencial** debemos realizarlo con: los trastornos orgánicos, el síndrome subjetivo, la neurosis postraumática, los trastornos somatoformes, los trastornos disociativos, los trastornos facticios y la simulación. De ellos comentamos brevemente:

- En la neurosis postraumática no existe actitud reivindicativa, sino sintomatología caracterizada por el recuerdo continuado o la reaparición de un acontecimiento estresante en forma de reviviscencias disociativas ("flahsbacks"), por recuerdos de gran viveza, sueños recurrentes o sensación de malestar al enfrentarse a circunstancias parecidas o relacionadas con el agente estresante que es de tipo psíquico, existiendo un estado de hiperactividad vegetativa con hipervigilancia, incremento de la reacción de sobresalto e insomnio.

No obstante, desde el punto de vista médico-forense, hay que hacer mención a la Orden Ministerial de 5 de marzo de 1991 en la que se recoge como posible secuela tras lesión provocada por vehículo a motor la neurosis post-traumática. Entendemos que dicha secuela abarca un término más amplio que el estrictamente psiquiátrico pues se trata del desencadenamiento de una neurosis (sin importar el tipo) en relación con un traumatismo.

- Para los trastornos somatoformes y disociativos es válido lo ya comentado en la historia pues se trata de las formas en que la misma viene recogida en las modernas clasificaciones.

Recopilando lo hasta aquí mencionado, debemos señalar 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.

Para terminar podríamos preguntarnos ¿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 que hemos expuesto en este trabajo. 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, más 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. □

BIBLIOGRAFIA

- 1.- BUMKE O. Nuevo tratado de enfermedades mentales. Seix Editor. 1946, 251-253
- 2.- BLEUER E. Tratado de Psiquiatría. Ed. Espasa Calpe. 1967, 584-587

- 3.- LÓPEZ GÓMEZ L., GISBERT CALABUIG J.A., Tratado de Medicina Legal. Ed. Saber. 1967, 593-598
- 4.- LEONHARD K. , SOLE-SEGARRA, Manual de Psiquiatría, Ediciones Morata, Madrid, 1953
- 5.- VALLEJO-NÁJERA A. Tratado de Psiquiatría. Ed. Salvat. 1944. 1109-1113
- 6.- CALCEDO A. Las llamadas neurosis de renta. Instituto de España. Real Academia Nacional de Medicina. 1975
- 7.- MAYER-GROSS W., SLATER E., ROTH M., Psiquiatría clínica. Ed. PAidós. 1974. 119-254
- 8.- WEITBRECHT. J., Manual de Psiquiatría. Ed. Gredos. 1970. 670-675
- 9.- MARCO RIBE J. , MARTI TUSQUETS J.L., PONS BARTRAN R., Psiquiatría forense. Ed. Salvat. 1990. 323-332
10. CABRERA FORNEIRO J., FUERTES ROCAÑÍN J.C., La enfermedad mental ante la ley. Ed. Libro del Año. S.L. 1994. 103-120
- 11.- VALLEJO J., BULBENA A., GONZÁLEZ A., GRAU A., POCH J., SERRALLONGA J. Introducción a la psicopatología y a la psiquiatría. Ed. Salvat. 1987. 467-490
- 12.- KAPLAN H., SADOCK B. Psiquiatría clínica. Ed. Médica Hispanoamericana. 1990. 79-84
- 13.- CORDIER B. SYLVERTRE M. LEYRIE J. Pathologies Psychiatriques Post-traumatiques. Ed. Techniques. Encycl. Med. Chir. (París-France), Psychiatrie. 37-329-A-10. 1994. 6p.
- 14.- HOUPERNICK C., TOMKIEVICZ S., BASQUIN M. "Troubles Psychiques au cours del Affections dues a des Facteurs Physiques". Ed. Techniques. Encycl. Med. Chir. (París-France). Psychiatrie. 37-670-A-90. 1963. 6p.
- 15.- FERREY G., GAGAEY P.M.: "Le syndrome Subjectif el les Troubles Psychiques des Traumatisés du Crane". Ed. Techniques. Encycl. Med. Chir. (París-France). Psychiatrie. 37-520-A-10. 1987
- 16.- DSM-III-R. American Psychiatric Association. Ed. Masson. 1989. 133-153
- 17.- CIE 10 Décima Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades: Trastornos Mentales y del Comportamiento. Ed. Meditor. 1992
- 18.- DSM-IV: American Psychiatric Asociation. 1995

Alteraciones cognoscitivas de los traumatismos craneoencefálicos.

Román Alberca Serrano¹

I.- INTRODUCCION

Las partes enfrentadas en un litigio relacionado con un traumatismo craneoencefálico (TCE) necesitan, con frecuencia, apoyar sus alegatos en datos periciales. El peritaje solicitado debe constatar numerosas cuestiones. Tiene que determinar la intensidad de la lesión y su relación directa, indirecta o inexistente con el traumatismo. Un punto esencial es establecer el pronóstico y decidir cual puede ser la discapacidad y menoscabo resultantes. Ocasionalmente, el traumatizado comete delitos o incurre en faltas y hay que determinar su imputabilidad en estos actos.

Los conocimientos del neurólogo lo capacitan para peritar sobre muchos de estos aspectos. Es el especialista que se ocupa de las manifestaciones clínicas de los procesos que alteran el sistema nervioso. En consecuencia, está capacitado para decidir sobre el pronóstico de las lesiones y, sobretodo, su formación es idónea para valorar cualquier dato obtenido con nuestros modernos métodos diagnósticos e integrarlo en el contexto general de la alteración por la que se litiga. Por desgracia y al revés de lo que sucede con el psiquiatra, el neurólogo suele estar ajeno a las cuestiones médico-legales.

Por el contrario, el médico forense maneja con soltura los conceptos jurídicos y tiene unos sólidos conocimientos médico-legales. Hace un uso apropiado de este lenguaje y, por su formación, le resulta más sencillo dictaminar sobre la imputabilidad de las acciones cometidas. Finalmente, es uno de sus campos de actuación habituales valorar las discapacidades y los menoscabos.

Sólo beneficios pueden resultar de una colaboración entre forenses y neurólogos. La colaboración debe intentar establecer un lenguaje común, que luego se pudiera aceptar de forma universal. Este lenguaje debería ser preciso, basado en hechos contrastados científicamente. Resulta peculiar ver cómo, ante hechos aparentemente tan claros como puede ser un traumatismo craneoencefálico, las opiniones son a menudo encontradas, no sólo en lo que se refiere a la valoración de las consecuencias del traumatismo, sino incluso en la definición de términos y conceptos. Probablemente, no existe nada más enervante para quien debe juzgar que esta falta de acuerdo que hace pensar que un peritaje se basa en una opinión y no en un hecho científicamente comprobado.

El objetivo de esta exposición es discutir fundamentalmente las alteraciones cognoscitivas causadas por los TCE, esencialmente los cerrados, los medios que se deben utilizar para su estudio, los criterios que se pueden emplear para su definición, su pronóstico, algunos de

¹ Jefe de Servicio de Neurología. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla (España)

los problemas médico-legales que plantean y algunos comentarios sobre la discapacidad y menoscabo que causan.

II.- ASPECTOS GENERALES

Los TCE son un problema frecuente, tanto que se han convertido en una epidemia. El varón los sufre el doble que la mujer. Los más frecuentes son los provocados en accidentes de tráfico y los sucedidos en el medio laboral, aunque esto varía de país en país y según las edades. En estas dos situaciones, accidente de tráfico y accidente laboral, es cuando un TCE es causa de mayor conflictividad médico-legal.

El TCE causa una lesión del sistema nervioso a través de diversos mecanismos (Tabla I). El usual es la propia fuerza del traumatismo que produce la contusión del tejido cerebral, en la mayoría de las ocasiones a través del contragolpe. Otras veces interviene una hemorragia, el infarto por trombosis y disecciones arteriales, las embolias grasas o gaseosas, etc. Además, durante la lesión del tejido cerebral se liberan diversas sustancias, moduladores, como puede ser el glutamato, neurotransmisor excitador que magnifican el insulto inicial (1). Finalmente, en la fase aguda aparece un edema cerebral, que puede ocasionar un enclavamiento con las lesiones subsiguientes. Ocasionalmente los neurocirujanos se han visto obligados a realizar una resección, frontal, para dejar espacio y evitar la muerte por enclavamiento secundario al edema cerebral. Todas estas alteraciones cursan de forma progresiva sólo durante los primeros momentos. Estos mecanismos dejan de actuar muy pronto y la lesión permanece entonces estacionaria. Comienza a partir de aquí, de inmediato, una fase regresiva, de remisión y finalmente quedan las secuelas correspondientes.

De forma tardía pueden intervenir otros mecanismos que causan una alteración cerebral progresiva. Así sucede con el sangrado que origina un hematoma subdural. Otras veces des-

Tabla I.
FISIOPATOLOGIA DEL TCE

- LESIÓN ESTÁTICA O REGRESIVA
 - De carácter primario
 - De carácter secundario
- LESIÓN EVOLUTIVA, PROGRESIVA
 - Hematoma subdural
 - Hidrocefalia normotensiva
 - Demencia pugilística

pués de la hemorragia subaracnoidea postraumática aparece una dificultad para la reabsorción del LCR, que provoca una hidrocefalia normotensiva. En el caso de los boxeadores, los traumatismos repetidos llevan a una alteración cerebral progresiva de naturaleza desconocida, cuya expresión morfológica tiene mucho en común con la de la demencia de Alzheimer. Todos estos procesos tienen un enorme interés desde el punto de vista neurológico e incluso en las ciencias básicas, pero son infrecuentes y los problemas médico-legales que podrían plantear son de una naturaleza que se sale de la intención de este capítulo.

Por tanto, aquí se consideran sólo las consecuencias sobrevenidas por las lesiones causadas a través del primer grupo de mecanismos fisiopatológicos, rápidamente estáticas e inmediatamente regresivas. La intensidad del trauma suele correlacionarse con la gravedad de las lesiones y ésta con la intensidad de las secuelas. La intensidad de la acción traumática se puede deducir del estado del traumatizado cuando ingresa, una vez efectuadas las correspondientes maniobras de resucitación si hubiera sido preciso.

III.- VALORACION INICIAL DEL TCE

Es imprescindible, por tanto, conocer el estado del traumatizado en los primeros momentos, porque de él se deduce la gravedad de las lesiones cerebrales iniciales y se puede aproximar, incluso, un primer pronóstico. Este estado consta en la historia clínica explícitamente cuando el TCE fue grave y el paciente ingresó en la UCI, puesto que en estas unidades se utiliza rutinariamente la "Escala de coma de Glasgow (ECG)" (2) (Tabla II). Cuando el paciente no fue ingresado en la UCI su estado inicial puede deducirse implícitamente de los datos de la historia trasladarse a la ECG.

La ECG es un instrumento eficaz que puntúa de forma sencilla la respuesta obtenida en tres campos fundamentales: motilidad ocular, actividad motórica general y capacidad verbal. La máxima puntuación es 15 y corresponde a una ejecución correcta en los tres campos. Es evidente que un valor elevado en la ECG indica que la repercusión del traumatismo sobre el

cerebro fue muy leve o incluso inexistente en apariencia. Se considera que 8 es la puntuación que separa el nivel de conciencia vigil del coma. Un valor inferior a 8 indica una lesión importante de diversas estructuras encefálicas.

La gravedad inicial del traumatismo se deduce de acuerdo con la puntuación obtenida en la ECG, realizada una vez que se reanimó al traumatizado. Se considera que el TCE es leve cuando la puntuación inicial más baja se sitúa entre 13 y 15, moderado si está entre 9 y 12 y grave cuando es inferior a 9 (2). La gravedad inicial del TCE se correlaciona con la intensidad de las secuelas. Por ejemplo, si el TCE fue leve, en torno al 90% de los traumatizados son capaces de ejecutar un examen neuropsicológico de dos horas de duración un año después; esto mismo sólo puede hacerlo menos de la mitad de los que puntuaron entre 3 y 5 en la ECG al ingreso (3). De la misma forma, el 80 % de los casos que puntúan en la ECG entre 8 y 15 al ingreso quedan finalmente sin déficits cognoscitivos o éstos son mínimos; por el contrario, el déficit residual es intenso en

las tres cuartas partes de los que puntuaron 3 o 4 en la ECG (4).

IV.- EL TCE LEVE Y EL SINDROME POSTCONCUSION

Evidentemente, la inmensa mayoría de los TCE son leves y muchos de ellos ni siquiera buscan el consejo del médico. Sin embargo, el TCE leve es también una causa de litigio muy frecuente, aún más que el grave, quizás porque la evidencia del daño es menos clara y puede haber muchas más discordancias en su apreciación.

De acuerdo con varios autores (5, 6) debería existir una definición precisa del TCE leve que permitiera incluir siempre el mismo tipo de TCE en un determinado estudio. En la Tabla

Tabla II.
ESCALA DE COMA DE GLASGOW
Teasdale G, Jennet B. Lancet 1974; 2:81-84

- APERTURA DE LOS OJOS
 - 4 Espontánea
 - 3 Bajo orden
 - 2 Con el dolor
 - 1 No existe
- RESPUESTA MOTORA
 - 6 Bajo orden
 - 5 Localiza dolor
 - 4 Retira el miembro
 - 3 Flexión anormal
 - 2 Realiza extensión
 - 1 No existe
- RESPUESTA VERBAL
 - 5 Está orientado
 - 4 Está confuso
 - 3 Es ininteligible
 - 2 Ruidos
 - 1 No hay respuesta

III se exponen estos criterios, cuya idoneidad parece clara. En esencia, cuando se cumplen quiere decir que a) el TCE fue lo suficientemente ligero como para no tener apenas repercusión o no repercutir aparentemente sobre la sustancia cerebral y obtener una elevada puntuación en la ECG; b) no poseer la intensidad suficiente como para provocar una lesión focal cerebral; c) no poder, por la misma razón, deprimir la bóveda craneal y d) finalmente, ser incapaz de causar, de igual forma, alteraciones visibles en los modernos medios de neuroimagen.

Tabla III.
DEFINICIÓN DEL TCE LEVE

- PÉRDIDA DE CONCIENCIA < 30 MIN
- PUNTUACIÓN ESCALA GLASGOW 13-15
- AUSENCIA DE DÉFICITS FOCALES
- AUSENCIA DE FRACTURA CRANEAL DEPRIMIDA
- AUSENCIA DE HEMATOMAS U OTRA PATOLOGÍA

más alta en el SPC (5).

Las opiniones sobre la naturaleza del SPC son contradictorias. Diversas razones apoyan su naturaleza psicógena, especialmente porque está causado por un TCE a veces muy ligero y no se encuentran signos sino sólo síntomas, cuyo relato puede resultar bizarro.

No obstante, se debe tener en cuenta que el TCE leve puede causar una afectación axonal difusa (10). Además, los síndromes referidos por el enfermo pueden ser típicamente neurológicos, de aceptada naturaleza orgánica, como sucede con muchas de las cefaleas recogidas en la Tabla V (a), como puede ser una

Tabla IV.
SÍNDROME POSTCONCUSION. DEFINICIÓN

- PROVOCADO POR UN TCE LEVE
- COMPRENDE UNO O VARIOS DE LOS SÍNTOMAS

Dolor de cabeza	Pérdida de memoria
Inestabilidad	id. de concentración
Cansancio	Sensibilidad al ruido
Irritabilidad	Insomnio
Ansiedad	Otros

TCE leve pueden realizar los test neuropsicológicos igual que el grupo control; pero examinados neurológicamente esos dos grupos a determinada altitud, en condiciones de hipoxia, se demuestra que el grupo con TCE leve puntúa por debajo de los controles de forma estadís-

La expresión clínica del TCE leve es el síndrome postcontusión (SPC), frecuente causa de litigio. Tampoco existe acuerdo sobre la definición de este síndrome, que podría ser considerado, de acuerdo con diferentes estudios (5, 7, 8, 9) como: a) producido por un TCE leve y b) constar de uno o varios de los síntomas o signos que se resumen en la Tabla IV. Aunque muchos de estos síntomas aparecen con frecuencia entre la población general, existe un estudio controlado que demuestra que su incidencia es mucho

jaqueca, una cefalea en racimos, una cefalea de la actividad sexual, una amnesia global transitoria u otros procesos. Las alteraciones neuropsicológicas del SPC, expuestas en la Tabla V (b) comprenden, entre otros, problemas de memoria de evocación, de la atención, de la conducta y del carácter. Muchas de estas alteraciones se pueden verificar mediante estudios neuropsicológicos adecuados. De hecho, ciertos estudios han demostrado que los sujetos con un

Tabla V (A).
TIPOS DE CEFALEA
SINDROME POSTCONCUSION

- Cefalea de tensión
- Migraña con/sin aura
- Cefalea en racimos
- Cefalea de la actividad sexual
- Cefalea por hipotensión LCR
- Neuralgia del n. Occipital
- Neuralgia del n. Supraorbitario
- Neuralgia del n. Infraorbitario
- Secundaria a lesión por latigazo
- Secundaria a alt. Temporomandibular
- Por lesión focal o laceración piel
- Cefaleas mixtas

Tabla V (B).
ALT. MENTALES
SINDROME POSTCONCUSION

- Irritabilidad
- Ansiedad
- Alteración personalidad
- Alteración del sueño
- Fatigabilidad anormal
- Alteración de la memoria
- Alteración de la concentración
- Disminución de la atención
- Lentificación del pensar
- Alteración de la libido

ticamente significativa (11). Por otra parte, los síntomas del SPC pueden permanecer durante largos periodos de tiempo (9): en el 33 % de los casos persisten un año después y en el 15 % a los 3 años (12).

Los estudios complementarios no siempre solucionan el problema diagnóstico porque sus resultados pueden ser normales o si son anormales, la anomalía puede no estar relacionada con las quejas y menoscabo del traumatizado. Por supuesto, cuando las quejas son visuales debe consultarse el oftalmólogo y realizar un examen adecuado, incluidos los potenciales evocados visuales. En el caso de inestabilidad debe hacerse algo similar por el especialista ORL y realizar cuidadosos estudios de neuroimagen para descartar lesiones de oído medio e interno. El valor de los potenciales evocados de tronco es discutible y hay quien opina que no se deben emplear para la valoración médico-legal del síndrome postconcusión. (13). Cuando los déficits son neuropsicológicos hay que hacer el estudio correspondiente. Los exámenes de neuroimagen, más sensible la RM que la TAC, deben ser prácticamente normales por definición y sirven fundamentalmente para excluir causas de deterioro neurológico progresivo, como el hematoma epi o subdural. La utilidad del examen EEG es escasa, excepto cuando aparecen crisis epilépticas. Igual ocurre con otros exámenes más sofisticados (14), para cuya valoración es preferible remitirse al capítulo de la neurofisiología clínica.

En realidad, la discusión sobre la naturaleza del SPC podría eternizarse. Si se desea ser operativo es preferible en cada traumatizado seguir estos pasos: Primero, debe establecerse que se trata de un TCE leve, porque cumple las condiciones diagnósticas arriba expuestas. Luego, hay que diagnosticar que ha aparecido un SPC. A continuación deben precisarse las características de este síndrome, su posible naturaleza orgánica y si los hallazgos en los exámenes complementarios apoyan esta opción.

De esta forma pueden darse tres situaciones. En la primera el síndrome es claramente neurológico y su causa es orgánica. Así sucede, por ejemplo, con la cefalea del síndrome posttraumático del latigazo, con la producida por hipotensión de LCR o con una amnesia global transitoria postraumática. En su caso, otros exámenes confirman la naturaleza orgánica de la alteración. El problema se reduce a considerar la relación del síndrome resultante respecto al traumatismo, a establecer el pronóstico y a determinar el menoscabo resultante. Por ejemplo, a los 3 meses del traumatismo suele haber desaparecido la alteración de la memoria para

hechos nuevos (15), mientras que puede haber otros déficits de la memoria y persiste en esos meses un déficit de la atención (16). En algún otro trabajo el pronóstico es peor y se ha

encontrado que el 19 % de estos traumatizados aquejan problemas de memoria a los 4 años del trauma (7) (Tabla VI) y no pocos continúan sin trabajar mucho tiempo después de haber sufrido el accidente. La determinación del menoscabo, que necesita un auténtico experto, debe tener en cuenta las repercusiones que estas alteraciones tiene sobre la capacidad laboral, sobre la pérdida de posibilidades de promoción e incluso, de encontrar nuevos trabajos.

Tabla VI.
S. POSTCONCUSION
% de casos con... a los 4 años
Edna y Capeleen (7)

- DOLOR DE CABEZA.....24 %
- INESTABILIDAD.....18 %
- ALT. MEMORIA.....19 %
- IRRITABILIDAD.....5 %

En otras ocasiones, el neurólogo ve claro que la sintomatología aducida no tiene caracteres que permitan establecer su naturaleza orgánica. Debe entonces realizarse una consulta con el psiquiatra para saber si existe una neurosis de conversión o de renta, de acuerdo a sus criterios diagnósticos. No debe creerse que aquí termina la cuestión, porque incluso si así fuera el perito debería dictaminar sobre la posible relación entre esa neurosis y el TCE.

VI.- EL TCE MODERADO Y GRAVE Y SUS CONSECUENCIAS

Un TCE moderado puntúa entre 9 y 12 en la ECG y uno grave de 8, nivel del coma, hacia abjo. Además, en estos TCE existen otros datos: síntomas y signos de una afectación focal (hemiparesia, alteración del reflejos, lesiones de pares craneales, etc.), evidencia en la TAC y/o RMN de lesiones cerebrales (contusiones, hematomas, infartos), fracturas deprimidas de la bóveda craneal. Todo ello indica que la intensidad de la acción traumática fue notable y la baja puntuación en la ECG es muestra de la repercusión que esa acción traumática tuvo sobre el tejido cerebral.

Las manifestaciones clínicas de estos procesos se pueden agrupar en tres apartados, de acuerdo con su evolución: episódicas, autolimitadas y persistentes.

La **manifestación episódica** por excelencia es la **epilepsia**. Dejando aparte el problema, que hay en ocasiones, sobre si la epilepsia ha sido la causa o consecuencia del accidente - para lo que el estudio EEG puede resultar importante- es evidente que un elevado porcentaje de traumatizados desarrollan, durante la fase aguda, una crisis epiléptica. Esta crisis, que suele ser generalizada, puede causar dificultades respiratorias si repite con frecuencia o si se transforma en un estado de mal. Contribuye a empeorar las consecuencias del traumatismo a través de diversos mecanismos, especialmente por la hipoxia que causa y el edema cerebral. Se ha demostrado que el tratamiento profiláctico con medicación antiepiléptica disminuye la posibilidad de que aparezca esta crisis epiléptica precoz y el traumatizado suele ser tratado con este tipo de medicación durante tres meses. Por el contrario, no se ha demostrado que el tratamiento profiláctico duradero impida el desarrollo de una epilepsia en sentido estricto - crisis epilépticas recurrentes fuera de esta fase aguda. Por este motivo, una vez que han pasado los tres meses, la dosis de la medicación antiepiléptica se va disminuyendo progresivamente hasta suprimirla.

Los factores de riesgo para el desarrollo de una epilepsia postraumática, en sentido estricto, son variados. Por ejemplo, la existencia de una crisis epiléptica en la primera semana después del traumatismo hace mucho más probable el desarrollo posterior de una epilepsia (16). La frecuencia de una epilepsia es doce veces superior en una población con TCE que en otra control; es tanto más frecuente cuanto más grave es el TCE y mayores las lesiones focales (17). Una vez aparecida, la epilepsia debe tratarse de forma habitual y su control no suele ser difícil, de forma que una mayoría de pacientes quedan libres de ataques. Después de un periodo de control variable -muchos prefieren al menos dos años- se puede intentar retirar la medicación, pero debe hacerse con prudencia y valorar cada caso individualmente de acuerdo a las lesiones sufridas y alteraciones en el EEG.

Los problemas médico-legales que plantea la epilepsia postraumática son de dos tipos. En primer lugar, el epiléptico de origen postraumático, como otro cualquiera, puede desarrollar cuadros psicóticos y "fugas" epilépticas. Durante esas fases puede delinquir y, si se demuestra que se encontraban esta situación, no deberían ser hechos responsables de sus actos, ya que su nivel de conciencia está perturbado. Además, el epiléptico puede tener alteraciones de la conducta y comportamiento. En este otro caso, cuando comete faltas, aún siendo capaz de discernir sobre lo que hace y sus consecuencias, debería tenerse en cuenta su condición patológica. Quizás fuera más apropiado suavizar las condenas y hacer que las cumpliera en un establecimiento médico bajo tratamiento.

En segundo lugar, es preciso determinar la discapacidad y menoscabo sintomáticos de la epilepsia. La valoración habitual de los menoscabos por este tipo de fenómenos, tal como se realiza para remunerar las incapacidades, de acuerdo con la Guía para el Menoscabo Permanente del Ministerio de Trabajo (Tabla VII), suele resultar insuficiente a la hora de hacer un peritaje de otro tipo. Por ejemplo la epilepsia impide conducir y esto es hoy motivo de frecuentes problemas laborales, sociales e incluso psicológicos. Es necesario establecer formas para baremar que, dentro de criterios generales, se acerquen mejor al menoscabo causado por una epilepsia en cada individuo según su trabajo previo y sus capacidades y posibilidades posteriores.

La **manifestación autolimitada** característica es el "**delirium**" de la literatura anglosajona o **psicosis exógena aguda, postraumática**. Su desarrollo coincide con el edema cerebral -que es su base fisiopatológica probable- y el cuadro, pasajero, desaparece cuando éste desaparece. Los criterios diagnósticos son bien conocidos (Tabla VIII A) y sus características más comunes se recogen en la

Tabla VII.
MENOSCABO GLOBAL DE LA PERSONA
DESORDEN NEUROLÓGICO EPISÓDICO

1. REALIZA LA MAYORÍA DE ACTIVIDADES VD.....	5 - 15 %
2. INTERFERENCIA MODERADA ACTIVIDAD VD....	20 - 45 %
3. RECLUSIÓN, SUPERVISIÓN, PROTECCIÓN.....	50 - 85 %
4. INCAPACIDAD TOTAL PARA ACTIVIDADES VD.....	95 %

Tabla VIII B. Por supuesto, esta psicosis aguda puede coexistir con otras consecuencias del TCE, por ejemplo una hemiparesia, una amnesia y otras alteraciones cognitivas. En este caso, cuando el delirium desaparece con cierta rapidez a lo largo de la evolución, las otras alteraciones suelen persistir más

Tabla VIII (A).
DELIRIUM
DEFINICIÓN (DSM - III R)

- AFECTACIÓN DE LA ATENCIÓN
- PENSAMIENTO DESORGANIZADO
- AL MENOS DOS DE ESTOS
 - < nivel de conciencia
 - alt. perceptiva
 - alt. sueño-vigilia
 - alt. psicomotricidad
 - desorientación
 - alt. de la memoria
- RÁPIDO DESARROLLO, FLUCTUACIONES
- CAUSA ORGÁNICA

Tabla VIII (B).
PSICOSIS POSTRAUMÁTICA (DELIRIUM)
CARACTERÍSTICAS

- MÁS FRECUENTE EN EL VIEJO
- REDUCCIÓN DEL NIVEL DE CONCIENCIA
- CUADRO CLÍNICO CARACTERÍSTICO
- PUEDEN EXISTIR SIGNOS FOCALES
- INTENSOS CAMBIOS EN EL EGG
- LESIONES ANATÓMICAS VERIFICABLES

tiempo, a veces en forma de secuelas permanentes.

Este proceso, que se da con mayor facilidad en el viejo, cursa de forma fluctuante y se acompaña de intensas alteraciones en el EEG. Debe ser asistido en medio hospitalario, porque el enfermo se puede enclavar. Un delirium puede pasar desapercibido si el enfermo no se examina cuidadosamente. En este caso, el paciente es dado de alta antes de tiempo y puede cometer actos delictivos al enfrentarse a un medio que interpreta como hostil. Las alteraciones de la percepción, atención y conciencia, que son intensas, le impiden tener un juicio crítico sobre sus acciones y el paciente no debe ser hecho responsable de esos actos. El cuadro, por su naturaleza pasajera, no plantea problemas respecto al menoscabo, no así las otras consecuencias del TCE más persistentes, que quizá lo acompañaron y que se discuten en el siguiente apartado.

VII.- EL SÍNDROME ORGÁNICO CEREBRAL

Las alteraciones orgánicas más prolongadas frecuentemente persistentes, constituyen el **síndrome orgánico cerebral**. Este síndrome está causado por un TCE moderado o grave y se manifiesta la afectación de numerosas áreas cognoscitivas (Tabla IX). La función cerebral afectada depende de la localización de la lesión cerebral. Como a su vez ésta se relaciona con el mecanismo lesional, se puede deducir no pocas veces que sucederá en un traumatismo concreto. El mecanismo lesional más frecuente es, como se dijo, la fuerza del propio trauma que ocasiona las contusiones cerebrales frecuentemente por un mecanismo de contragolpe. En consecuencia, los lóbulos cerebrales fundamentalmente afectados son los frontales y la parte anterior de los temporales. De hecho, un estudio de las lesiones cerebrales postraumáticas mediante TAC y RMN mostró que las alteraciones postraumáticas aparecían predominantemente en estos dos lóbulos, mientras que eran muy infrecuentes a nivel parietal y occipital (18).

La alteración de la **memoria** es el eje del síndrome orgánico cerebral postraumático. Esta afectación axial se debe a que se lesionan los lóbulos y las vías de los que depende esta función, tanto por las contusiones como por el enclavamiento. Una vez recuperado del coma, el sujeto manifiesta una amnesia retrógrada, para los hechos anteriores al trauma, tanto más prolongada hacia atrás cuanto más intenso fue el traumatismo. La pérdida de recuerdos se ajusta a la ley de Ribot y se pierden más los recuerdos más recientes (19). Cuando la recuperación es máxima siempre queda un pequeño lapso de amnesia retrógrada, de minutos a

Tabla IX.
ALTERACIONES COGNOSCITIVAS DEL TCE
ÁREAS DE AFECTACIÓN

- MEMORIA
- ATENCIÓN / INFORMACIÓN
- INTELIGENCIA
- LENGUAJE
- PERCEPTUAL / ESPACIAL
- MOTORA
- EJECUTORA

primero hacia las personas, luego hacia los lugares y finalmente en el tiempo (20). Igualmente van mejorando otras manifestaciones de la amnesia anterógrada, cuya duración predice la recuperación del síndrome cognoscitivo. La recuperación suele ser buena cuando la amnesia anterógrada dura menos de dos semanas y mala en caso contrario (21).

Otras capacidades cognoscitivas frecuentemente alteradas son la atención y la función ejecutora. Es clásico advertir que la alteración de la atención debe ser explorada mediante pruebas que exploren la capacidad de distracción del sujeto, función muy alterada. Respecto a las alteraciones frontales dificultan mucho la ejecución de tareas que precisen ser realizadas por primera vez y con cierta rapidez. Impiden, además, que el sujeto sea capaz de reconocer cual es su estado y elabore planes descabellados para su futuro laboral. Otras veces queda permanentemente desinteresado de lo que le rodea y su abulia hace que no intente trabajar y se limite a una actividad pasiva. En menor medida se afectan la capacidad intelectual

Tabla X.
DEMENCIA
DEFINICIÓN (DSM - III R)

- AFECTACIÓN DE LA MEMORIA
- AL MENOS UNO DE ESTOS
 - Alt. del pensamiento abstracto
 - Deterioro capacidad juicio
 - Alt. funciones corticales sup.
 - Modificación personalidad
- < CAPACIDAD SOCIOLABORAL O DE RELACIÓN
- NO APARECE EN EL CURSO DE UN DELIRIUM
- CAUSA ORGÁNICA

predominantes. Los pacientes "frontales", cuyo comportamiento es manifiestamente anormal, tienen una convivencia difícil. Cometan faltas con frecuencia, como ocurre con muchos psicópatas y se plantea hasta que punto se debe castigar -y cómo debería hacerse- a estos enfermos que, sin embargo, conservan por lo general la capacidad para discernir entre una conducta adecuada y una falta o delito. En cualquier caso, la alteración causada por una

unas horas, rara vez un par de días, y esos recuerdos ya nunca vuelven. Esto impide a veces obtener datos importantes respecto a cómo se produjo el traumatismo.

Cuando el sujeto despierta del coma está inmerso por lo general en el cuadro confusional del "delirium". Junto a él existe y se hace evidente una amnesia anterógrada cuyo marcador es la desorientación. Esta amnesia le impide aprender nuevos datos. La recuperación de la desorientación se realiza según pasos clásicos:

va y el lenguaje (22) y sólo rara vez la función perceptiva, que depende de los lóbulos posteriores apenas dañados. Cuando existe la afectación de la memoria y de al menos otra función cognoscitiva junto a una perturbación suficiente de la capacidad laboral y social del sujeto nos encontramos ante una demencia, cuyos criterios diagnósticos de la DSM-III R se exponen en la Tabla X, a falta aún de los referidos en la nueva versión DSM-IV. Esta demencia suele estar coloreada por un tinte frontal manifiesto, debido a que estas lesiones son

Tabla XI.
ESCALA DE RESULTADOS DE GLASGOW
VERSIÓN DE 5 Y 8 CATEGORÍAS
Teasdale G. Jennet B. Lancet 1974; 2:81-84

- 1 (1).- MUERTE
- 2 (2).- ESTADO VEGETATIVO
- 3.- DISCAPACIDAD INTENSA
 - (3).- DEPENDIENTE
 - (4).- INDEPENDIENTE PARCIAL
- 4.- DISCAPACIDAD MODERADA
 - (5).- INDEPENDIENTE TOTAL
 - (6).- EMPLEO T. PARCIAL / COMPLETO
- 5.- BUENA RECUPERACIÓN
 - (7).- MÍNIMOS DÉFICITS
 - (8).- SIN DÉFICITS

de medicación.

No existe acuerdo sobre cuáles deben ser los tests que hay que utilizar para demostrar los déficits neuropsicológicos, lo que depende de muchas variables, entre otras de si los tests están o no normalizados en nuestro medio. Para el estado intelectual se suele emplear el WAIS-R, aunque algunos de los subtests apenas se afectan en el TCE, como son los que exploran aspectos sobreaprendidos por los sujetos, mientras que los subtests manipulativos, que precisan un buen funcionamiento frontal, son los que más intensa y frecuentemente están alterados (23). Para el lenguaje se puede utilizar el "Test de Boston para las afasias" y el examen de la fluencia verbal y de los tiempos de reacción para las alteraciones frontales. De cualquier manera, sería conveniente diseñar una batería de tests para su aceptación universal, apropiada para el tipo de déficit que aparece en el TCE y que suele diferir del que aparece en otras situaciones, como en la demencia de la enfermedad de Alzheimer. Por supuesto, los estudios con neuroimagen pueden resolver esta duda con gran facilidad, porque las lesiones

demencia es tan obvia que no suele existir dificultad para reconocerlo por las partes y el propio Juez percibe con facilidad la afectación.

Cuando los déficits son manifiestos su diagnóstico es sencillo. El examen neuropsicológico se realiza una vez que ha desaparecido el periodo confusional y se debe centrar sobre la amnesia. Cuando ésta remite se puede realizar un examen neuropsicológico más completo. No obstante, conviene recordar que estos pacientes "frontalizados" llevan tratamiento sedante, incluidos neurolépticos, que dificultan su examen neuropsicológico y que debe ser retirado, si es posible, para obtener resultados fiables en la exploración. De hecho el estado mental de muchos enfermos mejora al retirar el exceso

Tabla XII (A).
MENOSCABO GLOBAL DE LA PERSONA
PERTURBACIONES EMOTIVAS

- 1. PERTURBACIÓN LEVE A MODERADA, EMOCIÓN FUERTE.....0 - 15 %
- 2. PERTURBACIÓN LEVE A MODERADA, EMOCIÓN ORDINARIA.....20 - 45 %
- 3. PERTURBACIÓN MODERADA A SEVERA, EMOCIÓN MÍNIMA.....50 - 85 %
- 4. PERTURBACIÓN INTENSA CONTINUA CON PELIGRO.....95 %

Tabla XII (B).
MENOSCABO GLOBAL DE LA PERSONA
PERTURBACIÓN DE LA CONCIENCIA

1. ALTERACIONES MUY LEVES.....	5 - 20 %
2. ALTERACIONES MODERADAS.....	25 - 70 %
3. PROVOCAN UN ESTUPOR.....	75 - 90 %
4. PROVOCAN UN COMA.....	95 %

Tabla XII (C).
MENOSCABO GLOBAL DE LA PERSONA
PERTURBACIÓN DEL LENGUAJE

1. COMPRENDE Y HABLA CON ALGUNA DIFICULTAD.....	0 - 15 %
2. COMPRENDE, NO ES CAPAZ DE HACERSE COMPRENDER.....	20 - 45 %
3. NO COMPRENDE, HABLA DE FORMA ININTELIGIBLE.....	50 - 85 %
4. NO PUEDE COMPRENDER NI HABLAR EN ABSOLUTO.....	95 %

Tabla XII (D).
MENOSCABO GLOBAL DE LA PERSONA
PERTURBACIÓN DE LAS FUNCIONES COMPLEJAS

1. HACE LA MAYORÍA DE ACTIVIDADES DE VIDA DIARIA.....	5 - 15 %
2. NECESITA CIERTA SUPERVISIÓN EN SU VIDA DIARIA.....	20 - 45 %
3. BAJO CUIDADOS EN SU CASA O EN OTRO LUGAR.....	50 - 85 %
4. NO PUEDE CUIDAR DE SÍ MISMO EN ABSOLUTO.....	95 %

nes del TCE suelen dejar atrofias focales, aspecto muy diferente de la atrofia temporo-parietal característica de la enfermedad de Alzheimer.

El pronóstico de las alteraciones postraumáticas suele ser relativamente bueno, si se tiene en cuenta el estado inicial del paciente traumatizado, porque resulta asombroso ver relacionarse a un paciente que estuvo en coma por semanas con intensos déficits neurológicos finalmente muy mejorados. Pero las consecuencias sobre la capacidad de trabajo o para la vida de relación del traumatizado son también manifiestas.

De cualquier forma, la recuperación es muy rápida al principio, para hacerse más lenta. Un primer pronóstico puede hacerse en torno a los 6 meses, ya que a partir de ahí la recuperación será lenta y mucho menor. Aunque el límite para la recuperación se suele situar en los 2 años después del traumatismo, esta cifra no es exacta y cada paciente puede seguir recuperando con posterioridad (24). El peritaje está, en este sentido, lleno de incertidumbre, aunque la ganancia tardía suele ser muy escasa.

Una vez terminada la fase de recuperación es posible establecer cuales son los déficits resultantes, útiles para aspectos médicos y rehabilitadores (Tabla XI). Para la valoración del menoscabo se ha solido emplear, a la hora de la incapacidad, la valoración oficial del Ministerio de Trabajo, antes citada (ver Tablas XII a, b, c, d). Sin duda, los defectos de esta valoración son tan claros que apenas merece la pena discutirlos, ya que resulta difícil ajustarse a cada caso individualmente. El hecho de que los pacientes hayan recuperado capacidad intelectual, para elaborar nuevos recuerdos, etc., no quiere decir que el funcionamiento final de estas funciones cognoscitivas sea normal. De hecho, en ciertos pacientes persiste una importante afectación de la memoria incluso si se han recuperado notablemente otras funciones cognoscitivas (25). Las alteraciones residuales de la memoria afectan de forma considerable el futuro ocupacional y laboral del traumatizado (26). El examen neuropsicológico puede poner de manifiesto qué áreas fallan en cada caso y hasta qué punto el fallo se relaciona con la situación laboral y social del paciente. Por leves que parezcan, las secuelas pueden forzar a una persona a cambiar de empleo o alteran su calidad de vida. La valoración de estas situaciones necesita personas especializadas en estos aspectos, tan lejos de la práctica diaria. □

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Lynch DR, Dawson TM. Secondary mechanisms in neuronal trauma, *Current Opinion in Neurology* 1994;7:510
- 2.- Teasdale G, Jennett B. Assessment of coma and impaired consciousness: a practical scale. *Lancet* 1974;2:81
- 3.- Levin HS, Gary HE, Eisenberg HM y cols. Neurobehavioral outcome one year after severe head injury: experience of the traumatic coma data bank. *J Neurosurg* 1990;73:699
- 4.- Alexandre A, Colombo F, Nertempi P y cols. Cognitive outcome and early indices of severity of head injury. *J Neurosurg* 1983;59:751
- 5.- Dikmen S, McLean A, Temkin N. Neuropsychological and psychosocial consequences of minor head injury. *J Neurol Neurosurg Psychiat* 1986;49:1227
- 6.- Levin HS, Matti S, Ruff RM y cols. Neurobehavioural outcome following minor head injury: a three-center study. *J Neurosurg* 1987;66:706
- 7.- Edna TH, Cappelen J. Late postconcussional symptoms in traumatic head injury. An analysis of frequency and risk factors. *Acta Neurochir (Wien)* 1987;86:12
- 8.- Rutherford WH, Merret JD, McDonal JR, Sequelae of concussion caused by minor head injuries. *Lancet* 1977;1:1
- 9.- Mandel S. Minor head injury may not be "minor". *Postgrad Med* 1989;85(6):213
- 10.- Blumbergs PC, Jones NR, North JB. Diffuse axonal injury in head trauma, *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1989;52:838

- 11.- Ewing R, McCarthy D, Gronwall D y cols, Persisting effects of minor head injury observable during hypoxic stress. *J Clin Neuropsychol* 1980;2:147
12. - Denker PG . The postconcussion syndrome: prognosis and evaluation of the organic factors. *NY State J med* 1944;44:379
- 13.- Schoenhuber R, Gentilini M, Orlando A. Prognostic value of auditory brainstem responses for late postconcussion syndrome following minor head injury. *J Neurosurg* 1988;68:742
- 14.- Tatcher RW, Walker RA, Gerson I y cols. EEG discriminant analyses of mild head injury. *Electroenceph Clin Neurophys* 1989;73:94
15. - Gentilini M, Nichelli P, Schoenhuber R. Assessment of attention in mild head injury. En Levin HS, Eisenberg HM, Benton AL (eds). *Mild Head Injury*. Oxford University Press. New York 1989:163
- 16.- Jennett B, Teasdale G. *Management of head injuries* . FA Davis. Philadelphia. 1981
- 17.-Caveness WF. Epilepsy , a product of trauma in our time. *Epilepsia* 1976;17:207
- 18.- Levin HS, Amparo E, Eisenberg HM y cols. Magnetic resonance imaging and computerized tomography in relation to the neurobehavioural sequelae of mild and moderate head injuries. *J Neurosurg* 1987;66:706
- 19.- Levin HS, High WM, Meyers CA y cols. Impairment of remote memory after closed head injury. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1985;48:556
- 20.- High WM, Levin HS, Gary HE Jr. Recovery of orientation following closed-head injury. *J Clin Exp Neuropsychol* 1990;12:703
- 21.- Levin HS, Papanicolaou A, Eisenberg HM. Observations on amnesia after nonmissile head injury. En Squire L, Butters N (eds). *Neuropsychology of memory*. The Guilford Press. New York 1984
- 22.- Münthe TF, Heinze HJ. Brain potentials reveal deficits of language processing after closed head injury. *Arch Neurol* 1994;51:482
- 23.-Mandleberg IA, Brooks DN. Cognitive recovery after severe head injury. I . Serial testing on the Wechsler adult intelligence scale. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1975;38:1121
- 24.- Zangwill OL. Post-traumatic intellectual and memory defects. En Vinken PJ, Bruyn GW, Braakman R. (eds). *Injuries of the brain and skull. Part II. Vol 24 . Handbook of Clinical Neurology*. Elsevier. Amsterdam. 1976:477
25. - Ruff RM , Young D, Gautille T y cols. Verbal learning deficits following severe head injury :heterogeneity in recovery over 1 year. *J Neurosurg* 1991;75:550
- 26.- Brooks N, McKinlay W, Simington C y cols. Return to work within the first seven years~of severe head injury. *Brain Inj* 1987;1:5

Criterios jurídicos para la incapacidad laboral por Daño psíquico.

Fernando Oliet Palá¹

1. INTRODUCCION

El propósito de esta comunicación es exponer los criterios jurisprudenciales en materia de incapacidad contributiva para el trabajo procedentes de lesiones, dolencias o enfermedades psíquicas cuando el efecto incapacitante es diagnosticado con carácter permanente o definitivo por representar esta contingencia o situación de necesidad un importante volumen de trabajo en los Juzgados y Tribunales de lo Social. Salvo alguna escasa referencia, no se van a tratar las dolencias psíquicas que incapacitan para el trabajo, cuando el afecto incapacitante no es diagnosticado con carácter permanente o definitivo, es decir las situaciones de Incapacidad Laboral Transitoria e Invalidez Provisional. A propósito de la Jurisprudencia de la Sala de lo Social del Tribunal Supremo sobre la faceta de la declaración de la Invalidez Permanente y sus grados desde la entrada en vigor del Texto Articulado de la Ley de Procedimiento Laboral de 27/4/1.990 (B.O.E. de 2 de mayo), se produce una casi total desaparición de las sentencias del Alto Tribunal ya que la vía del recurso de casación para unificación de doctrina única por la que puedan acceder estos asuntos a la Sala de lo Social del T.S. procedentes de los Tribunales Superiores de Justicia se encuentra con la dificultad de la existencia de contradicción entre la sentencia impugnada y las de referencia ya que el Alto Tribunal ha manifestado: *“que la conclusión de si unas determinadas secuelas producen uno u otro grado de incapacidad no es extensible ni generalizable, sino casuístico, de tal modo que más que de incapacidades puede hablarse de incapacitados, no cabiendo generalizar la decisión, pues debe atenderse siempre a las particularidades del caso que ha de resolverse precisando el Tribunal Supremo que la graduación de la Invalidez Permanente requiere siempre la decisión sobre supuestos específicos e individualizados -de cada trabajador afectado- difícilmente reconducibles a una unidad susceptible a su vez, de generalización”* (Sent.T.S. 6/2/92). Y así en numerosas resoluciones, entre otras los Autos del T.S. de 19 y 26/4 y 6 y 10/5 todos de 1.991, ha concluido que no concurría la contradicción comentada entre sentencias que tratan fundamentalmente de la valoración de las dolencias que cada trabajador padecía a efectos de determinar el grado de Incapacidad Permanente que debía serle reconocido. Es por ello que dicho estudio de la jurisprudencia de la Invalidez Permanente sobre la faceta de los supuestos psiquiátricos vemos obligado centrarlo en las resoluciones anteriores al estreno que supuso el recurso en unificación de doctrina, si bien se hará alguna incursión en la doctrina de suplicación formada con las sentencias de los Tribunales Superiores de Justicia cuando el interés del tema contemplado en la misma así lo demande.

¹ Magistrado del Juzgado de lo Social nº 2 de Sevilla (España).

2. GRADOS DE LA INVALIDEZ PERMANENTE, CONTINGENCIAS Y DOLENCIAS PSIQUICAS.

La valoración de la situación en orden a su protección exige evaluar resultados, medir o definir la disminución de la aptitud que para y trabajar genera; éstos y en nuestro derecho, son los diferentes grados en los que la L.G.S.S.; antiguo art. 135.1 (hoy art. 137.1) del nuevo Texto Refundido de la Ley General de la Seguridad Social, aprobado por Real Decreto Legislativo 1/1.994 de 20 de junio clasifica la Invalidez Permanente. Esta clasificación distingue entre:

- Incapacidad Permanente Parcial para la profesión habitual.
- Incapacidad Permanente Total para la profesión habitual.
- Incapacidad Permanente Absoluta para todo trabajo.
- Gran Invalidez.

Y a esta situación hay que añadirle otra la conocida como de "*Lesiones Permanentes no Invalidantes*", residuales a los accidentes de trabajo y enfermedades profesionales y que suponen, según el nuevo art. 150 L.G.S.S. "*lesiones, mutilaciones y deformidades de carácter definitivo, causadas por accidentes de trabajo o enfermedades profesionales que sin llegar a constituir una Invalidez Permanente... supongan una disminución o alteración de la integridad física del trabajador*". Los grados y sus circunstancias o condicionantes más característicos, son definidos por la L.G.S.S. -art. 137.2, 3, 4, 5 y 6. Estas definiciones bien conocidas no parece merezca la pena de reproducirlas aquí, y mucho menos analizar o desmenuzar su contenido, pero sí bien vale decir en relación con las enfermedades psíquicas que legislativamente no están contempladas las Lesiones Permanentes no Invalidantes, no figurando por ello en la lista o baremo Anexo aprobada por Orden de 16/1/91. Tampoco lo están en la clasificación que establecen los arts. 34 y ss. del Reglamento de Accidentes de Trabajo de 22/6/56, pero ello no impide que puedan darse grados de invalidez por enfermedades psíquicas derivadas de accidente laboral. Así la sentencia de 28/9/86 desestimó el recurso de casación interpuesto por una Mutua al quedar acreditado que el deterioro psíquico de considerada intensidad que sufría el actor trajo su origen de traumastimo craneoencefálico antecedente. No resulta en cambio posible por ahora que pueda contemplarse el daño no físico como enfermedad profesional ya que el listado establecido por el Real Decreto 1.975/78 de 12 de mayo y que hay que entender vigente por no haber sido derogado expresamente por el Real Decreto Legislativo 1/1.994 de 20 de junio, contempla entre sus 71 enfermedades profesionales, divididas en seis apartados como causa responsable agentes, sustancias o elementos físicos o químicos que produzcan menoscabos físicos.

3. SUPUESTOS PSIQUIATRICOS:

A) PSICOPATIAS.

Como trastorno de la personalidad, que por su profundidad y permanencia puede actuar sobre factores del "yo" psíquico, condicionando un estado de enfermedad, ha sido contem-

plada antiguamente la psicopatía, término que a partir del síntoma o síndrome principal respecto a su modo reactivo dio lugar a la clasificación de:

- Hipertímicos.
- Depresivos.
- Fanáticos.
- De ánimo frío.
- Explosivos.

-Abúlicos. Más tarde sustituida por la Organización Mundial de la Salud que variaba el término "psicopatía" por el de "personalidad", seguida de un vocablo que expresaba su afinidad con un síndrome o enfermedad mental, paranoide, afectiva, esquizoide, explosiva, histérica, asténica, antisocial, inmaduros y tipos no especificados. No falta la conflictividad laboral en ciertos tipos psicopáticos, sobre todo en los fanáticos, hipertímicos, explosivos, paranoides y esquizoides, si bien dadas las dificultades probatorias que existen para plantear una causa de Incapacidad Permanente para el trabajo, raramente han prosperado semejantes pretensiones salvo en casos de profesionales muy específicos (pilotos, conductores, bomberos) donde una alteración profunda de la personalidad y las reacciones supongan altos riesgos sobreañadidos a los inherentes a la profesión o se presuma aumento de riesgo para terceros, viniendo determinada la incapacidad para estas profesiones por el propio peligro que el individuo supone para la sociedad. Ahora bien cuando a pesar no de plantear riesgo para tercero la profesión, si a la personalidad se le asocian otras secuelas el T.S. ha admitido la existencia de Invalidez Permanente Total. Así en la Sent. del T.S. de 11/6/87 se contemplaba un supuesto de secuelas consistentes en síndrome encefalopático enólico ingestado en personalidad premórbida paranoide siendo el recurrente Auxiliar Administrativo concluyendo el Alto Tribunal que estaba afecto de Invalidez Permanente Total para su profesión habitual derivada de enfermedad común al no poder realizar su trabajo que requiere de atención prolongada.

B. NEUROSIS

Como enfermedad mental menor que es rara vez ha sido contemplada por el Tribunal Supremo como invalidante salvo que el trastorno que modifica el normal modo de vivir del individuo sea profundo y las reacciones típicas que configuran el proceso morboso supongan altos riesgos sobreañadidos a los inherentes al producir aumento de riesgo para terceros en profesiones muy específicas al igual que ocurre con los psicopáticos. Dentro de las neurosis clínicas, destacan a los efectos invalidantes las neurosis depresivas y las angustiosas. Así el T.S. en Sent. de 9/4/87 ante un cuadro de neurosis obsesiva con fobias, gran inseguridad y crisis depresivas, en tratamiento desde hace seis o siete años, considera que es constitutivo de Incapacidad Permanente Absoluta derivada de enfermedad transitoria y curable para pasar a la de una dolencia que ha de calificarse de permanente y en este caso de absoluta. Así en la Sen. del T.S. de 29/4/87, señala que la neurosis depresiva, con sus síntomas de tristeza, angustia, desgana y cansancio, fuera de la fase aguda en que son ineficaces los remedios de distracción, no es constitutiva de inhabilitación por completo para toda profesión u oficio, siendo incluso adecuada la terapia ocupacional. Un supuesto de neurosis de angustia es rechazado como constitutivo de Invalidez Permanente Absoluta en la Sen. del T.S. de

22/3/88 de acuerdo con una reiterada doctrina de la sala según la cual la Incapacidad Permanente Absoluta sólo puede apreciarse cuando las limitaciones derivadas de las lesiones padecidas sean de tal entidad que el trabajador se encuentre en una situación de completa inhabilidad para el ejercicio de cualquier profesión u oficio, sin que por ninguna otra circunstancia ajena la reducción de la capacidad de trabajo, pueda reconocerse el indicado grado si dicha reducción, considerada siempre de forma individualizada, carece de esa proyección genérica impidiendo la realización de cualquier actividad. La aplicación de esta doctrina lleva al Tribunal Supremo a desestimar la pretensión del recurrente tendente a ser declarado como se ha dicho en situación de Invalidez Permanente Absoluta porque los padecimientos del trabajador consistentes en síntesis en una neurosis de angustia, no pueden considerarse incompatibles con la realización de actividades sencillas que no requieran concentración, ni impliquen situaciones de tensión nerviosa, pues aunque el hecho probado cuarto de la sentencia de instancia señala que las crisis de ansiedad son frecuentes, éstas pueden si no curarse, sí al menos mitigarse mediante la aplicación de ansiolíticos, y una actividad moderada en los términos expuestos podría incluso resultar conveniente para la evolución de la enfermedad psíquica sin que a ello obste el que el actor haya sido objeto de tratamiento psiquiátrico en régimen de internamiento, cuando tal modalidad asistencial ha sido ocasional y en ningún caso puede deducirse que sea la forma normal de asistencia requerida en el actual grado de evolución de la enfermedad.

Interés también tiene para la incapacidad laboral la neurosis traumática toda vez que puede tener su origen en una secuela traumática, una simulación o una neurosis evolucionada a neurosis de renta entrando en juego el tiempo de permanencia en estado de Incapacidad Laboral Transitoria que si es largo es un factor coadyuvante, siendo preciso para que se supere el objeto de percibir una mayor indemnización por el daño recibido lo que en escasas ocasiones acude a los Tribunales que constituya una importante secuela, quedando afectado el propio "yo", la emotividad, los trastornos del sueño y las reacciones hipocondriacas.

La neurosis ambiental es contemplada por el Tribunal Supremo en la Sent. de 28/4/87 como constitutiva de Invalidez Permanente Absoluta al considerar que las secuelas psíquicas o neuróticas consistentes en síndrome ansioso-depresivo con hipersensibilidad, en el recurrente, en el progenitor y en los familiares que le rodean son determinantes de un estado que excluye al trabajador no sólo de aptitud para los menesteres de su profesión habitual -como le reconoció el Instituto Nacional de la Seguridad Social, declarándole afecto de Invalidez Total-, sino para todo trabajo que por liviano y sedentario que sea exige un mínimo de atención, fijeza, continuidad, y racionalidad, atributos y cualidades que no concurren en quien como recoge el relato fáctico, es depresivo e irritable o hipersensible.

C. PSICOSIS.

a) Esquizofrenia:

La esquizofrenia, como psicosis con base endógena genética, influenciada por factores exógenos, que tiene un carácter progresivo, actuando en todos los niveles del "yo" y florida en síntomas ha sido contemplada en sus diversas variedades como incapacitante por el Tribunal Supremo siempre que estuviera probado suficientemente el proceso patológico y se

evidenciara sobradamente la sintomatología, valorándose las crisis, los períodos lúcidos y los intervalos intercrisis para determinar si existía o no alguna capacidad residual para el trabajo. Así en la Sent. del T.S. de 4/6/89 se dice que la enfermedad del actor, esquizofrenia, que supone la privación del juicio o uso de razón inhabilita para realizar un trabajo con dedicación, atención, interés, efectividad y culminación, por lo que está ajustada a derecho la calificación de Invalidez Absoluta para todo trabajo. En la de 20/7/87 frente a las dolencias de la demandante que padecía adinamia, esquizofrenia catatónica, actitud negativista y autista frente al exterior, razona el Tribunal Supremo que la esquizofrenia -y la catatónica es la más destructiva- es no psicopatía sino psicosis o enfermedad caracterizada por la irrupción de un trastorno mental no transitorio, por motivos endógenos o exógenos, que al prender en un sujeto que hasta entonces podía ser sano o casi sano, trastorna profundamente hasta las raíces de la personalidad, acarreando un defecto masivo que alcanza por lo común a las estructuras nerviosas y a menudo al organismo entero, por lo que bajo dicha enfermedad no cabe se desempeñe con un mínimo de eficacia que hacer alguno del mundo laboral. En la de 24/7/88 las secuelas del actor consistentes en psicosis esquizofrénica dan pie al Tribunal Supremo para declararle afecto de Invalidez Permanente Absoluta al no estar el demandante capacitado para seguir una vida de manera normal, por lo que menos aún lo está para dentro del ámbito del mundo del trabajo, ejercer una actividad remunerada y responsable. El T.S. considera en la de 14/3/88 que una esquizofrenia paranoide con alucinaciones delirantes de temática persecutoria es una enfermedad que determina a quien la padece una irresponsabilidad en sus actos por lo que constituye Incapacidad Permanente Absoluta para realizar cualquier trabajo.

b) Paranoia:

Desde la medicina legal debe considerarse un proceso diferente a la esquizofrenia paranoide teniendo por lo tanto tratamiento y consideraciones distintas en la jurisprudencia ya que los trastornos se limitan a un estrechamiento del campo de la conciencia, en una determinada dirección motivando un trastorno del pensamiento y unas ideas delirantes, secundarias. Es por ello que su capacidad laboral en muchas ocasiones es normal pudiendo desarrollar su jornada laboral hasta que no penetre patológicamente un estímulo delirante. Salvo casos en los que vaya asociada a alguna psicopatía u otro supuesto psiquiátrico no se dan situaciones invalidantes. Así el T.S. en Sent. de 25/6/87 consideró que existía Incapacidad Permanente Absoluta en un supuesto en que la paranoia iba asociada a una oligofrenia avanzada con déficit intelectual importante razonando que tal cuadro clínico afecta singularmente a la convivencia y percepción de ideas y acomodación de conducta y si aquélla no es posible y ésta no cabe, sin duda alguna estamos ante un caso claro de anulación de la capacidad laboral por completo y no sólo para el ejercicio de su profesión habitual, en este caso de oficial, pues si alguna actividad puede desarrollar (considerando las que en esa son exigibles) será tan sólo de aquellas marginales a que se refiere el art. 138.2) de la Ley General de la Seguridad Social, compatibles con la Invalidez absoluta que según queda dicho, en realidad le aqueja.

c) Psicosis maniaco-depresiva:

Como psicosis endógena donde se alteran cíclicamente fases maníacas con fases depresivas, viéndose alterados el curso del pensamiento, la conciencia y el estado afectivo, distinguiéndose en la primera fase los enfermos por su gran euforia, capacidad de invención, incoherencia, causa de la fuga de ideas, cambiando fugazmente a un estado colérico y poco después retornando al anterior estado de ánimo, entrando incluso en la fase depresiva con tristeza, llanto y en la segunda por la tristeza, inhibición motora y del pensamiento es contemplada jurisprudencialmente esta psicosis. Así la Sent. del T.S. de 28/4/87 justifica la declaración de Incapacidad Permanente Absoluta al ser los padecimientos descritos, trastornos de personalidad con sintomatología maníaca al comportar impedimentos de la inteligencia, en la voluntad y en el sentido de la responsabilidad, en cuanto afectantes o consecuencia.

d) Epilepsias:

Como enfermedad de soporte orgánico que es, que radica en el cerebro, y que puede ser lesivo o funcional, capaz de originar una alteración bioeléctrica ha de contemplarse la epilepsia, donde se distinguen una serie de fases que no siempre se darán dependiendo del tipo epiléptico. Así el ictus epiléptico en ocasiones precedido de un pródromo. A la salida del ataque se produce un estado confusional y de desorientación para finalmente regresar a la normalidad. Otras veces las manifestaciones epilépticas son monosintomáticas, con una pequeña crisis de desorientación que suele conocerse con el nombre de “petit mal”, Pueden faltar el “petit mal” y la crisis convulsiva y manifestarse la epilepsia con una pérdida de conciencia. A todos estos patrones atiende la abundante jurisprudencia del Tribunal Supremo para determinar los diferentes grados invalidantes. Así en la de 1/4/87 declara la existencia de Invalidez Permanente Absoluta en un proceso consistente en progresivo deterioro de personalidad con distanciamiento de la realidad, frecuentes pérdidas de conciencia y dificultades de atención y fijación. En la de 20/4/88 el T.S. atendiendo al grado de la misma -epilepsia- y la intensidad y frecuencia de los ataques, declara también la existencia de Incapacidad Permanente Absoluta. Se trataba de una epilepsia catatónica lo que permite concluir según dice el Alto Tribunal, que no se trata de una epilepsia discreta, siendo las crisis con periodicidad mensual, lo que dada su frecuencia es obvio que ha de impedir toda clase de actividad por liviana y sedentaria que sea. La de 5/5/89 contempla un supuesto en el que la demandante aquejada, de epilepsia con frecuentes ataques de gran mal y ausencias frecuentes, también episodios distímicos y estados crepusculares, pese a estar sometida a tratamiento anti-comicial de manera prolongada e ininterrumpida, si bien la actividad irritativa temporal izquierda desapareció, ha surgido otras alteraciones de significación epiléptica de más gravedad, que demuestran un daño cerebral generalizado, por lo que concluye existe Incapacidad Permanente Absoluta. En la de 18/7/87 el actor padecía epilepsia con crisis comiciales, ausencias y trastornos y ante tal situación señala el Alto Tribunal, que es claro que la dolencia que padece tiene la entidad suficiente para anular por completo su capacidad laboral, imposibilitándose para todo trabajo, debiendo destacarse que la sentencia de esta Sala de 21/6/82 contiene un minucioso estudio sobre esta enfermedad, con tal variada gama

de matizaciones, grados y crisis que, por la distinta intensidad, frecuencia y duración de sus ataques no permite encuadrarse en una determinada situación de invalidez, al poder discuir entre los diversos grados que contempla el art. 135, por lo que en cada caso particular y concreto, la manifestación de la dolencia es lo que permite determinar su gravedad y repercusión en la capacidad laboral del enfermo, al tener que distinguirse entre las denominaciones “moderada”, “pequeño mal” o “gran mal” y si se presenta con crisis espaciales o episódicas; y la circunstancia de que el Juzgador haya omitido recoger el alcance y frecuencia de sus ataques o crisis comiciales, no puede perjudicar al trabajador, máxime cuando existan varios dictámenes médicos que acreditan que su cuadro epiléptico es rebelde al tratamiento médico y que sus crisis comiciales son cada vez más acusadas. La de 15/9/87 contempla una situación de epilepsia asociada a retraso mental y a una personalidad de constitución psicótica no hablando con casi nadie, no teniendo trato con gente y aislándose, concluyendo el Tribunal Supremo en que existe Invalidez Permanente Absoluta porque cualquier trabajo por simple que sea exige unos mínimos de dedicación, diligencia y atención. También con crisis bimensuales y epilepsia de tipo “Gran Mal” el T.S. en su Sentencia de 29/4/91 ha considerado la existencia de Invalidez Permanente Absoluta, pues se trata de una enfermedad incurable y crónica que le impide desarrollar al trabajador con normalidad cualquier actividad valorable en el mercado laboral. En otras ocasiones el T.S. consideró que la epilepsia no era tributaria de Invalidez Permanente Absoluta. Así en la de 30/4/87 señala que el actor, pintor, padecía epilepsia postraumática tardía, con crisis de vértigo y pérdida de conciencia, tal padecimiento en su actual grado de evolución carece de entidad suficiente para inhabilitar al demandante para todos aquellos trabajos cuya realización no comporte riesgo ni produzca situaciones de tensión o especial fatiga que puedan precipitar los accesos, dado que no se presentan las convulsiones propias del “Gran Mal” (sentencia de 4/12/84), ni se acredita una frecuencia en la actualización de los ataques susceptibles de impedir una dedicación laboral normal durante intervalos (sents. de 1/10/85 y 26/6/86). Tampoco existe la Invalidez Absoluta en el supuesto contemplado por la de 21/5/88 exponiendo el T.S. que las dolencias que sufre el demandante consistentes en epilepsia postquirúrgica, con crisis parciales, por las que tiene reconocidas en vía administrativa previa Incapacidad Permanente Total para su profesión habitual de auxiliar administrativo, no tienen entidad para anular por completo su capacidad laboral inhabilitándole para todo trabajo dado el carácter parcial de las crisis. En la de 20/9/90 el T.S. razona que la enfermedad que padece el actor -topógrafo- consistente en epilepsia con crisis parciales secundariamente generalizadas al no constar que exista pérdida total de la conciencia o manifestaciones convulsivas violentas, ni tampoco el espacio de tiempo en que las crisis parciales se presentan, no constituye causa de incapacidad alguna.

D. DEPRESIONES

Como trastorno del estado de ánimo que cursa con tristeza, abulia, falta de interés por el mundo circundante y que generalmente lleva asociada sintomatología psíquica muy variada, es contemplada la depresión jurisprudencialmente variando la determinación de la incapacidad, laboral en función de si su origen es exógeno o endógeno, siendo frecuente que las primeras sólo generen Incapacidad Laboral Transitoria, salvo que se repitan. Así afirmó el Alto Tribunal de su sentencia de 14/7/88, que un cuadro depresivo encronizado rebelde al

tratamiento con deterioro importante del carácter y funciones superiores constituye Invalidez Permanente Absoluta. En la de 17/2/88 tras indicar que la aptitud para la realización de una actividad laboral no consiste en la mera posibilidad de un ejercicio esporádico de una determinada tarea, sino en llevarla a cabo con profesionalidad y cumpliendo exigencias mínimas de continuidad, dedicación y rendimiento dentro de una jornada de trabajo, concluye que está en situación de Invalidez Permanente Absoluta quien sufre depresión endógena cronicada determinando la baja en el trabajo desde hace varios años frente al que no obtiene respuesta el tratamiento con antidepresivos ni la terapia electro-convulsiva, con presencia de ideas delirantes, dificultades de comunicación y bloqueo de la actividad. También para el Alto Tribunal es constitutiva de Invalidez Absoluta las residuales consistentes en neurosis de angustia con intento de suicidio, depresión reactiva crónica y alcoholismo (Sent. T.S. 23/2/88). En la de 22/2/89 considera el T.S. que al padecer el actor imposibilidad para poder expresarse y para el diálogo y proceso reactivo a sus dolencias poliartrósicas (con llanto, aislamiento, insomnio, negativismo, etc...), se deduce claramente que se encuentra en situación de invalidez Permanente Absoluta. Por el contrario en la 28/4/87 que contempla un supuesto de depresión exógena, considera que no existe Invalidez Absoluta señalando el T.S. que la enfermedad del actor, Oficial de Primera (fábrica de chocolate), consistente en depresión ansiosa cronicada sobre una base orgánica de patología cervico-dorso lumbar y gástrica evidente, no inhabilita a quien las sufre para toda suerte de actividades retribuidas en el mundo laboral, pues hay gran gama de ellas compatibles con los efectos negativos que producen dichos padecimientos, máxime cuando no parecen sean de carácter endógeno, y este tipo de enfermedades, según los modernos procedimientos rehabilitadores, requieren una terapia ocupacional, consistente en una constante relación con el mundo exterior extraño al ambiente estrictamente familiar, realizando algún tipo de trabajo, siquiera sea de carácter sencillo y liviano, que distraiga al enfermo, le haga olvidar las ideas que le obsesionan, no estar pendiente de sí mismo y le saque de su postración habitual. La sentencia del T.S. de 6/7/87 establece que las secuelas derivadas de accidente de trabajo nefrectomía izquierda y hepatopatía crónica con depresión angustiosa interna en razón a que no se exprese el alcance de ésta, no constituyen Invalidez Permanente Absoluta debiendo mantenerse la Incapacidad Permanente Total -el actor era trabajador de la minería- derivada de accidente de trabajo declarada. Niega también la situación de Invalidez Absoluta la Sent. del T.S. de 26/7/90 que en cambio declara al actor con un síndrome depresivo afecto de Invalidez Permanente Total para su profesión habitual de bombero de mantenimiento ya que no conserva la necesaria aptitud que le permita atender a su principal función de revisar, regular y reparar los mecanismos y medios de extinción de incendios de que está dotado el Parque, teniéndolos en perfectas condiciones para su utilización. El T.S. en su sentencia de 1/2/91 considera que la depresión neurótica encronizada con sintomatología de distimia, triste, llanto fácil, angustia, insomnio, apatía, inhibición psicomotriz e ideas de suicidio no elaboradas presentando desarrollo neurótico y menopausia a los 32 años, le impiden desempeñar trabajos de alguna responsabilidad y efectuar algo con eficacia normal de su trabajo en los períodos de crisis, pero sin embargo no le impiden en el resto del tiempo efectuar tareas que no exijan una atención intensa y responsable por lo que no existe Invalidez Permanente Absoluta y sí solamente Total para su profesión de empleada de hogar.

E. LAS OLIGOFRENIAS O EL RETRASO MENTAL.

La oligofrenia es entidad nosológica acogida como enfermedad mental por la psiquiatría caracterizada como un retraso mental e insuficiencia del normal desarrollo psíquico congénito, o producido muy tempranamente, que admite graduaciones de mayor o menor gravedad, denominados de antiguo como idiocidia, imbecilidad y debilidad mental y hoy se han sustituido por la psicometría y la clínica por las de retraso mental profundo, grave, moderado y leve a las que corresponden un CI de menos de 20, 20-34, 35-49 y 50-70 respectivamente y por su orden. Como el retraso mental se produce muy tempranamente, antes de la afiliación a la Seguridad Social es corriente que por la Entidad Gestora se alegue que las dolencias psíquicas existían con anterioridad a aquel momento. No obstante cuando la debilidad mental producida muy tempranamente va acompañada de otras dolencias iniciadas con posterioridad a la afiliación, el Tribunal Supremo ha admitido la existencia de la Invalidez Permanente. Así en la de 30/3/88 mantiene que si la trabajadora a pesar de tener una edad mental de 3 y 7 años ha trabajado y cotizado normalmente a la Seguridad Social durante unos 14 años, si a consecuencia de una depresión crónica pierde en absoluto, aptitud psíquica para poder realizar cualquier trabajo, por simple y sencillo que sea, está en situación de Invalidez Permanente Absoluta. También declara la existencia de Invalidez Absoluta en un supuesto de oligofrenia unido al alcoholismo y a un traumatismo craneal (Sent. 23/6/87). También declara igual grado cuando la oligofrenia va asociada a otra patología. Así, ante las dolencias del demandante emolítico implantado en personalidad "border line", dado que dicho cuadro clínico en el supuesto debatido producía disminución, de la comprensión, juicio y raciocinio con frecuentes accesos agresivos, el Alto Tribunal concluye que no puede desempeñar eficaz actividad alguna del mundo laboral, por precisar para ello de un especial ambiente en que se le hiciera objeto de específica protección.

F. ALCOHOLISMO.

Vamos a ver cómo se aborda en la jurisprudencia del Tribunal Supremo la incidencia del alcohol sobre la incapacidad laboral partiendo de los efectos psíquicos que el etilismo conlleva y sus diferentes grados. El Alto Tribunal exige para estar en presencia de la situación de Invalidez Permanente Absoluta para todo trabajo, que se vean afectadas todas las esferas psíquicas de la yoidad. Así en la Sent. de 30/9/87 señala que los padecimientos del actor, demencia orgánico-alcohólica (alucinaciones visuales e ideación paranoide), consituyen impedimento insalvable por la incidencia de la demencia para el ejercicio de cualquier actividad laboral retributiva. Pero cuando no existen semejante situación el Alto Tribunal no ha reconocido situaciones de Invalidez Absoluta. Así en la Sent. del T.S. de 9/4/87 se dice que el actor padece etilismo crónico, afección que puede presentar diversos grados de evolución con consecuencias también distintas en la capacidad de trabajo, pero en el presente caso únicamente aparece asociado a una debilidad mental con CI de 74 y deterioro intelectual del 2%, limitaciones que no pueden estimarse incompatibles con el desarrollo de actividades que no requieran una concentración mental destacable o en las que no tengan especial relevancia las facultades intelectuales. Y en la de 27/4/88 que contempla un supuesto de actor -con profesión de ferrallista en el ramo de la construcción- con antecedentes alcohólicos que presenta-

ba cuadro de tipo neurótico con irritabilidad, deterioro intelectual y escasa capacidad de atención y captación, concluye el Alto Tribunal que tal cuadro no le impide realizar eficientemente quehaceres que no requieran de especial responsabilidad.

Finalmente y para terminar, pidiendo excusas por adelantado por no haber tratado otros supuestos psiquiátricos como productores del daño psíquico como las encefalopatías y las drogodependencias, dado el tiempo de exposición del que dispongo, vamos a analizar la sentencia del T.S.J. del País Vasco de 11/10/90 que aborda el tema de la Gran Invalidez psiquiátrica. Generalmente las sentencias que deciden sobre la existencia del grado más grave de Incapacidad Permanente, lo hacen sobre la realidad de mutilaciones o deficiencias funcionales o motoras, pero todo desde un punto de vista físico y no psíquico. De ahí el interés de esta sentencia que contempla un supuesto de trabajador que sufrió un accidente no laboral presentando como secuelas graves deficiencias mentales (alteraciones de conducta, agresividad, amnesia, apatía) que le inhabilitan para las actividades profesionales y hacen precisa una vigilancia permanente junto con un estímulo continuado, siendo valorado por la Sala de Suplicación tal deterioro mental de la víctima sin merma de órganos vitales o extremidades, pero necesitando que alguien piense, decida y actúe por él, unos miembros carentes de cerebro rector, como Gran Invalidez. □

La valoración médica de la invalidez laboral por daño psíquico

Ana Luisa García Caro ¹, Juan Astolfi Pérez de Guzmán ²

El Real Decreto 2069 de 24 de septiembre de 1.982, atribuye competencias en materia de Evaluación y declaración de la Situación de Invalidez en el ámbito de la Seguridad Social al INSALUD, I.N.S.S. e INSERSO, y crea las U.V.M.I. que vienen a sustituir a las antiguas CC.TT.CC.

Posteriormente aparece otro Real Decreto y algunas OO.MM. que modifican en algún aspecto y desarrollan el R.D. de 24 de septiembre, facultando al INSALUD para dictar las normas necesarias para el funcionamiento de las recién nacidas Unidades de Valoración.

Con motivo del desarrollo de las autonomías, las competencias del INSALUD las ha asumido por transferencia, la Consejería de Salud en el caso concreto de Andalucía.

La legislación y normativa vigentes relativas a las U.V.M.I. contemplan con detalle las funciones a realizar por este Órgano Estructurado, de las que únicamente resaltaremos la que se refiere a la valoración del daño corporal. Y así, en el artículo 3, punto 1, apartado a), del R.D. de Septiembre del 82, se señala como misión de las Unidades de Valoración de Incapacidades:

“Emitir los informes y dictámenes médicos sobre la disminución de la capacidad para el trabajo a efectos de declaración de la invalidez”.

Sobre los términos daño corporal, menoscabo, incapacidad e invalidez, existe en general bastante confusión en su interpretación y utilización.

La O.M.S. define la invalidez como la dificultad para cumplir funciones que en la vida cotidiana suelen considerarse normales e indispensables, como consecuencia de una enfermedad o accidente, sea o no de trabajo, tales como ganarse la vida, valerse por sí mismo para los cuidados personales, establecer relaciones sociales, etc.,.

Por otra parte la O.I.T. define a la persona inválida como aquel individuo cuyas probabilidades para lograr y conservar un empleo adecuado están sustancialmente disminuidas como resultado de una alteración física o mental.

Comprobamos cómo estas dos definiciones; incluyen no solamente el concepto de integridad física y/o mental, sino que también se refieren, en cierta medida, al aspecto de la capacidad de ganancia, la cual podríamos definir como la posibilidad de obtener una remuneración en el desempeño de una actividad, consiguiendo un empleo en el mercado libre de tra-

¹ Médico-Evaluador de la Unidad de Valoración Médica de Incapacidades. Sevilla. (España)

² Médico Evaluador de la Unidad de Valoración Médica de Incapacidades. Sevilla. (España)

bajo, y que viene determinada por la integración de la capacidad de trabajo con las condiciones favorables personales, familiares y ambientales para conseguir un empleo.

Menoscabo es la anormalidad anatómica o déficit funcional, que permanece después de terminar un proceso de enfermedad, incluida la rehabilitación; significado éste que se adapta al concepto de daño corporal físico y/o mental una vez agotadas, igualmente, las posibilidades de recuperación.

En contraposición existe otro concepto, el de incapacidad, que se circunscribe a lo que podemos considerar reducción de la capacidad de ganancia.

Así pues, al menoscabo se le añaden otros conceptos que no son anatomofuncionales para llegar a la incapacidad, y que salen fuera de la esfera médica, estando constituidos por factores tales como la edad, sexo, educación, factores psicológicos y económico-sociales.

Misión del M.E. en las U.V.M.I. es la de valorar el menoscabo permanente, correspondiendo la valoración de la existencia o no de la incapacidad permanente y de su grado, a la C.E. I., creada también por el R.D. de 24 de septiembre de 1.982 y compuesta por:

1º Un Presidente que es el Subdirector Provincial del I.N.S.S.

2º Vocales

a) El Jefe de la Unidad de Valoración de la Provincia.

b) Un Inspector Técnico de Trabajo.

c) Un funcionario especializado del Instituto de Servicios Sociales.

MÉTODOS Y DIFICULTADES

Son varios los métodos existentes para la valoración del daño corporal o menoscabo permanente que todos conocemos en mayor o menor grado, tales como: Empírico, Objetivo de Fernández Rozas, Objetivo de Mc-Bride simplificado, Baremos de accidentes de trabajo, de mutilados de guerra, Tablas A.M.A. y algunos más. Pensamos que la existencia de tantos pudiera ser debida a que no se han encontrado unos criterios de valoración uniformes, que permitan acabar con la pluralidad existente, y refiriéndonos en concreto a la valoración del daño psíquico, consideramos que las dificultades en la aplicación de las tablas o métodos objetivos son a veces insalvables.

En Sevilla en concreto se utiliza en general el Método Empírico con introducción en ocasiones, de parte de Métodos Objetivos.

En el caso concreto de valorar un daño psíquico, es generalmente el Método Empírico el utilizado, ya que los métodos existentes, como por ejemplo las Tablas A.M.A. y el Baremo francés, definen diferentes grados de incapacidad, basados en signos y síntomas clínicos relativamente vagos y, a la vez, complejos que no suelen corresponderse con los percibidos y manifestados en el momento de la entrevista con los interesados, salvo en aquellos casos claros de un menoscabo manifiesto.

El Método Empírico, como todos sabemos, no se ajusta a ninguna regla preestablecida y se puede prestar a que el resultado final de la valoración dependa en gran parte, tanto del grado de sensibilidad del M. E. actuante como de la habilidad, predisposición, simpatía o buena voluntad del valorado. Este método, en nuestra opinión, requiere para su aplicación

ante todo, por su propia definición, una larga y reiterada experiencia en la materia y por tanto, no está al alcance de cualquier profesional.

La valoración del daño psíquico necesita, por supuesto, de conocimientos en Psiquiatría, pero también de los signos que puedan sugerir una simulación. Entre nosotros juega un importante papel el concepto de cronicidad de la E. mental y el tratamiento psicofarmacológico que sigue el paciente.

No es nuestra intención hablar de los grandes cuadros psiquiátricos, ya que estamos convencidos de que nos encontramos entre expertos en la materia, sino que analizaremos con detenimiento las dificultades e inconvenientes con los que nos encontramos a diario en la U.V.M.I.:

1º Para nosotros una de las grandes dificultades radica en la falta de conocimiento de un punto de referencia, es decir, el desconocimiento del antes en relación con el ahora en cuanto a capacidad, lo que supone un hándicap para la valoración personalizada del individuo, ya que a pesar de los conocimientos en psiquiatría que se poseen, las enfermedades mentales son muy diferentes en cada individuo.

Todos sabemos que el desarrollo de la mente y la personalidad están condicionados individualmente, y que no todas las personas alcanzan el mismo grado de madurez y ajuste con el medio.

Sería necesario conocer este grado de madurez y ajuste existentes antes de la enfermedad, lo cual nos serviría de referencia para establecer de forma individualizada la pérdida de funcionalidad debida a la enfermedad. Esto resulta imposible, entre otras razones por la misma estructuración del sistema de valoración, que nos condiciona a apoyarnos en gran medida, en los informes clínicos aportados por los interesados, informes que a su vez y a nuestro criterio, aumentan las dificultades, debido a:

a) **Falta de Precisión** en la sintomatología clínica y en la evolución y falta de diagnósticos concretos.

b) **Falsa generosidad** en la elaboración de estos informes, ya que se define poco la situación clínica del enfermo y en cambio se hace mucho hincapié en la existencia de una "incapacidad permanente", lo que a nuestro criterio supone una inversión de papeles.

Los facultativos, en general, deberían informar menos de invalidez, incapacidad o menoscabo, como queramos llamarle, y tratar de motivar al enfermo a volver a trabajar cuando sus condiciones mentales y físicas lo permitan. En el sistema actual es no obstante, más simple y más expeditivo firmar un informe de este tipo, que emprender los pasos de readaptación que debería ser parte integral de un programa racional de atención al enfermo.

Nosotros creemos que el trabajo tiene un valor fundamentalmente positivo para el individuo, la familia y la sociedad, y representa un elemento de equilibrio, satisfacción y dignidad para los que puedan realizarlo.

Esta filosofía del trabajo no tiene como objetivo única y exclusivamente el evitar gastos inútiles, sino que su objetivo debe ser crear para el individuo capaz de trabajar, un clima favorable a su realización individual, social y familiar; suprime la dependencia respecto a su familia y entorno social, favoreciendo el equilibrio psíquico.

2º Otra de las dificultades radica en que la inmensa mayoría de las personas a valorar provienen de la incapacidad temporal, a lo largo de la cual se van creando en ocasiones las condiciones propicias para la cronicidad de la baja laboral, transformando a muchas personas en inválidos subjetivos y sociales.

Aún en el momento actual, y dada la juventud de la nueva Ley por la que se ha modificado la terminología y duración a 30 meses como máximo la anteriormente denominada I.L.T., no es infrecuente encontrarse frente a una persona que lleva 3-4-5 e incluso 6 años sin reincorporarse al trabajo tras una baja laboral, y en cuya situación han influido diversos factores que estimamos de interés mencionar, aunque sea someramente:

a) Transferencia del control clínico de las bajas laborales del Médico de Familia al Especialista, debido en ocasiones a un rechazo subconsciente de la responsabilidad de las mismas, con el retraso que dicha transferencia origina en la toma de decisión. A nuestro criterio el Médico de Familia sí debería poseer conocimientos del antes de cada uno de sus pacientes y del grado de madurez y equilibrio con el medio del que antes hablábamos. Es por lo tanto en muchas ocasiones la pérdida de ese papel la que origina esas cronicidades.

b) La deshumanización de la medicina y la desorganización del sistema sanitario, muy imbricadas entre sí.

c) Diferencia de criterios entre los distintos facultativos que atienden al paciente, sobre el papel terapéutico de la reincorporación al trabajo de los enfermos mentales.

d) Falta de concienciación de la sociedad en general, del gasto irracional que suponen las bajas laborales y las incapacidades permanentes no suficientemente justificadas, así como del papel individual que en dicho gasto juega cada uno.

e) Escasa o nula participación de los trabajadores sociales en la labor de preparación del nicho familiar, social y laboral adecuados.

f) Malas relaciones laborales, que obstaculizan la reincorporación al trabajo.

g) Resistencia por parte del mismo interesado a su reintegración laboral, por considerarse insuficientemente recuperado y temer una posible recaída.

h) Actitud similar por parte de sus familiares.

i) Oposición, tanto de las empresas como de los Médicos de Empresa a la reincorporación al trabajo de este tipo de enfermos por los posibles problemas que pudieran plantear.

j) Por último, en la actualidad una serie de factores debidos a la situación económica y crisis laboral actual, como son:

* Crisis de las empresas; con las modernas reconversiones, las regulaciones de plantilla y/o de empleo.

* Situación del mercado laboral.

Todos estos factores que hemos mencionado como coadyuvantes en la cronicidad de los procesos laborales, influyen también a la larga en la valoración objetiva del evaluador, dificultando además la posible elaboración de protocolos que tiendan a una relativa unificación de criterios a la hora de valorar menoscabo psíquico en las U.V.M.I.

IMPORTANCIA DEL PROBLEMA

Parece claro, que las peculiaridades de la forma de vida de la sociedad actual, han incidido en el aumento de las enfermedades mentales.

El desarrollo tecnológico de las últimas décadas ha traído consigo una sociedad de consumo y burocratizada caracterizada por la competitividad y deshumanización, y donde la comunicación interhumana ha sufrido una merma considerable.

La prensa profesional viene publicando que trastornos mentales, como la depresión y la ansiedad, afectan en mayor medida la vida cotidiana de las personas, que los problemas físicos crónicos.

Un estudio coordinado por la O.M.S. en 14 países de América, Europa, Africa y Asia pone de manifiesto que un 35 % de las personas con algún trastorno mental diagnosticable, manifiestan una baja entre moderada y severa de su capacidad laboral. Para los enfermos afectados por un proceso meramente físico, ese porcentaje no supera el 7 %.

* En un trabajo realizado en la U.V.M.I. de Salamanca durante los años 1984-1986, ambos inclusive, cuyo objetivo era conocer la patología invalidante que presentaban las personas de edades comprendidas entre 55 y 66 años, se comprobó lo siguiente:

1º- 6.480 solicitudes de Invalidez tuvieron entrada en la Unidad durante ese periodo. De ellas, 4.210 correspondían a personas de ese grupo de edad, es decir el 65 %. No se contabilizaron las solicitudes por Accidente de Trabajo y Enfermedad Profesional.

2º- El 73 % pertenecían al sexo masculino.

3º- El 68 % correspondían al sector primario.

4º- El número total de presuntos enfermos psiquiátricos fue de 1.030, es decir el 24 %, distribuidos en:

a) Puros, 402, el 39 %.

b) 628, o sea el 61 % acompañantes de otras patologías.

5º- Se estimó por el M. E. que existía un menoscabo permanente por patología mental en 757 personas, es decir, en un 73 %, distribuidos de la siguiente forma:

a) 361, el 48%, puros.

b) 396, el 52 %, acompañantes de otras patologías.

* En otro trabajo realizado en la U.V.M.I. de Sevilla, se estudiaron 3.114 expedientes consecutivos de solicitud de Invalidez Permanente durante el periodo de tiempo comprendido entre los meses de Enero-Abril, ambos inclusive, del año 1.991.

Interesaba conocer:

1º - La importancia de las Enfermedades Mentales como motivo de invalidez alegado, respecto a otras patologías.

2º - La importancia de las mismas como causa de menoscabo, en relación con otras patologías.

Las patologías invalidantes se clasificaron en los siguientes grupos:

A. Reumáticas.

B. Cardiovasculares.

C. Respiratorias.

- D. Mentales.
- E. Secuelas de Accidentes de Trabajo.
- F. Oculares.
- G. Neoplásicas.
- H. Otras.

En aquellos casos en que se alegaron varias patologías, la solicitud se incluyó en el grupo de patología que a criterio del M. E., fuera la más invalidante.

1º El estudio de las solicitudes dio el siguiente resultado (Gráfico 1):

- El 43,4 %, lo fueron por E. Reumáticas.
- El 20,5 %, por E. Cardiovasculares.
- El 10,7 %, por E. Respiratorias.
- El 6,6 %, por E. Mentales.
- El 6,5 %, por secuelas de Accidentes de trabajo.
- El 4,5 %, por E. Oculares.
- El 2,9 %, por E. Neoplásicas.
- El 4,9 %, por otras patologías.

2º Luego se excluyeron aquellos expedientes de invalidez que una vez valorados por los M. E., no consideraron que su patología tuviera la suficiente entidad como para causar un menoscabo permanente, y se hizo un estudio comparativo entre las E. Mentales y demás patologías, como motivo de menoscabo.

Los resultados fueron los siguientes:

- 36,2 % como consecuencia de E. Reumáticas.
- 25,8 % como consecuencia de E. Cardiovasculares.
- 12 % como consecuencia de E. Respiratorias.
- 7,1 % como consecuencia de E. Mentales.
- 4,7 % como consecuencia de Secuelas de Acc. de Trabajo.
- 5,3 % como consecuencia de E. Oculares.
- 3,8 % como consecuencia de E. Neoplásicas.
- 5,1 % como consecuencia de otras patologías.

3º- Posteriormente se estudió la incidencia del menoscabo según la edad en las diversas patologías, con el resultado siguiente:

- a) < de 40 años,
 - 28 % E. Mentales.
 - 20 % E. Reumáticas.
 - 20 % Secuelas de Acc. de Trabajo.
 - 12 % E. Cardiovasculares.
 - 12 % Otras patologías.

La valoración médica de la invalidez laboral por daño psíquico.

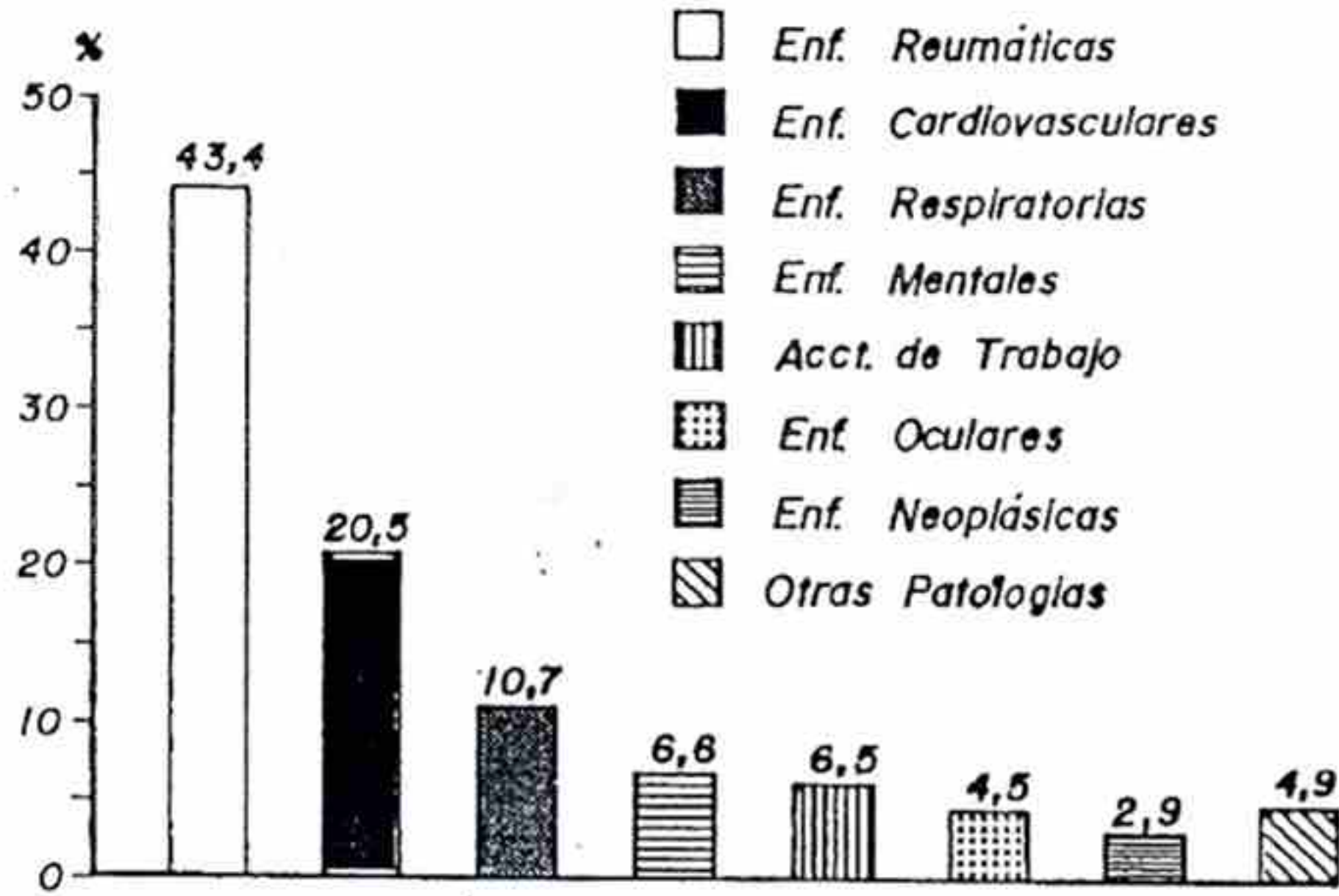


Gráfico 1: Solicitudes de Invalidez Permanente

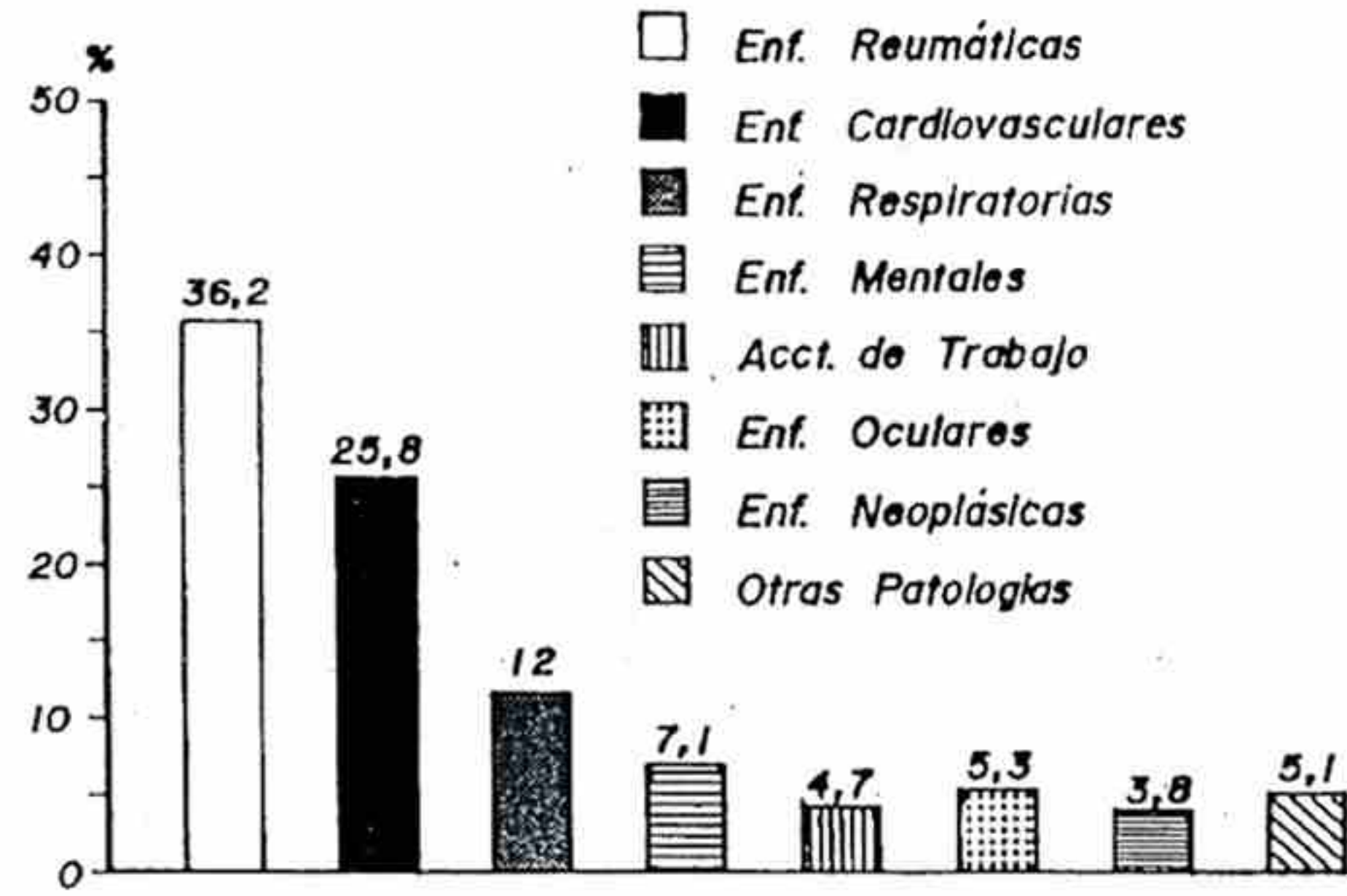
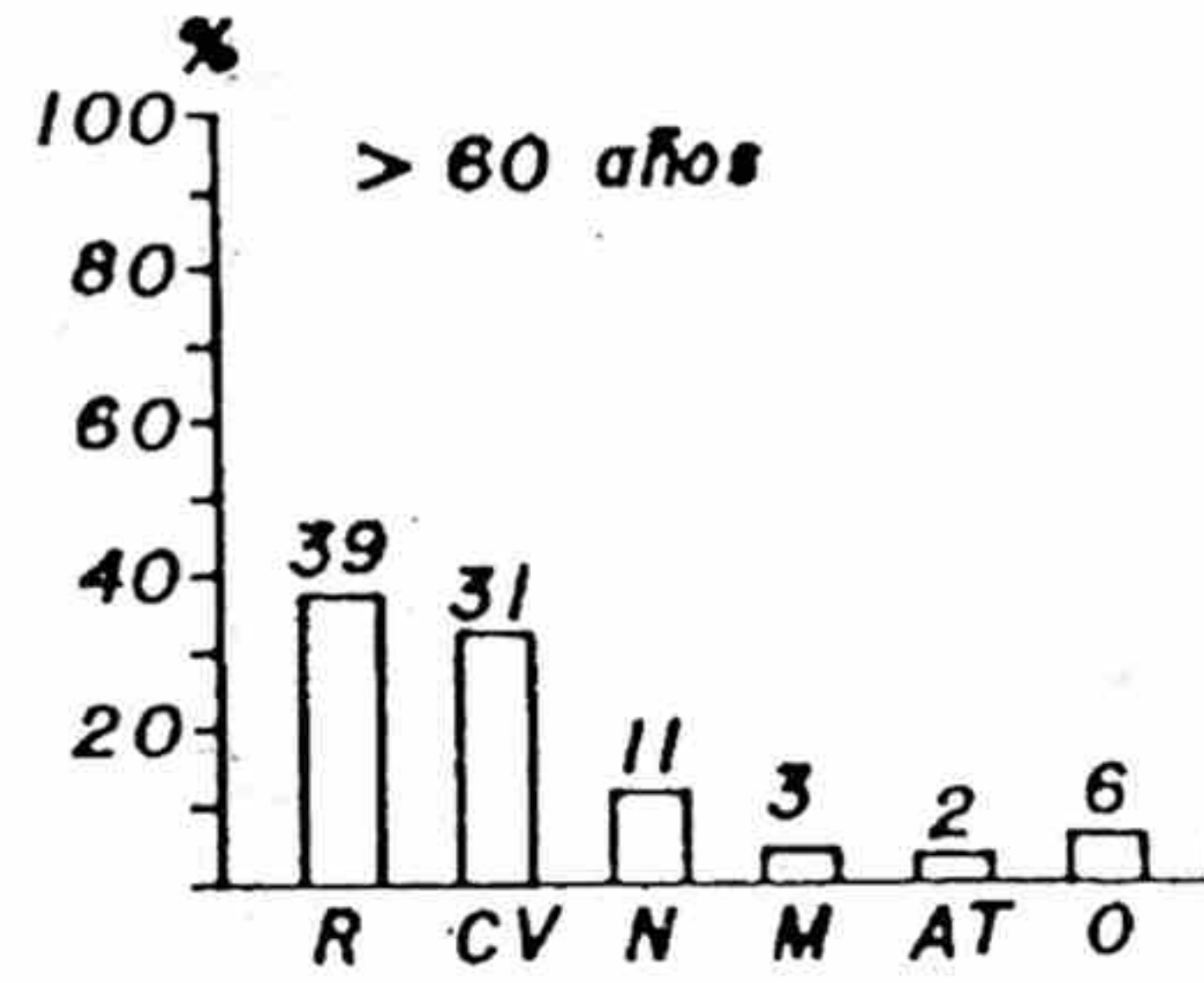
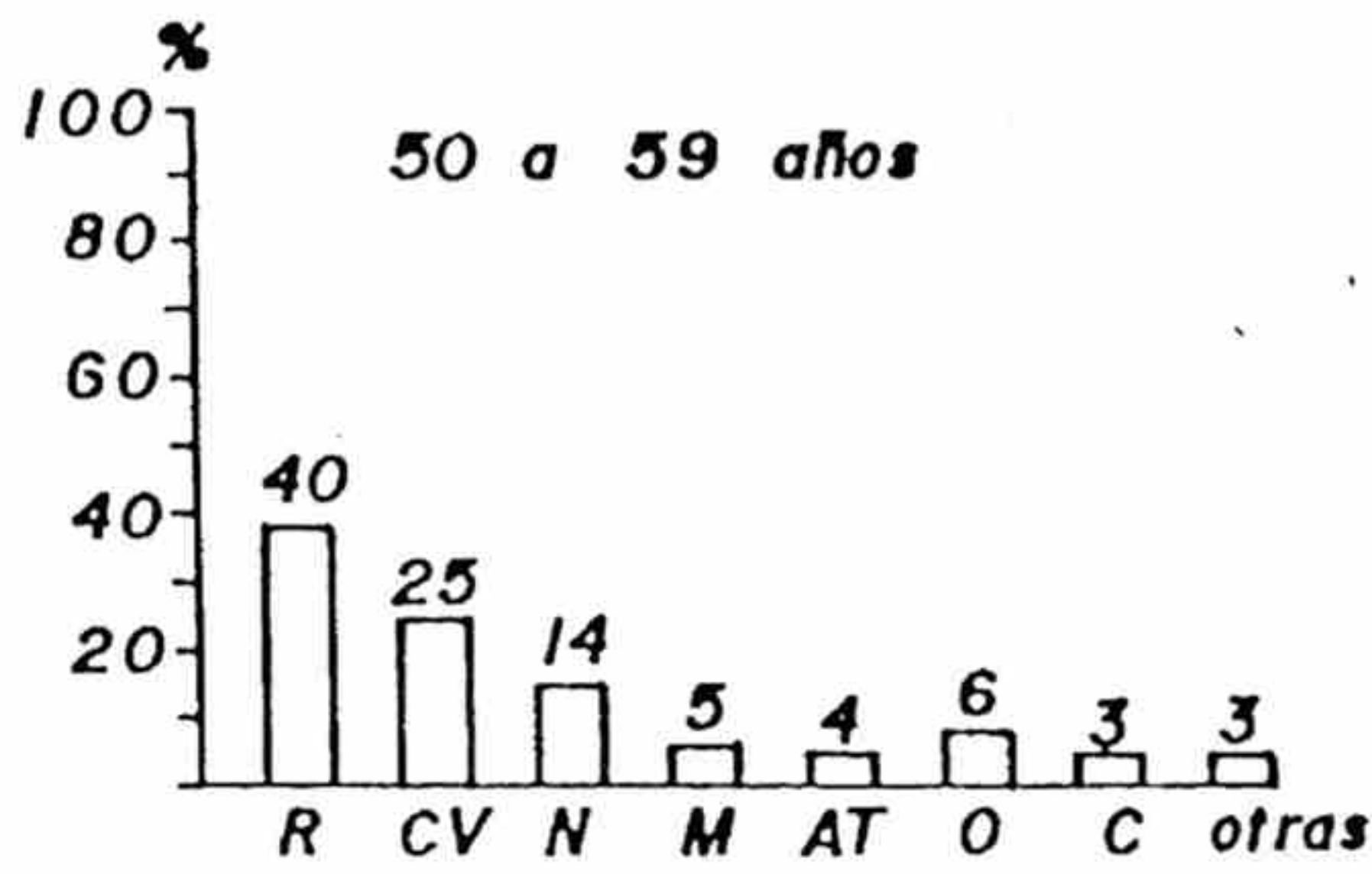
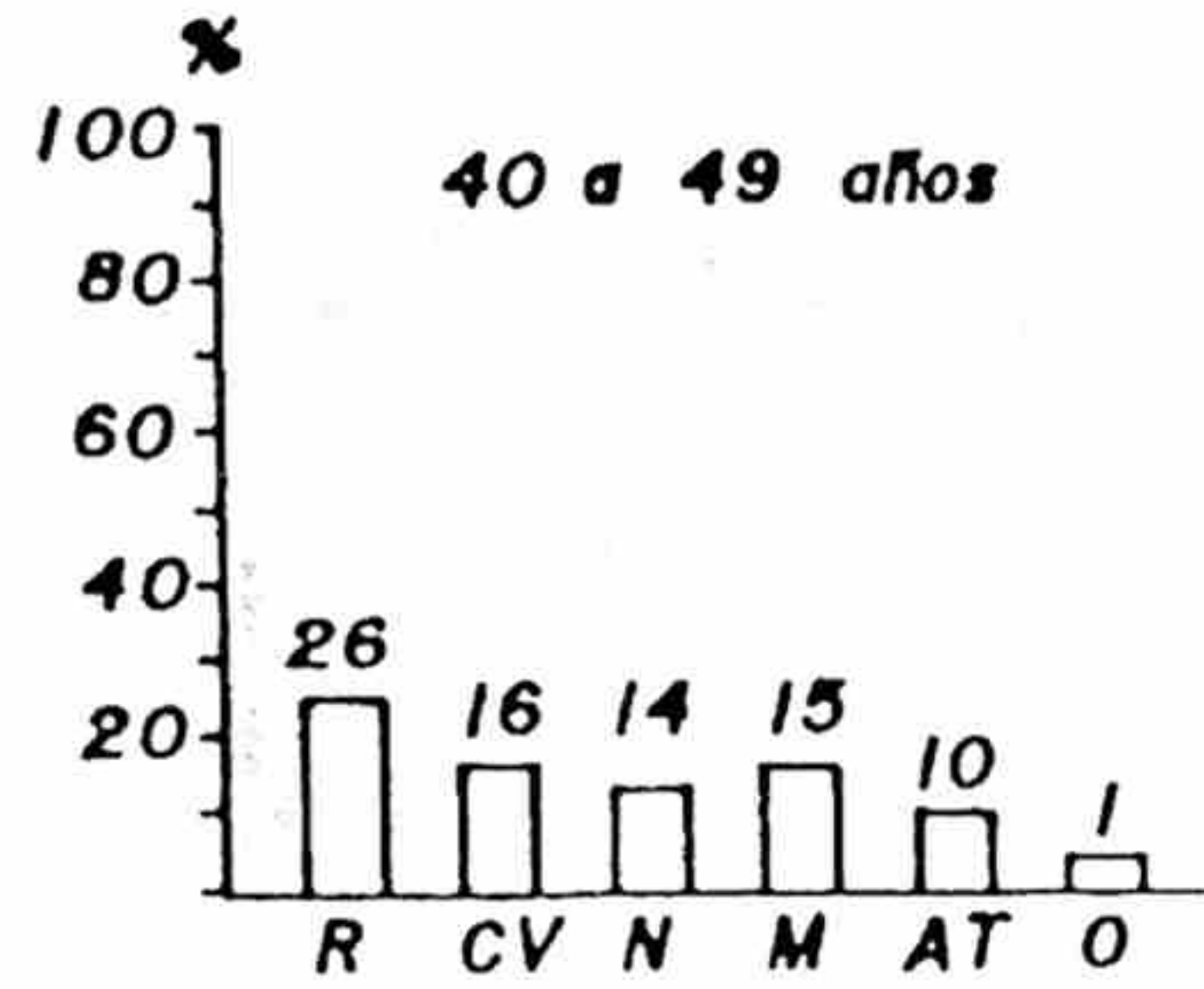
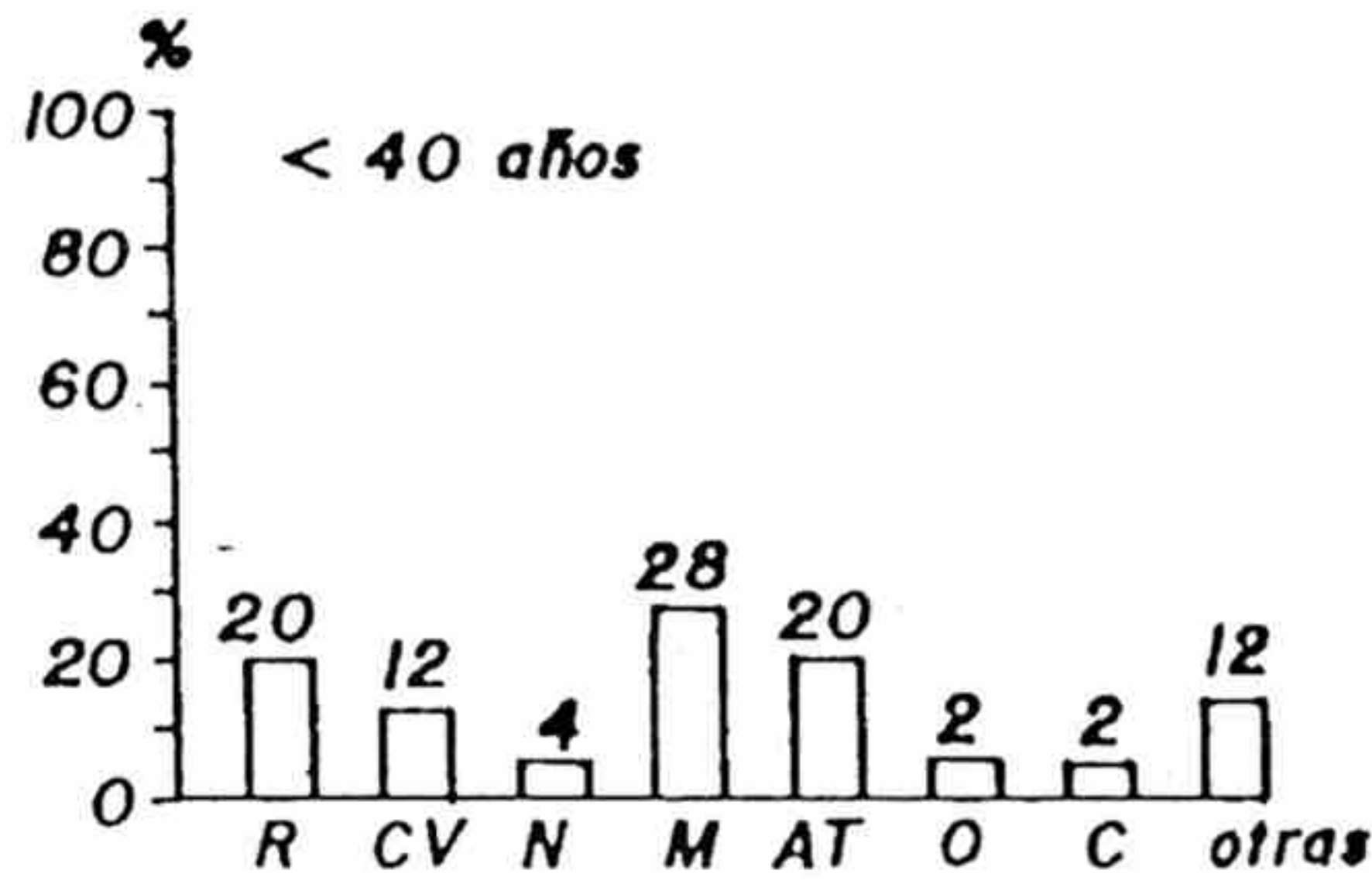


Gráfico 2: Causas del Menoscabo Permanente



R	: Enf. Reumáticas
CV	: " Cardiovasculares
N	: " Respiratorias
M	: " Mentales
A.T.	: Acct. de Trabajo
O	: Enf. Oculares
C	: " Neoplásicas
O	: otras Patologías

Gráfico 3: Incidencia del menoscabo según la edad

- 4 % E. Respiratorias.
- 2 % E. Oculares
- 2 % E. Neoplásicas.

b) > 40 < 49,

- 26 % E. Reumáticas.
- 16 % E. Cardiovasculares.
- 15 % E. Mentales.
- 14 % E. Respiratorias.
- 13 % Otras patologías.
- 10 % Secuelas de Acc. de Trabajo.
- 5 % E. Neoplásicas.
- 1 % E. Oculares.

c) En mayores de 50 años el menoscabo por E. Mentales tuvo menos significación porcentual, aún ocupando el 4º lugar entre las diversas patologías.

Resulta llamativo de este estudio:

1º En cuanto a motivo alegado en las solicitudes de invalidez permanente, las E. Mentales ocuparon el cuarto lugar con un 6,6 %.

2º En cuanto a motivo de menoscabo apreciado por los M.E. siguen ocupando el cuarto lugar, si bien elevándose a un 7,1 %.

3º La E. mental es el motivo de menoscabo permanente más frecuente en personas menores de 40 años, con un 28 %.

4º En edades comprendidas entre 40 y 49 años, las E. Mentales ocupan el tercer lugar como motivo de menoscabo permanente, con un 15 %.

SEGUROS

Allianz

RAS

Allianz  RAS

Aspectos psicosociológicos de la incapacidad laboral (por daño psíquico) en el curso y la evolución de la enfermedad psíquica.

José Manuel González Infante¹ y José Crespo Benítez²

Si tenemos en cuenta que el ser humano posee un bagaje amplio de capacidades, cuyo uso adecuado dependerá de su nivel de autoconciencia en cada momento, es decir, de su capacidad de organizarlas y ordenarlas adecuadamente con el fin de favorecer su desarrollo armónico como persona, es evidente que se deberá alzaprimar unas sobre otras, en función de circunstancias diversas.

En la sociedad actual el trabajo ha adquirido una muy alta cota de relevancia social, haciéndose depender de él a una serie de valores como el prestigio, el poder, el adquirir y disponer de bienes materiales, etc., lo que repercute sobre importantes sectores psicológicos del ser humano, tales como, la autoestima, la madurez emocional y afectiva, en definitiva, un aceptable índice de salud mental.

En consecuencia es de suponer que “la capacidad de acceder, mantenerse y reincorporarse, en su caso, al trabajo”, supone para el hombre y la sociedad, un importante recurso. Su favorecimiento, pues, es muy importante para todos, ya que de esa capacidad (laboral) va a depender, en gran medida, la adaptación adecuada de la persona a su entorno, y, por ende, su salud psicofísica.

Si tenemos en cuenta, por otra parte, que la “falta o debilitamiento de las fuerzas psicofísicas”, son los determinantes de la pérdida de la capacidad del sujeto “para acceder, mantenerse y reincorporarse al trabajo”, lo que en definitiva constituye el concepto de Incapacidad laboral de distintos autores, vemos que un adecuado estado físico y/o psíquico, o viceversa, es el nexo de unión entre capacidad e incapacidad laboral; lo importante es delimitar y, más tarde, evaluar el grado de “menoscabo” -término empleado por la A.M.A.- físico y/o psíquico del sujeto incapacitado para el trabajo.

Al igual que el “menoscabo” o “daño psíquico”, puede ser responsable de la incapacidad laboral del individuo, *mutatis mutandi*, la incapacidad laboral conseguida por la persona, puede favorecer, agravar e incluso impedir la curación del trastorno que la justificó jurídicamente.

Nos vemos obligados a reflexionar detenidamente sobre este hecho, a sabiendas de que si obramos con ligereza, lo que hoy puede parecernos una solución para el enfermo al que

¹ Catedrático de Psiquiatría. Facultad de Medicina. Universidad de Cádiz. (España)

² Catedrático de Enfermería Psiquiátrica. Esc. Univ. de C. de la Salud. Universidad de Cádiz. (España)

sometemos a un proceso de incapacitación laboral, puede volverse contra él y contra nuestra conciencia médica, viéndose perjudicado más gravemente aún en su salud mental a medio o largo plazo. Piénsese, además, por si lo dicho no fuese considerado como suficiente argumento a favor de esa necesaria cautela a la hora de diagnosticar una "invalidez" psíquica para alguien, el que el trastorno psíquico detectado, base del daño invalidante por el que se somete al sujeto a los trámites de incapacitación laboral, puede no estar suficientemente bien tipificado nosológicamente, o resultarnos prematuro el pronosticar su evolución temporal, o ser el diagnóstico clínico establecido socialmente mal visto, constituyendo un importante "handicap" para el futuro familiar, laboral y social del individuo.

Analicemos un supuesto de INCAPACIDAD POR "DAÑO PSÍQUICO" y sus repercusiones psicosociológicas sobre el curso y la evolución de la enfermedad psíquica responsable. Vamos a considerar para ello como modelo a la Incapacidad Permanente Total (I.P.T.) para el ejercicio de la profesión habitual, y como agente invalidante, la existencia de un cuadro afectivo bipolar.

Si se tiene en cuenta que la I.P.T. del individuo, le permite trabajar en otro oficio o profesión, y le reporta, en el mejor de los casos, el 75 % de pensión, a primera vista pudiera parecer una salida aceptable, al impás representado por la enfermedad psíquica responsable, que dificultaba y hacía muy conflictiva la actividad laboral habitual del sujeto; sin embargo, las repercusiones sobre el curso de esa enfermedad psíquica, en general, no van a ser tan halagüeñas, al depender los resultados que se esperaban de la I.P.T. de múltiples factores psicosociológicos, que al no ser propiamente médicos, constituyen variables difíciles de controlar, pudiendo ser los responsables de nuevos factores psicosociales que obrarán negativamente, sobre el curso y la evolución del trastorno psíquico. Veámoslo.

Aunque la I.P.T. pretende aportar a la persona un beneficio en forma de pensión, no es lo suficientemente cuantiosa, como para que no se produzca una manifiesta reducción de sus ingresos económicos. Si a este descenso de su solvencia y poder adquisitivo le unimos, en la inmensa mayoría de los casos, el bajo nivel de estudios y la deficiente cualificación profesional del paciente, la edad, a que se ha producido la incapacitación, comúnmente elevada para el trabajo, etc.; es lamentable comprobar como se limitan las posibilidades del enfermo para acceder a un puesto laboral, profesionalmente distinto al que poseía, con lo que el empobrecimiento socioeconómico y, sobre todo, el personal, se hace muy evidente, uniéndose así, al estatus de incapacitado laboral para un oficio concreto -del que se tenía un suficiente conocimiento profesional-, el de "parado" para cualquier otro empleo.

Estos condicionantes sociales van a incrementar la pérdida de la autoestima que el depresivo suele experimentar casi sistemáticamente; los sentimientos de ruína que con tanta frecuencia se dan, en el curso de los cuadros depresivos de hoy día; los sentimientos de culpa por los perjuicios que su situación socioeconómica crea a su familia; la discomunicación, o incluso, incomunicación social y familiar, etc.; todo lo cual predispone a la desesperanza por el presente, al futuro negro e incierto, en definitiva, a la carencia de sentido por la vida, lo que sin solución de continuidad puede llevarle, a la falta de vivir, o al deseo de morir, que termina plasmándose en un acto suicida letal.

En situaciones menos desfavorables y dramáticas, los condicionantes psicosociales apuntados van a favorecer situaciones de DEPENDENCIA, que no por menos llamativas, dejan de influir negativamente sobre el curso y evolución de la enfermedad psíquica.

La dependencia familiar del incapacitado permanente total, que no accede a una actividad laboral sustitutiva de la habitual, suele evidenciarse al cambiar su lugar en el juego de papeles dentro del círculo de la familia, pasando de ser la figura principal, a un puesto secundario. Deja de ser la principal fuente de ingresos familiares, perdiendo además, el prestigio y la autoridad que ostentaba en el seno de su entorno sociofamiliar. Otros miembros de la familia se tendrán que responsabilizar de sus funciones; generalmente, la mujer tiene que comenzar o reiniciar una actividad laboral fuera del hogar, supliendo al marido como representante de la familia; o puede ser uno de los hijos el que asuma estas tareas.

Esta dependencia familiar para la que no suelen estar preparados socioculturalmente, ni el enfermo ni los restantes miembros de la familia, suele repercutir desfavorablemente, sobre el curso evolutivo de la enfermedad.

Esta dependencia familiar, que inicialmente puede vivirse como una pérdida de estatus dentro del medio familiar y social, irá favoreciendo la consolidación de niveles cada vez más bajos en la progresiva desestructuración que el sujeto va experimentando como persona.

No podemos perder de vista tampoco, el que la dependencia mantiene o favorece la INMADUREZ de la Personalidad, lo que en el supuesto que comentamos, va a precipitar la puesta en escena de mecanismos defensivos del yo que, en unos casos, agravarán el curso de la enfermedad psíquica, y en otros dificultarán su terapéutica favoreciendo su evolución hacia la cronicidad.

La aparición de una conducta oposicionista y rebelde hacia el entorno, descompone el ya inestable equilibrio existente en el medio familiar (los caprichos, las reivindicaciones del estatus perdido, etc.). Esta misma conducta se expresa en el medio sanitario por el abandono de la medicación prescrita, el abuso de sustancias prohibidas en la dieta, etc. En ocasiones, es la pasividad y la muy llamativa actitud dependiente, favorecedora de una conducta excesivamente sumisa, la que problematiza el curso clínico. No es infrecuente que aparezcan fobias que sorprenden a la familia, al tratarse de miedos infundados e irracionales, hasta entonces inexistentes. Como es lógico, estas conductas manifiestamente regresivas, poco pueden favorecer una evolución satisfactoria de la enfermedad psíquica.

En ocasiones, las actitudes querulantes y reivindicativas del paciente hacia el sistema sanitario, son las formas de expresión de un mecanismo de proyección, través del cual se produce un desplazamiento de los sentimientos de culpa.

Puede ocurrir también que el enfermo tienda a “introyectar” su situación apropiándose de manera indebida de su enfermedad, adoptando bien una “actitud masoquista”, considerando a la enfermedad y a su situación como un castigo justo; bien una “actitud ganancial”, pretendiendo mediante la enfermedad, liberarse de responsabilidades y, consiguiendo además mediante ella, tener derecho a indemnizaciones de mayor cuantía. Una tercera actitud posible es la “hipocondriaca”, girando la existencia del enfermo en torno a la enfermedad y sus secuelas reales o imaginarias.

Un último factor psicosociológico responsable de un curso evolutivo negativo de la enfermedad, sería la “evasión” mediante el uso abusivo del alcohol y otras drogas. □

BIBLIOGRAFIA

1. BAUMGARTEN, F.: (1968). Psicología de las relaciones humanas en la empresa. Ed. Cabor. Barcelona.
2. BOROBIA FERNÁNDEZ, C.: (1992). Valoración de las incapacidades laborales. Medicina del Trabajo 1, 139-146.
3. BOROBIA FERNÁNDEZ, C.: (1994). Valoración de incapacidades laborales. Valoración de la gran invalidez y de la minusvalía: Relación entre ambas situaciones. Baremo de la Orden de 8 marzo 1984. Medicina del Trabajo, 3, 272-278.
4. Comité de la A.M.A: Normas para la evaluación del menoscabo. Rev. de Subnormalidad, Invalidez y Epilepsia. Núm. Ext. 295-312.
5. GREIFF B.: (1978). The history of occupational Psychiatry. Psychiatric Opinion. 15, 10-18.
6. Ivancevich J.M. y Matteson, M.T.: (1985). Estrés y trabajo. Ed. Trillas. México.
7. LAZARUS R. S. y FOLKMAN S.: (1986). Estrés y procesos cognitivos. Ed. Martínez Roca. Barcelona.
8. PASCUAL DE ANDRÉS T.: (1991) Horizonte de la Medicina del Trabajo en la gestión de la incapacidad laboral. Re. Castellana de Medicina y Seguridad en el Trabajo. 22, 3-4.

La valoración de las secuelas psíquicas propias e impropias.

Manuel García Blázquez¹

Antes de entrar en los criterios de valoración, conviene establecer el concepto diferencial entre secuelas psíquicas propias e impropias. Las primeras tienen su origen en una lesión cerebral, o al menos en un TCE de gravedad suficiente para justificarlas, aún cuando no haya podido evidenciarse la base orgánica del traumatismo, ya sea por falta de pruebas diagnósticas, impericia del facultativo, demora diagnóstica, etc. Las segundas, surgen como consecuencia de muy variadas circunstancias (psicopatología preexistente, mayor sufrimiento moral, inadaptación a la lesión o terapéutica...), sin que haya existido lesión o traumatismo cerebral inicial. Concretamente denominaremos secuela psíquica impropia, la que surge como manifestación "funcional" o reactiva sin base orgánica lesivotraumática a nivel cerebral.

CARACTERÍSTICAS DE LA SECUELA PSÍQUICA PROPIA:

- Existe un TCE, generalmente grave, aunque hay que admitir excepciones.
- La base orgánica a nivel cerebral suele evidenciarse mediante las oportunas pruebas diagnósticas, especialmente si se han practicado en el tiempo adecuado.
- Suele existir una cierta correlación entre topografía lesiva cerebral y tipo de secuela psíquica. No obstante, y con relativa frecuencia, los edemas difusos, los cambios bruscos y/o importantes de la presión intracraneal, la necesidad de inducir comas barbitúricos (o su equivalente), entre otras causas, pueden originar daño cerebral sobreañadido o a distinto nivel del inicial, y lógicamente ser causante de unas secuelas que aparentemente no guardan relación con la zona dañada.
- Su aparición generalmente es precoz y evolutiva, pudiendo tender a la estabilidad, progresión o regresión. Y así como ciertas epilepsias postraumáticas pueden manifestarse años después del traumatismo, las manifestaciones puramente psíquicas lo hacen en los primeros tiempos, salvo raras excepciones o traumatismos de características muy peculiares.
- Suelen tardar en estabilizarse, por lo que no es prudente diagnosticarlas hasta que no haya pasado un tiempo suficiente, meses, incluso años, para poderlas valorar en toda su dimensión.
- Cuando se producen en lactantes o niños el diagnóstico de secuela no debe hacerse hasta pasado al menos unos años, a pesar de los inconvenientes procesales y/o económicos que puede originar.
- En los ancianos es necesario un especial estudio que permita delimitar estados patológicos preexistentes o psicodeterioros seniles y su influencia en la secuela traumática.

¹ Médico Forense. Profesor Asociado de Medicina Legal. Universidad de Granada. (España)

CARACTERÍSTICAS DE LA SECUELA PSÍQUICA IMPROPIA.

- Se presta a la simulación y/o exageración.
- Debe pensarse en ella cuando el daño físico y/o moral haya sido importante. Yungano, López Bolado, Poggi, Bruno se expresan así respecto a este aspecto del daño: “El daño moral puede ser definido como la 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 infiere a los sentimientos, a la integridad física o espiritual o a las afecciones legítimas”. Para Pérez Pineda y García Blázquez en su libro “Manual de Valoración y Baremación del Daño Corporal”: “Los daños morales son manifestaciones colaterales de la propia lesión o daño corporal, generalmente evidente en la esfera psíquica” (Se refieren al daño moral en el contexto de daño corporal por lesión de cualquier etiología). Los mismos autores en otro momento refiriéndose al daño moral consideran: “El Hombre es un ser armónico e interdependiente entre las esferas física y psíquica. Toda lesión física tiene manifestación psíquica; la más expresiva sería el dolor. El hombre a diferencia del resto de los seres vivos, tiene capacidad para sentir el dolor en presente (manifestación puntual de la lesión), en pasado (recuerdo del dolor y la lesión sufrida), y en futuro (miedo a que se repita la situación dolorosa). Y todo ello como consecuencia de la capacidad humana para memorizar los actos y situaciones, asimilarlos, comprenderlos, fijarlos, retenerlos, evocarlos voluntaria o casualmente”.
- Las secuelas o taras físicas importantes predisponen a las psíquicas en general y de modo específico al grupo de las depresiones, neurosis y trastornos inespecíficos conductuales y de personalidad (castraciones, esterilidad, amputaciones de miembros...).
- La gravedad de las lesiones, el sufrimiento originado por los tratamientos (especialmente los posturales incapacitantes por largo tiempo), el riesgo por pruebas diagnósticas y terapéuticas, la necesidad de intervenciones quirúrgicas, el apartamiento obligado del medio familiar, etc., etc., son causas impropias anatómicamente de estas secuelas, pero justificadas como mecanismos reactivos capaces de generarlas.
- Finalmente conviene advertir que suelen ser de difícil diagnóstico, presentando serias dificultades para establecer la etiología y establecer el nexo de causalidad con el traumatismo.

DIAGNÓSTICO DE LAS SECUELAS PSÍQUICAS DERIVADAS DE TCE (PROPIAS).

Debe procederse en dos fases: la primera destinada al diagnóstico del traumatismo craneoencefálico responsable y su correlación con la secuela psíquica y una segunda destinada a la valoración específica de dicha secuela.

Es interesante un repaso retrospectivo de la historia clínica y actualizarla, junto a una exploración neurológica básica. Y antes de entrar en las secuelas propiamente psíquicas deben revisarse cuantas pruebas diagnósticas complementarias se practicasen en su día (radiológicas- incluidas TAC y R.M-, gammagráficas, electroencefalográficas, etc.). Es

aconsejable solicitar un TAC o RM- según los casos- actualizados, para tener al menos dos puntos de referencia en el tiempo, para analizar la lesión o base anatómica generadora de las secuelas psíquicas. El método más utilizado suele ser el TAC, estudio que permite mediante una interpretación densitométrica que visualmente puede apreciarse en la escala de grises, diferenciar muy bien los líquidos de las estructuras sólidas, y dentro de los primeros la sangre líquida, coagulada, organizada, etc. Pero no sólo permite esta técnica el estudio analítico de las hemorragias intracraneales sino la compresión de ventrículos y estructuras, los desplazamientos de la línea media, los hematomas y organizaciones y/o desgarros meníngeos, etc., aunque tiene sus limitaciones, especialmente cuando fracturas complejas de cráneo originan superposiciones de artefactos óseos. Pueden pasar desapercibidos efectos hemorrágicos lesivos a nivel de fosa posterior. De hecho hemos comprobado como no siempre se han correspondido los hallazgos de autopsia en un TCE evolucionado con los TAC que se han realizado en el Hospital. Esto debe servir, al menos, para entender cómo a veces no parece explicarse la correlación entre graves secuelas cerebrales y aparentes TAC negativos o irrelevantes durante las exploraciones iniciales. La Resonancia Magnética por razones economicistas, ciertas contraindicaciones y por no ser un método disponible en todos los hospitales públicos ni en la mayor parte de los privados, suele reservarse para indicaciones muy precisas y concretas. Tal vez sea el método idóneo, entre otras cosas, para detectar hematomas subdurales crónicos, que en los TAC pasaron desapercibidos por ser isodensos con el parénquima cerebral.

La Exploración gammagráfica es muy selectiva, especialmente en los tiempos actuales en que los TAC son de uso habitual en muchos hospitales y la RM en bastantes. Puede utilizarse como complemento diagnóstico, especialmente en patología fistulosa de los ventrículos y/o líquido cefalorraquídeo. Rara vez tendrá justificación repetir la prueba para la valoración de una secuela psíquica que ha tenido una base orgánica previa.

Electroencefalograma. Su principal aplicación en los TCE es la detección de la muerte cerebral y las epilepsias, especialmente para su localización topográfica y seguimiento. Puede ser necesario solicitar un E.E.G. actualizado para estudio comparativo con los iniciales.

VALORACIÓN DE LAS SECUELAS PSÍQUICAS DERIVADAS DE TCE (PROPIAS)

Vamos a intentar seguir las referencias de la Orden de 5 de Marzo de 1991, en el capítulo 1 de la Tabla VI, donde se recogen algunas de las secuelas psíquicas que pueden producirse.

Síndrome postconmocional (cefaleas, vértigos, alteraciones del sueño, de la memoria, del carácter, de la libido). Obviamente este síndrome no puede considerarse nunca una secuela impropia, toda vez que implica una conmoción cerebral -base orgánica- para que se produzca. Existe un síndrome postconmocional precoz y frecuente, que dependiendo de que se haya producido más o menos daño en las estructuras nobles, formación o no de hematomas, etc. evolucionará en sentido regresivo o progresivo. Hay síndromes postconmocionales

sin ningún hallazgo anatómico, incluso sin lesiones externas, donde ha sido suficiente un brusco mecanismo de aceleración-desaceleración de la cabeza al aire o sobre superficie almohadillada (caso frecuente en colisiones de automóvil frontolaterales donde se lleva el cinturón de seguridad bien colocado). El síndrome postconmocional tardío debe valorarse pasado bastante tiempo del accidente. La objetivación es muy difícil, especialmente si no hay alteraciones significativas de la memoria. Un amplio estudio de la esfera psíquica, especialmente de la personalidad y el estado de ánimo, permite a veces descubrir que no se trata efectivamente de un síndrome postconmocional sino de una neurosis depresiva compleja donde incluso puede asociarse un factor de renta y/o fobia. Se hace necesario un detenido repaso de todo el historial clínico y pruebas diagnósticas que se han ido practicando, así como la evolución cronológica, para tratar de establecer su etiología. La valoración entre 5 y 15 puntos de la orden debe ir en función de la profundidad y la mayor o menor polisintomatología del paciente.

Las Disfasias. Son secuelas cuya correcta valoración implica un conocimiento previo del individuo, especialmente para que pueda darse un valor objetivo a las pruebas psicométricas y en especial cuando hay alteración en la comprensión. Debe valorarse si el lesionado tiene afectada la percepción visoespacial, la mecánica motora inteligente, la capacidad de transmisión verbal o escrita del pensamiento, etc. Es necesario especificar el tipo específico de estudio psicométrico empleado y la valoración hecha de los posibles estados preexistentes. Los dos supuestos que contempla la orden, el primero sin alteración de la comprensibilidad valorado entre 25 y 35 puntos y el segundo con afectación de la comprensibilidad e incluso de la imposibilidad de comunicación, entre 35 y 45 puntos, desde nuestra óptica, quedan desproporcionado, ya que el segundo puede y debe admitir, por las graves repercusiones, una mayor puntuación.

Los denominados en la Orden Síndromes deficitarios (afasia, amnesia retrógrada o postraumática, de fijación, dislalia, disartria, déficit de coordinación psíquica, disminución de atención, capacidad de respuesta disminuida, ataxia-apraxia, coma vigil, disminución del nivel intelectual). No es posible entrar, siquiera con mínima extensión, en la variedad de cuadros patológicos y/o síndromes que contempla este apartado, por lo que vamos a referirnos a los más relevantes, sea por su incidencia, sus repercusiones o su problemática valorativa. Resulta extraño que la Orden, que suele ser restrictiva a la hora de puntuar secuelas, parta de una puntuación tan elevada en las afasias, 45 puntos, y que sólo establezca un intervalo de 5 puntos (45-50). Las afasias son trastornos que afectan al lenguaje hablado, escrito o mímico con imposibilidad de interpretación de imágenes receptoras. Puede hablarse de afasia ageúsica (en relación con el sentido del gusto), amnésica (en relación con la memoria), anósmica (en relación con el olfato), atáctica (en relación con el tacto), etc. Las manifestaciones sintomáticas de cada una de ellas y las repercusiones pueden ser tan variadas que el límite inferior de puntuación podría establecerse muy por debajo de los 45 puntos que le asigna de modo empírico la Orden, o muy por encima del límite de 50 en casos graves y complejos. Previo a la valoración es preceptivo tener un diagnóstico de certeza de las lesiones sufridas, su topografía y la cronología evolutiva, como premisa para un estudio psicométrico que permita evidenciar cualitativa y cuantitativamente las secuelas. En personas

mayores, la afasia puede ser una manifestación coincidente en el tiempo de un proceso patológico anterior al traumatismo. En estos casos el diagnóstico diferencial no ofrece grandes dificultades ya que la afasia es de tipo muy complejo e inestable, evolutiva y asociada a síndromes demenciales la mayor parte de las veces.

Para el diagnóstico y valoración de las amnesias, la historia clínica, los protocolos con familiares y conocidos de la víctima y los estudios psicométricos permiten resultados muy satisfactorios. Las amnesias pueden presentarse con precocidad o diferidas en el tiempo, aunque hay autores que difieren de este criterio admitiendo que más que de una amnesia tardía se trata de dificultad de diagnóstico precoz como consecuencia de la situación clínica del traumatizado. Muchas veces se trata de síndromes regresivos, por lo que es prudente retrasar la sanidad, dejando al lesionado un largo tiempo en observación y seguimiento. Suelen ser de buen pronóstico y regresivas las secuela amnésicas no asociadas a ninguna otra alteración y/o manifestación de patología encefálica, por lo que cuando se ven en estado puro es muy interesante, mediante el seguimiento, establecer su curso.

Los déficits de coordinación psíquica suelen requerir además del estudio del lesionado, un buen conocimiento de su estado preexistente, sobre todo en niños y jóvenes con antecedentes cerebrales, y en personas mayores con patología degenerativa. Las secuelas pueden considerarse estables y no regresivas después de dos años, tiempo que puede acortarse considerablemente en los ancianos, donde, salvo excepciones, no regresan, incluso tienen carácter progresivo, posiblemente por superponerse otra patología favorecida o desencadenada por el traumatismo inicial y/o sus tratamientos.

La disminución del nivel intelectual lo valora la orden de acuerdo con el C.I. que para valores entre 67 y 86 lo puntúa entre 20-30 y los menores de 35 entre 50 y 80. Posiblemente sea ésta la secuela de más difícil valoración a pesar de la sencillez de los estudios psicométricos. Hablar de disminución de nivel intelectual implica conocer el nivel anterior al accidente, cosa que rara vez es posible (excepción de personas que tengan hecho estudios psicométricos en colegios, empresa, servicio militar, etc.). En cualquier caso para hablar de diferencias, y en el supuesto de que existiesen estudios psicométricos específicos con anterioridad, habría que utilizar los mismos tests, que permitirían tener una misma escala comparativa. Es difícil encontrar como secuela única y aislada un déficit intelectual tras un TCE, y cuando se da suele tener unas características muy particulares, encontrando resultados muy dispares de unos a otros tests, según intervenga la percepción visoespacial, el comportamiento motor, la capacidad de comunicación hablada, etc. (detalle importante para el diagnóstico diferencial).

Epilepsias. Estimo que están bien desglosadas y evaluadas en la Orden permitiendo considerar las diferentes circunstancias y repercusiones. Los problemas básicos que van a presentarse en su valoración son los relacionados con la etiología y las manifestaciones psíquicas atribuibles a la epilepsia, o su base orgánica. lo primero se resuelve con el diagnóstico de la lesión cerebral, su topografía y la evolución (hay que advertir que cabe la posibilidad de epilepsias muy diferidas en el tiempo, años incluso). En cuanto a las manifestaciones psíquicas son bien conocidos los diferentes patrones psicoepilépticos en relación con la topo-

grafía de la lesión o disfunción, los tratamientos que se le aplican y la influencia del proceso en la vida de relación sociofamiliar y profesional.

Síndromes psiquiátricos. Siguiendo la Orden de 5 de marzo, encontramos en primer lugar, en el capítulo I, de la Tabla VI, "Síndromes psiquiátricos", las Neurosis postraumáticas, valoradas entre 5 y 15 puntos. Esta secuela sólo sería admisible como propia si hay TCE previo, aún cuando no se evidenciase lesión interna, en los demás casos deberá ser incluida como impropia y consiguientemente establecer un diagnóstico etiológico, confirmando o no el nexo de causalidad, con el dolor físico, psíquico, moral, etc. como a otras circunstancias originarias de mayor penosidad a que antes nos referíamos. Muy difícil sería descartar que no existía con anterioridad al traumatismo, o al menos que no había un terreno endógeno-personal como factor predisponente.

Las psicosis postraumáticas, como la propia orden indica, resulta muy difícil consideralas como secuelas. Lo habitual es que se trate de estados parapsicóticos, más o menos enmascarados, consecuencia de asociaciones complejas que afectan a memoria, personalidad, conductas, etc. Sin embargo para el experto el diagnóstico diferencial no ofrecería mayores dificultades. La Orden no la valora.

Sin embargo la psicosis maníaco-depresiva la admite como secuela postraumática. No es el momento de revisar la etiopatogenia de este variedad psicótica, pero como mínimo hay que plantear serias dudas sobre la existencia de la identidad traumática. Mucho más difícil es aceptarla como propia si se produce de modo aislado y único tras un TCE. Merecen especial atención en base a la alta puntuación que les da la Orden (30-40 puntos).

Los síndromes depresivos postraumáticos, aun cuando se den en personas que han sufrido un TCE, incluso con evidencias lesivas evolucionadas, rara vez son propios o secundarios a la lesión cerebral, especialmente si se producen aisladamente, como única manifestación psíquica. El interés etiológico estriba en que difícilmente podría aceptarse un síndrome depresivo como secuela (es decir con ese carácter de permanencia que la suele distinguir, sin entrar de momento a discutir la posibilidad de secuelas regresivas), ya que para la mayor parte de los autores, o se trata de un síndrome transitorio, por otra parte lógico, consecuencia del sufrimiento físico y moral, o de constituir una verdadera secuela obliga a pensar en un estado preexistente manifiesto sordo, pero siempre constitucional. Su valoración entre 5 y 10 puntos, según la Orden de 5 de marzo sería insuficiente si ciertamente se admitiese su carácter permanente y su etiología traumática, sin factores constitucionales sobreañadidos.

La desorientación temporoespacial, síndrome de Moria, excitabilidad, agresividad continuada, o excitabilidad agresividad esporádica, que la Orden independiza dándoles puntuaciones que van en el extremo mínimo entre 2-10 puntos para la excitabilidad, agresividad esporádica, a los 25-35 para el síndrome de Moria, los vemos con relativa frecuencia en las Clínicas Forenses, generalmente asociados a secuelas neurológicas tras graves TCE, generalmente de cursos evolutivos largos e irregulares. Ninguno de estos síndromes son habituales en las secuelas impropias. El diagnóstico ofrece bastantes dificultades, especialmente cuando existe, como es lo habitual, desconocimiento del sujeto con anterioridad a las lesiones. La valoración debe hacerse en función del carácter esporádico o continuado, la

necesidad o no de tratamiento farmacológicos o psicoterápicos, el sufrimiento, las limitaciones en la vida de relación sociofamiliar y laboral.

El síndrome demencial que la Orden valora entre 75 y 95 puntos, no suele ofrecer otro problema que el diagnóstico diferencial en sujetos ancianos, donde podría existir un proceso degenerativo causante de una demencia que aflora en el curso evolutivo de un TCE. Como secuela impropia no es admisible, aunque existen situaciones limítrofes, que muchos de nosotros, alguna vez, habremos tenido ocasión de ver en ancianos que no tuvieron lesión craneoencefálica inicial, solamente esquelética periférica, y tras una anestesia general larga y un postoperatorio más o menos tormentoso se llega a la demenciación. Habría que plantearse si el proceso puede asociarse a un accidente/incidente anestésico sobre un cerebro senil, en cuyo caso existiría un nexo indirecto de causalidad con el traumatismo inicial, o por el contrario se trata de una coincidencia en el tiempo y la patología cerebral era preexistente. La valoración, fuera de la edad senil, debe abordar el grado de incapacidad que produce, que generalmente es de gran invalidez por requerir la ayuda de tercera persona para su desenvolvimiento habitual. Aunque la apreciación de la indemnización es asunto del juez, suele ser competencia del perito médico dictaminar al menos sobre los siguientes elementos: Grado de incapacidad, previsión de vida, calidad de la misma, necesidad de asistencia de tercera persona no especializada o especializada, de carácter continuado-24 horas al día, o parcialmente.

La alteración de la personalidad, tan frecuente, incluso como manifestación única tras un TCE, difícilmente puede diferenciarse entre propia o impropia, aun cuando hubiese TCE. Otro problema que se plantea es la imposibilidad de valorar la alteración que ha sufrido la personalidad si se desconoce cuál y cómo era antes del accidente. Finalmente la ambigüedad del término "alteración de la personalidad" implica, a veces, criterios muy subjetivos, tanto por parte del explorador, como el explorado y familiares que con él conviven. El síndrome orgánico de la personalidad ofrece un patrón mucho más preciso que enseguida permite asociarlo a secuela propia. La Orden lo valora entre 30-40 puntos. Sin embargo su repercusión puede ser tal que constituya una verdadera incapacidad de relación social, familiar y laboral, con alteraciones conductuales secundarias que impliquen una incapacidad permanente y absoluta para el trabajo.

DIAGNÓSTICO Y VALORACIÓN DE LAS SECUELAS PSÍQUICAS IMPROPIAS.

El hecho de faltar una base orgánica, consecuencia de un TCE, 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 (dolor físico y moral). Y aún admitiendo que el proceso se desencadena como consecuencia de la lesiones físicas, sería necesario distinguir si existe o no un factor que haya permitido o favorecido la aparición de la secuela.

El diagnóstico se basa en entrevistas con afectado y familiares, repaso de su historial clínico (consultas médicas, bajas laborales exclusión del servicio militar, percepción de pensiones de misnusvalías, tipo de trabajo que ejerce, rendimiento en los estudios, etc.); Tests

La valoración de las secuelas psíquicas propias e impropias.

adecuados al área que se pretenda explorar, practicados en situación emocional basal o mediante la provocación de reacciones inducidas.

La valoración, incluso ante igualdad de procesos patológicos o síndromes psiquiátricos específicos, deberá ser distinta para las secuelas propias y las impropias. La Orden 5 de marzo no hace esta distinción, al menos de modo directo, aunque el hecho de establecer unos intervalos, a veces importantes, entre puntuación mínima o máxima, permite admitir que ha podido tenerse en cuenta. La fundamentación de que las secuelas impropias deben valorarse menos que las propias radica en lo siguiente:

- Su diagnóstico, y en concreto la repercusión del proceso, nunca ofrece las mismas garantías de certeza.

- Los estados constitucionales y/o preexistentes suelen asociarse e influir tanto en la aparición del proceso, como en sus repercusiones.

- Las secuelas impropias pueden confundirse con estadios evolutivos con tendencia regresiva, pudiendo llegar a desaparecer lo que en principio se denominó secuela.

- La tabla IV de la Orden de 5 de marzo hace una llamada al referirse a los factores de corrección por perjuicios morales y de disfrute de placer expresado en los siguientes términos: "Perjuicios considerados en la indemnización básica. Excepcionalmente podrá aplicarse un porcentaje de aumento, en función de la importancia del perjuicio ocasionado al propio incapacitado o a su cónyuge y familiares próximos". Es decir en las cifras que asigna la Tabla LII, según grupos de edad y puntos, quedan incluidos o previstos, con carácter general, la reparación del dolor físico, psíquico y moral. En definitiva el sujeto lesionado ya ha sido resarcido por su lesión, incluido el daño físico y moral que implica, y si además nuevamente se va a resarcir por una secuela psíquica derivada del daño, lógicamente debería ser en grado mínimo.

En definitiva la valoración de este tipo de secuelas deben hacerse desde la aceptación de que un estado predisposicional, constitucional ha influido en su aparición. Y al igual que las secuelas propias necesitan de una base orgánico-lesiva cerebral para admitirlas, estas requieren un sufrimiento físico, psíquico y moral, importante y continuado y como no es posible objetivar el grado de sufrimiento o dolor, hemos de servirnos de los siguientes elementos objetivos:

- Tiempo de curación (a más tiempo más probabilidad de secuela psíquica)
- Repercusión en la vida de relación sociofamiliar (falta de relaciones afectivas, sexuales, etc., con el cónyuge, dejar de cumplir los deberes educacionales, económicos, afectivos, etc. con hijos, padres, familia en general...
- Necesidad de larga hospitalización.
- Necesidad de pruebas diagnósticas y tratamientos de mayor riesgo.
- Permanencias en UVI y/o en estado de extrema gravedad.
- Necesidad de tratamientos posturales invalidantes, molestos, continuados.
- Secuelas físicas importantes, incluso con repercusión extracorpórea (a cónyuge, hijos, familia).
- Falta de antecedentes psiquiátricos

El análisis y la valoración de cada uno de estos puntos servirán de referencia para asignar puntuación que permitan una traducción en pesetas para resarcir en justicia al perjudicado.

Finalmente conviene quedar claro que a pesar de todo lo dicho la secuela psíquica impropia existe, y cuando se tiene certeza diagnóstica de ella y puede establecerse un nexo de causalidad generalmente indirecto con la lesión inicial, debe tenerse en cuenta y valorarse, eso sí en su justa medida y teniendo presente todas las consideraciones anteriores. □

Cuadernos de Medicina Forense

Revista especializada en Ciencias Forenses, Bioética,
Legislación Sanitaria y Jurisprudencia relacionada con
la Salud.

Consulte los sumarios y resú-
menes de los ejemplares
anteriores en Internet:
<http://www.cica.es/~aamefo>



Boletín de Suscripción y
solicitud de números
atrasados en la última
página de este ejemplar.

Valoración del Daño moral.

Alfredo Herrera Rueda¹

Antes de entrar a analizar el tema que nos ocupa de valoración de los daños morales, se hace preciso definir, siquiera sea brevemente, que hemos de entender por tales. La Jurisprudencia de nuestro Tribunal Supremo ha considerado que *el daño moral está constituido por los perjuicios que, sin afectar a las cosas materiales susceptibles de ser tasadas, se refieren al patrimonio espiritual, a los bienes inmateriales de la salud, el honor, la libertad y otros análogos* (Sentencia de 28 de febrero de 1.959). Sin embargo, esta definición, aunque pudiera ser correcta en línea de principio, adolece de cierta simplicidad. Por nuestra parte, creemos más aconsejable distinguir, siguiendo a la doctrina más autorizada, dos aspectos diferentes dentro del daño moral consecuencia del daño corporal, para así facilitar su posterior valoración:

a) El dolor físico que experimenta la víctima como consecuencia de la lesión en su integridad física, denominado *pretium doloris* en sentido estricto, y que se da, generalmente, en la fase que va desde el momento del accidente al de consolidación de las lesiones. Es definido por el Tribunal Supremo como los sufrimientos o padecimientos de la víctima experimentados durante el curso de su curación y comprende los dolores sufridos en el momento mismo del accidente, en el inmediato posterior, transporte hasta el hospital, primeras curas, los dolores de la intervención quirúrgica, tras la anestesia y, en general, durante todo el período de cuidados hospitalarios.

b) El puro daño moral, que afecta al acervo espiritual de la persona y que, a su vez, puede ser dividido en dos clases:

1.- Según lo sufra la propia víctima, en cuyo caso se denomina *préjudice affectif*, y que consiste en el efecto psicológico que a toda persona producen las limitaciones orgánicas, o, como lo describe perfectamente la sentencia del Tribunal Supremo de 7 de mayo de 1.987, en *“la privación para el resto de la vida de la posibilidad de disfrutar plenamente de sus propias energías y de la expansión genérica de su personalidad en el medio social, la pérdida del optimismo necesario para afrontar los avatares de la existencia y, sin llegar a la depresión, una inevitable inclinación al desánimo, una situación de parcial desvalimiento con el dolor moral inherente que acompañará al sujeto durante su existencia.”*

¹ Abogado. Málaga. (España)

2.- Según lo sufran los parientes, en cuyo caso se llama *pretium affectionis*, que puede derivar de la muerte o de graves lesiones padecidas por la víctima directa.

Hoy nadie duda de que los daños morales deben ser indemnizados, al amparo de lo dispuesto en el art. 1.902 del C.C., si de un ilícito civil se trata, o al amparo del art. 104 del C.P., si derivan de un ilícito penal. Pero esto no siempre ha sido así. La antigua jurisprudencia del Tribunal Supremo rechazó su resarcimiento. El camino para admitir su reparación lo abrió la conocida sentencia de 6 de diciembre de 1.912, aunque se le criticó que, a pesar de su fuerza renovadora, tenía el defecto de que parecía resarcir el daño patrimonial que indirectamente resulta del daño moral, en lugar de fundar en éste la procedencia de la indemnización. Sin embargo, posteriores sentencias de nuestro Alto Tribunal perfilaron el concepto, basando la reparación en el propio daño moral.

Lo primero que nos encontramos al hablar del tema de la valoración de los daños morales es la dificultad que ofrece su cuantificación pecuniaria. Como dice José-Alfredo Caballero Gea, casi todas las sentencias que en esta materia se dictan, comienzan haciendo un canto a la imposibilidad de poner precio al dolor, para terminar, al menos de hecho, haciéndolo así.

Dicho esto, hemos de resaltar que el criterio seguido unánimemente por la Jurisprudencia es que la determinación del quantum indemnizatorio debe dejarse al libre criterio de los Tribunales de instancia, o mejor dicho, a su prudente arbitrio. Ese amplio margen de discrecionalidad se concede al Juzgador, precisamente, por la dificultad que la valoración entraña. Pero dificultad no significa imposibilidad. La indemnización del daño moral no puede tener una función reparadora, de manera que haga necesario realizar una traducción del daño en su equivalente en metálico, que evidentemente no lo tiene, sólo que cumple una función compensadora o satisfactoria, en el sentido de que, gracias a la indemnización puede la víctima procurarse sensaciones agradables que, de algún modo, vengán a contrapesar las dolorosas o desagradables. Es por ello que la labor del Juez no consiste tanto en atribuir un valor al daño moral sufrido, como en señalar una cantidad de dinero que sea suficiente para lograr, en la medida de lo posible, esa satisfacción compensatoria. Y precisamente esa función compensadora que el dinero está llamado a cumplir en este tema, es lo que ha llevado a ciertos autores a hablar de la inmoralidad o repugnancia que supone compensar con dinero el dolor o, en general, un bien moral, por las dosis de materialismo que ello lleva consigo. Afortunadamente esta teoría no ha encontrado demasiado eco en la doctrina. La compensación económica no tiene nada de inmoral. No es más que un medio para colmar, en la medida de lo humanamente posible, el vacío que el daño moral produce en la víctima. Cubrir mediante un nuevo goce el que se perdió y que no se estaba obligado a perder no supone sino un intento de restablecer la situación en que se encontraba el perjudicado antes de producirse el daño.

Y esa compensación que se ha de procurar con dinero es más fácil de cuantificar en el caso del *pretium doloris* estrictamente considerado, pues el dolor es más fácilmente objetivable que la pena o la tristeza, al tener, en la mayoría de los casos, correlación con la lesión. En efecto, aunque el dolor presenta un aspecto subjetivo, es un fenómeno nervioso y se

puede establecer *a priori* el grado de dolor que corresponde a cada lesión en particular, teniendo en cuenta la sensibilidad al dolor del hombre medio. Ahora bien, como el dolor físico producido por una misma lesión tiene variaciones de intensidad en cada persona, para su debida valoración habrá que tener en cuenta otros factores que determinan la resistencia al mismo (umbral del dolor), como la edad de la víctima, factores psicosociales y tipo de personalidad, tipo de lesión y tratamiento empleado. En definitiva, será el médico forense, especialista en valoración del daño corporal, el que habrá de apreciar la medida aproximada del dolor sufrido por una persona determinada con una lesión concreta, pues es el que mejor puede conocer las manifestaciones externas del padecimiento de la víctima, ya que, por su preparación conoce cual es la intensidad media o normal de las lesiones. De esta manera se ofrecerán al Juzgador criterios lo más científicos y objetivos posibles, que reducirán, dentro de lo razonable, la subjetividad en la valoración del *quantum* indemnizatorio, consiguiéndose así que no haya excesivas diferencias entre unas resoluciones judiciales y otras. Sin embargo, este sistema tiene el inconveniente de que pudiera llegarse a la conclusión de que el dolor físico no es algo ajeno a la secuela, sino que es una manifestación inevitable de la misma. A esta conclusión llega, de forma errónea a nuestro entender, la famosa Orden de 5 de marzo de 1.991, que en su Tabla IV considera que los perjuicios morales y de disfrute o placer están incluidos en la indemnización básica, no estableciendo para ellos ningún factor de corrección, si no es de una manera excepcional en función de la importancia del perjuicio ocasionado. Contra esta solución podemos argumentar que el dolor físico, si bien depende en gran medida del tipo de lesión, no siempre guarda relación de proporcionalidad con la importancia de ésta. Así, puede darse el caso de una lesión que produzca un gran dolor durante un largo tiempo de curación, pero que no deje secuela alguna, y, a la inversa, existen secuelas funcionales graves o muy graves que no producen dolor físico alguno. Por este motivo entendemos que, para indemnizar adecuadamente el *pretium doloris*, debe señalarse una cantidad independiente de la que se asigna a la incapacidad, pues, de lo contrario no se estaría indemnizando a la víctima el sufrimiento realmente padecido. Comparte esta opinión una reciente sentencia de la Audiencia Provincial de Málaga de fecha 20 de febrero de 1.995, que entiende que “*el baremo indemnizatorio que aduce la otra parte y que no es otro que el establecido por Orden Ministerial de 1.991, carece de fuerza vinculante alguna para la jurisdicción habiendo sido confeccionado para supuestos carentes de toda individualidad hasta el punto de prescindirse de la valoración de distintos hechos integrantes del daño moral.*”

Mayores dificultades plantea la valoración del puro daño moral, pues poco se puede hacer para objetivar su alcance. Si consideramos el daño moral propio como el efecto psicológico que a toda persona producen las limitaciones orgánicas, es claro que no pueden ofrecerse criterios objetivos para su valoración. Es por ello que el arbitrio judicial alcanza aquí su máxima expresión, aunque ello no significa que haya de ser discrecional. La función valorativa del Juez debe de estar presidida por la idea de la prudencia. Como muy bien recomienda la sentencia del Tribunal Supremo de 10 de junio de 1.987, los Tribunales de instancia, *de modo ponderado, ecuaníme y racional calcularán las consecuencias dañosas, procurando a todo trance, no proceder de un modo mezquino, tacaño y cicatero, minimizando las consecuencias lesivas del acto antijurídico, ni tampoco con prodigalidad ni generosidad insólitas, magnificando lo sucedido, desde el punto de vista económico, a un nivel de dila-*

pidación o de derroche propios de quien no teniendo que abonar las cantidades señaladas no se percata, a veces, de lo desmedido y desmesurado de la indemnización señalada.

Tratándose del daño moral de terceros o *pretium affectionis*, el arbitrio judicial se encuentra condicionado por ciertos factores. En primer lugar hay que distinguir los casos de lesiones y de muerte. Nuestra Jurisprudencia admite la reparación de ambos, aunque exige, para las primeras, que las lesiones de la víctima sean graves, de manera que condicionen la vida de sus familiares más allegados. En el caso del fallecimiento no existen dudas de que el perjuicio moral debe ser indemnizado, para lo cual, el perjudicado deberá probar el daño, si bien éste se presume por el parentesco o la convivencia con la víctima. Acreditada la realidad del daño, tanto en un caso como en otro, su valoración dependerá de múltiples factores, entre los que se encuentran, como señala la sentencia de la Audiencia Provincial de La Coruña de 17 de febrero de 1.979, la existencia de lazos familiares, de convivencia, de ayuda mutua, de interdependencia u otros similares. Sin embargo, en relación al puro daño moral, también la Orden Ministerial de 5 de marzo de 1.991 vuelve a recaer en el repudiable sistema de incluirlos dentro de la indemnización global que atribuye, tanto en los casos de muerte como de incapacidad. Con este sistema, que en la mayoría de las ocasiones es insuficiente para resarcir incluso los daños estrictamente patrimoniales derivados de las secuelas, quedan sin indemnizar, las más de las veces, los daños morales.

Finalmente, no podemos dejar de hacer referencia a que el arbitrio judicial en la fijación del *quantum* indemnizatorio excluye la revisión del mismo en casación. Ahora bien, la Jurisprudencia distingue, a estos efectos, dos elementos: las bases de regulación y la cuantificación. El primero corresponde al establecimiento de los supuestos de hecho que sirven de fundamento para determinar la existencia y entidad del daño moral (edad, condiciones personales y familiares, vinculación afectiva, situación económica, etc.). La cuantificación es la fijación de la suma pecuniaria establecida con relación a las bases de regulación. De esta manera, lo que inicialmente se declara como irrevisable en casación es la cuantificación, pero no la determinación de las bases. Así lo ha entendido la sentencia de nuestro Alto Tribunal de 21 de abril de 1.989, al decir que es doctrina constante de esta Sala que el *quantum* de la indemnización es cuestión reservada exclusivamente al prudente arbitrio de los Tribunales de instancia, sin que pueda someterse a la censura casacional, en tanto que las bases determinantes de aquélla son revisables siempre que se acredite una manifiesta y evidente discordancia entre ellas y la cifra indemnizatoria señalada. Con ello, es posible que la revisión casacional afecte indirectamente al *quantum* indemnizatorio, a través de la impugnación que se haga de las bases de regulación.

En definitiva, a modo de conclusión, creo que, por parte de todos los que intervenimos en la administración de Justicia (médicos forenses, letrados, fiscales y jueces y magistrados), se debe prestar especial atención a esta difícil tarea de cuantificar lo que no admite valoración económica, pues sólo de esta manera se puede conseguir dar adecuada y satisfactoria respuesta a quienes acuden al auxilio de los Tribunales de Justicia en demanda de tan legítimo como delicado resarcimiento. □

La valoración del perjuicio psíquico. Baremización y aspectos médicoforenses.

José Hernández Moreno¹

Se entiende por perjuicio, según el diccionario de la Lengua, la ganancia lícita que deja de obtenerse, o deméritos o gastos que se ocasionan por acto u omisión de otro, y que éste debe indemnizar, a más del daño o detrimento material causado por modo directo.

Daño, según la misma fuente, se define como efecto de dañar, es decir, causar detrimento, perjuicio, menoscabo, dolor o molestia. La Organización Mundial de la Salud, en su resolución 29,35 de la Asamblea Mundial de la Salud en Ginebra, de Mayo de 1976, define el daño o "impairment" como "una pérdida, anormalidad o déficit en la estructura anatómica o función fisiológica o psicológica, incluyendo todo lo que cause defecto o deformidad y pueda ser objetivable.

Son muchas las definiciones de daño, tanto en la Jurisprudencia como en múltiples trabajos publicados sobre el mismo, y se trata de abarcar en ellas todos sus componentes, que son múltiples, pudiendo estimarse que existe un concepto médico de daño y otro jurídico, siendo este último más amplio, más matizado, menos concreto, por cuanto valora una serie de elementos que se salen de lo estrictamente médico (anatómico, funcional, psíquico), como es la falta de salud o bienestar *sensu lato*, con las consiguientes repercusiones profesionales, laborales, sociales, gananciales, familiares, etc, siendo además este concepto jurídico más individualista y personalizado, y más complejo o abstracto, con la consiguiente dificultad para ser determinado con exactitud.

Hablamos de perjuicio en este sentido jurídico, que además lleva marcada la idea indemnizatoria, ya que la valoración del daño en el Derecho Civil, exceptuadas algunas cuestiones de incapacitación, derivados de secuelas, en la mayor parte de los casos obedece a problemas, en los que se dilucidan resarcimientos. Este concepto indemnizatorio, en efecto, pertenece por autonomasia al Derecho Civil (aunque en la práctica una mayoría de los casos se resuelven por vía penal y la obligación de resarcimiento de la responsabilidad es norma general básica del Derecho en todas sus esferas), pero como dice FENECH "un hecho injusto lo es esencialmente en el aspecto civil y sólo accesoriamente en el penal, por lo que la responsabilidad civil derivada de un hecho delictivo es anterior a la responsabilidad penal" y no es preciso que exista infracción penal para que exista responsabilidad, y su consecuencia, la obligación de ser resarcida. No obstante a ello, la indemnización se resuelve con gran frecuencia en la vía penal, y el problema indemnizatorio por esta vía sigue las normas del pro-

¹ Médico Forense de Andújar. Jaén. (España).

ceso civil; es decir, que hay que probar los hechos y la causalidad del daño a resarcir, así como precisar en lo posible el daño sufrido.

De estos tres aspectos, el factum, y el daño y la relación de causalidad, es en los dos últimos en los que tiene que intervenir como perito el médico y más concretamente, el médico forense, auxiliar valioso habitual en la práctica para enjuiciar estos aspectos.

Analicemos las características peculiares del tipo de daño que nos ocupa, concretamente el daño psíquico:

Es habitual la distinción entre daño físico y psíquico, aquél el perteneciente a la constitución y naturaleza corpórea y el psíquico, el correspondiente a la psique, a la mente.

En general, son los T.C.E. las lesiones que con más frecuencia van a determinar perjuicios psíquicos por incidencia en el S.N., ya sea provocando un daño orgánico directo, o ya indirectamente dando lugar a reacciones o desarrollos por déficit. Pero cualquier tipo de lesión traumática o estrés puede provocar reacciones o desarrollos vivenciales anormales, que de modo amplio desembocan en la amplia patología de las neurosis.

No entramos en la descripción y clasificación de los daños psíquicos, pues ya se ha hecho por otros panelistas, pero de modo esquemático y para que nos sirva de punto de referencia, lo sintetizamos así:

DAÑOS PSIQUICOS EN T.C.E.

- | | |
|------------------------------|---|
| A. AGUDOS..... | Delirium |
| B. SUBAGUDOS..... | Síndrome de Korsakoff
Amnesias |
| C. CRONICOS (SECUELAS):..... | Síndrome subjetivo postraumático
Síndromes deficitarios
Síndromes demenciales
Síndromes psicóticos
Trastornos de personalidad
Neurosis |

El daño psíquico tiene unas características y connotaciones muy peculiares que van a determinar asimismo dificultades especiales a la hora de llevar a cabo su valoración: Tales son su importante componente subjetivo, la dificultad de ser medidas de modo concreto, e incluso de ser diagnosticadas correctamente, la frecuente desproporción de la secuela en relación a la gravedad del trauma inicial, la escasez de síndromes estereotipados puros, siendo más frecuentes imbricaciones de unos con otros, la confusa y variante nosotaxia y conceptos sobre las afecciones psiquiátricas, dificultades de encuadramiento en baremos, etc.

Por ello, vamos a reparar en una serie de cuestiones, que creemos interesantes desde el punto de vista práctico, refiriéndonos a un médico forense normal, precisamente en aquéllas

que, a nuestro juicio tienen características propias, prescindiendo por lo demás de hacer un estudio de la sistemática general de valoración del daño.

1.- ¿QUIEN DEBE HACER LA VALORACION?

Esto será lo primero que vamos a plantearnos. ¿Es idóneo y competente que un médico forense normal, con unos conocimientos de Psiquiatría medios, pueda hacer la valoración? ¿O tal vez sería mejor que fuera realizada por un especialista psiquiatra?

En principio, creo que el médico forense es de modo habitual uno de los puntales más importantes para hacer estas valoraciones, sin excluir la intervención del psiquiatra, que debe ser consultado tantas veces como sea necesario y como sea posible, pero debe ser el forense quien dirija y se responsabilice de la valoración médica del daño. Si el médico forense, por no ser psiquiatra, no se considerara apto para hacer la valoración exclusivamente por sí mismo o interpretando informes del psiquiatra, mucho menos podría serlo el Juez, cuyos conocimientos médicos son obviamente inferiores a los del forense, por lo que éste, en el peor de los casos, siempre sería un filtro de fiabilidad, inteligibilidad, concreción y objetividad, conocimiento de los aspectos procesales, adaptación a las técnicas generales de valoración del daño y fundamentos por los que ésta se rige, etc.

Todos estos aspectos hacen que la función del médico forense en la evaluación del daño psíquico sea insustituible, o al menos de gran utilidad, y queremos acentuar que tanto la fiabilidad del informante como la objetividad de su informe, en estas valoraciones, que se van a hacer con gran frecuencia sobre datos pocos objetivos, adquiere relevante importancia en su utilidad para el Juez, que ya en general opina de este modo en los problemas de valoración del daño, como puede observarse en los siguientes resultados, que responden a ítems de una encuesta, realizada al 25% de los Jueces en ejercicio, y que corresponde a mi tesis doctoral:

De ellos, los Jueces y Magistrados opinan que los informes emitidos por los médicos forense son muy fiables en el 85% de los casos, muy objetivos y concretos en el 74%, y muy útiles en el 92% de los casos, mientras que los emitidos por otros facultativos a instancia de parte sólo los consideran tales en el 20%, el 18% y el 32% respectivamente; y abundando en lo mismo, prestan más valor al informe del médico forense en el 88% de los casos, el 2% al de otros facultativos y no contestan el 10%.

Esto sólo justificaría la idoneidad del médico forense para hacer o dirigir estas valoraciones, sin perjuicio de utilizar los dictámenes de un especialista en Psiquiatría en tanto como sea posible, pues por lo demás ello en muchos casos de la práctica forense habitual tiene serias limitaciones y enlentece no pocas veces la resolución de los procedimientos.

2.- ¿COMO HA DE HACERSE LA VALORACION DEL DAÑO PSIQUICO?

Lógicamente, siguiendo la sistemática habitual de la valoración del daño, que no vamos a describir aquí, pero parece importante llamar la atención sobre algunas características peculiares de estas valoraciones:

1º. En la prueba de la relación de **causalidad**, hay que partir de la base de que no hay proporción necesaria entre la secuela y la gravedad del trauma. Ello determina que no pue-

dan descartarse estados secuelares graves o complejos porque sean consecuencia de pequeños traumatismos o lesiones iniciales; y, por otra parte, muchas secuelas son agravamiento de estados anteriores patológicos desconocidos o de poca entidad, que se incrementan o manifiestan a raíz del accidente o lesión inicial.

Es por ello de gran importancia tratar de precisar hasta qué punto ha influido el trauma como determinante, precipitante o agravante de las lesiones y en qué grado, haciéndolo a dos niveles:

a. Demostrando que el hecho que se enjuicia ha producido las lesiones evidente o lógicamente, prestando aquí eficaz ayuda al Juez, al analizar la patogenia o mecanismo de producción de unas lesiones determinadas.

b. Analizando el nexo entre lo que ROUSSEAU y BROUSEAU llaman el polo inicial (lesión) y polo terminal representado por el daño corporal permanente, que se manifiesta en las secuelas.

Para ello, hay que fundarse en los criterios habituales definidores o exigibles para que se considere probado el nexo de causalidad: topográficos, cronológicos, fisiopatogénicos, clínicos, continuidad evolutiva, además de verosimilitud, realidad y certeza diagnóstica.

En cualquier caso, debe aclararse hasta el límite de lo posible si el hecho analizado ha sido el único responsable de los resultados finales o, en caso contrario, en qué proporción o con qué importancia ha incidido el hecho en el daño causado.

Todo ello suscita en la práctica, con gran frecuencia, importantes problemas, pues si bien a veces es claro y directo el nexo causal, en muchas ocasiones tal lazo es supuesto y han de interpretarse cuantas circunstancias y antecedentes puedan conseguirse para tratar de reconstruir la relación causal entre hecho y daño.

Con gran frecuencia, al no haber asistido el perito al dañado, la información que se le transmite puede no ser exacta y debe completarse con el examen e interrogatorio oportuno y por cuantos datos, informes o aportaciones puedan serle de utilidad y, por otra parte, al no haberse controlado personalmente las lesiones iniciales, ni muchas veces la evolución de las mismas, hasta pasado a veces un largo tiempo, debe apoyarse y fundamentar sus informes en certificados y otros documentos médicos que son indispensables para establecer conclusiones, y cuando faltan estos, partes de asistencias, de bajas o altas, o certificados librados secundariamente, y que son tanto menos fiables cuanto mayor haya sido el tiempo transcurrido desde la fecha del traumatismo.

En otros casos, no escasos, en los que no existe siquiera lógica en el desarrollo evolutivo para llegar al daño objetivable, y no existe prueba del nexo causal, el perito médico debe dejar sentada su duda sobre el particular, sin que debe salir de su papel de técnico.

La duda desemboca en la aplicación de una norma de causalidad, que debe quedar en el dominio del jurista, si bien debe conocerse la diferencia entre la noción de duda en el plano jurídico y en el médico, y a tal respecto:

a. Desde el punto de vista jurídico se puede decir que la duda tiene un aspecto negativo, pues si hay duda, no hay prueba, y si no hay prueba, no hay consecuencia posible. Sin embargo, en la práctica, ello constituye una normativa de gran utilidad, por cuanto se evitan abusos incalculables que se darían si no fuera exigible la prueba referida.

b. En el dominio médico, la duda tiene connotaciones positivas, en el sentido de que orienta la actividad del médico, poniéndole en acción, y de hecho el diagnóstico, el pronós-

tico, las respuestas terapéuticas y en general todo el quehacer biológico y concretamente el médico reposan frecuentemente más en dudas que en certezas, o para ser más exactos, en probabilidades y ellas son las que condicionan las actuaciones facultativas en gran número de ocasiones.

2º. Otro aspecto de gran importancia en estas valoraciones es el referente al momento en que deben darse las lesiones como consolidadas (cuando no hay curación con *restitutio ad integrum*) y a partir del cual se consideran secuelas, que si bien de modo general es el momento en que las lesiones se estabilizan clínicamente, sin que exista mejoría ni sean susceptibles de modificaciones sensibles bajo el efecto de cualquier tipo de tratamiento, en los daños psíquicos adquiere notable importancia definirse sobre ese momento, ya que es difícil de precisar y, por otra parte, con frecuencia, al agilizar los trámites y procedimiento judicial, evolucionan de modo más favorable, impidiéndose las cronificaciones y desarrollos psíquicos anormales, aunque por otra parte es arriesgado precipitarse en dar el alta médica, ya que los estado secuelares pueden evolucionar de modo favorable o desfavorable en el futuro. Los márgenes que se señalan para las lesiones consecutivas a T.C.E. son más amplios, y oscilan entre 6 y 24 meses e incluso hasta 3 y 4 años, lo que llevaría consigo tener que esperar unos períodos de tiempo muy largos, con las consecuencia negativas que antes hemos señalado.

Nuestro criterio es proceder con cautela, pero en cuanto existan las circunstancias que exigen los criterios normales de consolidación, debe procederse al alta médica, pues siempre queda la posibilidad de que, en el caso de que se modifiquen substancialmente las secuelas descritas, pueda hacerse la oportuna reclamación o revisión.

Otra posibilidad es respetar el plazo señalado de 24 meses, pero advirtiéndole al lesionado que no se procede a dar el alta definitiva en el momento en que está curado clínicamente o las lesiones secuelares se han estabilizado para evitar que no quede consignada cualquier eventualidad que pueda surgir en el futuro, que modifique las circunstancias de ese momento, aclarándole que debe tratar de incorporarse a la vida normal o a su actividad laboral, pues a la hora de precisar en el informe de alta el tiempo que ha estado impedido para ello, no tiene que coincidir el tiempo de incapacidad laboral con el tiempo que ha durado la curación. De este modo el individuo se encuentra protegido, con repercusión favorable en su evolución clínica.

3º. La descripción de secuelas psíquicas y exploración debe hacerse con la mayor precisión por las características que antes hemos señalado de su fuerte subjetividad y dificultad de medición del grado de las mismas, imbricaciones de distintos síndromes, etc. El informe de sanidad debe basarse, según CARRASCO GÓMEZ, en una completa historia clínica, con entrevistas psiquiátricas al lesionado y familia, que nos orienten sobre el desarrollo y características de la personalidad, medio ambiente, escolarización y grado cultural, así como de padecimientos anteriores, datos psicopatológicos previos, valoración de la capacidad del lesionado dentro de la casa, orientación, funciones que puede desarrollar, necesidad de ayuda, posibilidad de salir solo a la calle, TV, manejo de dinero, cambios de carácter, humor, irritabilidad, tolerancia a ruidos, exploración neurológica, incluidos pares craneales u otras lesiones focales, entrevistas o test, exploraciones complementarias (físicas, neurorradiológi-

cas, neuropsicológicas) y en casos complejos, no debe prescindirse de conocer el criterio de un especialista de psiquiatría y/o de un neuropsicólogo.

Es interesante precisar en lo posible los componentes del daño, evitando las valoraciones globales, y tratar de encuadrarlos en distintos apartados especificados en baremos y expresarse haciendo referencia a ellos.

4º. El tema de la utilización de baremos es un tanto controvertido y a nuestro juicio con ventajas e inconvenientes, entre aquéllas la posibilidad de objetivar, cuantificar, tener mayor uniformidad de criterios, ser más inteligible y fácil de manejar por el Juez y profesionales no médicos del Derecho, y ser preferida por los Jueces; y entre los inconvenientes, la dificultad de aplicación de los baremos a cada caso concreto, las grandes divergencias entre la estructuración y contenido de unos y otros, más manifiesto en el apartado correspondiente a las secuelas psíquicas, y la falta de rigor en los mismos por sus vicios primarios de formación (Borobia), y en suma y de modo fundamental que es mucho más difícil, representa mucho mayor trabajo y es más comprometido hacer valoraciones por baremo, entre otras cosas porque se llega a un punto de referencia concreto, que puede ser refutado y criticado por otros técnicos o especialistas a instancia de parte, cosa que es imposible cuando se hace una valoración empírica.

La pulsación de opiniones sobre este aspecto, recogida en nuestra tesis, se muestra imprecisa en cuanto a la utilización de baremos, y así mismo en el procedimiento de realizar las valoraciones objetivo (baremo) o empírico subjetivo en la encuesta realizada a Jueces y Magistrados.

En otra, realizada a los médicos forenses titulares en ejercicio, se constataba la preferencia por la objetividad, necesidad de baremos oficiales en España y la C.E.E., las limitaciones del libre arbitrio judicial, y de aplicación de métodos objetivos, pero a la hora de hacer las valoraciones propias se obtenía por métodos empíricos. Es decir, que no están definidas las posturas respecto a uno u otro tipo de valoraciones.

Veamos y hagamos brevemente unas consideraciones críticas a los baremos más utilizados en nuestro medio para hacer las valoraciones del daño psíquico, concretamente: el anexo al Reglamento del Seguro de Responsabilidad Civil derivadas del uso de vehículos de motor (de 22 de Junio de 1956), Resolución de 1-6-89, el anexo de la Orden de 5-3-91, el de la AMA, las Guías adoptadas por el Servicio Social de Minusválidos, el Baremo de Concours Medical, la Clasificación de la OMS en 1990 de los defectos, discapacidades y minusvalías, etc.

En principio, es llamativo la falta de uniformidad en la confección, sistemática y contenido de cada uno de estos baremos en el tema del daño psíquico, cosa que no ocurre o al menos en mucho menor grado en otros tipos de lesiones:

A. En cuanto al primero, que hace referencia al síndrome demencial permanente (1ª categoría), síndrome psicótico exógeno de evolución crónica (3ª categ.), síndrome subjetivo por trauma craneal con alteraciones de tipo psicosocial (6ª categ.), y alteraciones de la personalidad por acción traumática y de evolución crónica y síndrome de depresión reactiva (7ª categ.):

sociopática, psiconeurosis, psicosis, y síndromes crónicos del cerebro. En cada una de ellas, se hacen una serie de grados o niveles, según la repercusión de cada uno de estos síndromes en la actividad de la vida diaria, conducta, comportamiento, eficacia, necesidad de cuidados o dirección, supervisión, peligrosidad, etc. siendo esta repercusión la que realmente va a determinar en la práctica el porcentaje del menoscabo, que para todos los grupos, a excepción de los referentes a la personalidad, va a oscilar entre 0 y 95%.

El déficit mental aquí se hace también con un criterio unidimensional, valorándose la repercusión en la conducta o comportamiento y no en el coeficiente intelectual.

Anotamos también que este baremo es incompleto, y tiene lagunas importantes, tales como el síndrome subjetivo postraumático, no encuadrable en ninguno de los grupos señalados, la demencia como tal, síndromes o cuadros focales o paucisintomáticos, etc.

D. Las guías adoptadas por el Servicio Social de Minusválidos, que resultan de sucesivas modificaciones del baremo anteriormente descrito de la AMA, introduce algunas modificaciones:

Distingue un 1^{er} grupo para el déficit mental, haciéndose evaluación cuantitativa con un concepto bidimensional, que tiene en cuenta el C.I. y la repercusión en la conducta y comportamiento, y un 2^o grupo (enfermedad mental), en el que incluye trastornos psíquicos del pensamiento, memoria, conciencia y estado de vigilia, percepción y atención, afectividad, psicomotores, psicósomáticos, y de comportamiento social, y para determinar el porcentaje total de discapacidad establece gradaciones, dependientes de la clase, número y grado de afectación de las funciones psicológicas perturbadas, de la severidad de las discapacidades que presenta el sujeto para las actividades diarias y de su vida de relación normal, y del grado de cronicidad y pronóstico; sin que se añadan escalas cuantificadas.

También en este 2^o grupo de las enfermedades mentales, se incluyen los trastornos de la personalidad, neurosis y psicosis, estableciéndose en estos tres últimos apartados varios niveles cuantificados, de modo idéntico a lo que se hace para el déficit mental.

E. El baremo del Councours Medical en lo referente al daño psíquico es muy simple y concreto, distinguiendo únicamente en síndromes neurológicos (entre los que incluye la epilepsia), neurosis, psicosis (con muchas limitaciones) y demencia.

Es, por tanto, difícil de aplicar en la valoración de muchas secuelas psíquicas muy frecuentes (síndrome postcommocional y déficits y cuadros clínicos parciales o focales), pero de algún modo esta simplicidad y concreción del baremo parece indicar cierta reticencia a admitir cualquier síntoma o síndrome, que no esté perfectamente demostrado en su causalidad y realidad.

F. Finalmente, la "International Classification of Impairments, Disabilities, and Handicaps" de la OMS no es un baremo, sino una clasificación de menoscabos en sus 3 esferas mencionadas de déficit, discapacidad (preferimos este término a incapacidad) y handicaps o minusvalías.

En la esfera del daño psíquico, en el nivel del déficit o impairment distingue en intelectual (inteligencia, memoria, pensamiento y otros), otros déficits fisiológicos (en los que

incluye el estado de conciencia y vigilia, percepción, atención y funciones emotivas y volitivas), y déficit del lenguaje.

En la escala de las discapacidades que motivan estos estados deficitarios, se consideran, en el plano psíquico, las de la conducta, conocimientos y relaciones, de comunicación, cuidados personales, destrezas y habilidades, situacionales de dependencia, etc. Es de gran importancia señalar las discapacidades subsiguientes al déficit, por más que no sean cuantificables y en ello está el mayor inconveniente. La escala de los handicaps no debe ser valorada por el médico y por ello no la consideramos.

De algún modo, dada la importancia y consideración que se presta a la Clasificaciones psiquiátricas clásicas, que continuamente se actualizan, concretamente la CIE-10 de la OMS y la DSM-3-R, y que son referencia continua de los especialistas en sus informes, se echa de menos un baremo con referencia directa a las mismas. Siempre es difícil cuantificar en Psiquiatría, dado el carácter pluridimensional de casi todas las afecciones psiquiátricas, pero sería algo que creemos muy interesante ensayar e intentar.

En suma, de cuanto hemos dicho referente a los baremos, vemos que todos ellos tienen aspectos positivos y negativos, y siempre hay alguno que puede ser el más adecuado a cada caso, y todos ellos pueden aportar datos útiles. Por ello, parece imprescindible conocer y utilizar varios baremos para hacer las valoraciones, y a ser posible, debe procurarse orientar la cuantificación a los profesionales del Derecho, sin perjuicio de hacer cuantas consideraciones parezcan oportunas, entrar en la descripción de funciones disminuídas o abolidas, las discapacidades que originan, y hacer consideraciones empíricas o subjetivas. En una palabra, la clásica discusión o confrontación entre baremización (objetividad, concreción, especificación rigurosa de conceptos, fundamentación, cierta rigidez y obligación a una norma...) versus empirismo y total discrecionalidad (que lleva consigo subjetividad, inexactitud, arbitrariedad, flexibilidad, globalización, cierta gratuidad...) no debe ser tal, sino que ambas modalidades deben complementarse, y ello será lo que nos dé una idea más exacta de cada caso.

Como resumen de lo expuesto, sacamos las siguientes conclusiones, que queremos referir explícitamente a la actitud ante estos problemas por parte del médico forense:

1ª. La prueba de causalidad debe ser rigurosa, pues con gran frecuencia existen estados patológicos previos, que deben tenerse en cuenta al hacer las valoraciones, y que pueden tener una grandísima importancia en las mismas.

2ª. La descripción de las secuelas debe ser minuciosa, fundada en una correcta historia clínica, y una exploración completa, auxiliándose de un especialista en Psiquiatría en los casos de mayor complejidad, que pueden crear problemas de conocimiento o criterio al médico forense, tantas veces como sea preciso y factible, pero ello no debe ser motivo para que éste (el m. forense) se limite a transcribir dichos informes del especialista y abandone y deje de llevar la dirección y responsabilidad de la valoración.

3ª. No debe descuidarse nunca dar el informe de alta en el tiempo conforme a los criterios señalados, pero teniendo en cuenta de modo general hacerlo con la mayor precocidad posible. asimismo, el manejo del paciente en las revisiones periódicas mientras se emiten partes de estado debe hacerse con habilidad, demostrándole preocupación por su problema, pero firmeza en las convicciones; protección de la situación, pero seguridad en el criterio de que debe darse el alta cuando el proceso haya llegado a la curación o consolidación, haciendo saber al lesionado que en este caso se consignarán todas sus secuelas, que le serán indemnizadas, y con ello evitará la molestia de las revisiones y controles periódicos, además de tratar de convencerle de que actuando de este modo se hace lo mejor para su reintegración a una mejor calidad de vida, al ser activa.

4ª. El médico forense debe responsabilizarse, entregarse, esmerarse en los informes de valoración, pues a parte de que ésta es una obligación estricta de su función (tan importante e indiscutible como la del Juez al poner la sentencia), es también una inenudible correspondencia al concepto, confianza y consideración que los Jueces y Magistrados tienen de los facultativos médicoforenses y de su función.

5ª. En este mismo sentido, y por las razones antes señaladas, creemos que siempre se debe tratar de baremizar y ensayar la cuantificación del menoscabo fisiológico (no de otros factores), teniendo en cuenta que tales datos en absoluto son vinculantes para el Juez, todo ello sin perjuicio o más bien con el beneficio y gran utilidad de que los informes sean amplios y precisen, además del déficit anatomofuncional cuantificado, todo tipo de indicaciones sobre las repercusiones y limitaciones que tal déficit pueda suponer para la capacidad laboral del individuo o las discapacidades para su vida diaria y actividad normal, su conducta, su contexto social, y en general de toda la capacidad proyectiva de su personalidad.

6ª. Insistimos en la imparcialidad, la objetividad y la flexibilidad de las actuaciones, pero también en la firmeza de criterio, pues con frecuencia el médico forense va a ser comprometido, influenciado o sorprendido por informes de valoración emitidos por facultativos a instancia de parte (que muchas veces los lesionados acompañan con el resto de los informes médicos, aconsejados por los letrados), en los que, en ocasiones, se hacen valoraciones hinchadas, desmesuradas, duplicando o triplicando las indemnizaciones por un mismo concepto al valorar un síndrome o enfermedad y por otra parte cada uno de los componentes de los mismos cuando éstos figuran aisladamente en los baremos, indicando secuelas que no existen, catalogando como secuelas lo que han sido lesiones iniciales, que están curadas al dar el alta, pretensión de indemnización doble por la secuela y el tratamiento de ella misma, y toda una serie de trucos e inexactitudes, todo lo cual va a complicar notablemente la toma de decisiones por el Juez, que puede ser fácilmente equivocado, sobretodo cuando no cuente con un médico forense que conozca bien el tema, pues en otro caso también puede ser confundido.

Queremos, en fin, llamar la atención sobre algo que a veces es frustrante, por más que respetamos y conocemos el libre arbitrio judicial, y es el hecho de que, sin dar la más mínima explicación ni fundamento, se revoquen o modifiquen sentencias muy estudiadas y valoradas correctamente por los jueces de instancia, por otros de instancias superiores

(Audiencias), en lo que referente a la cuantía de las indemnizaciones, pues ello impide conocer las razones, que motivan tales diferencias de criterio, y reformarlos, en su caso, con lo que se contribuiría a que fuera éste más uniforme. Por ello, si bien conocemos la legalidad de dicha actitud, no podemos evitar mencionar nuestra sorprendida y disconforme opinión sobre ella. □

BIBLIOGRAFIA

1. ANTONIOTTI, F., DE PETRA, G. Basi dottrinali del danno fisiognomico nei diversi ambiti giuridici. Collana monografica Zacchia. Edita Arti Grafiche M. Danesi. Roma. 1973.
2. ASOCIACION MEDICA AMERICANA. "Guías para la evaluación del menoscabo permanente". Revista Española de la subnormalidad, invalidez y epilepsia. N° extra, sine anno, Madrid.
3. BARGABNA M. La valutazione del danno alla salute. Cedan - Casa editrice dott. Antonio Milani. Padova, 1980.
4. Barrot R. "La preuve du dommage corporel". Collection de Médecine Légale et Toxicologie Médicale. N° 130. Masson. Paris, 1985.
5. BERDUGO GOMEZ DE LA TORRE I. "El delito de lesiones". Ediciones Universidad de Salamanca. 1982.
6. BOROBIA FERNANDEZ C. Métodos de valoración del daño corporal. Fundación Universidad Empresa. Madrid, 1989.
7. BROUSEAU S., ROUSSEAU C. La reparation du dommage corporel. Methodologie en droit comun. Editions Securitas. Paris, 1987.
8. CANEPA G. La contribution italienne à l'elaboration d'un bareme européen des invalidités en droit commun. Journal de Medicine Legale Droit Medical, n° 2, 33° año. Editorial Alexandre Lacasagne. Lyon, 1990.
9. CANEPA G. "Vers un barême européen unifié". Comunicación al XIV Congreso Internacional de Medicina Legal y Social. Lieja, 1988.
10. CARRASCO GOMEZ J.J. "Valoración y aspectos médico-forenses en los traumatismos craneoencefálicos". Curso para médicos forenses. Instituto Anatómico Forense. Noviembre, 1994.
11. DALIGAND, L.; LORIFERNE, D.; REYNAUD, C.A.; ROCHE, L. L'évaluation du dommage corporel. Collection de Médecine Légale et de Toxicologie Médicale. N° 136. Editorial Masson. 1988. Paris.
12. DE ANGEL YAGÜEZ, R. "La experiencia española en materia de valoración del daño corporal". Revista de Derecho de Circulación, II, n° 3. 1990.
13. FENECH. El proceso penal. 4ª Edición. 1982. Editorial Agesa. Madrid.
14. FIORI A. "La valutazione medico-legale del danno alla persona nel diritto penale, civile et assicurativo sociale italiano." Ponencia presentada en las I Jornadas Andaluzas de Valoración del Daño Corporal. Sevilla. 1992.
15. GERIN, C. La valutazione medico-legale delo danno alla persona in responsabilità civile. Giuffrè Ed. 1973. Milano.
16. GISBERT CALABUIG J.A. Medicina Legal y Toxicología. 4ª Edición. Salvat. 1991. Barcelona.
17. LE GUEUT J., ROCHE L., REYNAUD C.A., DALIGAND L., DIAMANT-BERGER O. "La reparation du dommage corporel en droit commun" Collection de Medicine Légale et de Toxicologie Médicale. N° 112. Masson. 1980. Paris.
18. MULLER, P. H. "Evaluation Medico-Légale du prejudice esthetique et du quantum doloris". Symposium sobre Valoración del D. C. 1988. Granada.

La valoración del perjuicio psíquico. Baremización y aspectos médico-forenses.

19. PIGANIOL, G., ANCIAUX, CABASSU, CHIRIS, FEVRIER, LAMARQUE, ROGIER. La méthodologie de l'expertise du dommage corporel dans les pays de la C.E.E. Difusión Soulissee-Casegrain, BP 74, 79003 Noirt Cedex. 1992.
20. ROUSEAU C. "Indemnización de daños corporales: experiencia francesa". Revista de Derecho de Circulación, II, nº 2. 1990.
21. RUIZ VADILLO E. "La razonable valoración del daño corporal". Revista de Derecho de Circulación, nº 5. 1991.
22. WORLD HEALTH ORGANIZATION GENEVA 1980. "International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps. A manual of classification relating to the consequences of disease. reprinted" 1985.
23. Orden de 8 de marzo de 1984 por la que establece el baremo para la determinación del grado de minusvalía y la valoración de diferentes situaciones exigidas para tener derecho a las prestaciones y subsidios previstos en el Real Decreto 383/1984, de 1 de febrero. BOE 16/3/1984.
24. Orden de 5/3/91 del Ministerio de Economía y Hacienda por la que se da publicidad a un sistema para la valoración de los daños personales en el Seguro de Responsabilidad Civil ocasionada por medio de vehículos de motor... BOE 11/3/91.
25. Orden de 17/3/1987 por la que se aprueba el baremo de indemnización de los daños corporales a cargo del Seguro de Responsabilidad Civil derivadas del Uso y Circulación de vehículos de Motor. BOE nº 71 de 24/3/87.

Boletín de Suscripción a **CUADERNOS DE MEDICINA FORENSE**

Sí, quiero recibir los siguientes números al precio de 1.000 ptas. cada uno (el precio del nº 4 y del nº 8 es de 1.500 ptas): 1--2--3--4--5--6--7--8. (En caso de envíos al extranjero añadir 500 ptas. por ejemplar por gastos de envío y manipulación)

Sí, quiero suscribirme a la revista científica **Cuadernos de Medicina Forense**, al precio anual de 3.000 ptas (tres mil pesetas) (4 números). El precio para Organismos o Instituciones es de 5.000 ptas. (En caso de suscripciones desde el extranjero añadir 2.000 ptas. por gastos de envío y manipulación)

Nombre y apellidos: _____
Dirección: _____
Profesión: _____
Código Postal, Población, Provincia: _____

Deseo abonar la suscripción (o las revistas señaladas) mediante:

Talón bancario nominativo, que adjunto a esta solicitud, a nombre de la Asociación Andaluza de Médicos Forenses, número: _____

Domiciliación bancaria (relleno la autorización de domiciliación bancaria).

Transferencia bancaria (adjunto copia de la misma) a la cuenta de la Asociación Andaluza de Médicos Forenses (AAMEFO), en el Monte, Pasaje de Villasís nº 2, 41003 Sevilla.

Nº de cuenta: 2098-0009-08-0133706516

Autorización de domiciliación bancaria

Banco: _____
Caja de Ahorros: _____

Domicilio de la sucursal: _____

Código Postal, Población, Provincia, País: _____

	Clave Banco/Caja	Clave sucursal	DC	Nº cuenta/libreta
Cta. corriente				
Libreta de ahorros///

Nombre del Titular de la cuenta: _____

Ruego a Uds. se sirvan tomar nota de que, hasta nuevo aviso, deben adeudar en mi cuenta o libreta los efectos que anualmente les sean presentados para su cobro por AAMEFO.

Fecha: _____

Firma:

Fotocopiar y enviar a AAMEFO.
Ap. Correos 1. Oficina 4. 41071- Sevilla (España)

NORMAS DE PUBLICACIÓN

Los autores que deseen publicar sus trabajos pueden enviar sus aportaciones por correo a la redacción de la revista en Apartado de correos número 1. Oficina 4. 41071 Sevilla (España). Se notificará la recepción de los manuscritos que se reciban, entendiendo que no han sido publicados o remitidos para su publicación en ninguna otra revista. Una vez revisados por dos o más especialistas en la materia, que determinarán la validez y originalidad del contenido, se comunicará la aceptación, rechazo o sugerencia de cambios.

MANUSCRITOS

Remitir un original y dos copias, a doble espacio en papel blanco DIN A-4, con márgenes de 2'5 cm. Numerar las páginas consecutivamente en el vértice inferior derecho, comenzando por la página de título. Disponga los artículos de acuerdo con los siguientes componentes:

Página de título: Incluir en esta página los nombres de todos los autores con los correspondientes grados académicos y afiliaciones, haciendo constar en párrafo aparte si el trabajo ha sido subvencionado total o parcialmente por alguna entidad pública o privada. Hacer constar el autor responsable y la dirección de contacto, preferentemente con teléfono, fax o correo electrónico (mail). Esta página de título será la página 1.

Resumen: Redacte en una página aparte un resumen de no más de 250 palabras, que debe plantear brevemente el problema, cómo fue llevado a cabo el estudio, los resultados obtenidos y lo que los autores concluyan de esos resultados. Dicho resumen será incluido en la versión electrónica de la revista, si es posible rogamos remitan igualmente el resumen traducido al inglés para incluirlo en la versión electrónica en inglés de la revista. Adjuntar una lista de 5 a 8 palabras clave en orden alfabético, que el autor considere de interés para el indexado del artículo, adaptadas a la lista estándar de palabras clave.

Texto: A ser posible, desarrollado en los siguientes apartados, comenzando cada uno de ellos en una nueva página:

a) **Introducción:** presentará los objetivos del estudio, resumiendo los razonamientos empleados, sin incluirse las conclusiones del trabajo.

b) **Material y Método:** especificando las pautas de selección de muestras o poblaciones, descripción del método, identificación de instrumentación, fármacos o productos químicos, así como los procedimientos seguidos.

c) **Resultados:** resumiéndose los aspectos más destacados, sin necesidad de repetir los datos ya recogidos en tablas o gráficos, aunque se haga referencia a ellos.

d) **Discusión:** en este apartado se destacarán los aspectos originales o más novedosos del estudio, así como las conclusiones que de él se extraen, contrastando los resultados con otros estudios similares caso que los hubiere.

e) **Conclusiones:** Si se creyese necesario y no hubiesen sido recogidas en el apartado anterior, se relacionarán las conclusiones finales del trabajo, de forma breve, concisa y clara, procurando adaptarse al menor número posible.

f) **Agradecimientos:** En este epígrafe se puede mencionar a todas aquellas personas o entidades el autor/es considere oportuno.

Citas bibliográficas: Relacione las citas bibliográficas en una nueva página, numerándolas en el orden que se citan en el texto, donde deberán aparecer referenciadas con números entre paréntesis. Limite las referencias a aquellas que tienen relación directa con el trabajo desarrollado, detallándolas según los siguientes ejemplos:

a) **Artículo de revista:** Serrano D, Rodríguez C, Ibargüen JJ: Relación entre parámetros hidroelectrolíticos y data de la muerte en la sumersión. Rev Med Legal y For. 1991; 63:19-24.

b) **Libro:** Cortés MJ: Bloqueo neuronal en anestesia clínica para control del dolor. 2ª ed. Editorial Philadelphia. Zaragoza, 1988. 526-530.

c) **Capítulo de libro:** Bresler DE, Katz RL: Blood alcohol levels and acute intoxication. En: Perper JA. Forensic Pathology. 1 ed. Edited by Cousins Editors. Lippincott, 1980. pp 651-678.

Ilustraciones y Fotografías: En el caso de fotografías o composiciones fotográficas, remitir dos copias no mayores de 20 x 12 cm, en blanco y negro o color, de la máxima calidad posible y sin grapar, numeradas al dorso con el número con que aparecen en el texto. En el caso de gráficas, imprímalas con la mejor calidad posible. Las leyendas de cada ilustración y fotografía deben agruparse en páginas aparte al final del manuscrito. En ciertos casos la redacción puede considerar adecuado incluir una ilustración, junto al resumen, en la versión electrónica de la revista, para lo cual los autores podrán seleccionar la que consideren de mayor interés o más demostrativa, haciéndolo constar al dorso.

Tablas: Numere las tablas en orden consecutivo a su aparición en el texto, con numeración latina. Imprima cada tabla en página aparte.

Unidades de medida y abreviaturas. Todos los datos se expondrán como múltiplos o submúltiplos del Sistema Internacional de Unidades (SI). Deben definirse todas las abreviaturas, excepto aquellas que han sido aprobadas por el Sistema Internacional de Unidades.

Consideraciones legales y éticas: Evite el nombre de personas y números de historias o expedientes. Las personas fotografiadas no deben ser reconocibles a menos que den su consentimiento por escrito. Las tablas o ilustraciones obtenidas de publicaciones anteriores, deben remitirse acompañadas del correspondiente permiso de reproducción, obtenido del autor y editorial.

La redacción de la revista se reserva el derecho de introducir modificaciones en los artículos recibidos, siempre que no alteren el sentido o significado de los mismos, para adaptarlos a las presentes normas de publicación, lo cual se comunicará a la dirección de contacto que se disponga. Una vez publicado el artículo, la propiedad de los derechos de autor pasarán a la revista.

Soporte informático: Se agradecerá el envío de un disquete de 3 1/2 en formato MS DOS que contenga el manuscrito. Todo el manuscrito debe ser guardado en un único archivo; los gráficos podrán ir en archivos independientes, en los que no es necesario incluir las fotografías remitidas en papel. El disco debe estar etiquetado con el nombre del primer autor, el título o abreviatura de título, nombre del archivo, procesador de textos y versión utilizada (ejemplo: Corel WordPerfect 6.1).