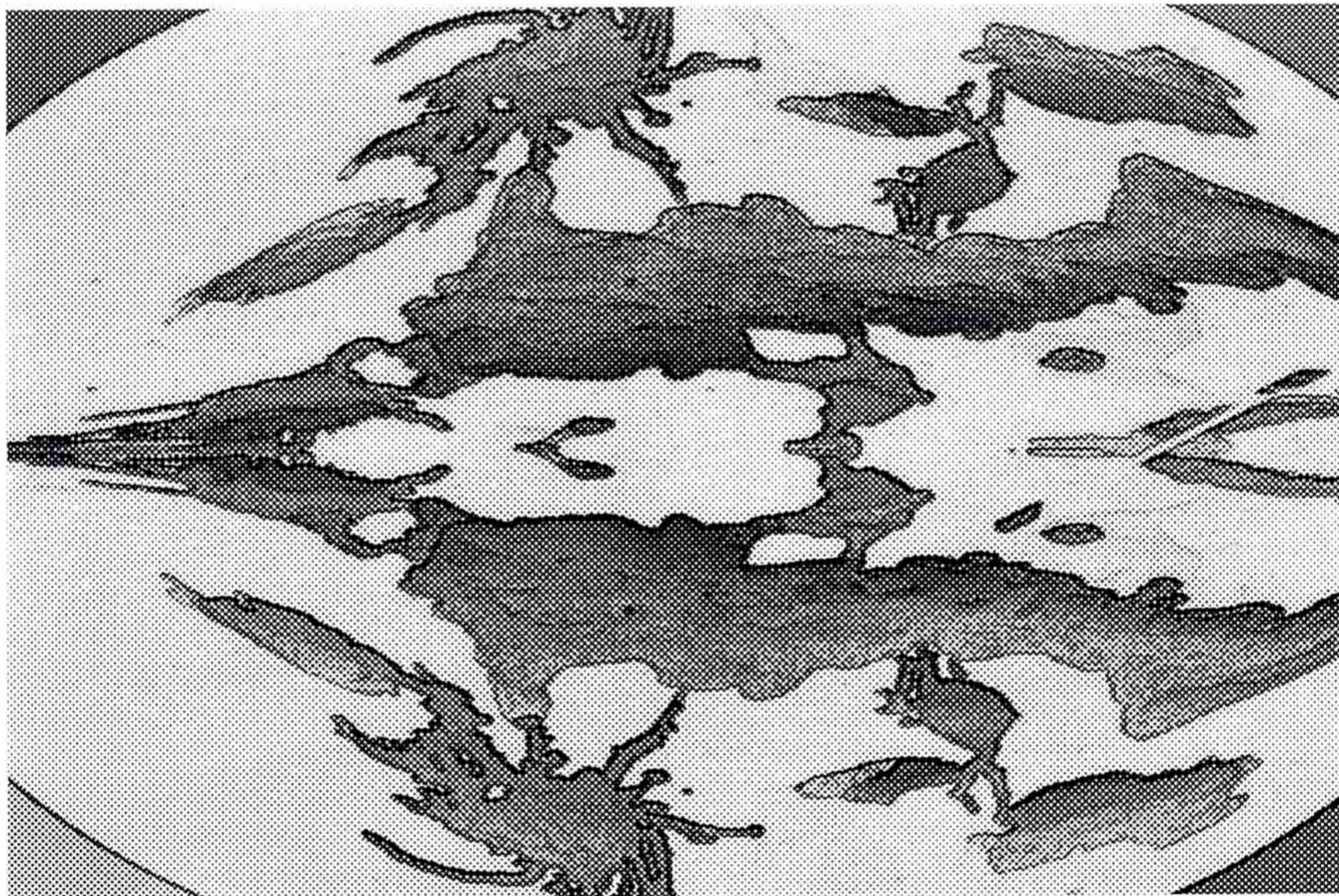


Cuadernos de Medicina Forense

Asociación Andaluza de Médicos Forenses



**MONOGRÁFICO
EL DAÑO PSÍQUICO (II)**

Nº 9

Julio 1997



**Cuadernos de Medicina
Forense**

Nº 9 Julio 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).
Lámina tomada de Rorschach
Psychodiagnostics. 1921

SUMARIO

MONOGRAFICO: EL DAÑO PSÍQUICO (II)

Editorial	2
Problemas del resarcimiento del daño psiquiátrico. Jesús Fernández Entralgo	3
Experiencia y reflexión sobre la valoración médico-legal del daño psíquico. Angelo Fiori	24
El daño psíquico en el delito de lesiones: Aspectos médicos. M ^a Emilia Lachica López	47
Las lesiones psíquicas en el derecho penal. Borja Mapelli Caffarena.	61
El daño psíquico en la Reforma del Código Penal. Enrique Ruiz Vadillo.	73
Secuelas psico-intelectivas postraumáticas. Incidencia y tipos. J. Castellá. MJ. Villadeamigo. D. Giménez. JM. Tortosa. M. Rodríguez-Pazos.	91
Comunicación parcial de resultados de una doble encuesta practicada a Jueces y Magistrados (25%) y a los Médicos Forenses. José Hernández Moreno, Claudio Hernández Cueto, Enrique Villanueva Cañadas	95
Neurosis fóbica simple post-traumática. Martín Molina Arias de Saavedra, Alejandro Serratos Sánchez de Ibargüen.	96
Síndrome depresivo mayor latente cristalizado como consecuencia de traumatismo. Martín Molina Arias de Saavedra, Alejandro Serratos Sánchez de Ibargüen.	99

EDITORIAL

Completamos con este número la monografía dedicada al estudio del Daño Psíquico, elaborado a partir de las ponencias expuestas en las II Jornadas Andaluzas sobre Valoración del Daño Corporal que tuvieron lugar en Sevilla. Incluimos algunas de las comunicaciones que hemos podido recabar y que su formato se adaptaba a las necesidades y limitaciones de una publicación de nuestras características.

Agradecemos una vez más la colaboración de los autores que con su contribución, tanto a las mencionadas jornadas como a la presente publicación, nos han proporcionado su visión del problema y nos han permitido disponer de un material de consulta que de seguro nos será útil en la resolución de problemas relativos al Daño Psíquico.

El próximo número volverá a tener la estructuración usual de nuestra revista, con secciones fijas de divulgación y artículos que, dentro de la gran amplitud de las Ciencias Forenses, abordan asuntos relativos a la criminalística, maltrato infantil y otros, que no dudamos serán del interés de nuestros lectores.

Problemas del resarcimiento del daño psiquiátrico.

Jesús Fernández Entralgo ¹

1. GENERALIDADES.

El hecho dañoso puede producir sus efectos lesivos en el ámbito de la integridad corporal y en el de la salud (física o psíquica) de la persona lesionada y afectar, además, a sus intereses patrimoniales. Eventualmente puede también producir un efecto perjudicial en intereses de terceros relacionados con aquélla.

El denominado daño corporal o personal, o a la persona, o a la salud (que la terminología es muy variada: De Angel-1989, 49) es susceptible de ser abordado desde muy diferentes perspectivas.

Se puede atender a la pérdida o anormalidad de una estructura o función psicológica, fisiológica o anatómica (el «menoscabo» o «deficiencia» -«*impairment*»- a que alude la Organización Mundial de la Salud); a sus consecuencias sobre el psiquismo de la víctima (o, excepcionalmente, de ciertas personas muy allegadas a ella); a las que recaen sobre su actividad ordinaria, o sobre la profesional, en cuanto actividades de desarrollo de la personalidad; o, en fin, a las que se producen en el ámbito patrimonial del dañado o de un tercero.

La fenomenología de la lesión, en su objetividad biológica, es proteica. El daño en el organismo (entendido en un sentido amplio, extensivo a las funciones psíquicas), consistente en un menoscabo (por pérdida o limitación orgánica o funcional) de la integridad corporal o de la salud (física o psíquica), puede contemplarse desde un doble punto de vista:

(a) la repercusión en la función, de forma que el menoscabo («*impairment*», en la terminología de la «Clasificación Internacional de las Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías», de la Organización Mundial de la Salud), esto es la pérdida o anormalidad en una estructura o función psicológica, fisiológica o anatómica, provoca una disminución o «*minusvalía o invalidez personal*» (en buena lógica, nunca equivalente al 100 por ciento, equivalente, prácticamente, a la pérdida de las funciones fisiológicas (Rousseau, 1990, 26), lo que equivaldría a la muerte: Mélenec, 1996, 1-ss.) en lo que cabría denominar estado ideal de salud, que correspondería a «...un sujeto psicósomáticamente íntegro, capaz de emprender cualquier tipo de actividad, sea o no laboral...» (Gerin, 1973; Gisbert, 1991, 277; Hernández Cueto, 1996-II, 9), y la discapacidad («*disability*», en la misma terminología indicada), o lo que es lo mismo, la restricción o ausencia, debida a la deficiencia, de la capacidad para realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considere normal para un ser humano;

¹ Magistrado de la Audiencia Provincial de Madrid (España).

(b) el dolor, los sufrimientos físicos y morales soportados por la víctima (Simonin, 283).

Elena Vicente(1994, 189) asume la definición que da, del dolor, Ladret(1969, 55), entendiéndolo por tal «...los sufrimientos físicos sufridos por la víctima durante el tiempo de incapacidad...», aunque esos sufrimientos físicos desencadenen procesos mentales, y también conductuales y sociales.

Aun cuando se ha considerado que el dolor físico no es sino una dimensión de la lesión, tiende a ser considerado como un capítulo resarcitorio independiente (Vicente, 1994, 190-191; Sentencia de 23 de febrero de 1988, de la Sala Cuarta del Tribunal Supremo).

En el punto 11 de la Recomendación 75/7 del Consejo de Europa se lee: «...la víctima debe ser indemnizada...de los dolores físicos y de los sufrimientos psíquicos...».

Pérez Pineda y García Blázquez (1991, 2-5) sistematizan así las manifestaciones del daño corporal:

(a) anatómicas: «las que afectan a cualquier tejido, órgano, aparato o sistema de la economía corporal, con independencia de su función»

(b) funcionales: «generalmente suelen ser una consecuencia de la lesión anatómica, pero con repercusión específica sobre la función de algún tejido, órgano, aparato o sistema»

(c) estéticas: «afectan la belleza, armonía y/o estimación de la persona...las más frecuentes son las que originan cicatrices, asimetrías, cojeras, pérdidas totales o parciales de sentidos, miembros u órganos exteriores»

(d) morales: «manifestaciones colaterales de la propia lesión o daño corporal, generalmente evidentes en la esfera psíquica...la más expresiva sería el dolor». A las anteriores añaden las

(e) extracorpóreas: «cuando la lesión o daño corporal trasciende del propio cuerpo, derivando daños o perjuicios físicos o morales sobre personas o cosas». Se trata, en realidad, no tanto de manifestaciones del daño corporal, sino de una parcela de sus consecuencias.

En principio, en el Coloquio Jurídico Europeo sobre «Valoración del perjuicio corporal en Derecho común de la responsabilidad», celebrado en París, los días 18 a 29 de noviembre de 1988, se adoptó la siguiente «recomendación»: «...1: deben distinguirse claramente las consecuencias económicas del daño corporal y sus consecuencias puramente humanas...» (De Angel-1992, 241)

No siempre, empero, será fácil definir y deslindar los perjuicios económicos y los no económicos (en Francia: Rousseau, 1990, 55-56).

La Resolución 75-7, de 14 de Marzo, del Comité de Ministros del Consejo de Europa permite una cierta sistematización del panorama de eventuales consecuencias perjudiciales de un daño corporal (Rousseau, 1990, 55; Borobia-1990, 234):

(a) perjuicios económicos (puntos 4-9)

a.1. gastos ocasionados a la víctima antes o después de la consolidación [= momento en que la víctima se encuentra en un estado ya no susceptible de mejora]

a.1.1. gastos médicos y paramédicos

a.1.2. asistencia técnica

a.1.3. asistencia de tercera persona

a.2. gastos relativos al trabajo doméstico que la víctima no puede realizar por sí misma, pero impone a su entorno un trabajo suplementario («...el hecho de no poder efectuar ya el trabajo que [la víctima] realizaba en su hogar antes del hecho perjudicial...aun cuando aquélla no haya sido sustituida para este trabajo por otra persona...»: punto 5)

a.3. falta de ganancia, correspondiente a las pérdidas de salario u otros ingresos profesionales, antes o después de la consolidación

(b) perjuicios no económicos (puntos 10-13)

b.1. incremento del esfuerzo para obtener en el trabajo el mismo resultado que antes del accidente («...el hecho de tener que realizar esfuerzos acrecentados a fin de obtener en su trabajo el mismo resultado...»: punto 10)

b.2. perjuicio estético (punto 11)

b.3. dolores físicos (punto 11)

b.4. (punto 11) sufrimientos psíquicos, «...diversos trastornos y disgustos, tales como malestares, insomnios, un sentimiento de inferioridad, una disminución de los placeres de la vida ocasionada, por ejemplo, por la imposibilidad de dedicarse a ciertas actividades de recreo...»

b.5. padecimiento psíquicos de los prójimos: sufrimientos psíquicos de carácter excepcional experimentados por el padre, la madre y el cónyuge de la víctima (sólo ellos), en razón de un atentado contra la integridad física o mental de ésta (principio 13)

En España, el profesor Borobia (1990, 235-236; también Alarcón-1989, 234-237; Pargada, 21-ss) diferencia (confesadamente «al modo francés», de tanto influjo en los especialistas españoles), dentro del perjuicio extrapatrimonial:

(a) El perjuicio fisiológico: es el perjuicio que sufre una persona al efectuar su vida normal, sin que suponga una disminución de ingresos.

(b) El perjuicio del ocio, también denominado de agrado, de la distracción, del recreo o del placer, para traducir el signifiante francés «*préjudice d'agrément*»: es el que sufre una persona al no poder realizar (o hacerlo con dificultad) el deporte y ocio que venía realizando hasta el momento (punto 11 de la Resolución 75-7 del Consejo de Europa, alusivo a los «sufrimientos físicos», comprensivos de «diversos trastornos y disgustos como malestares, insomnios, un sentimiento de inferioridad, una disminución de los placeres de la vida causada especialmente por la imposibilidad de entregarse a ciertas actividades placenteras»).

(c) El perjuicio estético: aludido en el punto o principio 11 de la Resolución 75-7 del Consejo de Europa («...la víctima debe ser indemnizada del daño estético...»), aunque el comentario anejo se cuida de advertir que, unas veces, se incluye en el daño material, otras, en el moral, y no falta una tercera consideración como categoría autónoma.

(d) El perjuicio sexual: «...es el perjuicio que sufre una persona en el disfrute del placer sexual y por la imposibilidad o dificultad de tener descendencia...»; y que nada impediría encuadrar en los flexibles términos del repetidamente citado punto o principio 11 de la Resolución 75-7 del Consejo de Europa

(e) El perjuicio juvenil: «...es el perjuicio que sufre una persona (joven) por las limitaciones profesionales y de ocio que podrá tener en el futuro. También se puede interpretar como el mayor tiempo que una persona sufrirá unas limitaciones determinadas en función de

su perspectiva de vida (Resolución 75/7 del Consejo de Europa [cabe suponer, dentro del omnicomprendido punto o principio 11])...».

A los anteriores, que recaen directamente sobre la persona que padece la lesión, añade (f) el perjuicio a terceras personas: regulado muy restrictivamente en los principios 13 y 19 de la Resolución 75-7 del Consejo de Europa.

2. EL DAÑO PSÍQUICO.

Esbec (1994, 1.394) remite a la definición que, del daño psíquico dan Alvarez, Varela y Greif: «...la consecuencia traumática de un acontecimiento que es vivenciado como un ataque que desborda la tolerancia del sujeto, que se instaura a nivel inconsciente por su grado de intensidad y la incapacidad del sujeto de responder a él, por la desorganización de sus mecanismos defensivos, derivando en trastornos de características patológicas, que se mantienen por un tiempo indeterminado, que pueden o no ser remisibles...Si nos remitimos al concepto dinámico, podemos señalar que se caracteriza por un aflujo de excitaciones excesivo, en relación con la tolerancia del sujeto y su capacidad de controlar y elaborar psíquicamente dichas excitaciones...»(Laplanche y Pontalis).

Giannini (1995, 108-109), partiendo de que «...toda persona tiene un propio equilibrio psicofísico, llamado "salud"...», entiende por «daño psíquico», todo «...trastorno del equilibrio psíquico que modifique, menoscabándola, su salud psíquica, alterando -temporal o permanentemente- sus funciones psíquicas...».

Distinguiendo, seguidamente, como especie del daño psíquico, la «enfermedad física», caracterizada porque impide a la víctima -total o parcialmente, de forma transitoria o permanente- desarrollar sus actividades ordinarias.

Resulta especialmente interesante dejar claro que el daño psíquico puede ser permanente o transitorio, y constituir, según cumpla, o no, los criterios propios de una categoría nosológica determinado, un trastorno mental propiamente dicho o una sintomatología que no llegue a constituirlo. Cuestión diferente será el alcance resarcitorio que tenga una u otra calificación. En Italia, sin embargo, a partir del tenor literal de la Sentencia 184/1986, del Tribunal Constitucional, parece que se reserve (y así lo sugiere la posterior Sentencia 37/1994, del mismo Tribunal) la etiqueta de «daño (biológico) psíquico» al menoscabo permanente de la salud mental (Giannini, 1995, 112).

Un hecho traumático puede tener repercusiones, y muy serias, sobre las funciones psíquicas de una persona que, más o menos directamente, lo sufre.

Carrasco y Maza (1996, II. 7-4) recuerdan que ese dañoso impacto psíquico puede reconocer como causa no sólo un episodio realmente catastrófico sino también «...los ultrajes y agresiones triviales de la vida cotidiana...», cuando son vividos patológicamente por el sujeto.

Esbec Rodríguez (1994, 1.357-1.358) ha sintetizado las conclusiones a que han llegado los especialistas, partiendo de la obra clásica de Hamilton (1987) distinguiendo cuatro etapas de lo que denomina el proceso de *victimización psíquica*:

(a) etapa de shock o fase de negación e incredulidad, producto del *miedo paralizante* («*frozen-fright*»: Symonds, 1991);

(b) etapa de miedo (el fenómeno *timérico* a que se refiere Alonso Fernández, 1986);

- (c) etapa de
 - c.1. apatía y resignación (derivadas de una depresión traumática) o de
 - c.2. rabia, que pueden alternarse en una misma persona; y
- (d) etapa de resolución del conflicto, que puede dar en la adopción de una actitud super-vigilante, en revisión de valores y creencias sobre las que se afirmaba su existencia, en sentimientos de revanchismo pleitista o, contrariamente, en una identificación con el agente agresor, y hasta en cierta forma de agradecimiento hacia él (el vulgarizado *síndrome de Estocolmo*).

Partiendo de las categorías nosológicas manejadas por los manuales de diagnóstico clínico de mayor prestigio internacional (CIE 10, DSM IV), los trastornos mentales que se presentan mayormente como secuelas de hechos lesivos son (López de Lamela, 1994; Heredia, 1994; Esbec, 1994; Carrasco & Maza, 1996, II. 7-5):

- (a)
 - a.1. demencia
 - a.2. trastornos amnésicos
 - a.3. otros trastornos cognoscitivos
- (b) trastornos (depresivos) del estado de ánimo
- (c) trastornos de ansiedad
 - c.1. crisis de pánico
 - c.2. trastornos de angustia
 - c.3. obsesiones (trastornos obsesivocompulsivos)
 - c.4. fobias
 - c.5. trastorno por estrés agudo
 - c.6. trastorno por estrés postraumático
- (d) trastornos somatomorfos
 - d.1. de somatización
 - d.2. de conversión
 - d.3. por dolor
 - d.4. hipocondría
 - d.5. dismórfico corporal
- (e) trastornos disociativos
 - e.1. amnesia disociativa
 - e.2. de identidad
- (f) trastornos adaptativos
 - f.1. con estado de ánimo depresivo
 - f.2. con ansiedad.

Un repaso de la bibliografía apenas convence de algo más que de las grandes lagunas de trabajo de campo y de conocimiento cuando las entidades nosológicas se ponen en relación con factores causales concretos y determinados.

Así, Esbec Rodríguez (1994, 1.369 y ss.) resume de este modo las conclusiones de la bibliografía por él estudiada:

(a) Las consecuencias del robo -violento o no- son mal conocidas y poco estudiadas empíricamente. Sin embargo, existen datos fiables que permiten afirmar que tales hechos

generan consecuencias psíquicas de importancia e veces considerable pero menospreciada en el enjuiciamiento.

(b) En materia de accidentes de tráfico, llama la atención que no siempre el impacto psíquico del hecho traumático se encuentra en relación proporcionada con su repercusión. Más importante que el evento en sí, es «...la habilidad individual para manejar el estrés...». Destacan estadísticamente los trastornos depresivos y de *estrés* postraumático.

(c) Sorprende la escasa atención prestada a los malos tratos infantiles, pese a las importantes secuelas psíquicas a las que dan lugar.

(d) El impacto de los incestos es muy heterogéneo y variable en su intensidad.

(e) «...Las personas que sufren agresiones sexuales «...son, en general, las más intensamente victimizadas. La violación constituye el delito violento más traumatizante, generando inmediatamente síntomas de SEPT [Síndrome de Estrés Postraumático] y en muchas víctimas secuelas psicológicas a largo plazo...» (Esbec, 1994, 1.374).

(f) Llama la atención la escasa repercusión psíquica que parecen tener los casos de agresión física.

(g) En víctimas de guerra o de otras catástrofes, la prevalencia del SEPT es muy elevada (Esbec, 1994, 1.377).

Trastornos de carácter depresivo o neurótico consecuentes a una situación de estrés o reactivos a la situación derivada de ella, incluido el perjuicio estético (F-32 y F-43 en CIE-10, 296.2 y 3, y 309.81 y 308.3 DSM-IV) pueden afectar, en mayor o menor grado, a la capacidad de disfrutar de la vida, y, desde luego, de la sexualidad (con ausencia o pérdida del deseo sexual, o impotencia no debida a causas orgánicas: F-52, en sus diversas manifestaciones, en CIE-10, 302-71 a 75, y 79, en DSM-IV), como ocurre con relativa frecuencia, y duración variable, tras sufrir una agresión sexual. Una impotencia o una esterilidad debidas a causas orgánicas derivadas de un hecho traumático pueden, a su vez, poner en marcha procesos psicopatológicos de carácter neurótico o depresivo.

A efectos de graduar la incapacidad para el desarrollo de las normales actividades de la persona lesionada, incluida la profesional, producida por un trastorno psiquiátrico, la práctica judicial requiere del perito que diga si, a pesar de aquélla, la víctima -desde un punto de vista médico- es apta, física y psíquicamente, para reanudar su actividad, en las mismas o en diferentes condiciones que antes del accidente.

En ocasiones, puede resultar especialmente complicado pronosticar la incidencia de una pérdida de capacidad intelectual en la de oportunidades (*chances*) en el curso de la carrera profesional de un adulto, o en el desarrollo del futuro de un joven en edad escolar, y no se diga del no escolarizado (perjuicio juvenil).

El denominado perjuicio estético puede, a su vez, traducirse en daño psiquiátrico, consecuencia del impacto que produce en el lesionado la conciencia de la pérdida de su imagen externa (piénsese en una lesión deformante, o en una paraplejia o tetraplejia). Incluso lesiones poco visibles pueden ser vividas patológicamente por las víctimas, ya sea porque ponen en marcha mecanismos morbosos (dismorfofobias) o porque activan trastornos psíquicos preexistentes (de tipo obsesivo o neurótico).

En definitiva, es menester discernir:

1.

1.1. Si una persona ha padecido en un momento determinado un determinado menoscabo psíquico;

1.2. naturaleza de ese menoscabo (diagnóstico clínico); y

1.3. evolución, distinguiendo si

1.3.1. el menoscabo ha curado tras un período variable de tiempo, o si

1.3.1. se ha estabilizado como una secuela permanente, diagnosticándola clínicamente.

2. Si un hecho traumático ha dado lugar a ese menoscabo psíquico

2.1. directamente

2.2. o como consecuencia de una lesión o menoscabo físicos.

Las dificultades del establecimiento de la relación de causalidad entre el hecho lesivo y el daño psíquico son puestas de relieve por los especialistas (Carrasco & Maza, 1996, II.7 [10-15]).

Resultará imprescindible investigar la posible existencia de un estado anterior patológico (por problemas de tipo anatómico o fisiológico) o de factores predisponentes (estados constitucionales que entrañan un riesgo mayor que el estadísticamente promedio de padecer un determinado trastorno o enfermedad: edad, herencia genética, hábitos individuales, ambiente familiar, entorno social) (Rousseau & Fournier, 1989; Hernández Cueto, 1995, 290).

3. El deterioro consiguiente a la comparación entre el *estado [personal de salud] anterior* (al siniestro) y el *estado residual* (posterior a él) (Carrasco & Maza, 1996, II.7 [15-18]).

Ese deterioro devenga una compensación específica (daño corporal en sentido estricto).

4. Los posibles gastos derivados del restablecimiento del deterioro psíquico (como daño emergente).

5. La repercusión del deterioro psíquico en la capacidad de ganancia del sujeto afectado (como lucro cesante) y en la posibilidad de realización de otras actividades que venía llevando a cabo la persona lesionada, y que representaban para ella una fuente de satisfacción personal, aunque no lo fueran de beneficio económico (como deterioro de las expectativas de desarrollo pleno de su personalidad, al que tiene el derecho reconocido por el artículo 10 de la vigente Constitución Española).

Los especialistas (Esbec, 1994, 1.395; Carrasco & Maza, 1996, II. 7 [6-7]) previenen contra la escasa atención que, desde el punto de vista de la pericia médica, se presta al daño psíquico tanto a efectos de diagnóstico inicial, como de fijación del momento de la curación o de la consolidación o estabilización del estado de la víctima, o de su especificación como secuela o lesión permanente.

El daño en la integridad corporal, el menoscabo de la salud física ejercen un gran poder de atracción que puede dejar en la sombra el daño psíquico, aunque éste sea, en ocasiones, mucho más grave que aquél.

Desde la perspectiva del tratamiento jurídico del caso, la técnica de su presentación y de su decisión, el capítulo relativo al resarcimiento del daño psíquico es, por desgracia, omi-

do o tratado muy superficialmente, desde la doble perspectiva de su prueba y de su determinación y cuantificación de su compensación.

Beltrán Núñez (1994, 89-90) escribe: «...La indemnización suele ser una quimera: las piezas de responsabilidad civil se tramitan rutinariamente y con una mínima actividad probatoria se declara la insolvencia del agresor que, por otra parte, suele ser cierta. Es frecuente que el Fiscal olvide la pretensión de responsabilidad civil, incluso en delitos como abusos deshonestos o corrupción de menores y, desde luego, en dicha responsabilidad no se incluye jamás, si no hay lesiones, la reparación del daño moral junto al económico, en los delitos violentos contra la propiedad, cuando muchas veces aquél ha sido enorme y éste mínimo (pensemos en el asaltado a punta de navaja al que se priva de quinientas pesetas, que incluso no son suyas sino de su patrono. ¿Cuál es el ataque verdaderamente doloroso?, ¿se compensa el daño moral con restituir las 500 ptas.?, ¿alguna vez se hace intervenir al médico forense en el estudio de secuelas psíquicas, fuera de delitos muy concretos como la violación?...». La larga cita merece la pena porque constituye el lúcido diagnóstico de la realidad cotidiana.

3. EL EJEMPLO DE OTROS SISTEMAS LEGISLATIVOS DE LA UNIÓN EUROPEA.

3.1. El análisis de la situación en Francia puede resultar especialmente provechoso. Leyrie (1994, 44-ss) estudia los siguientes epígrafes:

- (a) epilepsia postraumática
- (b) demencia postraumática (referencia al epígrafe 294.1 en el DSM-IV)
- (c) síndrome postraumático de Korsakoff
- (d) hidrocefalia con presión normal
- (e) síndromes frontales (referencia al epígrafe F07.0 en el CIE-10, como trastorno orgánico de la personalidad)
- (f) estado vegetativo crónico
- (g) síndrome postconmocional tras traumatismos craneales
- (h) neurosis postraumáticas (referencias a las reacciones a estrés grave y trastornos de adaptación: F43.1 CIE-10; y al trastorno de estrés postraumático: 309.81 DSM-IV)
- (i) neurosis traumáticas (referencia a la reacción a estrés agudo: F43.0 CIE-10; estrés traumático agudo: 308.3 DSM-IV).

La dificultad de establecer la tasa de incapacidad funcional condujo a la elaboración de baremos. Aunque sólo tenía carácter indicativo, alcanzó gran predicamento el Baremo funcional indicativo de las incapacidades en Derecho Común, publicado por «*Concours Médical*» en 1982, a iniciativa de Claude Rousseau. Pero el elenco de trastornos neuropsiquiátricos era muy reducido. Aparte la epilepsia postraumática y síndromes neurológicos (como la hidrocefalia con presión normal, hidrorreas por fístula osteodural y eventuales síndromes parkinsonianos) se incluyen las neurosis postraumáticas (con una puntuación entre un 5 y un 20 %) y las demencias postraumáticas (que pueden alcanzar una tasa de hasta un 100 %) y -excepcionalmente- psicosis postraumáticas.

El Código anotado de Pensiones militares de Invalidez de Víctimas de Guerra (extendido en 1992 a las víctimas de los actos de terrorismo) comprende las siguientes categorías clínicas:

Sección A.- Psicosis traumática (neurosis traumática)

Sección B.- Trastornos neuróticos (trastornos fóbicos, ansiosos, obsesivos, manifestaciones de conversión, hipocondría neurótica)

Sección C.- Trastornos de la personalidad

Sección D.- Estados esquizofrénicos o delirios no esquizofrénicos de larga duración

Sección E.- Estados psicóticos agudos

Sección F.- Trastornos del humor

Sección G.- Estados demenciales

Sección H.- Retrasos mentales.

Se ha tratado de ajustar la categorización a la sistemática del CIE-10.

Los niveles de invalidez se establecen con arreglo a la tasa de incapacidad resultante: así se distinguen los trastornos ligeros (20 %), moderados (40 %), intensos (60 %), muy intensos (80 %), hasta llegar a la destrucción psíquica total con pérdida de toda capacidad intelectual (100 %). Hay otros baremos, como el elaborado por la Unión de Cajas Nacionales de Seguridad Social (UCANSS) o el publicado en mayo de 1991, a cargo de los profesores Marin y Muller.

Su estudio comparativo muestra patentes diferencias de porcentuación de incapacidad y demuestra las dificultades que presenta aplicar los criterios utilizados para la valoración de daños corporales no psíquicos a los psiquiátricos.

Al perito se le requiere para que traduzca en una tasa porcentual el menoscabo de las posibilidades físicas, psíquicas e intelectuales del sujeto examinado (el denominado «*déficit physiologique*»), al que corresponderá una indemnización pecuniaria fijada atendida la edad de la víctima, para compensar la pérdida de capacidad que se descubre entre el momento de la consolidación («*stabilisation*») y el cálculo de duración esperada de vida, con arreglo a las estadísticas.

Existe una honda preocupación porque la suma de incapacidades permanentes parciales pueda arrojar un porcentaje superior al 100 %, produciendo un enriquecimiento que se tiene por injustificado de quien, aunque muy disminuido, sigue siendo capaz de una cierta autonomía de movimientos y de una cierta actividad intelectual. A corregir estas consecuencias conducen diferentes mecanismos: desde la denominada «regla de Balthazar».

En enero de 1993, el «*Conseil de l'Ordre national des médecins*» sugirió que, como punto de partida metodológico, debía establecerse la secuencia factorial que ligaba el menoscabo orgánico (*déficience*) al funcional (*incapacité*) desde la perspectiva de la situación ambiental del sujeto (*désavantage*), advirtiendo, en todo caso, que este último punto de vista resulta especialmente complicado.

La comisión mixta de diferentes profesionales y representantes de los sectores afectados, que trabajó en Francia desde 1985 a 1987, concluyó muy razonablemente que resultaba muy práctico que el perito, en lugar de perderse en porcentuaciones difíciles y de dudosa

cientificidad, explique al órgano decisor las repercusiones de la lesión sobre la actividad del lesionado. Para ello acotan cinco sectores muy expresivos:

1. Actividades esenciales de la vida cotidiana
2. Actividades profesionales para cuya realización sería preciso la adecuación o cambio del puesto de trabajo, o una readaptación profesional
3. Actividades afectivas y familiares, que abarcan la vida conyugal, afectiva y sexual, la educación de los hijos, las relaciones con los ascendientes y colaterales que puedan estar al cargo
4. Actividades recreativas, consideradas las desarrolladas antes del accidente: lectura, escritura, manualidades, costura, jardinería, juegos de cartas, viajes, cine, etc.
5. Actividades escolares y de formación, que pueden verse dificultadas por razones vinculadas al entorno físico del lugar de formación, a la utilización del material pedagógico o a la vida de relación en grupo.

Con arreglo al baremo para valoración de daños causados a víctimas de guerra o del terrorismo, en su versión de 1992, orienta el trabajo del perito en función de estos factores:

1. El sufrimiento psíquico (tal como lo perciben el sujeto y su entorno), apreciado por su importancia e intensidad y por su riqueza sintomática
2. La repetición de estos sufrimientos
3. La pérdida relativa de la capacidad de relación y el menoscabo de la libertad existencial, calculando la capacidad residual por referencia a la capacidad inicial, en términos que recuerdan mucho la regla correctora de Balthazar.

En definitiva, lo importante no es tanto la fijación de una tasa de incapacidad profesional, sino de proporcionar las bases para formarse una idea precisa del alcance de la lesión sobre las posibilidades de desarrollar satisfactoriamente una profesión, y el de los llamados perjuicios anejos.

3.2. Cendon (1988, 287 y ss.), en Italia, recuerda, por su parte, las múltiples situaciones de las que puede derivar, directa o indirectamente, un daño psíquico.

En la valoración del alcance del daño psíquico, el perito deberá informar al aplicador jurídico los siguientes extremos:

- (a) en qué medida la lesión psíquica ha reducido la posibilidad de que el lesionado pueda servirse de su cuerpo para el desarrollo de los actos de su vida cotidiana;
- (b) en qué medida redujo su capacidad de afirmar su vida de relación social;
- (c) en qué medida ha podido reducir su capacidad laboral general, o su aptitud para realizar aquélla que venía desarrollando antes del siniestro;
- (d) si ha dado lugar a que el lesionado haya perdido o pueda perder expectativas (*chances*) profesionales;
- (e) si provoca en el lesionado una mayor fatiga la consecución de un determinado resultado en relación con la que precisaba poner en juego con anterioridad al siniestro.

Y habrá que esclarecer si estas consecuencias perjudiciales son irreversibles o más o menos reversibles (Giannini, 1995, 114).

Las consecuencias del perjuicio psíquico pueden clasificarse del siguiente modo:

- (a) daño no patrimonial;
- (b) daño emergente patrimonial y
- (c) lucro cesante por pérdida de la capacidad profesional, haciendo hincapié en las posibilidades de reconversión de la actividad del enfermo, para adecuarla a su capacidad residual.

3.3. La resarcibilidad del perjuicio psíquico es admitida inequívocamente por el principio 11 de la Resolución 75-7 del Comité de los Ministros del Consejo de Europa. A su tenor, la víctima «...debe ser indemnizada...de los sufrimientos psíquicos...», entendiéndose por tales «...diversos trastornos y contrariedades tales como malestares, insomnios, un sentimiento de inferioridad, una disminución de los placeres de la vida causados especialmente por la imposibilidad de dedicarse a ciertas actividades de distracción...». Al comentar este principio, se explica que un «...shock nervioso sufrido a continuación de un suceso deberá eventualmente, ser indemnizable bajo el título de los sufrimientos psíquicos...».

Con arreglo a su principio 12, éstos han de ser compensados, igual que los dolores físicos, «en función de su intensidad y duración...». Como se trata de resarcir un daño moral en sentido estricto («...el *pretium doloris* debe constituir para la víctima una compensación por sus sufrimientos...»), se lee en el correspondiente comentario, el «...cálculo de la indemnización debe ser efectuado sin tener en cuenta el estado de la fortuna de la víctima...».

No es difícil advertir que el resarcimiento se extiende a sufrimientos y molestias que no constituyen propiamente una *enfermedad*, sino meros rasgos de ella o síntomas aislados que no cumplen los criterios de ningún síndrome específico.

4. LA SITUACIÓN EN ESPAÑA.

I. A partir de la reforma del Código Penal llevada a cabo por la Ley Orgánica 3/1989, de 21 de junio, el significativo «lesión» remite a un efecto de menoscabo de la identidad corporal o de la salud física o mental de una persona (artículo 420.1 del anterior Código Penal, sintónico con el 147.1 del vigente), lo que, a su vez, obliga a la comparación entre el *estado [inmediatamente] anterior* al hecho lesivo y el subsiguiente a éste.

La reforma de 1989 puso fin a una situación de carencia conceptual que ya había sido denunciada, un siglo antes, por Groizard (1891). El tenor literal anterior del artículo 420.1º, aludiendo a la producción de imbecilidad, proporcionaba argumentos para extender el ámbito del resultado lesivo al menoscabo psíquico, y -aun siendo ejemplo aislado- Quintano Ripolles (1962, 719) cita la Sentencia de 11 de junio de 1953, en la que se consideró como resultado relevante para llenar el tipo delictivo una paranoia producida por malos tratos.

Por lo demás, la práctica judicial se había encargado de colmar -antes de aquella reforma la laguna legal. Martínez-Pereda (1993) recuerda que, cuando menos desde 1971, se admite que lo mismo el menoscabo físico que el psíquico son adecuados para integrar el delito de lesiones. La Sentencia de 28 de febrero de 1973 (invocando, como precedente, la de 13 de junio de 1969) estima que basta la producción de «...cualquier clase de perturbación de la salud en el sentido más laxo, y que consista bien en enfermedad psíquica o bien en la física...». En términos coincidentes se pronuncia la de 27 de marzo de 1985.

Pérez Pineda y García Blázquez (1991, 32 y ss.) estudiaron como «secuelas psíquicas», «...aquéllas secundarias a una sanidad incompleta o imperfecta que afectan a la esfera psíquica o de relación...», comprendiendo, bajo este epígrafe:

1. Trastornos de memoria
2. Trastornos de la personalidad
3. Trastornos del estado de ánimo
4. Trastornos de la conducta
5. Trastornos de la adaptación a los medios familiar y social-laboral
6. Fobias
7. Neurosis
8. Psicosis
9. Estados demenciales
10. Pérdida total del patrimonio psíquico

Ya desde las perspectivas del Derecho español vigente, y del resarcimiento, la amplitud semántica del artículo 104 del anterior Código penal, coincidente con la del actual 113 permite, según opinión unánime de los especialistas, incluir entre los perjuicios «morales» indemnizables el daño psíquico, sufrido tanto por el «agraviado» (sujeto pasivo de la infracción penal) como por «...sus familiares o...terceros...».

II. En 1995 la resarcibilidad del daño psíquico se vio reafirmada por dos Leyes.

La Ley 35/1995, de 11 de diciembre, reguló las ayudas y asistencia a las víctimas de delitos violentos y contra la libertad sexual. En ella se consideran resarcibles -en las condiciones que establece- los daños o menoscabos en la salud tanto físico como mental (artículos 1º.1 y 4º, 1.1 y 2).

Y la importantísima Disposición Adicional Octava de la Ley 30/1995, de 8 de noviembre, de ordenación y supervisión de los seguros privados, modificó la de Uso y Circulación de Vehículos de Motor, texto refundido aprobado por Decreto 632/1968, de 21 de marzo. Pasó a denominarse «Ley sobre Responsabilidad Civil y Seguro en la Circulación de Vehículos a Motor».

III. Resulta especialmente interesante estudiar el baremo introducido, con fuerza vinculante para los órganos jurisdiccionales, por la Ley 30/1995, y copia del sistema establecido, con carácter meramente indicativo, por la Orden de 5 de marzo de 1991, del Ministerio de Economía y Hacienda (calco, a su vez, del denominado «Sistema *SEAIDA'91*»), no sólo por su ámbito de aplicación directa, sino porque se propone su aplicación integradora a hipótesis distintas de hechos de circulación de vehículos a motor, y, de hecho, alguna sentencia judicial, concretamente, la de 20 de enero de 1993, de la Audiencia Provincial de Sevilla, se sirvió del baremo de 1991 para cuantificar el resarcimiento de los perjuicios ocasionados por una actividad médica imprudente.

La responsabilidad directa del autor del hecho lesivo incluye el resarcimiento de los daños causados en las personas (artículo 1.1.1), entendiendo por tales los psicofísicos (Anexo, primero, 7), daños morales inclusive (artículo 1.2).

En principio, es perjudicada la persona víctima del accidente (Anexo, primero, 4.2). Esta regla tiene, sin embargo, dos excepciones:

* en caso de fallecimiento, son perjudicadas las personas enumeradas (se discute si con carácter taxativo) en la tabla I; y

* en caso de sobrevivencia de la víctima, y de restar, a ésta, lesiones permanentes constitutivas de gran invalidez, la tabla IV reconoce, en favor de «...familiares próximos al incapacitado, en atención a la sustancial alteración de la vida y convivencia derivada de los cuidados y atención continuada...» que aquél precise, una indemnización de hasta quince millones de pesetas, a concretar «...según circunstancias...».

IV. La tabla VI contiene las «clasificaciones y valoración de las secuelas».

Adoptando una pauta clasificatoria científicamente chocante (Carrasco & Maza, 1996, II.7 -23), en su capítulo I («Cabeza»), y bajo el epígrafe «Cráneo», se puntúan de forma harto desordenada diferentes manifestaciones del daño corporal que integran lo que genéricamente se denominan «Alteraciones cerebrales», las cuales -intentando organizar mínimamente el listado- se desglosarían en:

- * síndrome postconmocional,
- * síndromes deficitarios,
- * síndromes neurológicos, y
- * síndromes psiquiátricos.

Su detalle, con las puntuaciones respectivas, es el siguiente:

1. Síndrome postconmocional (cefaleas, vértigos, alteraciones del sueño, de la memoria, del carácter, de la libido)	5-15
2. Síndromes deficitarios.	
Disfasia:	
* Alteración más o menos importante del habla pero capacidad de comprensión normal del lenguaje hablado y escrito	25-35
* Alteración en la comprensibilidad e incluso imposibilidad de comunicación	35-45
Afasia	45-50
Amnesia (retrograda o postraumática)	2-20
Amnesia de fijación	35-45
Dislalia-Disartria	10-20
Déficit de coordinación psíquica	10-22
Disminución de la atención	2-15
Capacidad de respuesta disminuida	5-15
Ataxia-Apraxia	30-35
Dispraxia	10-20
Coma vigil (estado vegetativo crónico)	90-95
Pérdida de capacidad intelectual: C.I. 67 a 80	20-30
Pérdida de capacidad intelectual: C.I. 36 a 66	30-50
Pérdida de capacidad intelectual: C.I. 0 a 35	50-80

Problemas del resarcimiento del daño psiquiátrico.

Diabetes insípida	10-15
Puesta de manifiesto de una diabetes mellitus latente	10-15
Foco irritativo encefálico postraumático sin crisis comiciales y en tratamiento	1-5
3. Síndromes neurológicos:	
3.1. Epilepsia:	
3.1.1. Ausencias sin antecedentes y en tratamiento	5-10
3.1.2. Localizadas sin antecedentes y en tratamiento	10-20
3.1.3. Generalizadas:	
3.1.3.1. Una crisis aislada sin tratamiento	9-10
3.1.3.2. Una crisis aislada con tratamiento	19-20
3.1.3.3. Una-dos crisis anuales	24-25
3.1.3.4. Una-dos crisis mensuales	29-30
3.1.3.5. Crisis frecuentes obligando a modificar actividades habituales	55-70
3.1.3.6. Crisis frecuentes impidiendo una actividad regular	80-90
3.2. Síndrome cerebeloso	
3.2.1. unilateral	50-55
3.2.2. bilateral	75-95
3.3. Hidrocefalia, fístulas osteodurales (hidrorreas) atrofiyas cerebrales y síndromes parkinsonianos: Valorar fallo funcional y darle la puntuación correspondiente.	Añadir 1-10
3.4. Derivación cráneo-peritoneal o cráneo pericárdico (por hidrocefalia)	15-25
4. Síndromes psiquiátricos:	
4.1. Neurosis postraumáticas	5-15
4.2. Psicosis postraumáticas (difícilmente consideradas como secuelas, consultar con especialistas)	-
4.3. Psicosis maniaco-depresiva	30-40
4.4. Síndrome depresivo postraumático	5-10
4.5. Desorientación témporo-espacial	10-20
4.6. Síndrome de Moria: Frontalización) (Desinhibición social, chiste fácil, infantilismo)	25-35
4.7. Excitabilidad, agresividad continuada	10-30
4.8. Excitabilidad, agresividad esporádica	2-10
4.9. Síndrome demencial	75-95
4.10. Alteración de la personalidad	2-10
4.11. Síndrome orgánico de personalidad (conducta infantil, labilidad emocional, incongruencia afectiva, irritabilidad)	30-40

Al tratar estas secuelas en relación con una muy concreta zona corporal (la cabeza) y como alteraciones cerebrales, se obliga -advierten Carrasco y Maza (1996, II.7 -23)- «...a tener que poner en relación de causalidad, sobre el criterio topográfico, la secuela psíquica con una lesión previa en esa zona. Así como plantea la dificultad de ubicar y valorar las secuelas psíquicas que no tienen base orgánica ni responden a la lesión determinada de

ningún órgano, sino que son respuesta y reacción del organismo, como los trastornos de ansiedad, disociativos, etc.

Obvia por tanto el Baremo la posibilidad de cuadros psíquicos sin lesión física alguna, tan sólo derivados de la situación de estrés o de las consecuencias indirectas del accidente....».

El intento de construir una clasificación sincrética provoca errores sistemáticos.

Heredia (1994, 1.348) pone de relieve que, junto a categorías perfectamente reconocibles en los manuales internacionales de diagnóstico clínico (DSM III-R, DSM IV, CIE 10), se incluyen otros propios de los criterios clásicos, como el Síndrome de Moria, cuya sintomatología incluso se detalla.

Se reprocha el uso de una terminología a veces obsoleta (neurosis postraumática, psicosis maníacodepresiva) o «...enunciar, como secuelas psíquicas, síntomas aislados (amnesias, disminución de la atención, desorientación temporoespacial, excitabilidad, agresividad, déficit de coordinación psíquica, etc.), y síndromes que, a su vez, incluyen los síntomas anteriores (síndrome depresivo postraumático, síndrome orgánico de la personalidad, síndrome demencial, alteración de la personalidad)....» (Carrasco & Maza, 1996, I.7 -[23-24]).

Los comentaristas se sorprenden de que, respecto de la psicosis maníacodepresiva no se contenga prevención similar a la que glosa, con toda razón, la categoría de las psicosis postraumáticas (Heredia, 1994, 1.348-1.349; Carrasco & Maza, 1996, I.7 -24).

Una incorrecta composición tipográfica del apartado relativo a los síndromes deficitarios puede dar lugar a dudas interpretativas. A título de mero ejemplo, Carrasco y Maza (1996, II.7 -23) se sorprenden de que se agrupen bajo el concepto de «disfasia», que es tan sólo una alteración del lenguaje. Ocurre que, como trastornos del desarrollo del habla y del lenguaje (F80 del CIE-10), se mencionan, en realidad, la disfasia, como subepígrafe general (por eso no tiene indicada puntuación), comprensivo de la disfasia de tipo expresivo, como trastorno de la expresión del lenguaje (F80.1) y de la disfasia de tipo receptivo, como trastorno -normalmente añadido al anterior- de la comprensión del lenguaje (F80.2), y la afasia (en cualquiera de ambas modalidades: F80.1 y F80.2).

V. En la explicación introductoria a la Tabla VI se advierte a cada secuela o lesión permanente se asigna una puntuación fijada «...desde el punto de vista físico o funcional...», y por eso es preceptivo previo informe médico (Anexo, primero, 11).

Pérez Pineda y García Blázquez (1991, 257) ponen de relieve las dificultades que suscita la puntuación del daño psíquico.

Habrá que tener en cuenta, ante todo, el tipo de actividad psíquica afectado y la intensidad de la sintomatología (Heredia, 1994, 1.353-ss.), así como «...la repercusión de la secuela en los distintos niveles de la vida interior y de relación de la persona...» (Pérez & García, 1991, 257).

En cuanto a lo primero, Giannini (1995, 115) hace notar que la valoración del alcance del daño psíquico necesariamente habrá de referirse a las funciones psíquicas abolidas o menoscabadas; por ejemplo, la atención, la memoria, la ideación, la asociación de ideas, la inteligencia, la capacidad de decisión, la conciencia o los instintos.

Pero las dificultades para establecer criterios valorativos y porcentajes de incapacidad son notorias.

Mélenec y sus colaboradores(1997, 94-96) construyeron un baremo valorativo basado en una clasificación de las incapacidades psiquiátricas en cinco grupos (ligero, moderado, medio, importante y muy importante) a cada uno de los cuales correspondía un determinado porcentaje de déficit fisiológico.

En la cuarta edición de las «*Guías para la evaluación de las deficiencias permanentes*», de la «*American Medical Association*» (las vulgarmente conocidas como «*Tablas AMA*»), se recuerda que, en la segunda (de 1984), las funciones mentales (la inteligencia, el pensamiento, la percepción, el juicio, el afecto y la conducta) se consideraron en cinco clases, y las escalas distinguieron entre capacidad normal (0-5 %), trastorno leve (10-20 %), trastorno moderado (25-50 %), trastorno moderadamente grave (55-75 %) y trastorno grave (más de 75 %).

La habilidad para llevar a cabo actividades de la vida cotidiana se valoró del siguiente modo: clase 1 (autosuficiencia); clase 2 (necesidad de ayuda menor); clase 3 (necesidad de ayuda regular); clase 4 (necesidad de ayuda importante); y clase 5 (invalidez completa).

Sin embargo, la imposibilidad de fijar porcentajes con un mínimo grado de cientificidad, condujo al abandono de este método, de modo que, en la cuarta edición, la clasificación de las minusvalías por trastornos mentales y conductuales atiende a cuatro «áreas o aspectos de funcionamiento», a saber:

1. Las actividades de la vida diaria, que incluyen las del propio cuidado, higiene personal, comunicación, desplazamiento, sexualidad, sueño y actividades sociales y recreativas.

2. El funcionamiento social, esto es, la capacidad de interactuar apropiadamente y comunicarse efectivamente con otros individuos, lo que incluye la habilidad para «llevarse bien» con el conjunto de gentes (familiares, vecinos,...) que constituyen nuestro entorno cotidiano.

3. Concentración, persistencia y ritmo, precisas para mantener localizada la atención en la realización de tareas a tiempo en lugares de trabajo y de otras actividades de la vida ordinaria.

4. En fin, el eventual deterioro o descompensación en el medio laboral o en otros similares, determinante del fracaso para adaptarse a circunstancias estresantes.

Sobre esta base, en referencia con cada área individualizada, y, finalmente, como valoración global, se distinguen cinco «clases» o posibilidades clasificatorias:

Clase 1: Ausencia de minusvalía

Clase 2: Minusvalía leve. Los niveles de minusvalía son compatibles con la mayoría del funcionamiento útil.

Clase 3: Minusvalía moderada. Los niveles de minusvalía son compatibles con algunos, pero no con todo el funcionamiento útil.

Clase 4: Minusvalía marcada. Los niveles de minusvalía impiden significativamente el funcionamiento útil.

Clase 5: Minusvalía extrema. Los niveles de minusvalía impiden el funcionamiento útil.

VI. La puntuación que establece, en cada caso, la Tabla VI del Baremo de 1995 proporciona la base para fijar, con arreglo a su Tabla III, la denominada «indemnización básica». En ella -como se explica en el epígrafe b) del apartado segundo del *Anexo*- se asigna a cada tramo de puntos un valor en pesetas por punto. Ese valor es inversamente proporcional a la edad del perjudicado, y se incrementa a medida que aumenta la puntuación.

La indemnización básica compensa:

(a) el menoscabo psíquico (en este caso) independizable como secuela o lesión permanente,

(b) «incluidos daños morales», según reza el epígrafe de la aludida Tabla III.

Quiere ello decir que comprende todos los capítulos resarcitorios comprendidos en el llamado «daño corporal»:

b.1. la pérdida de la alegría de vivir o «del agrado» o

b.2. el denominado perjuicio juvenil, por ejemplo.

(c) El llamado «perjuicio sexual» es susceptible de un tratamiento muy dispar.

c.1. La pérdida o el menoscabo de la función sexual por causas orgánicas o funcionales constituye una secuela o lesión permanente autónoma.

La puntuación asignada por este concepto incluiría, según las reglas del Baremo de 1995, el «daño moral» psíquico inherente, a menos que aquella pérdida o menoscabo hubiesen desencadenado el padecimiento de un trastorno valorable como categoría nosológica independiente, en cuyo caso, constituirían secuelas acumulables o concurrentes, a las que se aplicaría la fórmula correctora de Balthazard, desarrollada en el Anexo, al explicar el funcionamiento de las Tablas III y IV.

c.2. Si la disfunción sexual forma parte de la sintomatología propia de un síndrome psiquiátrico determinado apreciable en la persona lesionada, la indemnización básica asignada al síndrome comprende, en el marco del Baremo de 1995, esa manifestación sintomática.

c.3. En términos generales, si un hecho lesivo produce, además de un menoscabo corporal, una disfunción de la actividad sexual no atribuible a causas orgánicas derivadas de aquél, ni comprensibles en la sintomatología de un trastorno mental determinado (epígrafes F52 del CIE 10, 302 [71-75 y 79] del DSM IV), funcionaría como secuela o lesión (psíquicas) permanentes indemnizables independientemente; «concurrentes» con cualquier otra, según los planteamientos metodológicos del Baremo de 1995. Sin embargo, una tal secuela no aparece mencionada expresamente entre los «síndromes psiquiátricos», ni, en cualquier otro de los subepígrafes correspondientes a «alteraciones cerebrales». En estos casos de imprevisión legal de una secuela, es opinión extendida que se puntuará por analogía con la más similar entre las incluidas en la Tabla VI. En este caso, puede servir como referente, tratándose de varón, la impotencia, a la que se asigna, según la edad de la persona lesionada, entre 2 y 20 puntos; y, tratándose de mujer, la oclusión del orificio vaginal o las lesiones vulvares que hagan imposible el coito, puntuadas entre 20 y 30 puntos.

(d) La cuantificación del resarcimiento de un perjuicio estético que ocasione, a la persona lesionada, un impacto psíquico no constitutivo de un trastorno nosológicamente independiente (resarcible como tal) deberá tener en cuenta esa circunstancia, y ello es perfectamente posible con arreglo al Baremo de 1995, que dedica a esta materia un «capítulo especial».

Si el padecimiento de un trastorno mental, clasificable autónomamente, llegase a influir en la imagen del enfermo hasta el punto de menoscabar su estética, nada impediría que este efecto se valorase separadamente, del mismo modo que se tratan individualizadamente el menoscabo orgánico o funcional corporal y el estético.

Por lo demás, sabido es que los puntos correspondientes a este último perjuicio se suman a la puntuación derivada de otros conceptos, sin concurrir con ésta en la fórmula correctora de Balthazard. Claramente se establece en el Anexo, al explicar las Tablas III y VI: «...Si además de las secuelas permanentes se valora el perjuicio estético, los puntos por este concepto se sumarán aritméticamente a los resultantes de las incapacidades permanentes, sin aplicar respecto a aquéllos la indicada fórmula...».

En este caso excepcional aunque la suma de puntos por incapacidades comunes concurrentes nunca podrá exceder de 100, al adicionarse a ella la puntuación por perjuicio estético, podrá rebasarse ese tope, discutiéndose cómo se cuantificarán los puntos de exceso.

(e) Los menoscabos psíquicos no permanentes, que desaparecen durante el tiempo de incapacidad transitoria, quedan englobados dentro de las sumas fijadas para compensar aquélla. La rigidez de los criterios resarcitorios utilizados por el Baremo de 1995, la limitación del ámbito de duración de la incapacidad temporal y la escandalosa cicatería de los índices compensatorios han sido objeto de una crítica tan dura como generalizada y merecida.

(f) Los gastos médicos y paramédicos han de abonarse sin limitación alguna, con tal que resulten suficientemente acreditados. Estos gastos no son sólo los actuales sino los de previsible producción en el futuro.

VII. Sobre la indemnización básica por lesiones permanentes, la Tabla IV prevé la aplicación de factores de corrección que pueden incrementarla o reducirla.

Son factores correctores aumentativos:

(a) Los incrementos por perjuicios económicos.

En el Derecho común de la responsabilidad civil extracontractual, son resarcibles el daño emergente y el lucro cesante, debidamente acreditados y cuantificados de acuerdo con el ideal del resarcimiento integral, aunque, en caso de indemnización de expectativas frustradas se admita un margen de equitativa adecuación a los inevitables márgenes de aleatoriedad del juicio de predecibilidad de futuro.

Nada de esto es posible en el desatinado sistema consagrado por el Baremo de 1995.

En él, después de fijar la indemnización básica tomando como punto de partida el menoscabo psicofísico, se aplica un criterio corrector de supuestos perjuicios económicos que:

* se aplica sobre aquella indemnización básica (confundiendo partidas resarcitorias heterogéneas);

* de acuerdo con porcentajes que aumentan en proporción directa a los ingresos netos (se entiende anuales) por trabajo personal percibidos por el lesionado, aunque éste no haya sufrido perjuicio alguno, pero que tampoco se modifican aunque se acredite que el lucro cesante ocasionado es muy superior;

* sin que el porcentaje multiplicador supere nunca el 75 % de la indemnización básica.

(b) Factor corrector aumentativo por daños morales complementarios:

Permite conceder hasta diez millones de pesetas adicionales cuando una sola secuela exceda de 75 puntos (lo que sólo ocurre -tratándose de síndromes deficitarios o psiquiátricos- en caso de disminución de cociente intelectual por debajo de 36 y en el de síndrome demencial) o las concurrentes (y, entre ellas, pueden encontrarse daños psíquicos) superen los 90 puntos.

(c) Aunque la trascendencia del daño psíquico en la actividad del lesionado es uno de los datos que sirven para ponderar su intensidad y fijar, en consecuencia, la puntuación correspondiente, la Tabla IV incluye un factor corrector aumentativo de la indemnización básica cuando la lesión permanente constituya «una incapacidad para la ocupación o actividad habitual [más allá, pues, del ámbito laboral] de la víctima».

Se distingue según se trate de:

c.1. incapacidad permanente parcial de alguna ocupación o actividad habitual, sin impedir la realización de las tareas fundamentales de la misma (hasta 2.000.000 de pesetas);

c.2. incapacidad permanente total para esa ocupación o actividad (de 2.000.001 a 10.000.000 de pesetas); y

c.3. incapacidad permanente absoluta para cualquier ocupación o actividad (de 10.000.001 a 20.000.000 de pesetas).

La transposición, siquiera inconsciente, de criterios propios de sistemas de seguridad social al más amplio campo de la total actividad habitual de la persona dañada está resultando un semillero de dificultades interpretativas.

(d) Estados de coma vigil o vegetativos crónicos, importantes secuelas neurológicas o neuropsiquiátricas con graves alteraciones mentales o físicas con casos que se citan como ejemplares de la situación de «gran inválido», caracterizada por la necesidad de ayuda de otras personas para realizar las actividades más esenciales de la vida diaria, como vestirse, desplazarse, comer o análogas.

Dos capítulos de incremento por este concepto están estrechamente relacionados con el daño psíquico:

d.1. la necesidad de ayuda de otra persona, que permite incrementar la indemnización, adicionándola en una cantidad variable cuarenta millones de pesetas, ponderando «...la edad de la víctima y grado de incapacidad para realizar las actividades más esenciales de la vida...»; y

d.2. el resarcimiento de perjuicios morales familiares, que permite conceder, a los «...familiares próximos al incapacitado...» (expresión que está resultando de difícil interpretación) hasta quince millones de pesetas en compensación por «...la sustancial alteración de la vida y convivencia derivada de los cuidados y atención continuada, según circunstancias...».

(e) Cuando la producción de un daño psíquico agrava la situación final de una persona que padecía una lesión permanente o incapacidad preexistente, esta agravación se puede tomar en cuenta para incrementar la indemnización en una cantidad que el Baremo deja, sorprendentemente, a discreción del juzgador, en atención a las circunstancias.

En cambio, y también a discreción judicial, en atención a esas circunstancias, se podrá reducir la indemnización resultante (incluida la por gastos médicos y paramédicos):

(a) cuando la propia persona lesionada haya contribuido, con su comportamiento negligente (no se diga ya deliberado) a la producción del hecho lesivo (a propósito de la indemnización por fallecimiento y por incapacidad temporal, la reducción no puede exceder, en caso alguno, de un setenta y cinco por ciento); y

(b) cuando el hecho lesivo ha activado o agravado directamente un estado patológico preexistente (en la propia terminología del Anexo -primero, 7- «...la subsistencia de incapacidades preexistentes o ajenas al accidente que hayan influido en el resultado lesivo final ...»), sin que parezca tengan el mismo efecto reductor del importe de la indemnización los meros factores predisponentes. □

BIBLIOGRAFIA

1. **Alarcón, J.**, «Daños corporales: conceptos y bases determinantes para la fijación del “quantum” indemnizatorio», «Revista de Derecho de la Circulación», 1989, 5, pp. 231 y ss.
2. **Alarcón Fidalgo, J.**, «Daños corporales: conceptos y bases determinantes para la fijación del “quantum” indemnizatorio», «Revista Española de Seguros», enero/marzo 1989, 57, pp. 47 y ss.
3. **Alonso Fernández, F.**, «Psicología del terrorismo», Salvat, Barcelona, 1986
4. **Angel Yagüez, R. de**, «La reparación de daños personales en el Derecho Español, con referencias al Derecho Comparado», «Revista Española de Seguros», 1989, Enero/Marzo, N° 57, pp. 47 y ss.
5. **Arias Rodríguez, J.M.**, en «Código Penal Comentado», Akal, Madrid, 1990, pp. 263 y ss.
6. **Beltrán Núñez, A.**, «Derecho Penal y realidad social: una perspectiva», en Delgado, 1994, págs. 83 y ss.
7. **Borobia Fernández, C.**, «Daños corporales: incidencia de la valoración médica en la Ley Orgánica 3/89», «Revista de Derecho de la Circulación», 1990/5, pp. 233-ss
8. **Borobia Fernández, C.**, «Valoración de las incapacidades laborales (II): Definición, contenido, objetivos y relación con otras disciplinas», «Medicina del Trabajo», 1992, 1, 217-224
9. **Brondolo, W. y otros**, «Il danno biologico, patrimoniale, morale», Giuffrè, Milano, 1995
10. **Carrasco Gómez, J.J. y Maza Martín, J.M.**, «Manual de Psiquiatría legal y forense», La Ley-Actualidad, Madrid, 1996
11. **Cendon, P.** (ed.), «La responsabilità civile. Saggi critici e rassegne di giurisprudenza», Giuffrè, Milano, 1988
12. **Córdoba Roda, J., Rodríguez Mourullo, G., Del Toro Marzal, A. y Casabó Ruiz, J.R.**, «Comentarios al Código Penal», Ariel, Barcelona, 1972
13. **Criado del Río, M^a.T.**, «Valoración Médico Legal del Daño a la Persona por Responsabilidad Civil», MAPFRE, Madrid, 1994
14. **Delgado Bueno, S.** (director), «Psiquiatría Legal y Forense», Colex, Madrid, 1994
15. **Esbec Rodríguez, E.**, «Daño psíquico y su reparación en víctimas de delitos violentos: una línea general de investigación. Los centros de ayuda», en Delgado, 1994, págs. 1.357 y ss.
16. **García Andrade, J.A.**, «Aspectos psicossomáticos de la evaluación de perjuicios corporales», «Revista de Derecho de la Circulación», 6/83, pp. 345 y ss.
17. **García López, R.**, «Responsabilidad civil por daño moral. Doctrina y jurisprudencia», Bosch, Barcelona, 1991
18. **Gerin, C.**, «La valutazione medico-legale del danno alla persona in responsabilità civile», Giuffrè, Milano, 1973
19. **Giannini, G.**, «Riflessioni sul danno da menomazione psichica», en Brondolo, 1995, págs. 107 y ss.
20. **Gisbert Calabuig, J.A.**, «Medicina legal y toxicológica», Salvat, Madrid, 1991

21. **Groizard y Gómez de la Serna, A.**, «El Código Penal de 1870. concordado y comentado», IV, Madrid, 1891
22. **Hamilton, J.R.**, «Violence and victims: The contribution of victimology to forensic psychiatry», en «Lancet», 17, 1987, págs. 147 y ss.
23. **Heredia Martínez, F.**, «Estudio de los métodos de evaluación en la valoración de las secuelas psíquicas», en Delgado, 1994, págs. 1.343 y ss.
24. **Hernández Cueto, C.**, «Valoración médica del daño corporal. Guía práctica para la exploración y evaluación de lesionados», Masson, Barcelona, 1996 (1996-I)
25. **Hernández Cueto, C.**, «Aspectos médico legales de la valoración del daño corporal», SEAIDA, Madrid, 1996 (1996-II)
26. **Ladret**, «Etude critique des méthodes d'évaluation du prejudice corporel», Paris, 1969
27. **Le Gueut, Roche, Reynaud, Daligant & Diamant-Berger**, «La réparation du dommage corporel en droit commun», Paris, 1980
28. **Leyrie, J.**, «Le dommage psychiatrique en Droit Commun», Masson, Paris-Milan-Barcelone, 1994
29. **López Garrido, D. & García Arán, M.**, «El Código Penal de 1995 y la voluntad del legislador. Comentario al texto y al debate parlamentario», Madrid, 1996
30. **López de Lamela y Velasco, C.**, «Secuelas psíquicas debidas a traumatismos craneoencefálicos», en Delgado, 1994, págs. 1.279 y ss.
31. **Martínez-Pereda Rodríguez, J.M.**, «Los delitos de lesiones en el Código Penal», en «Medicina Legal», «Cuadernos de Derecho Judicial», V, Consejo General del Poder Judicial, Madrid, 1993, págs. 141 y ss.
32. **Mellenec, L.**, «Bareme International des Invalidités des Invalidités Post-traumatiques», Masson, Paris, 1983
33. **Mélenec, L.**, «Valoración de las discapacidades y del daño corporal. Baremo Internacional de Invalideces», Masson, Barcelona, 1997
34. **Pargada Sánchez, J.**, «El precio del perjuicio corporal», Madrid, 1967
35. **Pérez, Pineda B. y García Blázquez, M.**, «Manual de Valoración y Baremación del Daño Corporal», Comares, Granada, 1991, 1996
36. **Quintano Ripollés, A.**, «Tratado de la Parte Especial del Derecho Penal», I, Editorial Revista de Derecho Privado, Madrid, 1962
37. **Rodríguez Jouvencel, M.**, «Manual del perito médico. Fundamentos jurídico-prácticos», Bosch, Barcelona, 1991
38. **Rousseau, C.**, «Indemnización de daños corporales: experiencia francesa», «Revista de Derecho de la Circulación», 2/90, pp. 55 y ss.
39. **Rousseau, C. & Fournier, C.**, «Precis d'évaluation du dommage corporel en droit commun», AREDOC et CDDC, Paris, 1989
40. **Simonin, C.**, «Medicina legal y judicial», JIMS, Barcelona, 1982
41. **Symonds, S.**, «Victim responses to a terror», en Wright, F., Bahn, Ch. y Rieber, R.W. (Eds.), «Forensic Psychology and Psychiatry», en «Annals New York Academy of Sciences», 9 (347), 1980. págs. 129 y ss.
42. **Vicente Domingo, E.**, «Los daños corporales: tipología y valoración», Barcelona, Bosch, 1994
43. **Yzquierdo Tolsada, M.**, «Aspectos Civiles del Nuevo Código Penal (Responsabilidad civil, tutela del derecho de crédito, aspectos de Derecho de Familia y otros extremos)», Dykinson, S.L., Madrid, 1997.

Experiencia y reflexión sobre la valoración médico legal del daño psíquico.

Angelo Fiori ¹

1.- INTRODUCCIÓN.

El concepto "daño psíquico" representa seguramente el aspecto más difícil y controvertido de la valoración del daño corporal en cualquier ámbito de la actividad médico-legal: penal, civil, militar, asegurador, social y privado.

Todos los Médicos Forenses dotados de suficiente experiencia tienen el convencimiento, aunque no confesado, de que los medios a nuestra disposición, para individualizar y evaluar el daño psíquico son tan modestos en un gran número de casos, como para conducirnos a una conducta profesional sosegada, basada en la aceptación implícita de la facilidad del error, de la impotencia para evitarlo y con el consecuente compromiso evaluador inspirado en el criterio prudente del mínimo error posible.

Este problema subyace, de hecho también, en otros sectores del daño corporal, pero de forma en general más restringida.

En efecto, por poner algunos ejemplos comunes, la evaluación pronóstica de los resultados de una fractura de la tibia, se expresa en general sin excesiva indecisión. Pero todo el mundo sabe, con cuanta frecuencia el daño se modifica en el curso de los años, generalmente reduciendo su gravedad.

El menoscabo consecutivo a los traumatismos hepáticos o por pérdida del bazo, son objetivables desde el punto de vista anatómico, pero la proporción de trastornos subjetivos producidos por la lesión, no encuentran frecuentemente verificación en los exámenes funcionales ni de laboratorio. En estos casos, es poco precisable la evolución real de los mismos en el transcurso de los años; que habitualmente consiste en la curación íntegra, en su posición anatómica, pero en cualquier caso podría ser seguida de una patología que surge muchos años después.

Los ejemplos podrían continuar. Pero es cierto que raramente presentan la dificultad que el daño psíquico plantea al médico evaluador, en la formulación del diagnóstico exacto, en la cuantificación de la gravedad del trastorno, en asegurar la relación causal, y en formular el pronóstico sobre la futura permanencia del daño o sobre la evolución hacia un empeoramiento o mejoría.

¹ Profesor de la Universidad Católica del Sacro Cuore. Roma. (Italia)

Estas dificultades, no se correlacionan exclusivamente con la naturaleza intrínseca del daño psíquico, la cual es ciertamente por sí misma, el obstáculo principal e inexcusable, además de los impedimentos prácticos que en algunas circunstancias particulares es imposible de superar.

De hecho es evidente que muchos casos de la rutina cotidiana, vienen afrontados y resueltos a través de breves y simples coloquios con el perjudicado y con conclusiones de carácter presuntivo, basadas en la comparación entre la naturaleza y gravedad de las lesiones iniciales (resultantes de la documentación médica), la sintomatología actual y sobre dictámenes que terminan por ser de pura y simple compatibilidad, pero que poseen valor científico y por consiguiente probatorio aunque modesto.

Sólo en aquellos casos que se presentan con verdadera o aparente gravedad, se acostumbra a dedicar un tiempo más prolongado al estudio clínico, afrontando los costes, molestias e inconvenientes de las múltiples verificaciones: entrevistas repetidas con aplicación de tests mentales, electroencefalogramas y exploraciones audiovestibulares, potenciales evocados auditivos, TAC y resonancia nuclear magnética.

Así pues, en la práctica habitual, existe de hecho una preselección de los casos en base a su importancia y sobre todo, cuando sea razonable deducir, en base a la historia clínica, que las manifestaciones psíquicas, subjetivas u objetivas pueden ser originadas por una alteración anatomofuncional, verificable con los actuales medios. No dudamos que en un futuro no lejano, se pueda; para aquellos casos de auténtica enfermedad mental, que se considerarían post-traumáticos, recurrir a exploraciones más sofisticadas, como por ejemplo los tests genéticos. Si el problema al emitir el informe estaba en diferenciar entre lo genético, enfermedad mental y comportamiento, se podría recurrir a unos métodos más fiables.

Pero como ya se ha dicho, actualmente, son muchos los obstáculos para profundizar en la mayor parte de los casos, por lo que es más realista aceptar la actuación y adoptar una serie de reglas diferenciadas de comportamiento profesional con arreglo a la naturaleza del daño psíquico; en otras palabras, siguiendo un método basado en el empirismo y en la experiencia, pero procurando al mismo tiempo darle una base científica.

La medicina legal es una disciplina médica muy particular, que se diferencia de otras especialidades clínicas en que siendo su finalidad responder a determinadas exigencias de varios campos del derecho, no permite generalmente dilatar mucho en el tiempo el diagnóstico, el pronóstico y la valoración relativa. En la medicina clínica es por el contrario muy frecuente mantener la reserva sobre el diagnóstico atendiendo al desarrollo de la enfermedad a lo largo de semanas, meses y potencialmente durante años, adaptando el tratamiento, según la variación de los síntomas y la valoración pronóstica, según la evolución clínica.

La clínica, no está frecuentemente en disposición de conocer las causas reales de una enfermedad, muchas veces debido a que estas causas no son aun conocidas por la ciencia médica. Cualquier médico conocer de hecho los grandes límites de la medicina y sabe que muchas áreas de la patología no son conocidas ni los síntomas, ni los límites de su máxima evolución, aunque se conozca la causa íntima de la enfermedad o todas las causas concurrentes que la producen, e incluso aunque se pueda prever, con seguridad, su evolución hacia la curación con o sin secuelas, o bien su agravamiento incluso hacia la muerte. A pesar de estas limitaciones, la terapia se aplica igualmente mediante tratamientos paliativos o sin-

tomáticos de la más diversa naturaleza, esto es, de tipo farmacológico, físico o quirúrgico. Muchas terapias consisten en tratamientos empíricos, incluidos aquellos que son producto de la industria química más avanzada, y que frecuentemente no son otros que el fruto de tentativas experimentales empíricas, realizadas con la metódica científica y sin que se conozca realmente el complejo mecanismo de su acción farmacológica, no rara vez descubierto éste tras muchos años de su introducción en el mercado.

La patología psíquica se encuentra en esta situación y es comprensible que los médicos, no sólo los psiquiatras, adopten un comportamiento ambiguo en la confrontación del paciente y sus familiares, porque no son taxativamente tenidas a réplica inmediata y definitiva, y pueden modular su respuesta diagnóstica y pronóstica y la terapia según la evolución de la enfermedad.

Muchos diagnósticos provisionales e inciertos, con frecuencia de carácter puramente sintomatológico, que los médicos aplican a múltiples enfermedades de incierto encuadre clínico y etiopatogénico son reflejadas en informes y certificados médicos, pero casi siempre manteniendo la reserva con un lenguaje ambiguo y sin juicios precisos de tipo etiológico y pronóstico.

A los especialistas de medicina legal no les está permitida, la mayoría de las veces, esta actitud flexible modulada en el tiempo y en cualquier caso reticente. En los pocos casos difíciles y ambiguos, o bien cuando la evolución no se ha completado, es posible diferir el propio informe. Pero antes o después llega inexorablemente el momento en el que el médico forense se ve obligado a comprometerse de forma escrita, con decisiones de tipo diagnóstico, etiológico y pronóstico, con las que se pretende llegar a una certeza frecuentemente imposible, decisiones que son delicadas y difícilísimas, porque no solo se reflejan en el paciente, esto es, en la parte afectada, sino también sobre el inculpado en el sentido penal y sobre aquellos que tienen el gravamen económico de resarcir el daño, ya sea de un particular o de una compañía aseguradora pública o privada.

Así, estos problemas incumben al médico forense, le someten verdaderamente a un difícil ejercicio profesional, y es por ello comprensible que la dificultad aumente de modo relevante en el campo del daño psíquico, en el cual todas las deficiencias nosográficas persistentes, y las limitaciones diagnósticas, pronósticas y terapéuticas que se agravan notoriamente en este área, resultan cargadas de consecuencias prácticas, más manifiestas. Conseguimos que al introducir de forma escrita, con fines médico-legales, un dictamen en este área del daño, se convierta en algo particularmente arriesgado y arduo. A pesar de estos graves problemas de valoración del daño psíquico, sin crearse uno excesivos escrúpulos, dado que la práctica profesional atenúa la sensibilidad e impulsa, por necesidad a ser decidido aún cuando se sea incrédulo. Pero si nos detenemos a reflexionar, tal y como estas jornadas invitan a hacer, debemos aceptar nuestras limitaciones y de la necesidad de completar cualquier esfuerzo cultural y optativo para superarlos al menos en la medida en que los conocimientos científicos y los medios de estudios actuales lo permitan.

El espectro del daño psíquico es realmente amplísimo y comprende de hecho casi todo el terreno de la psiquiatría menos e incluso de la mayor y el amplio territorio de la psicología clínica, de límites algo distintos, sin contar con el daño neurológico estrechamente relacionado con el psíquico, pudiéndose hablar mejor de daño neuropsíquico.

También es cierto que en la práctica cotidiana la mayor parte de los casos guardan relación con los traumatismos craneales directos, con sus consecuencias anatómicas y/o funcionales. No raramente la práctica médico-legal nos ofrece a nuestra valoración casos que por ser infrecuentes, no obstante no han de ser considerados marginales. Estos casos, de hecho comprometen de manera exasperada nuestra capacidad de reflexión científico-clínica y aún más, aquellas metodologías médico-legales que tienen sus propias características.

Puede suceder el hecho, aun cuando raramente, de ser llamado a evaluar la naturaleza traumática de una esquizofrenia o de una psicosis maniaco-depresiva; la evolución de una psicosis alcohólica en un delirium tremens y en un campo estrictamente neurológico, la hipótesis de la etiología traumática de una esclerosis múltiple en placas o de otras enfermedades graves entre ellas frecuentemente la epilepsia.

La amplitud y la variedad de las posibles enfermedades neuropsíquicas, permiten una aproximación unificadora solo en un sentido metodológico general, aunque en otras áreas o enfermedades se requieran criterios específicos.

No hay duda que el núcleo del problema se presenta en cualquier actividad médico legal, pero en el daño psíquico es de dificultades mayores, comporta la objetivación del estado de enfermedad, el intento de simulación o bien de disimulación, la comprobación del nexo causal en forma de etiología única o múltiples (concausalidad) y después, el pronóstico y valoración del daño penal, civil y asegurador.

En estas etapas esenciales de cualquier investigación médico legal, el tener un criterio maduro y consolidado, que incluya una ordenación de los datos y de la información científica, es sin duda una condición indispensable para poder afrontar los casos de daño neuropsíquico y los más complicados.

Pero es necesario no engañarse acerca del “poder milagroso” del método, cuyo valor, como premisa necesaria, no es con frecuencia suficiente para resolver los problemas científicos y concretos que plantean los casos aislados.

Por tanto, es necesaria una gran dedicación para el estudio de esta difícil materia y tener plena conciencia de nuestra limitación intrínseca.

No se puede cultivar la ilusión de resolver los problemas confiándolos indiscriminadamente al psiquiatra, neuropsiquiatra o psicólogo clínico. Su ayuda es sin duda importante y necesaria especialmente en los casos más complejos, y evitar emitir juicios aventurados y erróneos. Es éste un aspecto en el cual y dejando claro que no intento manifestar ninguna superioridad profesional, que en mí se halla del todo ausente y quizás en demasía, sino simplemente deseo exponer el resultado de mi larga experiencia, y mis conclusiones que he logrado con el tiempo y que ofrezco a vuestra valoración crítica.

2.- Creo oportuno en este punto exponer una síntesis de las características más frecuentes en la práctica, esperando no repetir demasiado los aspectos ya tratados en el transcurso del congreso.

2.1.- Es evidente, de hecho, que durante el congreso se ha profundizado ya en todos los aspectos más importantes de la casuística y en los problemas relativos y por ello sería inútil expresar los detalles de mi experiencia e ideas, ya que tampoco el tiempo lo permite.

Por ello me limitaré a detenerme un poco brevemente sobre algunos puntos de común observación, tratando sobre todo aquellos que atañen al daño neuropsíquico en los traumatismos craneales.

Es de cotidiana observación el traumatismo craneoencefálico (TC) de leve gravedad. A este nivel comienzan los problemas de diagnóstico diferencial entre un simple traumatismo craneoencefálico no conmocional y la auténtica conmoción cerebral.

Puesto que el diagnóstico de conmoción cerebral se justifica como seguido de un ligero trastorno de la conciencia pero sin pérdida de ella, es evidente que la redacción del informe en el momento de la primera visita (en puesto de socorro, en el domicilio, en ambulatorio...) asume un papel importante para la valoración subsiguiente de las secuelas. La falta de especificación de la pérdida y del trastorno de la conciencia y de una eventual amnesia retrógrada, es suficiente para considerar el traumatismo en un nivel más leve que la conmoción cerebral. Y por otro lado, sólo en algunos casos, la realización de un EEG precoz y de una exploración audiovestibular (eventualmente incluso los potenciales auditivos evocados) muchas veces nos pueden objetivar, aunque sea indirectamente, la existencia de una conmoción cerebral.

Problema análogo, que ha existido siempre pero sin la posibilidad -en el pasado- de una solución técnicamente satisfactoria, es aquel de las conmociones cerebrales aparentes, que enmascaran por el contrario focalidad en el caso de una contusión cerebral. Es sabido que las contusiones cerebrales se manifiestan generalmente con síntomas graves, estado de coma más ó menos severo y otros síntomas neurológicos; pero en otros casos la sintomatología es escasa, superponible a aquella de la conmoción cerebral, es decir pérdida de conciencia limitada en el tiempo y sin otros síntomas, por lo que en estos casos sólo el examen eventual con TAC o RNM pueden demostrar el substrato orgánico contusivo.

En todas estas situaciones de traumatismos menores (esto es, en el traumatismo craneoencefálico simple, en la conmoción cerebral y contusión cerebral menor) las secuelas son con frecuencia sustancialmente similares, tienen pródromos característicos y se manifiestan por síntomas subjetivos (vértigo, cefaleas, fatigabilidad intelectual con trastornos de la atención, de la concentración y de la memoria para los hechos recientes, trastornos del carácter con irritabilidad y del sueño, intolerancia a los ruidos y luces, etc...) El estudio de las secuelas, a fin de distinguir las funcionales de las orgánicas se realiza mediante EEG, exploración audiovestibular, oftalmológica, TAC y RNM. Pero por los motivos mencionados en la Introducción sucede con frecuencia que por razones prácticas se omiten estas comprobaciones, especialmente aquellas más costosas y por consiguiente las valoraciones son sustancialmente niveladas.

El error que se obtiene puede ser de doble signo: la infravaloración del daño por la dificultad y la insuficiente objetivación o bien la supervaloración en los casos en los que los trastornos han desaparecido en realidad desde hace tiempo y han sanado totalmente.

Un problema diagnóstico, pronóstico y evaluador de relevante alcance lo constituye las secuelas de las lesiones contusivas cerebrales graves. Estas lesiones se localizan en diferentes puntos, el más frecuente en la región frontotemporal y sus secuelas anatómicas son generalmente cicatrices atróficas córtico-subcorticales que hoy día pueden objetivarse mediante TAC o la RNM que demuestran focos de cicatrización, dilatación ventricular uni o bilateral,

etc. Los aspectos funcionales por el contrario pueden ser objetivados por las otras exploraciones complementarias ya comentadas. Pero la dificultad real consiste en individualizar las consecuencias psíquicas, esto es la existencia, localización, el grado, y la posible evolución de los síndromes deficitarios y de los síndromes que genéricamente podríamos llamar como síndromes psiquiátricos, pero que en mi opinión se apartan discretamente de aquellos.

En este sentido, además de los casos de trastornos típicamente neurológicos como la afasia, disartria, y dislalia o directamente el coma vigil, los otros síntomas son frecuentemente coexistentes (amnesia de fijación, reducción de la atención y de la coordinación psíquica, disminución del nivel intelectual). A estos se añaden con frecuencia alteraciones de la personalidad que la mayoría de las veces responden a una base orgánica, en general localizadas en el lóbulo frontal y que se presentan de diversas formas: Apatía o depresión crónica, alternancia en el humor con fase de tipo maniaco como sucede en el síndrome de Moria (desinhibición social, infantilismo, actitudes paradójicas de optimismo maniaco) y a menudo intercalados con crisis de agresividad más o menos prolongadas hasta llegar directamente a un síndrome demencial.

Las dificultades de estos casos no guardan, en general, relación con las secuelas más graves, especialmente aquellas que producen demencia, de mayor o menor grado, aunque no faltan casos en los que pudieran sospecharse su preexistencia: Que en la forma frontal, la más común pueden oscilar del cuadro más grave de abulia, con alternancia de euforia paradójica, con frecuencia bulimia y desinterés, hasta la forma más leve con síntomas atenuados.

En esta casuística, bastante numerosa el médico forense precisa una gran experiencia. Debe valerse sin duda de la opinión del neuropsiquiatra o neuropsicólogo para confirmar su propio criterio diagnóstico y valorativo, pero primeramente deben estar capacitados para distinguir estos casos de aquellos otros de neurosis post-traumáticas o incluso de aquellos de simulación que, según mi experiencia, son más numerosos de los que pudiéramos pensar. En estos casos el diagnóstico y pronóstico vienen apoyados además de la constatación de la base orgánica con TAC y RNM, por la aplicación de tests sofisticados (que exploran el lenguaje escrito y oral, la capacidad de aprendizaje, la capacidad de abstracción y de formulación de conceptos, la atención, la memoria, el aprendizaje, la capacidad de inhibición y programación) pero que por otro lado a su vez, precisan de una larga experiencia, y que presentan sus propias limitaciones. Por ello su evaluación con fines diagnósticos y valorativos debe ser ponderada y prudente. La importancia médico legal de esta casuística en concreto es por tanto evidente, especialmente en los sujetos jóvenes. La experiencia respecto a pacientes que han salido de una situación de coma más ó menos larga, demuestra que un cierto número de ellos no presentan síntomas deficitarios en el sentido neurológico estricto y que además desde el punto de vista psíquico, en ausencia de datos seguros acerca de la eficiencia psíquica anterior, pueden aparecer especialmente desde el punto de vista superficial, casi normales. No obstante en algunos de estos sujetos se asiste en el tiempo a un sustancial empeoramiento de la calidad de vida y del rendimiento intelectual. El estudiante aprende con dificultad y con rendimiento reducido y tras haber conseguido eventualmente la titulación, no consigue encontrar un empleo adecuado y termina en una situación social y familiar marginal. No se alcanza a pensar que el daño biológico y patrimonial (menos ganancias de la esperada) es mucho mayor de aquél que aparece a primera vista y se está por tanto expuesto al

por traumatismos graves, sino por una eventual anestesia, intervención quirúrgica, o administración de múltiples fármacos, son todas condiciones que comportan un agravamiento de la senilidad psicofísica o bien su progresión o anticipación y que en el curso de los meses, con frecuencia producen un progresivo deterioro con disminución de las defensas y complicaciones pulmonares, cardíacas, circulatorias y cerebrales o incluso sépticas (como por ejemplo las úlceras de decúbito) planteándose así el problema del nexo causal con la muerte que sobreviene a menudo).

Son raros los casos de esquizofrenia o psicosis maniaco-depresivas post-traumáticas pero no infrecuentes. Por el contrario en las regiones de altas tasas de alcoholismo, los casos de delirium tremens incluso llegan a ser mortales. Esta última forma, que en sentido estricto es una patología orgánica aguda con elevadas tasas de mortalidad, no plantean en general serios problemas diagnósticos ni de valoración del nexo causal en tanto se trata de circunstancias agudas en las que el traumatismo actúa a través de diversos mecanismos no bien conocidos, aunque no raramente también por la supresión del alcohol debido al ingreso hospitalario.

Para completar, citemos enfermedades estrictamente neurológicas como la esclerosis lateral amiotrófica o la esclerosis en placas para las que sólo excepcionalmente se plantearía la hipótesis de su origen traumático.

La agrupación en un mismo plano de los problemas científicos, con los no infrecuentes casos de psicosis post-traumáticas de varios tipos y de enfermedad neurológica sistémica, constituye la sustancial ignorancia acerca de sus agentes etiológicos y de sus mecanismos genéticos y bioquímicos de producción que se encuentran en su base, por lo que negar *a priori* la posibilidad científica de que un traumatismo haya podido representar un papel etiológico en un desequilibrio bioquímico celular, es científicamente imposible, ya que se desconocen en general las alteraciones biohumorales íntimas que conlleva el traumatismo.

Debido a que no se puede negar rotundamente la teórica posibilidad científica del nexo causal y careciendo de otros elementos de juicio suficientemente convincentes del papel causal del traumatismo, estos casos terminan por ser concluidos la mayoría de las veces con valoraciones "prudentemente negativas" aunque no siempre tranquilizadoras o suficientes.

2.4.- El daño psíquico no sólo tiene importancia médico legal en cuanto resultante de un traumatismo contusivo, debido a accidente de circulación, laboral, doméstico o de cualquier otra etiología.

Existen muchas circunstancias que no son de naturaleza traumática, pero que también son invocados como causa de indemnización. Se trata casi siempre de una amplia serie de daños psíquicos en los que el dictamen acerca del nexo causal es dudoso y perjudicial.

Pero existen en otros ámbitos jurídicos situaciones que comportan valoraciones del daño psíquico que no requieren una relación taxativa del nexo causal, se trata de las pensiones por invalidez y de la invalidez permanente por enfermedad en las compañías de seguros privados.

Todas estas situaciones polimorfas que emergen de la compleja legislación italiana, pueden ser simplemente mencionadas a fin de compararlas con la situación vigente en España, ya que la profundización en ello requeriría una amplia obra monográfica.

2.4.1.- Debemos mencionar ante todo las enfermedades profesionales (Sartorelli) que han contribuido sobre todo en el pasado de manera no irrelevante a las enfermedades psíquicas sobre una base tóxica. El cuadro más típico es el *ô*sulfocarbonismo *ö* crónico y a encefalopatía por plomo y mercurio, por disolventes como el etileno, toluol y tricloroetileno.

Es necesario reconocer que en Europa, gran parte de las enfermedades profesionales no presentan características típicas a consecuencia de los profundos cambios que han sufrido en las últimas décadas las técnicas de producción industrial y las medidas específicas de higiene, por tanto no se individualizan fácilmente cuadros tecnopáticos específicos. A la vez que aumentan formas oncológicas y degenerativas crónicas que en el caso de las formas psíquicas, presentan más frecuentemente características clínicas específicas de senilidad precoz, solo correlacionables "intuitivamente" con un riesgo laboral específico y en general sin posibilidad de demostración adecuada.

2.4.2.- Más frecuentes, al menos en Italia, son los casos de procedimientos administrativos por indemnización o concesión de pensiones basadas en enfermedades psíquicas, de funcionarios públicos, civiles o militares. En Italia, existe una normativa que permite indemnizar o aumentar las pensiones, tras el abandono del trabajo, si el funcionario público ha contraído la enfermedad a consecuencia de sus servicios. Dada la naturaleza de esta actividad, prevalentemente empleados (oficinistas...) es evidente la dificultad de demostrar si el daño psíquico ha sido producido por su actividad, a diferencia de cuando sobreviene por accidentes y enfermedades profesionales de los obreros de la industria y de la agricultura. En el sector de empleo público, tanto civil como militar, desgraciadamente, la legislación y la jurisprudencia, son siempre más permisivas; antes se admitía solo y exclusivamente la causalidad directa, luego se ha admitido la causalidad preponderante y hoy admiten la concausalidad sin diferencias cuantitativas entre los factores causales debidos al servicio; ello ha creado un enorme contencioso, que gravan la balanza del Estado. Las enfermedades más frecuentes admitidas son los infartos cardíacos, trombosis y hemorragias cerebrales, debidos al estrés, y hasta tumores. Pero también las enfermedades psíquicas siempre achacadas al presunto estrés, entran ahora en discusión.

Indudablemente, se debe emitir un juicio menos severo para la enfermedades psiquiátricas que surgen, no rara vez, en los primeros meses del servicio militar, o en el transcurso de misiones en lugares lejanos en el curso de conflictos bélicos. Hay que reconocer que, especialmente al principio, el servicio militar puede realmente desencadenar en sujetos predispuestos, enfermedades psiquiátricas de variada gravedad. No son raros los casos de suicidios aparentemente inexplicados.

2.4.3.- El daño psíquico es también frecuente hallarlo, como ya se ha dicho, en ámbitos médico legales que no requieren un dictamen acerca del nexo causal, sino tan solo la objetivación de la enfermedad psiquiátrica, la valoración de su gravedad y su evolución futura.

Muchos ciudadanos italianos de diferentes categorías profesionales de la industria, agricultura, autónomos, etc, pueden acogerse a una seguridad social por invalidez, cuando la capacidad laboral está mermada en 2/3 o bien por incapacidad si aquélla se ha perdido totalmente. Las enfermedades psíquicas pueden representar el núcleo central de la invalidez y en tal caso deben de tratarse de trastornos particularmente graves. Más usualmente la reclama-

ción de prestación se basa en un complejo patológico, con frecuencia singularmente banal, y en sí se incluyen trastornos psíquicos de mayor o menor existencia real, etiquetados en general como neurosis de ansiedad, neurosis ansioso-fóbica o síndrome depresivo. La confirmación de estos plantea los mismos problemas que ya hemos mencionado anteriormente. En realidad, considerando el poco tiempo que habitualmente se dedica a cada caso para confirmar el cortejo sintomático que alega el reclamante, sucede que el aspecto psíquico frecuentemente se convierte en un factor añadido no verificando ni su existencia real ni su gravedad.

Las compañías privadas de seguros se ocupan menos de las enfermedades psíquicas, contrariamente a lo que debieran, a excepción de los casos de patología neuropsíquica, quizás debido a que la póliza de seguros que garantiza la invalidez permanente por enfermedad (no por accidente) excluyen la indemnización por determinadas enfermedades psíquicas: (alcoholismo, toxicodependencias o enfermedades mentales como síndromes cerebrales orgánicos, esquizofrenia, psicosis maníaco-depresiva o estados paranoicos) de manera que el seguro cesa al manifestar dichas afecciones, por lo que la severidad de la compañía privada, a diferencia de la permisividad del Estado hace que las reclamaciones poco justificadas tengan escaso éxito.

3.- Ahora me detendré algo más específicamente en los problemas principales de la metodología y de la práctica médico legal, ya que del resto de ha hecho ya alusión en las secciones precedentes.

La medicina legal en el vivo y en el cadáver basa su investigación en una metodología que de un lado se adapta a las exigencias del derecho y por otro se dobla a los criterios científicos, con el auxilio de criterios lógicos que suplen las lagunas de la ciencia experimental.

Realmente en la literatura mundial se encuentran pocos tratados que constituyen un verdadero cuerpo de doctrina de la metodología médico legal. No son ni siquiera muchos los tratados de metodología clínica que analizan el método de estudio de la enfermedad intentando individualizar los límites de un proceso. Las razones de esta carencia habría tal vez que buscarlas en el hecho de que la práctica profesional médico legal cotidiana se caracteriza por sus continuas variables enlazadas entre ellas y además, a menudo no hay tiempo para sofisticadas disquisiciones.

Pero mirando más a fondo nos damos cuenta que el perito experto llamado a resolver aporta en general soluciones rápidas y esquemáticas y a menudo en contacto con casos de ambigua naturaleza, teniendo que afrontar por sí mismo la responsabilidad de la valoración y todavía más, el elemento de valoración individual que pudiendo estar en principio ausente termina por tener un peso relevante.

En otros términos se puede afirmar que la práctica de la medicina legal es un arte con cierta base médico-biológica y jurídica, pero que se convierte en manos del perito en algo especial, en algo único debido a la experiencia profesional individual, ya sea esta de alto, medio o bajo nivel.

El que os habla se encuentra apasionado por la metodología médico legal y ha escrito muchas veces, también recientemente, sobre este tema. Pero con el tiempo, uno se somete a la fuerza de la práctica, aunque aquella se deteriore. Y debe por tanto concluir, sin risa ni

optimismo, sino más bien con realismo pragmático, que se debe seguramente recurrir a los métodos rigurosos y también sofisticados solo en los casos que lo requieran, en tanto que para la gran mayoría de las ocasiones es la experiencia la que impera, por supuesto inspirada en los conocimientos médicos y jurídicos. De hecho quien elabore su propia experiencia sobre presupuestos erróneos o culturalmente inadecuados no están fuera del método, sino más bien fuera de la profesión y de las leyes.

Esta premisa tiene el objeto de redimensionar el valor práctico de la teorización y de tomar nota de la exigencia de la práctica cotidiana, la cual, indudablemente puesta en el ámbito del daño psíquico encuentra las mayores dificultades de diagnóstico, de objetivación (simulación exageración o por el contrario disimulación) de confirmación del nexo causal, de pronóstico y cuantificación.

Deteniéndonos por ahora en la práctica profesional común de la medicina legal, se puede recordar que en el campo penal en Italia, con una ley de 1.980 se han despenalizado los delitos de lesiones culposas por las cuales se procede solo contra las querellas de la parte, hecha la excepción por los delitos culposos en las violaciones de las normas sobre tutela del trabajo. Se consigue que sean relativamente pocos respecto al pasado, los peritajes en el tema de lesiones, limitadas a casos de lesiones dolosas o a casos de lesiones culposas de responsabilidad médica, diferentes a las violaciones de las citadas normas de tutela laboral.

En este terreno, la tendencia del perito desde siempre, es la de minimizar el significado de los síntomas psíquicos que por el contrario son muy tomados en cuenta en el campo civil o en el de accidentes laborales (véase más adelante Sub.5)

De signo opuesto es el comportamiento de los peritos en el campo civil y aun más en el de los accidentes laborales. El reconocimiento y valoración porcentual de los síndromes psíquicos de tipo neurótico o reactivos a traumatismos, aunque en otros tenemos es común y carente de escrúpulos acerca de la realidad del trastorno y de su relación causal, aquí se limita a la presunción del daño y a ònegociarlo con los médicos de las partes para llegar a un acuerdo valorativo que modifica de tal modo la conclusión del peritaje.

Sucedo de manera diferente en los casos de una cierta gravedad, en los que por el contrario es muy frecuente el desacuerdo porcentual por motivos evidentes, porque el representante de quien debe pagar intenta redimensionar el daño y el representante del lesionado hace lo contrario.

Los porcentajes, acerca de cuyos parámetros de base nos detendremos más adelante, son diferentes en la responsabilidad civil respecto a la seguridad social frente a los accidente que se avalan según las tablas legales con parámetros más elevados. Pero aparte de esta diferencia de parámetros, en la seguridad social existe una notable prodigalidad e la valoración, también porque a diferencia de la responsabilidad civil, la ley prevé visitas de revisión eventuales a lo largo de los años con la posibilidad de reducir el porcentaje o de aumentarlo. Esta última posibilidad es fundamentalmente la que produce en el sujeto un estímulo para agravamiento en mayor o menor medida, conoedor del grado en que el síndrome aumenta la renta. En algunos casos de mi observación ello ha causado una evolución grave e irreversible.

Recientemente, a consecuencia de algunas sentencias de los tribunales, ha comenzado a ser tomado en consideración el daño biológico eventual (para distinguirlo del daño moral) en

los supervivientes de los casos mortales, en los que se prueba la aparición de un daño psíquico a causa de la muerte del resto. He examinado alguno de estos casos. Uno se trataba de una pareja de ancianos que habían perdido en un accidente de tráfico a su única hija. Otro más interesante era el caso de un hermano gemelo monocigótico que presentó una reacción depresiva a consecuencia de la muerte de su hermano gemelo. Además de los aspectos jurídicos y controvertidos de esta nueva jurisprudencia, no hay duda de que existe el duelo como síndrome psíquico de común observación y es obvio que en algunos casos ello pueda tener una duración y gravedad anormales. Más, es evidente que estos casos se prestan a la especulación y que son muchos más difíciles de diagnosticar y evaluar. el problema del nexo causal sigue siendo obviamente crucial, pero ello es común a todo daño psíquico de origen no orgánico.

En el campo de la seguridad social por invalidez no producida por accidente, o bien en aquella particular previsión que en Italia se contempla para los inválidos civiles, los valores son respectivamente 2/3 de la capacidad de trabajo en el primer caso y 45% en el segundo. En los últimos 25 años, las elevadas indemnizaciones y el clima sociopolítico han dado lugar a que el daño psíquico constituido por síndromes neuróticos sea evaluado en general con prudencia y el nivel se supere sólo si se trata de enfermedades psíquicas graves y evidentes, o bien si la forma morbosa se encuentra asociada con otros, contribuyendo en tal modo a la superación de dicho nivel.

Esta es por tanto la práctica habitual que he intentado exponer. Debo añadir que ésta está regida por los peritos no necesariamente por especialistas en medicina legal. Otras veces si el caso no se presta a un convenio de tipo porcentual el perito prefiere valerse de un apoyo externo y envía al peritado al especialista en neuropsiquiatría. En mi experiencia, sin embargo estas consultas accesorias, aun cuando dañan el criterio conclusivo del perito, y aparentan una mayor atención formal en esencia, son con frecuencia engañosas y casi rituales. Es raro encontrar dictámenes de carácter negativo, por los especialistas neuropsiquiatra. Cualquier síntoma viene siempre revestido de una dignidad diagnóstica sin una objetivación real, sino solo con aquella que deriva del ceremonial de quien ha emitido el dictamen *"Il che finisce col diventare ingiusto e pericoloso e, fra l'altro, toglie al perito la piena responsabilità del suo giudizio, trincerato dietro quello di uno specialista che non è stato nominato dal tribunale ma prescelto dallo stesso perito"*. ["Ello puede ser peligroso e incluso injusto porque aunque libere al perito de su responsabilidad, dicho especialista ha sido designado por el propio perito y no por el tribunal"(traducción libre)].

4.- Un momento fundamental metodológico está constituido por los informes del nexo causal, que son fundamentales en muchos aspectos de la actividad médico-legal, pero que se revisten de una relevancia diferente en cada caso, por razones jurídicas o según la importancia del caso.

Como ya se ha dicho en la evaluación del daño psíquico, las dificultades son de varios tipos derivadas de la objetivación del daño.

Pero ciertamente, el estudio del nexo de causalidad es con frecuencia una etapa difícil y decisiva.

En la rutina cotidiana, en la que prevalecen los traumatismos craneales leves o de otra parte del cuerpo con las secuelas subjetivas ya mencionadas, el problema de la causalidad viene resuelto automáticamente y sin excesivas discusiones, no tanto porque sean de fá solución como por razones prácticas relativas a la levedad del daño. Es por el contrario indispensable dedicar un empeño relevante en los casos en que las reclamaciones de resarcimiento, o indemnización, de los seguros son inusuales y exagerados, o bien aquellos que por motivos patentes de simulación o bien porque se sospechen situaciones preexistentes no siempre fáciles de individualizar a menos que se tenga información adecuada o porque el problema científico propuesto, por su apariencia absurda y poco creíble, se presta a ser en cualquier modo argumentado por el médico de la parte lesionada, creando así no pocas dificultades prácticas. Esto último pertenece a una casuística numéricamente pobre pero profesionalmente importante, especialmente aquella en las que se invocan enfermedades psíquicas o neuróticas graves sin que en el origen se verifique una patología traumática. En estos casos es inevitable recurrir a unos criterios médico-legales rigurosos acerca del nexo causal que no resuelven con certeza científica los problemas que se plantean pero que pueden restringir el área de las hipótesis y dar una eventual respuesta positiva o negativa acerca de la existencia del nexo causal, el soporte de consideraciones basadas en el método científico.

Estaría fuera de lugar un análisis profundo de los criterios seguidos en medicina legal. Para hallar el nexo causal, tema al que en el pasado y aun recientemente he dedicado largas reflexiones, reelaborando otros procedimientos empleados en la práctica de la medicina legal y jurídica.

Se trata de reflexionar metodologías que se fundan en el presupuesto de que la legislación se base en un principio "condicionalístico" de la causalidad, es decir, de la condición *sine qua non*, el cual se encuentra en la base de toda la legislación italiana.

Pongamos el caso en el que se proponga la hipótesis extrema y aparentemente poco creíble de una esquizofrenia post-traumática. Aún en un caso de este tipo, la investigación médico-legal no puede concluirse a priori, en base a un criterio de negación, por la convicción personal del perito de que al no conocerse la etiología de la esquizofrenia tampoco sería probable una causa traumática. Puede ser que no se llegue a una conclusión en este caso debido a ello o bien a la falta de elementos probatorios. De todos modos tanto éste como todos los casos análogos, deben basarse en una secuencia de criterios ordenada y metódica.

Los criterios fundamentales que iremos exponiendo sucintamente en este apartado son en orden sucesivo:

a) Criterio de posibilidad científica, Primera etapa del así llamado razonamiento contradictorio según la teoría del English (1.931).

b) Criterio de probabilidad científica del nexo causal como alternativa al criterio de certeza, cuando éste último no sea utilizable.

Los otros criterios, tradicionalmente empleados, es decir principalmente los criterios topográficos, cronológicos, de continuidad, de exclusión, al menos en Italia, deben subsistir y mantener inalterada su importancia, aunque se mantienen en una posición complementaria respecto a los otros dos criterios cardinales, de los que son soporte indispensable.

El criterio de posibilidad científica constituye el momento esencial. Es el paso primero y fundamental del razonamiento contradictorio, en el que se basa la teoría de la “condición sine qua non” de la versión más moderna, es decir aquella basada en las leyes elaboradas por ENGLISH.

En efecto, cuando se pide si es científicamente posible, que una acción u omisión impuesta haya producido por sí misma y con el concurso de otros factores, un suceso determinado.

Si la respuesta es taxativamente negativa el caso de cierra en su raíz y el análisis sobre la información causal se interrumpe, al menos respecto al factor del que se ha impuesto el rol causal. En otros términos, se excluye que ese factor sea condición necesaria para producir el suceso.

Las preguntas que el perito debe imponerse principalmente se aclaran en algunas preguntas usuales: ¿Es científicamente posible que un leve traumatismo craneal cause como secuela, un año después, una epilepsia? ¿Es científicamente posible que un traumatismo contusivo cutáneo y muscular dé lugar a la aparición de metástasis?. ¿Es científicamente posible que la prolongada exposición a las radiaciones electromagnéticas, dé lugar a lesiones parenquimatosas o a tumores?. ¿Es científicamente posible o taxativamente excluible, que un trauma craneal produzca la aparición de una esquizofrenia?.

La lista de preguntas podría continuar y comprender un número elevado de cuestiones que en general conllevan perplejidad o incredulidad en cualquier médico, como son por ejemplo los casos de los ejemplos de las radiaciones electromagnéticas y de la esquizofrenia.

Sin embargo, estas cuestiones vienen a menudo desde antiguo en el campo médico-legal y no pueden rechazarse a priori, así como no pueden tener una respuesta seria sin un estudio necesario.

El criterio de probabilidad científica no es verdaderamente un criterio que se pueda satisfacer con instrumentos comunes, dada la heterogeneidad de la casuística y de las cuestiones correlativas causales que han prosperado. Ello es seguro pues con procedimientos diferenciados según los casos, los cuales pueden y deben todavía reconducirse hacia principios identificables, en último caso, en las “leyes universales” o en las “leyes estadísticas” o al menos en correlaciones científicas con carácter empírico y lógico.

Existe sin duda, casos, de común observación en el campo médico-legal, en los que el criterio de posibilidad consentida, sobre la base de leyes universales aporta una respuesta fá e inmediata que traspase rápidamente y conclusivamente en el criterio de certeza sin la necesidad de ulteriores elaboraciones criteriológicas intermedias.

En todos los restantes casos, y en los que no es aplicada ninguna ley universal, se debe recurrir a las leyes estadísticas, con tal que no existan disponibilidades para esa determinada hipótesis. No obstante como alternativa se debe recurrir a correlaciones lógicas fundadas sobre conocimientos científicos en base y sobre informaciones casuísticas de casos semejantes, numéricamente insuficientes, para conseguir ver indicaciones estáticas.

En el caso de la esquizofrenia, existen observaciones casuísticas, aunque antiguas, que refieren la inducción de una esquizofrenia después de un trauma.

Ya que son tantas las principales causas íntimas de las alteraciones celulares que llevan a la esquizofrenia, y en general son fruto de observaciones empíricas; y ya que de otra parte existen sospechas acerca de la predisposición genética, aunque no claramente individualiza-

da aun, así como existen casos de tumores que aparecen tras un trauma único o traumas repetidos, ni siquiera para el caso de la esquizofrenia, puede ser en principio excluida la posibilidad científica, en ausencia de conocimientos específicos: por lo que no se puede excluir taxativamente a priori el nexo causal.

Resumiendo, se puede decir, en general, que el criterio prejudicial de probabilidad científica puede ser abarcado caso a caso:

- a) Por una ley universal.
- b) Por una ley estadística, y finalmente
- c) Por una posibilidad, científicamente demostrable, en base a datos casuísticos o de correlaciones lógico-científicas, de que el factor de indagación tenga potencialidad causal.

En estos casos, y obtenida una respuesta positiva según el criterio de posibilidad científica, de que el nexo causal subsista realmente, se abre la vía de atribuir el valor causal al factor considerado, o por el contrario a la exclusión del mismo.

También en este segundo punto de los análisis sobre el nexo causal, en realidad, las hipótesis principales son obviamente dos: la afirmación de la relación causal, o bien su exclusión. Cualquiera de estas dos hipótesis alternativas admiten aun dos formas principales subordinadas de respuesta:

A.- La afirmación del nexo causal que es realizable solo después de la satisfacción del criterio de posibilidad científica la cual puede recoger un racional nivel de prueba sobre dos niveles diversos de valores de la respuesta etiológica:

- El nivel de la certeza (principio de certeza)
- El nivel de la probabilidad, que a su vez se distingue en probabilidad lógica y en probabilidad estadística.

B.- La exclusión del nexo causal que, a su vez, puede ser precisa y taxativa. O bien más frecuentemente puede ser expresada en términos de elevada improbabilidad o insuficiente probabilidad; respuesta que en el plano práctico procesal equivale al régimen del actual código de procedimiento penal italiano, que ya no prevé, como en el pasado, absoluciones por insuficiencia de pruebas.

El criterio de la probabilidad lógica no es necesariamente alternativo al criterio de la probabilidad estadística, en cuanto que dos criterios pueden no obstante ser complementarios.

La probabilidad lógica se basa, al menos en el campo médico, en la estima del grado de validez de una hipótesis causal -la cual haya superado la primera criba del criterio de posibilidad científica- estimación efectuada buscando el número más alto posible de concordancias del caso con tipologías constituidas por casos semejantes conocidos a través de la experiencia casuística (personal y tratada en la literatura) y con los conocimientos de base de la medicina.

El criterio de probabilidad estadística aparece además de eso relevante para formular un juicio probabilístico de la relación causal, ya sea porque puede dar una relevante contribución al criterio preliminar de posibilidad científica, o sea porque puede alentar los criterios

varios que dan soporte a la “probabilidad lógica”, la cual, teniendo un “rol” primario -al que hemos recurrido casi siempre- puede encontrarse en la probabilidad estadística una consistencia y un incremento del valor probabilístico del juicio conclusivo.

La probabilidad estadística de que un suceso sea añadido a un determinado agente del que se invoca el “rol” etiológico, puede en algunos ámbitos, ser calculada con métodos matemáticos, basados prevalentemente en los desarrollos del teorema de Bayes.

En el ámbito médico-legal, por contra, los verdaderos y propios cálculos de probabilidad se limitan a pocas circunstancias como la búsqueda biológica de paternidad (qué padre ha “causado” este hijo) y a la identificación individual de vestigios biológicos (quién ha “causado” este vestigio).

En la generalidad de otros casos, los datos estadísticos relativos a múltiples situaciones médicas y médico-legales se utilizan flexiblemente y con modalidad diversa de caso en caso.

El criterio de probabilidad estadística presenta gran importancia como ya se ha dicho, admitiendo a nivel científico la significación estadística de una determinada hipótesis causal. Según la hipótesis de que el cáncer de pulmón sea con frecuencia causado por el humo del tabaco, en estos últimos decenios se han efectuado estudios en grandes masas de población a nivel mundial, verificando la validez estadística de la hipótesis etiológica y así extendiendo la conclusión de los llamados “fumadores pasivos”. Este dato estadístico satisface el criterio de posibilidad científica del informe causal, pero no resuelve el caso concreto porque, aun reconociendo que el criterio cronológico se cumple en cuanto a que el tumor es producido tras unos años de fumar tabaco, y admitido el hecho eventual de cofactores constitucionales concausales, (oncogenes) es materialmente imposible establecer con certeza si en aquel determinado sujeto, el cáncer se hubiese igualmente producido en ausencia del hábito del tabaco. En este tipo de casos la conclusión probabilística es confiada al grado de prevalencia estadística del factor causal y mucho menos a la probabilidad lógica.

El criterio de probabilidad estadística es por consiguiente un criterio que sustancialmente se aplica apoyándose en datos de elaboración estadística, provenientes de la literatura científica, según estudios precedentes, en los que se ha intentado verificar la atendibilidad probabilística de una hipótesis causal atribuida a un determinado factor. Un caso particular es el criterio epidemiológico dotado de interés doctrinal relevante como por ejemplo aquel de los cientos de sujetos fallecidos en España años atrás, por consumo de aceite de colza. El criterio epidemiológico obviamente apoyado en la analogía de los síntomas y en la acertada impugnación a una determinada partida de aceite, ha inducido a considerar las muertes como causadas por dicho aceite.

La probabilidad estadística asume notable relevancia en el ámbito de la previsión, ya sea en el aspecto administrativo o judicial cuando se trata de juzgar una enfermedad causada por el servicio o una enfermedad profesional especialmente oncológica, causada a lo largo de los años por la exposición a un determinado riesgo. En tales ámbitos, el criterio de presunción legal del dictamen causal (enfermedades profesionales de la vista contemplada en las leyes) o de cualquier modo, el criterio *indubio pro misero*, atribuyen a la probabilidad estadística un valor relevante, porque existen condiciones acertadas de real y adecuada exposición al riesgo.

Solo hemos señalado un complejo criterio que en otras ocasiones he procurado profundizar en lo posible en el plano doctrinal. Dichos criterios pueden por tanto comportar en algunos casos, ante todo la superación del umbral de la posibilidad científica genérica, de un nexo causal y por tanto correlacionar un conjunto de datos casuísticos, cronológicos, topográficos eventualmente estadísticos, a fin de correlacionar el criterio de probabilidad lógica con el de probabilidad estadística.

Las conclusiones de este tipo no pueden tener fácil ubicación en el terreno penal, ya que reconocer por éste método la naturaleza traumática de una esquizofrenia -por quedarnos con el ejemplo más extremo- constituiría indudablemente una grave imprudencia. Análogas conclusiones pueden darse en el terreno civil. Mas en el aspecto de previsibilidad donde es justo una mayor flexibilidad (*indubio pro misero*), estos criterios podrían permitir juicios positivos ya sea solo probabilísticos dotados de dignidad científica y no basados en meros criterios de asistencia.

Deseo ahora detenerme un poco en los parámetros y en la valoración del daño psíquico en el derecho penal, civil y en la seguridad social.

En el derecho penal italiano el delito de lesiones personales se prevé en los Arts. 582 y 583, que se refieren a las lesiones voluntarias, y en el Art. 590 que concierne a las lesiones culposas. La diferencia sólo estriba en la entidad de la pena.

El elemento constitutivo del delito de lesiones personales es la inducción por acción u omisión, de una enfermedad física o mental. Los dos artículos presentan una clasificación de lesiones en cuatro grados de gravedad: lesiones levísimas, leves, graves y gravísimas. Las dos primeras se basan únicamente en la duración de la enfermedad, entre 20 y 40 días. Las lesiones graves comprenden estados de enfermedad o incapacidad para las ocupaciones habituales, durante más de 40 días, riesgo para la vida, o un deterioro permanente de un órgano o del sentido. Las lesiones gravísimas pueden estar causadas por enfermedades ciertamente o probablemente incurables, pérdida de un órgano o de un sentido, pérdida de una articulación o mutilación, pérdida de la capacidad de procreación, o una grave y permanente dificultad del lenguaje.

El concepto de enfermedad elaborado en base a la jurisprudencia y doctrina, es más amplio que aquel referido a la práctica médica, en cuanto que se consideran también lesiones localizadas, como pequeñas equimosis, heridas pequeñas, escoriaciones, etc. Sustancialmente el concepto médico legal de enfermedad que se ha elaborado se refiere a una alteración anatomo-funcional general o local de carácter evolutivo, hacia la curación con o sin secuelas o bien hacia la cronificación.

Ya que la enfermedad puede afectar solo a la mente es evidente que un simple estado de shock psíquico puede ser considerado como enfermedad, ya sea con curación rápida o con secuelas, como por ejemplo una psiconeurosis de pánico que se cronifica. En la práctica corriente son comunes los daños psíquicos que aparecen a consecuencia de traumatismos orgánicos, la mayoría de las veces craneocerebrales.

Se trata por tanto de la misma tipología de lesiones que habíamos considerado en las páginas precedentes. En la práctica médico-legal la prudencia es no obstante elevada y los peritos tienen una tendencia prevalente a realizar peritaciones muy restrictivas. Así por ejemplo, si se trata solo de una reacción de terror, se considera lesión levísima, porque cura

en pocos días, hecha la excepción de algún caso muy particular de manifestaciones más graves y fehacientemente documentadas por un ambiente clínico cualificado.

Habitualmente se sigue una orientación permanentemente restrictiva en las secuelas de traumatismos craneales conmocionales o no, admitiendo como período máximo de la enfermedad el período de internamiento hospitalario más unos días más. No es frecuente observar tras un traumatismo craneoencefálico con leves signos electroencefalográficos y alguna alteración eventual de los reflejos vestibulares, un debilitamiento permanente del órgano. Frecuentemente los peritos recurren al expediente para registrar la presencia de los síntomas a fin de negar la relevancia penal, defiriéndolo a la valoración civil. Se trata de un dictamen jurídico censurable pero generalmente acertado.

Diferente es el comportamiento de los peritos si se trata de las consecuencias neurológicas graves e incluso psíquicas de naturaleza orgánica, consecuentes a contusiones cerebrales graves. Se puede por tanto admitir sin duda la subsistencia de una lesión personal gravísima de invalidez cierta o probablemente incurable.

En el complejo aspecto penal solo los daños orgánicos muy graves son valorados adecuadamente por los peritos a la vez que es prudente la tendencia a infravalorar las otras situaciones, especialmente en relación a la difícil evaluación de permanencia de los síntomas.

LA VALORACIÓN DEL DAÑO PSÍQUICO fuera del ámbito penal, se vuelve necesaria en terreno civil, en el de invalidez civil, de seguros sociales, tanto por accidentes como por enfermedad profesional y por invalidez por enfermedad, en seguros privados y en aparición durante el servicio civil y militar.

En estos ámbitos existen tablas de referencia que fijan las normativas para los accidentes laborales, para la invalidez civil y para la causalidad del daño en el servicio militar y civil. En el campo de la responsabilidad civil existe un texto que contiene porcentajes indicativos.

Las tablas de referencia más antiguas son las militares, que generalmente no constituyen un auténtico baremo y cuya última edición es del año 1.981 (D.P.R. 30.12.1981, N.834) y la tabla de valoraciones porcentuales de incapacidad permanente anexa al texto único, del seguro obligatorio por accidentes laborales y enfermedades profesionales (D.P.R. 30 Junio 1965, N.1124). Esta última está suficientemente desglosada aunque también contiene un número relativamente reducido de capítulos concernientes sobre todo a los órganos de la deambulación.

En las pólizas privadas de seguro se incluyen escasas tablas de artículos, ninguna de las cuales incluye el daño psíquico.

Hace poco que los legisladores han creado un baremo auténtico y propio para la cuantificación de la invalidez civil (D.M.5.2.1992) en aplicación de las leyes que ha sufrido numerosas modificaciones en el curso de los años y presentan su última revisión en el derecho legislativo del 23-12-1988 N-509. Se trata de una ley que no se refiere a los sujetos asegurados, sino a cualquier ciudadano portador de una merma permanente. La ley prevé diversas fases de gravedad, es decir:

1.- Sujetos con invalidez inferior al 45 %, que no han tenido derecho a ninguna asistencia estatal.

Experiencia y reflexión sobre la valoración del daño psíquico.

2.- Sujetos con invalidez comprendida entre el 45 % y el 74 % que no hubiesen superado los 55 años de edad.

En otros se prevén otras ventajas, como por ejemplo la asistencia sanitaria específica y protésica, domiciliaria u hospitalaria en el ámbito de los servicios a la U.S.L., para rehabilitación y provisión de prótesis ortopédicas no oculares ni estéticas, capaces de recuperar la capacidad laboral en más del 33 %. En la rehabilitación se incluyen cursos de orientación, cualificación y recualificaciones profesionales para la reinserción de la invalidez en el ciclo productivo.

3.- Sujetos que presentan incapacidad superior al 74 %, pero inferiores al 100 %, los cuales aunque provistos de otras rentas tienen una asignación social modesta. Una pensión social corresponde a aquellos que alcanzan el 100 % y finalmente a aquellos que no pueden deambular y no son autosuficientes, pueden disfrutar de una asignación suplementaria de acompañamiento por otras personas.

Es importante, a propósito de esta ley que los inválidos por causas psíquicas comprendidas entre el 45 y 74 % pueden ser insertados en el mundo del trabajo (Art. 19 L.104-5.2.1992) La tabla de invalidez civil (DM.5.2.1992) respecto a las más antiguas ya mencionadas está más desglosada y de hecho comprende una serie de aspectos de carácter neuropsíquico, (número 32), aspectos como por ejemplo la demencia inicial, demencia grave, insuficiencia mental leve, media, grave, situación de sufrimiento orgánico que comporta aislamiento y trastornos leves de la memoria, neurosis fóbica obsesiva, leve y grave, neurosis ansiosa... Además la tabla de los accidentes de trabajo que igualmente se encuentran bastante clasificados en caso de daños auditivos y oculares y de otras incapacidades físicas, no reflejan específicamente el daño psíquico. En la tabla de invalidez de empleados civiles y militares, las enfermedades se agrupan en ocho categorías y algunas entre las más graves hacen referencia al daño neuropsíquico.

En la responsabilidad civil no existe por ahora ningún baremo legal. Dadas las necesidades profesionales cotidianas, se preparó hace años una "guía privada", para la valoración médico legal del daño biológico y de la invalidez permanente, basadas en la elaboración por algunos autores (Luvoni, Bernardi y Mangili), de un baremo orientativo sugerido en dos congresos celebrados en la ciudad de Perugia y posteriormente en Como, por un grupo de juristas, aseguradores y médicos forenses.

En esta guía se consideran muchas condiciones clínicas máximas e intermedias a las que se les atribuye un porcentaje relativo en tres columnas: la primera para la responsabilidad civil, la segunda por los accidentes de trabajo (que posee valor más elevado, debiendo compararse con los porcentajes de referencia legales), y la tercera para los accidentes de los seguros privados.

En las escasas diapositivas que proyectaré, si queda tiempo, compararé algunas tablas acerca del daño psíquico y también los datos de la última edición de la "guía de evaluación del daño permanente, de la Asociación Médica Americana" (1.993), creo que también habría que recordar la guía francesa por la valoración del daño en "DROIT COMMUN" y "en los

accidentes de trabajo”, y la guía española, publicada recientemente por nuestra apreciable M^a Teresa Criado del Río, de Zaragoza, que ha pasado mucho tiempo en mi Instituto y cuya seriedad he apreciado siempre.

Dada la amplitud del tema de los baremos, me limito a hacer simplemente alusión a ellos, deteniéndome solamente en el tema de la responsabilidad civil. En este ámbito no de forma diferente a otros terrenos, huelga recordar que todas las dificultades que surgen de la objetivación diagnóstica, del hallazgo de la causa y de la cuantificación del daño, se condensan y se añaden al momento de la valoración final de dicho daño: ya sea el daño biológico o el daño fisiológico o ya sea de la eventual incapacidad de lucro que constituye el daño patrimonial verdadero (lucro cesante) junto con el daño emergente debido a los gastos pasados, presentes y futuros.

La necesidad de tomar decisiones, plasmadas mayormente de forma escrita y por tanto no fácilmente estimables, encuentra la valoración del daño psíquico, el máximo de las dificultades ya se trate de un daño grave y más claramente aun si es de tipo leve, fácilmente sujeta a errores diagnósticos y pronósticos.

Como ya se ha dicho, sin embargo la práctica médico legal termina con la superación de la incertidumbre y de sus dudas científicas por lo que sucede frecuentemente que el perito, aun cuando haya enunciado la dificultad objetiva, termina por hacerlas desaparecer cuando expresa un porcentaje. De hecho las cifras tienen la fuerza de absorber y eliminar cada matriz. Esta realidad indiscutible debe sugerir a quien tiene la experiencia profesional de seguir las reglas “de valoración de manera prudente y restrictiva, que aun cuando no puedan garantizar la evitación de los errores, pueden sin embargo transformar las consecuencias de un menor grado de gravedad. Y a propósito de errores valorativos, se debe recordar también la posibilidad opuesta, bastante común según mi propia experiencia, constituida por la infravaloración diagnóstica de las secuelas psíquicas que es riesgo relativamente frecuente en los casos de graves traumatismos cerebrales. Las formas clínicamente “silentes” de estas secuelas, en las que las cicatrices cerebrales presentan localizaciones especialmente en la zona frontal, producen síntomas aparentemente leves y frecuentemente confusos con síndromes post-conmocionales banales. Estos son de aparición insidiosa ya que su identificación requiere un diagnóstico cuidadoso y aproximado, basándose en los datos aportados por los familiares que en estos casos son de gran fiabilidad por la gran tipicidad con que son descritos por éstos, las frecuentes alteraciones de la personalidad.

Si estas dificultades y causas de error subsisten en la cuantificación del daño fisiológico, mayor aun puede ser la dificultad de evaluar y cuantificar la influencia negativa de las secuelas sobre la capacidad de indemnización.

La Introducción del concepto del daño fisiológico se inicia en Italia en 1.952, en base al trabajo del Prof. Gerin, con una concesión no aceptada por la jurisprudencia hasta finales de los años 70, en Asamblea de la Corte Constitucional. Este nuevo concepto, tiene una capitulación muy articulada de la valoración del daño, debiéndose distinguir entre las cuantificaciones del daño fisiológico y aquellas de las eventuales consecuencias económicas, que son cotejables solo sobre las secuelas de cualquier gravedad o bien de una actividad particular. Se describe doctrinalmente y en la práctica acerca de la posibilidad de cuantificar este tipo de daño, con importancia sobre todo como daño futuro, en porcentaje o bien en tipos de gra-

vedad aun a través de una descripción de los síntomas y de su comparación con la actividad desarrollada.

En el campo del daño psíquico se vislumbra la dificultad de estos nuevos problemas, entre los mayores, especialmente los daños graves, porque de hecho las manifestaciones comunes post- traumáticas craneales se encuentran frecuentemente limitadas solo al daño fisiológico, aquellas post-contusivas cerebrales, especialmente en los sujetos menores, presentan individualmente consecuencias actuales y futuras sobre la capacidad de indemnización. Más, pronosticarlos y evaluarlos constituyen uno de los escollos más arduos de nuestra actividad profesional. Infravalorar o indicar en términos muy genéricos la identidad del deterioro cerebral, puede impedir al juez o a la compañía aseguradora, comprender plenamente las limitaciones futuras del lesionado cuyo espectro de posibilidades potenciales se reducen especialmente.

En estos casos surge la capacidad del perito para hacer el diagnóstico exacto y para profundizar en la amplitud de las limitaciones de las profesiones potenciales del lesionado y de su desarrollo en el futuro. Es un problema menos grave en los sujetos ya provistos de un trabajo y de unos ingresos especialmente si requiere escaso esfuerzo intelectual.

Ya se han mencionado las dificultades, por fortuna infrecuentes de evaluar las enfermedades psiquiátricas, aunque dichas dificultades no tanto residen en general en la cuantificación como en la insuficiente atendibilidad del dictamen causal.

En el campo del derecho del trabajo la legislación italiana prevé revisiones a los 10 años ya que la valoración inicial pudiera haber sido elevada y por tanto se sometería a progresivas reducciones, más con el riesgo de activar mecanismo de simulación, en los que habiendo mejorado, intentan no aparentarlo, con el riesgo ya constatado en cualquier caso de introducir impulsivamente un mecanismo de neurosis de renta, a veces irreversible y auténtico.


En la causalidad de los servicios civil y militar, la división de los casos en ocho categorías dificulta menos la valoración, pero por otro lado el rigor es menor como en general en todos los sectores públicos. Otro tanto puede decirse de la invalidez civil regida por comisiones de trabajo, que tienen actitudes más flexibles aunque también en los últimos tiempos las denuncias públicas al respecto son siempre más numerosas y van seguidas de una mayor cautela por parte de los peritos.

6.- Deseo concluir esta reseña, necesariamente reiterativa y en ciertos aspectos inevitablemente repetitiva respecto a las presentaciones que han expuesto en estas jornadas, con una breve reflexión final sobre la evolución de la medicina legal. Esta singular disciplina está presente en todos los casos en los que se deba confrontar una realidad bio-médica con normas de leyes o contratos. Esta ocupa por tanto un territorio bastante amplio y dinámico en base a los cambios de las leyes y los avances de los conocimientos médicos. En este campo tan amplio y heterogéneo, los investigadores y los profesionales desde hace tiempo se han diferenciado. Es notable que en los países del centro de Europa y de Norteamérica, el médico legista se ocupa en general exclusivamente de la medicina legal del cadáver, mientras que

la medicina legal clínica se desarrolla con una variedad de especialistas (cirujanos, ortopédicos, psiquiatras, etc). En la tradición italiana y más en general latina, sin embargo la medicina legal clínica se considera una parte esencial y más importante siempre, no solo del cuerpo doctrinal de la disciplina, sino también de la actualidad práctica profesional de los médicos legistas que también desarrollan actividad sobre el cadáver. Sería aquí muy largo de discutir si esto es positivo o negativo por el riesgo de dispersión de las competencias y de una más modesta calidad de las prestaciones en los que se ocupan de situaciones tan diversas.

Por otra parte el número de aquellos que se ocupan de una manera estable del sector necrópsico es relativamente modesto en Italia, principalmente concentrado pero no de manera exclusiva, en los Institutos Universitarios. Y es por el contrario grande el número de aquellos que desarrollan exclusivamente medicina legal clínica, no raras veces junto a una colateral o principal actividad clínico-terapéutica. Se da por hecho que al menos en los países latinos, el interés profesional y científico por la medicina legal clínica siempre es mayor y los convenios que se suceden aparecen siempre más frecuentemente dedicados a estos aspectos. Lo que significa que esta es la línea del desarrollo de la Medicina Legal, y por esto se precisa tomar nota y asegurar el proceso dedicándole la máxima atención científica. Porque si así no se hiciese, se dejaría el campo libre a procedimientos "salvajes" y desordenados, empobreciendo la disciplina y logrando que resulte marginal este amplio sector, que sin embargo tiene una importancia social grandísima y tal vez prevalente. El futuro de la Medicina Legal está marcado no obstante. El hecho de que los Institutos Universitarios, en los que comienza a formarse la cultura médica y también la médico-legal, se empeñen en dedicar un estudio profundo a estos aspectos, defendiendo el reconocimiento pleno de su importancia científica y social e impulsando a todos aquellos que en el mundo de la práctica cotidiana profesional, dedican su vida a la Medicina Legal Clínica tienen el derecho de sentirse parte viva de la gran familia médico-legal a los que aportan valiosas contribuciones de experiencia, reflexiones y también prestigio por el "rol" esencial que su obra asume en amplios sectores de la vida pública y en privado, y con reflejos enormes en toda la economía de cada país. □

SEGUROS
Allianz
RAS

Allianz  **RAS**

El daño psíquico en el delito de lesiones: Aspectos médicos.

M^a Emilia Lachica López ¹

El Delito de Lesiones en nuestro ordenamiento punitivo ha sido una figura cuya regulación permanecía anclada en el siglo XIX, hasta la reforma parcial del Código Penal de 1989 (Ley Orgánica 3/1989, de 21 de junio, de actualización del Código Penal) que supuso un cambio global y puntual del mismo.

Desde el siglo pasado la Doctrina Jurídica entendió de forma mayoritaria que la integridad física era el bien jurídico protegido en el Delito de Lesiones, lo que quedó reflejado en numerosas sentencias del Tribunal Supremo. Tras esta postura subyace un concepto mecanicista de lesión, de realización a través de medios exclusivamente violentos (*“En el lenguaje usual y corriente... la lesión designa aquellas alteraciones que natural o provocadamente causen daño o detrimento corporal motivado por herida, golpe o enfermedad”* -sentencia del Tribunal Supremo de 8 de mayo de 1956-; *“Desde el punto de vista legal, la lesión puede definirse como el daño causado en la salud física o mental de una persona... ... El daño ha de provenir de heridas, golpes o maltrato de obra, o mediante la administración de sustancias o bebidas nocivas”* -Cuello Calón¹-).

En la postura admitida hoy se considera que hay un doble bien jurídico protegido: la integridad corporal y la salud, el primero referido a la sustancia corporal y el segundo a la ausencia de enfermedad, ya sea física o psíquica. Por ello acaso la mejor postura sea considerar que el bien jurídico protegido es la salud, entendida como el estado en el que una determinada persona desarrolla normalmente sus funciones. Estado que permite la vida de relación y desarrollo del individuo en el ámbito social.

Llegados a este punto, es de obligada referencia la mención de los artículos en los que se hace referencia a la salud mental:

Artículo 149:

“El que causare a otro, por cualquier medio o procedimiento, la pérdida o la inutilidad de un órgano o miembro principal, o de un sentido, la impotencia, la esterilidad, una grave

¹ Profesora Titular de Medicina Legal y Toxicología. Universidad de Córdoba (España)

El daño psíquico en el delito de lesiones: Aspectos médicos.

deformidad, o una grave enfermedad somática o psíquica, será castigado con la pena de prisión de seis a doce años”.

Artículo 147.1:

“El que, por cualquier medio o procedimiento, causare a otro una lesión que menoscabe su integridad corporal o su salud física o mental, será castigado como reo del delito de lesiones con la pena de prisión de seis meses a tres años, siempre que la lesión requiera objetivamente para su sanidad, además de una primera asistencia facultativa, tratamiento médico o quirúrgico. La simple vigilancia o seguimiento facultativo del curso de la lesión no se considerará tratamiento médico”.

Son fundamentalmente dos las aportaciones de la redacción del Código en relación con el “daño psíquico”:

a) Se delimita claramente que la salud psíquica es uno de los bienes protegidos por la Ley, mencionándose de forma taxativa los términos “grave enfermedad psíquica” y “salud mental”, con lo que parece haber sido intención del legislador el enfatizar con esta redacción el que se ha ampliado la protección de la Ley a un bien jurídico nuevo, la Salud Mental, quizás en un intento de expiar su “culpa” ante la nula atención prestada con anterioridad a la misma.

b) Introducción de una terminología médica apropiada. En redacciones anteriores se empleaba el término “imbécil” que resultaba peyorativo, amén de médicamente inadecuado. Ahora el término propuesto se adapta mucho mejor al concepto que define: trastorno mental permanente de suficiente profundidad como para impedir al ofendido realizar su trabajo o mantener relaciones sociales o personales normales o, lo que es lo mismo, trastorno mental del individuo de tal profundidad y permanencia que le impide relacionarse normalmente con su entorno.

A la vista de lo antedicho, se hace necesario establecer un concepto fundamental, cual es el de **SALUD PSÍQUICA**.

Como ya hemos mencionado, la salud es un estado relativo, y no existe un límite preciso entre lo normal y lo patológico. En consecuencia, existen diversos criterios para definir la normalidad psíquica. Así, *Ruiz Ogara* (1982) establece que la normalidad no se corresponde únicamente con la ausencia de una patología definida, pues además implica un sentimiento de bienestar y la facultad de ejercer plenamente las capacidades del individuo (físicas, intelectuales y emocionales).

Bares (1989) ha definido la salud mental como la capacidad de:

- a) establecer relaciones satisfactorias con los demás
- b) participar constructivamente en la modificación del entorno

- c) resolver equilibradamente sus conflictos
- d) desarrollar su personalidad, integrando sus pulsiones instintivas dentro de sus realizaciones sociales.

Por contra, la **ENFERMEDAD MENTAL**, puede definirse según tres parámetros:

a) *ausencia de salud*: entendiéndola ésta, según la definición de la O.M.S., como un estado completo de bienestar físico, psíquico y social.

b) *presencia de sufrimiento*: define en la práctica al grupo de personas que consultan al médico. No obstante, las personas con manía suelen tener un sentimiento de completo bienestar, sin sufrimiento, y no hay duda de que están enfermos.

c) *proceso psicopatológico*: identificable por sus manifestaciones clínicas y al que se atribuye una etiopatogenia, con punto de partida en alteraciones físicas, en situaciones conflictivas o en su interacción.

El *Glosario Psiquiátrico de la American Psychiatric Association* (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*”.

Asimismo, el *Manual de Diagnóstico de la APA* (3ª edición; DSM-III, 1987) propone una definición “operativa” y habla de enfermedad para referirse a un “*malestar subjetivo o conducta que altera el funcionamiento social u ocupacional (académico, laboral...) o que da lugar a solicitud de ayuda profesional*”.

En general, la enfermedad mental suele acompañarse de alguna de las siguientes características:

- * estar determinada o acompañada por un trastorno o manifestación corporal.
- * llevar consigo una reducción de la libertad psicológica.
- * manifestarse por estructuras vivenciales anómalas.

Una vez sentadas estas bases conceptuales, pasaremos a comentar la **ETIOLOGIA DEL DAÑO PSÍQUICO**.

Son dos los posibles orígenes de daño psíquico:

- I. Como consecuencia de una lesión cerebral.
- II. Por efecto psicológico o de impacto emocional secundario a un trauma.

I. DAÑO PSÍQUICO SECUNDARIO A LESIÓN CEREBRAL

Las secuelas psíquicas de los TCE representan un problema de importancia clínica, jurídica y social creciente, pudiendo considerarse como un “precio” a pagar por el acelerado estilo de vida actual.

La patogenia de las secuelas psíquicas postraumáticas permanece desconocida, pues asienta sobre sutiles disturbios del metabolismo neuronal y del funcionamiento de la personalidad premórbida en su conjunto, por ello es difícil precisar la “cuantía de contribución” entre factores de tipo orgánico y psicológico.

Los cuadros principales que pueden sobrevenir de manera secundaria a una lesión cerebral son fundamentalmente cuatro (*Lishman*, 1987): Deterioro cognitivo, Cambios de personalidad, Psicosis y Neurosis.

Aunque las posibilidades varían según los autores. Así *Gelder, Gath y Mayou* (1989) se basan en unos criterios puramente cronológicos, distinguiendo:

-*Efectos psicológicos agudos*, que incluyen el deterioro de conciencia, la amnesia postraumática (anterógrada) y la amnesia retrógrada.

- *Efectos psicológicos crónicos*, que engloban el deterioro cognitivo, los cambios de personalidad, los síntomas emocionales, los síndromes esquizofreniformes o los afectivos, y las consecuencias sociales de la lesión cerebral.

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

I.a) Cambio de personalidad

Los cambios de personalidad implican una alteración de las actitudes y patrones de comportamiento habituales del sujeto. Pueden aparecer como secuela después de una lesión cerebral y constituyen sin duda uno de los efectos post-traumáticos más angustiantes o ansiógenos para los familiares de las víctimas. Los pacientes suelen ser conscientes de los cambios en sí mismos, aunque a menudo se olvidan de ello (*Stuss et al.*, 1992).

Generalmente se deben a lesiones cerebrales que afectan a las porciones neocorticales del sistema límbico (polo frontal, órbita-frontal y regiones temporales anteriores).

Las pautas más comunes del cambio se pueden incluir dentro de los siguientes tipos (*Palomo*, 1992):

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

La forma más común de cambio de carácter consiste en un *síndrome frontal o moria*, caracterizado por una euforia jocosa, egocentrismo, tendencia a la satisfacción inmediata de los apetitos, indiscreción y falta de tacto social. El sujeto carece de la capacidad de adminis-

trar el dinero; en el terreno sexual, tiende a la obscenidad; y en la comida, a la hiperfagia (*Marcó Ribé et al*, 1990).

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

I.b) Psicosis después de lesión cerebral

Meyer estableció en 1904 la primera clasificación de los problemas psíquicos derivados de los traumatismos craneales, en los que el traumatismo se interpreta como factor desencadenante de las psicosis (*Dumond et al*, 1980).

El papel etiológico de la lesión a veces no está claro, especialmente cuando ha habido un lapso de tiempo importante entre el desarrollo del cuadro y la lesión.

Existen varias posibilidades de explicación. Los daños cerebrales por sí mismos pueden contribuir directamente al desarrollo de un trastorno, pero también pueden actuar como agente precipitante en individuos predispuestos; o bien, la lesión cerebral puede predisponer a trastornos psicóticos por alteración de los patrones de reacción al estrés.

La visión generalmente aceptada es que una predisposición constitucional a la psicosis es el factor más importante en la mayoría de los casos de esquizofrenia o psicosis afectiva consecutiva a lesión cerebral.

** Esquizofrenia después de lesión cerebral*

Diversas formas de esquizofrenia (hebefrénica, paranoide y catatónica) han sido registradas después de una lesión cerebral. Las formas paranoides suelen ser las más frecuentes (*Achte et al.*, 1991).

Existen una serie de condiciones necesarias para establecer el diagnóstico de esquizofrenia post-traumática, que son (*Alliez y Sormani*, 1967):

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

- que la esquizofrenia presente predominancia notable de signos productivos, particularmente ideas delirantes.

- el delirio paranoide constituye el problema central de la esquizofrenia post-traumática. La aparición de la sintomatología delirante tiene ciertos límites, pues la duración del mismo no podrá exceder de un año.

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

* *Psicosis Paranoide*

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

* *Psicosis Esquizoafectiva*

Esta forma de psicosis puede aparecer con más o menos gravedad tanto en presencia como en ausencia de signos objetivos de daño cerebral. Es un cuadro en el que se aúnan síntomas propios de las esquizofrenias (sentimientos de influencia y robo del pensamiento, alucinaciones, angustia y perpejidad psicótica) con alteraciones propiamente afectivas. Son de presentación y remisión fásica y presentan pocos síntomas defectuales una vez pasada la fase patológica (Cabrerá y Fuertes, 1990).

La psicosis depresiva suele ser más frecuente que la hipomanía (Fedoroff et al., 1992).

* *Otras formas: Psicosis epiléptica*

Las *psicosis epilépticas* son síndromes paranoides y psicosis esquizofreniformes que, aunque posibles, son de aparición infrecuente.

Según Roger et al. (1987) para considerar una epilepsia como post-traumática es necesario que se den cierto número de condiciones:

1) Han de advertirse claramente signos de crisis epiléptica en el sujeto afecto, y no será suficiente la existencia de signos electroencefalográficos sin una clínica importante; se debe hacer el diagnóstico diferencial con las crisis histéricas, que pueden simular cuadros de tipo epiléptico.

2) Es importante considerar el estado anterior del sujeto, es decir, la existencia o no de epilepsia antes del traumatismo.

3) Hay que asegurarse de que la epilepsia no sea debida a otras causas. Una situación particularmente frecuente es la aparición de una epilepsia alcohólica después de un traumatismo craneal.

4) En definitiva, es necesario que el traumatismo craneal invocado como causa de la epilepsia ulterior cumpla las condiciones necesarias para que pueda admitirse que ha podido acompañarse de una contusión de la sustancia gris encefálica susceptible de originar una lesión cicatrizal epiléptica. Sin contusión cortical, no puede aparecer una epilepsia post-traumática.

I.c) Neurosis post-traumatismo cerebral

Numerosos trabajos han resaltado la importancia que podrían tener pequeñas lesiones cerebrales no evidenciables con las técnicas de exploración actuales en la génesis de los sín-

tomas postraumáticos craneales. Estas lesiones intervendrían no sólo directamente, sino a través de una disminución general de la resistencia que permitiría al sujeto expresar claramente los rasgos de su personalidad anterior.

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

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

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

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

I.d) Deterioro Cognitivo

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

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

El criterio para considerar que el deterioro intelectual es secundario al TCE es de tipo cronológico, variando según la clase de lesión: (1) En las *lesiones cerebrales cerradas* el límite para considerar que la amnesia post-traumática no va seguida de deterioro intelectual

suele estar en torno a las 24 horas. Sin embargo, (2) en las *heridas penetrantes* o en las *fracturas craneales*, la duración de dicha amnesia es una guía menos fidedigna. El pronóstico está ligado a la edad y la localización de la lesión, siendo peor cuando asienta sobre el hemisferio cerebral dominante.

En algunas ocasiones raras se advierte un grado de demencia persistente no correlacionada con la gravedad de la lesión ocurrida. Ello debería ponernos sobre aviso de la posibilidad de un hematoma subdural, una hidrocefalia normotensiva o una demencia presenil o senil.

** Deterioro Intelectual Generalizado.*

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

** Deterioro Cognitivo Focal.*

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

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

II. DAÑO PSÍQUICO SECUNDARIO A IMPACTO EMOCIONAL

En ocasiones el **impacto emocional del traumatismo** determina una serie importante de síntomas somáticos persistentes e inexplicables, de base física no demostrable (*Bloor*, 1990).

II.a) Trastorno de estrés post-traumático

Se presenta tras la exposición súbita a una situación de estrés lo bastante intensa y prolongada como para desbordar ampliamente las capacidades de integración cognitiva emocional del individuo. Hay que tener presente que el acontecimiento estresante tiene que ser distinto de los que podríamos denominar como “de la experiencia habitual” (el DSM-III-R enumera una serie de situaciones, como serían el peligro grave para la vida, la destrucción

súbita del hogar o la comunidad, o el hecho de presenciar esas situaciones acaeciendo en otras personas).

En estos casos la angustia alcanza tales cotas que deja de funcionar como señal de peligro para constituirse en fuente de peligro.

Los criterios para el diagnóstico del **trastorno de estrés post-traumático** propuestos por el DSM-III-R (American Psychiatric Association, 1988) son:

1) Existencia de un estrés reconocible que provocaría síntomas significativos de malestar en casi cualquier persona.

2) Revivir la experiencia traumática, lo cual se evidencia al menos por uno de los siguientes síntomas:

- recuerdos recurrentes del suceso
- sueños angustiosos recurrentes acerca del hecho
- comportamiento repentino o sentimientos también repentinos, como si el acontecimiento traumático estuviera presente, debido a la asociación con un estímulo ambiental o ideativo.

3) Embotamiento de la capacidad de respuesta ante el medio externo, tal como se demuestra por al menos uno de los siguientes síntomas:

- disminución notable del interés en una o más actividades significativas
- sentimientos de separación o de extrañeza respecto a los demás
- constricción afectiva.

4) Al menos, dos de los síntomas siguientes no estaban presentes antes del traumatismo:

- estado de hiperalerta o respuesta de alarma exagerada;
- alteraciones del sueño;
- sentimientos de culpa por el hecho de sobrevivir cuando otros no pudieron hacerlo, o remordimientos por la conducta llevada a cabo para la supervivencia;
- afectación de la memoria o dificultades de concentración;
- evitación de las actividades que evocan el recuerdo del acontecimiento traumático;
- intensificación de los síntomas frente a la exposición a acontecimientos que simbolizan o recuerdan el acontecimiento traumático.

II.b) Síndrome postraumático o síndrome post-conmocional

Fue descrito en la Primera Guerra Mundial como consecuencia de la observación de numerosos soldados que tras sufrir TCE diversos padecían una sintomatología imprecisa, con cefaleas, vértigos, sordera y trastornos conductuales, y sin síntomas orgánicos de tipo neurológico.

Clínicamente viene caracterizado por:

El daño psíquico en el delito de lesiones: Aspectos médicos.

- a) Cefaleas: de variadas localizaciones y que suelen exacerbarse por el ruido y el esfuerzo intelectual.
- b) Sensación de inestabilidad a la marcha, de inseguridad al caminar, sin provocar la caída al suelo.
- c) Hiperestesia sensorial, fundamentalmente al ruido y a la luz.
- d) Sentimiento subjetivo de disminución de la capacidad intelectual, con fatigabilidad, escasa concentración y trastornos amnésicos.
- e) Fluctuación del estado de ánimo con accesos de irritabilidad. Insomnio. Intolerancia al alcohol. Quejas somáticas múltiples con actitud hipocondríaca.

II.c) Neurosis de renta

En la definición de neurosis de renta, y de acuerdo con *Sáiz Ruiz* (1982), se exigen cuatro circunstancias:

- existencia de una **sintomatología persistente**, sin una causa orgánica justificada (clínica subjetiva);
- **baja** laboral superior a seis meses;
- **antecedente traumático**, vivenciado por el sujeto como agente causal de su incapacidad;
- **búsqueda de compensación económica**.

Calcedo (1975) la definió como “*un padecimiento caracterizado, esencialmente, por síntomas neuróticos surgidos a raíz de un accidente en un contexto social que previene, en dicho supuesto, la posibilidad de indemnización*”. Este autor recoge una gran miscelánea de términos referidos a la misma entidad, tales como “sinistrosis”, “neurosis traumática”, “neurosis post-traumática de renta”, “neurastenia traumática”, “histerotraumatismo”, “accident neurosis”, “neurosis following trauma”, “Rechtneurose” o, finalmente, “enfermedad de Erischen”.

La **clínica** suele acompañarse de un **gran cortejo sintomático**: vértigos (se manifiestan como miedo a la altura, inestabilidad), cefaleas, algias atípicas y difusas, debilidad muscular y fatigabilidad, trastornos subjetivos de la memoria, dificultad de concentración, insomnio, dispepsia, anorexia, disminución de la libido, temblores y parestesias, acúfenos, etc.

Además existen **síntomas hipotímicos**, expresivos de un fondo depresivo-ansioso. Según la concepción de *López Ibor* (1966), el trauma laboral revela y cristaliza algo latente: la depresión. A menudo son frecuentes la tristeza, desilusión, falta de impulso, etc.

Es frecuente hallar **actitudes reivindicativas**, lógicas en todas estas personas cuyos intereses se orientan hacia la búsqueda de renta. *Brissaud* la definió como: “*idea falsa de reivindicación y de injusticia repentina, que el paciente hace de buena fe, pudiéndose conver-*

tir en obsesiva y prevalente, pudiendo llegar a constituirse en una especie de delirio razonante” (Guimón y Guimón, 1994).

En ciertas ocasiones, la lucha por la indemnización adopta un carácter activo. Los afectados no sólo se sienten económicamente perjudicados, sino que creen haber recibido un trato injusto y se defienden en contra de ello, tanto mediante exageraciones y deformaciones de la realidad de los hechos, como negándose a reconocer las decisiones y apelaciones, llegando así a una “postura litigante”, en la que lo que prima es la *satisfacción* (neurosis de derecho). Este tipo de pacientes, que llegan a elaborar un verdadero desarrollo querulante, son los que clásicamente se engloban dentro del concepto de *sinistrosis*.

II.d) Maltrato emocional en el síndrome del niño maltratado (SNM)

En el maltrato infantil existen una serie de conductas que no se expresan físicamente, sino a través de castigos, advertencias o reprimendas verbales constantes. Por tanto, el maltrato emocional como forma de SNM es aún más difícil de precisar por sus sutiles matices.

Estas desatenciones o agresiones emocionales pueden darse en el seno de la propia familia, que somete al niño a situaciones de terror, rechazo, desaprobación continua, recriminaciones, reproches y, en definitiva, a la falta del ambiente de cariño y afecto que todo niño necesita para su equilibrio moral y psicológico. También esta forma de malos tratos puede darse en colegios, instituciones e incluso a nivel del propio hospital, donde los niños viven con frecuencia separados de sus madres y sometidos a una serie de exploraciones, intervenciones, etc que, de no tener una clara indicación, podrían entrar dentro de los malos tratos físico-emocionales.

Debemos considerar dentro del maltrato emocional el “maltrato verbal”. En la sociedad actual es muy frecuente observar como los padres insultan repetidamente a los niños hasta humillarlos. Esta forma de comportamiento es socialmente admitida, pues a veces se observa también entre profesores y/o educadores (quienes inciden con mucha frecuencia en aspectos negativos como: “eres tonto”, “idiota”, “no sirves para nada”, “nadie te quiere”, etc).

Con tanta insistencia de padres y/o profesores, el niño acepta el maltrato verbal como si fuera verdad, dando lugar a una importante patología emocional, alteraciones nerviosas o del comportamiento (hiperactividad), trastornos del sueño, tartamudez y, por supuesto, a un bajo rendimiento escolar. En bastantes ocasiones presentan un retraso evidente de las funciones psicomotoras por estimulación insuficiente.

EL PROBLEMA DE LA CAUSALIDAD

La Jurisprudencia de nuestro país sólo acepta la relación de causalidad cuando “el resultado es consecuencia natural del acto realizado” o “resultado lógico y natural”, cuando entre

3. American Psychiatric Association. 1980. "*A psychiatric glossary*", 5ª ed, American Psychiatric Association, Washington, pág.: 89.
4. American Psychiatric Association: DSM-III. 1987. "*Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*", Masson, Barcelona.
5. American Psychiatric Association: DSM-III-R. 1988. "*Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*", Masson, Barcelona.
6. Bares JJ. 1989. Criterios de normalidad en salud mental. *Psicología médica*, 9/2: 211-216.
7. Bloor RN. 1990. The psychological effects of trauma. En: "*Medicolegal Reporting in Orthopaedic Trauma*", M Foy, PS Fagg, Churchill Livingstone, Edinburgh, pág.: 457-467.
8. Cabrera J, Fuertes JC. 1990. "*Psiquiatría y Derecho*". Arán editores, S.A. Madrid.
9. Calcedo A. 1975. Las llamadas neurosis de renta. *Anales de la Real Academia de Medicina*, 42: 529-610.
10. Civitas. "*Código Penal*".
11. Dumond JJ, Leger JM, Garoux R, Lombertie R. 1980. Syndromes post-commotionnels encéphaliques. *Acta Psychiatrica*, 5: 22-28.
12. Fedoroff Jp, Starkstein SE, Forrester AW, Geisler FH, Jorge RE, Arndt SV, Robinson RG. 1992. Depression in patients with acute traumatic brain injury. *Am J Psychiatry*, 149/7: 918-923.
13. Gelder M, Gath D, Mayou R. 1989. Head injury. En: "*Oxford Textbook of Psychiatry*", M Gelder, D Gath, R Mayou, 2ª ed, Oxford University Press, Oxford, pág.: 369-372.
14. Gil F, Gurpegui M, Hernández C. 1996. Exploración y evaluación básica del daño psíquico. En "*La valoración médica del daño corporal*", C. Hernández, Ed. Masson, S.A., pág.: 263-296.
15. Gisbert Calabuig JA. 1977. El delito de lesiones. En "*Medicina Legal y Toxicología*", JA Gisbert Calabuig, Salvat, Barcelona, pág.: 377-386.
16. Guimón J, Guimón J. 1994. Neurosis de renta: Psicopatología y compensación. En: "*Psiquiatría Legal y Forense*", S. Delgado, Vol. I, Ed. Colex, Madrid, pág. 1295-1323.
17. Lishman WA. 1987. Head injury. En: "*Organic Psychiatry. The psychological consequences of cerebral disorder*", Lishman WA, 2ª ed, Blackwell Scientific Publications, Oxford, pág.: 137-186.
18. López Ibor JJ. 1966. "*Las neurosis como enfermedades del ánimo*", JJ López Ibor, Gredos, Madrid.
19. López de Lamela C. 1994. Secuelas psíquicas debidas a traumatismos craneoencefálicos. En "*Psiquiatría Legal y Forense*", S. Delgado, Vol. I, Ed. Colex, Madrid, pág.: 1277-1294.
20. Newcombe F. 1983. The psychological consequences of closed head injury: assessment and rehabilitation. *Injury*, 14: 111-136.
21. Palomo JL. 1992. "*Aspectos médico-legales de los traumatismos craneoencefálicos*". Ilustre Colegio Oficial de Médicos de la Provincia de Málaga, Ilustre Colegio de Abogados de Málaga, Unicaja. Málaga.
22. Roger J, Bureau M, Mireur O. 1987. L'épilepsie post-traumatique. *Revue Francaise Du Dommage Corporel*, 13/2: 119-130.

El daño psíquico en el delito de lesiones: Aspectos médicos.

23. Ruiz Ogara C. 1982. Normalidad y anormalidad en psiquiatría. En: "*Psiquiatría*", C Ruiz Ogara, JJ López-Ibor Aliño y D Barcia Salorio, 1ª ed, Toray, Barcelona, pág.: 429-432.

24. Sáiz Ruiz J. 1982. Las neurosis de renta. En: "*Psiquiatría*", C Ruiz Ogara, JJ López-Ibor Aliño y D Barcia Salorio, 1ª ed, Toray, Barcelona, pág.: 787-791.

25. Stuss DT, Gow CA, Hetherington CR. 1992. "No longer Gage": frontal lobe dysfunction and emotional changes. *J Consult Clin Psychol*, 60/3: 349-359.

¹ Citado por Gisbert Calabuig (1987)

Las lesiones psíquicas en el derecho penal.

Borja Mapelli Caffarena ¹

I.

Tradicionalmente la regulación del delito de lesiones se ha encontrado estrechamente vinculada a la idea de la acción física que origina un daño físico. Hasta la reforma de 1989 y de forma reiterada en los sucesivos Códigos se consideraba que cometían el delito de lesiones quienes herían, golpeaban o maltrataban de obra y las lesiones se medían por los daños somáticos causados -deformidades, pérdida de un miembro u órgano, impotencia, ceguera, etc.-, sólo y como una excepción a ese conjunto de daños físicos se reconocía la imbecilidad como eventual resultado de las lesiones punibles. Si bien la imbecilidad como la idiocia tienen una manifestación somática incuestionable.

Semejante regulación del delito de lesiones aferrado a una estructura puramente objetivista parece justificado, en primer lugar, por razones de índole procesal, como una fórmula para resolver la **diabólica probatio** que necesariamente se plantea cuando se trata de valorar los daños psicológicos. Fórmulas, por otra parte, cuyos orígenes remotos están en las Lex Sállica germánica que exigía el derramamiento de sangre o en nuestro Fuero Real que entra en una minuciosa descripción del daño de cada una de las falanges de los dedos para determinar la gravedad de las lesiones. Todavía a principios del XIX el conocido penalista italiano Carrara obsesionado por la materialización del daño trataba de justificar la ampliación de las lesiones a los daños morales porque éstas entrañaban un cambio físico en el cerebro por más que la ciencia no había evolucionado lo suficiente para detectarlo, de la misma manera que la acción moral que daba origen a la lesión moral merecía y podía castigarse porque precisaba de un movimiento físico. Pero también y, en un segundo plano esta vinculación de la lesión a la idea del menoscabo físico arrancaba de una concepción individualista de la persona caracterizada como un conjunto de órganos fisiológicamente coordinados.

Esta dimensión del delito de lesiones permitió que a lo largo del siglo XIX se emplearan en la determinación de las responsabilidades penales criterios de carácter economicista que giraban en torno a la capacidad laboral y el deterioro que en la misma habían producido las lesiones. El sistema habría de llegar hasta la reforma de 1989 en el que el delito aparece estructurado de la siguiente manera:

* La modalidad más grave se reserva a los casos en los que de propósito se causan determinados resultados como son la pérdida de un miembro u órgano principal, la ceguera, la sordera, la anulación o limitación de la capacidad laboral, una grave enfermedad somática o psíquica o una incapacidad mental incurable (art. 418).

¹ Catedrático de Derecho Penal de la Universidad de Sevilla (España)

* Un castigo inferior merece causar también de propósito la mutilación o la inutilidad de un órgano o miembro no principal, la castración, la esterilidad o deformidad (art. 419).

* Junto a esas dos formas cualificadas por el resultado y, sobretodo por la intencionalidad del quien lesiona aparece el delito básico, que consiste en causar a otro por cualquier medio o procedimiento una lesión que menoscabe su integridad corporal o su salud física o mental siempre que dichas lesiones requieran para su sanidad además de una primera asistencia facultativa, un tratamiento médico o quirúrgico (art. 420).

* Las referidas lesiones se verán agravadas en las penas cuando además concorra alguna de las circunstancias siguientes:

+ cuando se usan armas u objetos peligrosos o medios o formas susceptibles de causar graves daños a la víctima o que denoten acusada brutalidad en la acción.

+ cuando a consecuencia de las lesiones el ofendido hubiese quedado impotente, estéril, deforme o con una enfermedad somática o psíquica incurable o hubiere sufrido la pérdida de un miembro, órgano o sentido o quedado impedido de él.

+ si se hubiere empleado tortura (art. 421).

* Finalmente, cuando las lesiones causadas no requiriesen de un tratamiento médico o quirúrgico los hechos serán considerados como falta y se les aplicará una pena menor (art. 582).

II.

A lo largo de la regulación expuesta aparecen cuatro referencias expresas a las lesiones psíquicas que denotan un interés por parte del legislador de salvaguardar mediante el Derecho penal la integridad psíquica a un nivel muy similar a lo que acontece con los daños corporales. Este cambio ha sido posible gracias a una reformulación del bien jurídico protegido en torno al cual se ha producido una amplia y rica polémica dentro de nuestra doctrina. Con buen criterio el legislador se hace eco de la exigencia de incluir junto a la integridad física, la salud personal en su doble vertiente física y psíquica, opinión en la que convenía la doctrina por unanimidad.

La anterior redacción del delito hacía difícil esta extensión no sólo por la falta de referencias expresas a los daños psíquicos sino también porque la acción lesiva estaba limitada a herir, golpear o maltratar. Es precisamente esta descripción de la conducta regida por criterios mecanicistas la que dificultaba perseguir penalmente a quienes producen en la víctima lesiones psíquicas por medios no mecánicos. Después de la reforma el legislador se aleja del medio comisivo y vincula la idea de lesión con el resultado (“el que de cualquier modo...”).

Sin embargo, es evidente que nos encontramos ante un bien jurídico evolutivo cuyo contenido tiene una tendencia expansiva y es además difuso en su perímetro, por esta razón el debate doctrinal no se ha agotado sino que encuentran hoy planteados por el legislador nuevos problemas que requiere ponerse de acuerdo sobre qué se trata de proteger mediante estas nuevas fórmulas. Concretamente se plantean dos cuestiones distintas. La primera de ellas es determinar si nos encontramos ante dos bienes jurídicos distintos, uno referido a la integridad física y psíquica y el otro a la salud o, por el contrario, los distintos aspectos que presentan las lesiones pueden reconducirse sin problemas a un solo concepto. Es decir si el bien jurídico es la integridad y la salud o la salud tiene una dimensión omnicomprendensiva que permite integrar dentro de ella esa doble dimensión como dos aspectos de un mismo interés.

El debate lejos del puro interés discursivo que pueda tener para los juristas tiene sin dudas implicaciones en la praxis. De aceptar las tesis dualistas según las cuales integridad y salud son valores no conciliables la acción lesiva que produjera a la vez un menoscabo de un órgano o miembro del cuerpo humano y una enfermedad debería ser tratada mediante las técnicas del concurso como dos delitos de lesiones distintas. Por el contrario, en el supuesto de incluir dentro de un concepto omnicomprendivo de salud se responde tan sólo por un único delito de lesiones. Podría entenderse que al igual que sucede con otros delitos (v. gr. el robo con homicidio) en este caso se ha construido un delito complejo formado por dos unidades delictivas independientes -contra la salud y contra la integridad- que pierde su autonomía al quedar vinculados por un nexo típico. Tampoco esta solución es aceptable en la medida que para consumarse el delito requiere que se den los dos supuestos lesivos. Por tanto, ni en sus consecuencias ni en su configuración existen razones convincentes a favor de la dualidad. Además, como ya apuntamos, la tesis unitaria sintoniza con la evolución expansiva del concepto de salud dominante en el derecho comparado y recomendado por las instituciones internacionales.

El hecho de que el legislador en el art. 420 distinga entre el menoscabo de la integridad corporal y, por otra parte, de la salud física o mental no es, en absoluto, un argumento concluyente contra las tesis unitarias. En dicho precepto se trata de describir una serie de resultados lesivos que por sus diferencias sustanciales y por la necesidad de romper con una tradición legislativa era conveniente recoger expresamente en el tipo objetivo. Por las mismas razones que el art. 418 y 419 relatan una serie de lesiones que necesariamente exigen de un bien jurídico común que sirva de referencia. Tanto en Alemania como en Italia dentro del delito de lesiones se castigan los malos tratos cuyo resultado no exige el menoscabo ni la enfermedad, sino el dolor o el malestar o perturbación. En este mismo sentido la Organización Mundial de la Salud define la salud mental como un estado de bienestar físico, mental y social.

Pero con la tesis unitaria tan sólo se resuelve uno de los problemas planteados por el texto legal. Queda por resolver los límites del bien jurídico protegido, límites que ofrecen una rica variedad de matices en la doctrina, pero que, no obstante, pueden resumirse en dos posiciones. La una mantiene una concepción más amplia de salud haciéndola equivaler a bienestar personal en el que se recoge también la protección de la incolumidad y que ha sido esporádicamente aceptada por nuestra jurisprudencia, tal como aparece, por ejemplo, en la Sentencia del Tribunal Supremo de 21.12.1978 que define las lesiones como “toda acción u omisión que genera una pérdida o disminución de la integridad corporal humana, o de la capacidad laboral o que causa una perturbación de la incolumidad o bienestar corporal sin menoscabo sobre la salud misma, o que, por último, origine cualquier clase de perturbación de la salud en el aspecto o sentido más laxo”.

La idea de incolumidad o bienestar presenta cuatro manifestaciones distintas: la integridad física, la salud física y psíquica, el bienestar corporal, en el sentido, de ausencia de dolor y, finalmente, el derecho a la propia apariencia personal (Rodríguez Mourullo). De esta manera se trasciende del marco tradicional del daño orgánico y la salud y nos situamos muy próximos a un concepto de bien jurídico que guarda una estrecha relación con la propia dignidad humana y el desarrollo integral de la personalidad.

En la medida en que el legislador incluye dentro del epígrafe lesiones del capítulo IV tanto las lesiones contra la integridad y la salud como aquellas otras que no producen estos resultados como es el caso de los golpes en riña confusa y tumultuaria o las violencias domésticas, la concepción que acabamos de exponer puede considerarse que se adecua a nuestra legislación positiva. Por otra parte, se ha dicho con razón que castigar como lesiones las deformidades porque producen un daño a la salud psíquica de quien las sufre no siempre será posible ya que en ocasiones el sujeto puede no sentirse psíquicamente afectado por tener que soportar una deformidad y no por ello debe dejar de perseguirse. Si la deformidad causada por un tercero es delito ello se debe a que atenta contra el bienestar corporal en el sentido del derecho a la intangibilidad.

El mayor problema que suscita esta interpretación amplia es la imposibilidad de establecer unos límites a la incolumidad. Es inevitable que el bienestar personal haga confundir los bienes tutelados tanto por las lesiones como por otros delitos como las amenazas, las coacciones o las detenciones ilegales. Así, por ejemplo, si un sujeto es narcotizado por otro para evitar que pueda salir de su domicilio bien podría considerarse que estamos ante un supuesto de lesiones y no de coacciones o detenciones ilegales como hasta ahora viene tratándolo la jurisprudencia. Por otra parte, y en relación al tema de las lesiones psíquicas semejante extensión del bien jurídico protegido llevaría a unas consecuencias político-criminales no aconsejables. El bienestar psíquico se extiende más allá de la enfermedad psíquica o incapacidad mental por lo que se criminalizarían supuestos de escasa relevancia como el stress determinado por una presión laboral de un empresario sobre sus trabajadores.

Es conveniente recordar que el bien jurídico surge como una categoría capaz de instrumentar un análisis crítico del Derecho penal. Este debe tener suficientes dosis de concreción como para poder ser útil para elaborar y construir la norma penal. Un bien jurídico difuso como el bienestar personal carece de esas cualidades apuntadas. Por esta razón doctrina penal y médica han reaccionado intentando elaborar un concepto de bien jurídico para las lesiones referido a las funciones corporales. De esta forma se entiende que las lesiones afectan al “estado en que normalmente una persona desarrolla sus funciones, entendiendo por función el ejercicio de un órgano o aparato” (Berdugo). Con esta dimensión se pretende elaborar un concepto más restringido del mismo teniendo en cuenta que nuestro Código excluye de las lesiones los malos tratos, los cuales aparecen recogidos en el art. 582.2.

También la ciencia médica parece resistirse a aceptar un concepto con relevancia penal excesivamente amplio, para lo cual se renuncia a hacer coincidir en sus confines los conceptos médico y jurídicos de salud, ya que aquel no puede constreñirse a la idea de las capacidades del sujeto, especialmente cuando hablamos de salud mental. Existe una conveniencia generalizada desde la medicina en el sentido de considerar que para una correcta valoración de la salud y de las psicopatologías es preciso contar con el contexto significativo, es decir, con el medio dentro del que se quiere valorar el estado de salud mental. Lo uno sin lo otro resulta imposible de valorar hasta el extremo de que el hombre a lo largo de su biografía vive un constante e ininterrumpido cambio de estados de salud o, dicho en otros términos, de modificación de su capacidad para desarrollar su propio potencial personal y responder activamente al medio intentando adaptarse a él o transformarlo.

Semejante concepción de la salud mental en un sentido médico resulta a todas luces inoperante para el Derecho penal que se rige por un principio de intervención mínima de forma

que sólo debe intervenir cuando la conducta y el resultado que origina son insoportables para la convivencia. No es extraño, pues, que sea desde la propia ciencia médica desde donde se reconoce la imposibilidad de partir de un mismo concepto de salud para ambas disciplinas. Autores, como Cardona Llorens, proponen una interpretación de la salud a efectos del código penal próxima a la que ya hemos visto apuntada en la ciencia penal española. La salud es según este autor equivalente a integridad biológica, integridad de las estructuras de los tejidos y órganos del cuerpo y de sus funciones. Aunque próximas entre sí nos parece preferible la propuesta anterior en la medida que trata de acentuar la dimensión social de la salud frente a la orgánica y, por tanto, hace más fácil encuadrar dentro de ella las deformaciones que tan sólo lesionan la estética o ciertas patologías psicológicas originadas por un psicotrauma y de la que se derivan, por ejemplo, algunos tipos de neurosis.

Ambas proposiciones tienen en común el intento por abandonar una concepción estática del bien jurídico limitada a preservar la integridad y la salud como un valor por sí mismo. En su lugar propugnan el valor instrumental del cuerpo humano y de sus funciones tendentes a disfrutar y participar en los sistemas sociales. Esta perspectiva no sólo permite incluir como lesiones penalmente relevantes las lesiones psíquicas sino también las deformaciones que determinan un cambio estético en la víctima en la medida que dicho cambio puede condicionar u obstaculizar su integración social. También se explica la relevancia del consentimiento más allá de lo establecido en el art. 428. En efecto la comprensión del cuerpo y la psique como soporte necesario para la participación social sólo es imaginable cuando tiene como fundamento la libre aceptación de la persona en determinadas condiciones de su participación. El sujeto es libre de señalar en qué condiciones físicas y psíquicas desea establecer su integración en la sociedad.

La disparidad surge, en cambio, frente a la idea de la incolumidad, defendida por unos y rechazada por otros. El empujón o la creación del miedo en una persona o un golpe ¿deben ser perseguidas en el ámbito de las lesiones como un atentado al derecho que tienen las personas de no ser alterados en su bienestar corporal?. A nuestro juicio ello es llevar excesivamente lejos el delito de lesiones. En primer lugar, ya hemos referido el carácter fragmentario del derecho penal, en virtud del cual este queda reservado para la protección de los ataques más graves a los bienes jurídicos. No se puede negar que existe una relación progresiva entre el derecho a la intangibilidad y el derecho a la integridad corporal de la misma manera que se da entre las lesiones y la muerte, sin embargo, el primero por su insignificancia debe permanecer al margen de la protección penal salvo que puede ser castigado por otro delito (malos tratos, coacciones, amenazas).

Por otra parte, la intangibilidad es un derecho particularmente difuso y difícil de sostener con eficacia en una sociedad en donde se produce frecuentes situaciones de conflicto entre las personas. Partir de la incolumidad es situarse en una posición insolidaria, en la que al sujeto no puede exigirsele por el principio de corresponsabilidad ni el mínimo sacrificio que representa soportar lesiones a su derecho a la incolumidad. Por último, este derecho está suficientemente protegido por el conjunto de los delitos contra la libertad y la seguridad.

En resumen podemos afirmar que por razones de la gravedad del derecho penal en sus consecuencias y de la seguridad jurídica con que debe aplicarse las lesiones han de estar vinculadas a la idea de la modificación funcional u orgánica del cuerpo humano. Esta referencia de contenido material convierte el delito de lesiones en un delito de resultado en donde

no basta para su consumación la sola acción de agredir sino que es necesario que aquella provoque una modificación en los órganos o funciones que en un determinado momento histórico desarrolla el cuerpo de una persona.

Una última consideración en torno al bien jurídico tutelado por este delito. Es frecuente que se haga referencia a la lesión vinculada con la idea de menoscabo o alteración de carácter negativo, sin embargo, la modificación no necesariamente tiene este sentido negativo y esta circunstancia tiene una particular relevancia en el ámbito de las lesiones psíquicas. En efecto habrá delito tanto cuando el autor ha generado un daño en un órgano de una tercera persona como cuando, sin el consentimiento de ésta, se lo ha extirpado mejorando con ello su salud; esto debe tenerse particularmente en cuenta en relación con las funciones. La ingestión de ciertos fármacos puede potenciar las capacidades de la mente, creando una dependencia psíquica al mismo. A nuestro juicio no bastaría aquí aplicar el delito de coacciones. De este modo la lesión se vincula exclusivamente a la idea de alteración funcional.

Sea una u otra concepción del bien jurídico la que se defiende está fuera de dudas y en ello converge doctrina y jurisprudencia que tanto las lesiones como las enfermedades psíquicas causadas por una tercera persona deben ser objeto de protección penal dentro de este delito. La actividad psíquica es una parte esencial del ser humano. El espíritu del hombre en su individualidad se encuentra en la actividad cerebral que define su personalidad. De la relevancia del cerebro y sus funciones nos da idea el que jurídicamente se haya terminado imponiendo como criterio para definir la muerte la inactividad cerebral por más que otras constantes vitales puedan sobrevivir. Si tomamos en cuenta esto no tendrá justificación que el daño causado a estas funciones pueda estar menos protegido que otros daños corporales.

No obstante, a pesar de la reforma y de la reformulación del bien jurídico la estructura de los tipos concretos siguen presentando elementos que hacen difícil garantizar una protección penal similar a la integridad psíquica y física. Esta resistencia residual sólo puede explicarse por el riesgo que representa una excesiva subjetivización y volatización del resultado lesivo. Así lo ha visto también el Tribunal Supremo al señalar que al Derecho penal “lo que verdaderamente le interesa es la posibilidad de concretar y objetivizar los rastros y síntomas de la enfermedad mental, ya que el sistema punitivo exige una rigurosa determinación de las bases materiales sobre las que construir la figura típica y justificar la sanción penal” (STS 30.10.1994). Semejantes argumentos no pueden compartirse si se quiere llegar a una eficaz protección de la integridad psíquica como capacidad de relación social, no sólo porque la capacidad mental en la mayoría de las ocasiones carece de base material, sino porque otros muchos bienes jurídicos tampoco la tienen -piénsese, p. ej. en el honor- y ello no es un obstáculo para su protección penal. Ciertamente la propia naturaleza de estas lesiones planteará problemas al ser confrontadas con expedientes tales como la materialización del resultado, la culpabilidad o, especialmente, con la relación de causalidad, pero tales problemas tampoco iban a obviarse exigiendo como pretende el TS una base material en las lesiones psíquicas.

III.

Dedicaremos la última parte de nuestra ponencia al análisis de esos elementos típicos del delito de lesiones que hacen difícil residenciar en ellos la protección penal del daño psíquico :

a.- Concepto de lesiones psíquicas. De acuerdo con la redacción actual del delito de lesiones una persona será castigada cuando cause en otro una enfermedad o una incapacidad psíquica o mental. El legislador, a nuestro entender, de propósito ha huido de cualquier precisión conceptual del daño en relación con la psique. Basta comparar la distinta terminología empleada, respectivamente, en los artículos 418, 420 y 421.2. En el primero se hace referencia a una grave enfermedad psíquica y a la incapacidad mental incurable, en el segundo a la salud mental y en el tercero a la enfermedad psíquica incurable. Como salud equivale a ausencia de enfermedad podemos concluir que en todo caso la responsabilidad penal surge cuando se produce o una enfermedad o una incapacidad. El texto es en extremo conciso, sobretodo si se compara con la descripción más detallada de las lesiones corporales en donde se nos habla de mutilación, inutilización, pérdida de algunos sentidos, etc.

El concepto de enfermedad mental dista mucho de ser pacífico. Como destaca Sánchez Blaque es discutible que por tal puedan entenderse las anomalías del modo de ser psíquico, las llamadas personalidades psicopáticas, pero incluso la psiquiatría moderna parece abandonar la definición cerrada de enfermedad mental, siendo más bien partidaria de su constante revisión en un proceso abierto. Nos encontraríamos, pues, aquí ante un concepto normativo abierto dentro del tipo que debe ser determinado pericialmente por la medicina. Mayor dificultad entraña aún fijar el significado penal de la incapacidad mental. Entendido en un sentido amplio no se sostiene esa contraposición que establece el legislador entre enfermedad e incapacidad mental ya que toda enfermedad afecta en cierta medida a la capacidad de relación del sujeto con el medio. ¿Podría entenderse en el ámbito jurídico que existe incapacidad cuando la persona carece de las cualidades y condiciones que permiten realizar las actividades propias del cerebro, es decir, las actividades cognitivas y volitivas, no siendo motivadas dichas incapacidades por una enfermedad? ¿Equivale la capacidad mental exclusivamente a esas dos manifestaciones de la actividad cerebral -cognoscitiva y volitiva-?, ¿Equivale incapacidad a inimputabilidad, es decir, a enajenación o trastorno mental transitorio? Es evidente que la protección penal no puede reducirse tan solo a esas dos funciones cerebrales ni el texto legal exige que la incapacidad venga motivada por enfermedad mental. Pero tampoco es posible dar cabida dentro de la incapacidad penalmente relevante a toda alteración funcional de la actividad cerebral, al menos, dentro del art. 418; por dos razones, la primera por la gravedad de la pena con la que se castiga y, la segunda, por la necesidad de mantener una cierta similitud con las importantes lesiones somáticas que se describen en el mismo artículo. Deberá ser la ciencia médica la que determine cuales son estas funciones que en todo caso han de ser esenciales e imprescindibles para que el sujeto pueda entrar en relación con los demás. Esta restricción resulta mas consecuente con el bien jurídico convenido.

Si como pretende el TS las lesiones exigen un resultado de contenido material la incapacidad derivada de aquellas solo será punible si comporta una limitación o anulación en el equipamiento neurológico o intelectual. Sin embargo, como hemos apuntado la certeza de la lesión no debe buscarse exigiendo esta alteración material sino concretando médicamente las funciones que pueden ser menoscabadas. Tampoco encontramos razones para hacer equivaler la incapacidad con la inimputabilidad por enajenación (Tamarit). Primero, porque puede haber funciones lesionadas muy graves que no afecten a la culpabilidad (p. ej. memoria) y, segundo, porque la voluntad del legislador en relación con las incapacidades es su no sani-

dad más que su gravedad por lo que semejante restricción de los supuestos típicos carece de sustento legal.

Otra importante limitación del ámbito punible viene dado por las cualidades de graves e incurables que deben de acompañar a las enfermedades y las incapacidades mentales respectivamente del art. 418. La gravedad no puede ser valorada siguiendo el criterio que se emplea en las enfermedades somáticas, es decir, el peligro para la vida ya que es mucho más improbable que una psicopatía genere peligros para quien la sufre (Tamarit). En su lugar entendemos más acertado acudir de nuevo al contenido del bien jurídico y considerar grave las enfermedades mentales que impidan total o esencialmente las funciones cerebrales. La doctrina ha destacado con razón la ambigüedad que por lo común presenta el criterio de gravedad. Ambigüedad que resulta aun más rechazable cuando -como en el caso que nos ocupa- se hace depender de ella penas de muy diferente rigor.

No es menos confuso el calificativo de incurable en el ámbito que nos ocupa. Curar tiene según la Real Academia una acepción doble; por una parte, equivale a tratamiento, es por tanto curable aquello que puede ser tratado médicamente y, por otra parte, curar equivale a recobrar la salud. Suponemos que el legislador se refiere en esta ocasión a lo segundo, por más que salud significa carencia de enfermedad y aquí estamos refiriéndonos a incapacidades. Pero no terminan ahí las dificultades ya que en relación con lo psíquico recuperar la capacidad en un sentido global es también extraño. El carácter marcadamente versátil y dinámico que tiene todo lo relacionado al desarrollo de la personalidad hace poco probable que se recupere en su totalidad. Pensemos, p. ej., en ciertas fobias que impiden a quien las sufre realizar determinadas conductas. La curación no suele ser plena y difícilmente puede asegurarse médicamente que las mismas no vayan a reproducirse. Por otra parte, si una incapacidad es incurable es algo que debe valorarse en el momento del enjuiciamiento de los hechos, siendo irrelevante que con posterioridad la ciencia médica logre la sanidad de la misma. La sanidad, por último, debe valorarse en abstracto sin tener en cuenta si posteriormente la terapia aplicada alcanzó plenamente la curación o si el lesionado se negó a someterse a la misma.

El legislador tras la reforma ha dado lugar a una laguna de impunidad frente a los casos de incapacidades mentales curables. Estas no están contempladas en el art. 418 ni tampoco en el 420 en donde sólo se recogen los “menoscabos a la integridad corporal” y la “salud mental”, es decir, los casos de enfermedad; asimismo no es posible encuadrarla dentro de los supuestos del art. 421.2. Es de suponer que ello se debe a un error y no a una consciente voluntad de dejar impunes estas lesiones entre otras razones porque incapacidades mentales curables incluye también las que son graves pero pueden superarse con el correspondiente tratamiento psiquiátrico. Para poder encuadrarlas dentro del art. 420 -que es la solución más lógica- no hay más remedio que entender el concepto “salud mental” que en el 418 aparecía como algo distinto de la incapacidad, incluyendo a ésta.

b.- En el tipo básico de lesiones se requiere en el art. 420 que haya sido preciso no sólo la primera asistencia, sino también un tratamiento médico. En caso de no ser preciso este último, los hechos se castigan como falta de lesiones. Se trata de un criterio de valoración de la gravedad de las lesiones considerablemente mejor que los anteriores que pecaban de excesivo objetivismo. Aunque son expresiones médicas la jurisprudencia y, especialmente, la Fiscalía General del Estado (Circular núm. 2/1990) han hecho algunas matizaciones a las

mismas lo que le dan una especial significación para el Derecho penal. Destaca entre otras la búsqueda de criterios materiales y no formales para interpretar estos conceptos, es decir, si fue o no necesaria la asistencia o el tratamiento no dependerá de si lo hubo o no, sino de si de acuerdo con la ciencia médica la gravedad de las lesiones lo hicieron aconsejable para su correcta sanidad.

De nuevo tenemos aquí unos criterios seleccionados por el legislador en función de las lesiones corporales y no de las psíquicas. Tanto la primera asistencia, que suele ser más frecuente en relación con las lesiones corporales, como el tratamiento médico no son indicativos de una mayor gravedad en la lesión psíquica. La necesidad del tratamiento se torna un juicio de valor de enorme complejidad en la que deberá contar no sólo las lesiones propiamente dichas como las características de la personalidad del lesionado (madurez, desarrollo), por lo que la necesidad del tratamiento vendrá determinada por circunstancias a veces precedentes o sobrevenidas ajenas a la conducta incriminada.

c.- Uno de los expedientes más difíciles de adaptar a las particularidades de las lesiones psíquicas es el título de imputación. Ya vimos como el art. 418 se refiere las enfermedades mentales graves y a las incapacidades incurables pero además exige con carácter general que dichas lesiones sean causadas de propósito, es decir, con dolo directo que, según criterios comunes de la doctrina y jurisprudencia, requiere que el sujeto que actúa conozca y quiera causar esas lesiones concretas. La materialidad de la lesión somática, cualidad de la que carece la psíquica, justifica una referencia expresa al dolo directo castigando estos supuestos más gravemente. Merece más pena quien quiere mutilar y mutila que quien se representa solo causar unas lesiones sin determinar cuales sean éstas. Pero en las lesiones psíquicas resulta difícil de imaginar -salvo que se tratase de un especialista- que alguien pueda representarse causar una determinada enfermedad mental grave o una incapacidad, lo que hará que la incriminación por la fórmula agravada del 418 se emplee poco en este tipo de lesiones.

Por el contrario, es muy frecuente que ciertas conductas delictivas que afectan a bienes jurídicos de carácter muy personal lleven casi inexorablemente aparejadas secuelas psíquicas, en ocasiones, graves que por lo general no suelen ser tenidas en cuenta por los tribunales pese a constituir comportamientos típicos de lesiones. Piénsese, p. ej., en secuestros, agresiones sexuales, tentativas de homicidios o de lesiones, amenazas, etc. El hecho ha merecido escasa atención tanto por la doctrina como por la jurisprudencia, sin embargo, tras la reforma de 1989 en la que parece quedar claro la voluntad del legislador de prestar más atención a este tipo de lesiones se debe considerar si cuando un sujeto viola a una mujer provocándole una grave psicopatía no debiera de acudir a un concurso entre los delitos de lesiones y de violación. El argumento que eventualmente podría esgrimirse de que el daño psíquico va implícito en el injusto del delito de violación no convence por ello equivale a considerar este como delito pluriofensivo -que lesiona varios bienes jurídicos-, opinión que no sustenta nadie en la doctrina. De la misma forma que tampoco puede negarse la responsabilidad por las lesiones por la falta de dolo en el actor porque bastaría con la imputación culpable que está plenamente aceptada por nuestros tribunales.

No se nos oculta que la tesis de la doble incriminación puede llevar la responsabilidad a cotas no deseadas ya que como la ciencia criminológica ha puesto de manifiesto lo común es que las víctimas de los delitos sufran alteraciones psíquicas más o menos graves, pero la

absoluta desconsideración de los jueces hacia las secuelas psíquicas graves no puede sustentarse en coherencia con la reciente formulación de estas lesiones.

d.- Finalmente, la relación de causalidad y el elemento subjetivo del delito son otros de los aspectos del sistema penal cuya confrontación con las lesiones psíquicas dificulta su incriminación. El problema del elemento subjetivo ya se venía planteando tradicionalmente por la doctrina con respecto de las lesiones en general ya que el autor de las mismas no se representa por lo común resultado alguno sino que simplemente se puede probar una intención general de lesionar. En un contexto legal de responsabilidad objetiva la jurisprudencia hasta la reforma de estos delitos venía señalando que bastaba “un dolo simple indeterminado, sin necesidad de ser dirigido en su finalidad ulterior” (STS 14.10.1967). De esta forma el resultado se imputaba dolosamente tanto cuando había sido causado de propósito tal como exige el legislador como cuando son consecuencia negligente de una acción de lesionar dolosa. En la actualidad el TS sigue hablando de “dolo propiamente inespecífico o genérico” (STS 20.10. 1983), con lo que se quiere significar que no es precisa la representación concreta del resultado lesivo. Ello es cierto, pero requiere de ciertas matizaciones. En primer término, si el autor no se ha representado y querido los resultados descritos en los supuestos de los arts. 418 y 419, sólo es posible aplicar el tipo básico de lesiones del 420. Por otra parte, cuando existiendo un dolo de maltratar y no de lesionar, que comúnmente se incluye dentro del llamado “genérico”, se producen resultados lesivos que son fortuitos o desproporcionados con la gravedad de la acción, no sólo no debe aplicarse el tipo agravado del 421.2, sino tampoco el tipo básico del 420 por más que posteriormente se aprecie la atenuante de preterintencionalidad. La clasificación correcta de esos supuestos es el concurso entre la falta de malos tratos y las lesiones causadas imprudentemente.

Estos problemas presentan mayores dificultades sobre todo probatorias cuando se trata de lesiones psíquicas. Como ya hemos apuntado, por su propia naturaleza es difícil imaginar que el autor busque de “propósito” provocar la pérdida de la memoria, un estado de ansiedad, ni siquiera una enfermedad mental en términos generales. Pensemos, por ejemplo, en comportamientos crueles o actitudes consolidadas de desprecio hacia la víctima en relaciones familiares, de noviazgo, con falsas escenas de celos, o de amistad que terminan provocando en aquella una personalidad paranoica. En todos estos casos no puede afirmarse la concurrencia de un conocimiento y una voluntad orientada a provocar la neurosis de su víctima no tanto porque no existe realmente, sino sobretodo porque ni siquiera concurren en el autor los conocimientos técnicos precisos sobre el nexo causal entre su comportamiento y el resultado lesivo.

Si negamos la imputación dolosa sólo queda posibilidades de imputar el resultado a título de culpa. Pero también aquí nos encontramos con dificultades añadidas. Tanto si entendemos que el resultado en la imprudencia forma parte del desvalor del injusto, como si reducimos su función a una función de garantía de seguridad, la doctrina y la jurisprudencia convienen en exigir una mayor realidad fáctica del mismo como compensación al menor desvalor que representa la acción negligente. Es posible que a la lesión psíquica no le falte la gravedad en comparación con la lesión física, pero, sin duda, carece de esa “concreción y objetivización de rastros y síntomas” a la que se refería la ya mencionada sentencia del TS de 30. 10. 1994. De esta forma la incriminación imprudente de las lesiones psíquicas resultará de

difícil asunción por nuestros tribunales.

También suscitan problemas la relación de causalidad. La primera dificultad se deriva del carácter continuado que presentan muchas de las acciones causantes de daños psíquicos, particularmente cuando se lesiona por medio de una acción también de carácter psicológico que incide directamente sobre la psique de la víctima. En estos casos la conducta criminal se prolonga durante un período dilatado de tiempo. En un supuesto que planteamos anteriormente, en el que un empresario más allá de lo permitido por las normas laborales somete a sus operarios a un régimen particularmente duro de trabajo que termina causando en éstos estados de ansiedad o stress, será preciso que esas condiciones se den durante un largo período de tiempo. El tribunal debe entonces enjuiciar un estado de cosas, más que un comportamiento individualizado. La dificultad surge porque las acciones en sí mismo consideradas no representan gravedad suficiente para que pueda afirmarse que exceden del riesgo permitido, bien porque realmente el autor abusa de la ley, bien porque el exceso resulta insignificante y de acuerdo con la teoría de la adecuación social no puede imputarse objetivamente el resultado.

Para imputar objetivamente un resultado es preciso además que la acción que excede del riesgo permitido se haya realizado en la lesión del bien jurídico protegido. Es decir que la acción de lesionar sea la que provocó la lesión típica o, dicho en otros términos, que no exista una circunstancia sobrevenida y desconocida para el autor que impida la imputación y que pueda demostrarse la capacidad eficiente de la acción para producir el resultado. De nuevo tenemos aquí planteado un obstáculo para la correcta incriminación de las lesiones psíquicas que, a nuestro juicio, se debe al apego a las responsabilidades fácticas que presenta el conjunto de los institutos jurídico-penales. Demostrar para un perito-psiquiatra que no existen predisposiciones constitucionales en la personalidad determinantes de la enfermedad o la lesión psíquica, como demostrar que tras la acción no concurrieron otras circunstancias que hayan favorecido aquélla, es una labor particularmente compleja en la que con toda probabilidad no podrán hacerse afirmaciones categóricas y dar respuestas ciertas como las que requiere el sistema penal para fundamentar la responsabilidad. Basta tener en cuenta que la psiquiatría moderna como apuntábamos al principio renuncia a una idea estática de la salud mental y entiende que se trata de un concepto evolutivo y contextual que aparece diferente en cada momento de la biografía del sujeto.

Con estos postulados la responsabilidad penal por lesiones psíquicas seguirá planteando graves dificultades, como lo demuestra la escasa aplicación por los tribunales del delito de lesiones en estos supuestos. No es suficiente con una reformulación del bien jurídico protegido, como hemos tratado de demostrar. Tanto en el sistema penal como en la estructura típica aparecen elementos que no permiten idéntico tratamiento penal a lesiones -físicas y psíquicas- que, sin embargo, presentan la misma gravedad para quien las sufre. □

BIBLIOGRAFIA

1. Arroyo de las Heras/Muñoz Cuesta, Delito de lesiones. Pamplona 1993.
2. Bajo Fernandez, Manual de Derecho penal. Parte especial (Delitos contra las personas). Madrid 1986.
3. Berdugo y Gomez de la Torre, El delito de lesiones. Salamanca 1982.
4. el mismo. Las lesiones en la Propuesta de Anteproyecto. Doc. Jurídica. Madrid 1984.

5. Beristain Ipiña, Observaciones acerca de las lesiones en el Derecho penal español y comparado, en Rev. Gral. de Legislación y Jurisprudencia, 1971.
6. Bustos Ramirez, Manual de Derecho penal. Parte especial. Barcelona 1985. Cardona Llorens, Estudio médico-penal del delito de lesiones, Madrid 1988. Carrasco Gomez, Responsabilidad Médica y Psiquiátrica, Madrid 1989.
7. Cuello Contreras, La actualización del Código penal en materia de delitos y faltas contra la vida, la integridad de las personas y su puesta en peligro, en Poder Judicial, Madrid 1990.
8. Gisbert Calabuig, Medicina legal y Toxicología, Barcelona 1991.
9. Guallart de Vialla, La nueva protección penal de la integridad corporal y la salud, Madrid 1992.
10. Muñoz Conde, Derecho penal. Parte especial. Valencia 1994.
11. Quinero Olivares, Los delitos de lesiones a partir de la Ley Orgánica 3/89 de 21 de Junio, en Poder Judicial, Madrid 1990.
12. Rodriguez Mourullo, Derecho a la vida y a la integridad personal, Comentarios a la Legislación penal T. II. Madrid 1983.
13. Romeo Casabona, El médico ante el derecho, Madrid 1990.
14. Tamarit i Sumalla, La reforma de los delitos de lesiones, Barcelona 1990.
15. Suarez Rodriguez/Rubí Cid, La indicación terapéutica: De grave peligro para la salud psíquica de la embarazada, en Comentarios a la Legislación penal, T IX, Madrid 1989.

El daño psíquico en la Reforma del Código Penal.

Enrique Ruiz Vadillo ¹

El tema que voy a desarrollar ha de enmarcarse en la expresión amplia del Derecho penal que, como ha dicho el profesor Bacigalupo¹, forma parte de los mecanismos sociales que tienen por finalidad obtener determinados comportamientos individuales en la vida social. El Derecho penal contemplado desde esta perspectiva, cumple, junto con otros ordenamientos normativos, una función reparadora del equilibrio de un sistema social perturbado por el delito que entendido en el sentido más general de la expresión, será una forma del comportamiento desviado que se considera grave dentro de un sistema social y que es calificado como tal por órganos legislativos con competencia para ello. En resumen, cabe señalar que el Derecho penal forma parte del aparato de imposición, (Par sons), necesario para el mantenimiento de la estabilidad de una sociedad.

Centrándonos en nuestro tema hay que afirmar que la salud a la que se refiere el Código es, como señala el profesor Muñoz Conde², tanto la física como la psíquica porque el ataque a ella dirigido es la enfermedad.

El delito de lesiones constituye, sin duda, una de las infracciones más graves y al mismo tiempo más frecuentes. En este sentido el profesor Beristain³.

SU PROYECCION

La destrucción de la vida humana dicen Puig Peña y Ortiz Ricol⁴, puede tener lugar por medios materiales que pueden ser positivos y simples omisiones y morales, aunque no estén de acuerdo todos los tratadistas sobre la admisión de estos últimos medios pues mientras unos estiman que es indiferente el modo empleado a los efectos de la responsabilidad, otros niegan su relevancia, bien porque es muy difícil probar la voluntad homicida, bien por la imprecisión de la relación de causalidad.

El profesor Quintano Ripollés⁵, recuerda que se ha sostenido la posible y correcta calificación de homicidio moral, aunque como observó Cuello Calón, tal medio sea raro y difícil de prueba. Según el profesor Quintano Ripollés, la fórmula más acertada será la de la incriminación a título de dolo eventual cuando el agente haya previsto y aceptado el evento de muerte, (o de lesiones, añadido). A este respecto se cita una STS de 19 de junio de 1.880 que declaró la existencia de un homicidio en la muerte de una persona anciana a consecuencia del síncope padecido por la impresión que le causó la presencia y violencia de unos ladrones. A mi juicio tal resultado sería hoy muy difícil de sostener aunque, en cambio, si es per-

¹ Presidente de la Sala Segunda del Tribunal Supremo y del Instituto Europeo de España. Profesor Universitario. (España).

fectamente trasladable la idea, tanto en relación con el homicidio como con las lesiones, respecto de las torturas.

EL DAÑO PSÍQUICO

¿A qué nos referimos cuando hablamos del daño o lesión psíquica?. Las psicosis son todas las enfermedades mentales, (psíquicas) tanto orgánicas como funcionales. En las psicosis orgánicas se encuentran lesiones anatómicas más o menos evidentes, difusas y graves del cerebro, en las psicosis funcionales o anorgánicas (como por ejemplo, el histerismo) parece que no se ha descubierto la existencia de alteraciones cerebrales orgánicas. A su vez, las psicosis traumáticas son las consecutivas a golpes o fuertes contusiones, sobre la cabeza. Prescindimos ahora de la psicosis gravídica que es la que se produce por la gravidez de la mujer psíquicamente tarada y en la cual la alteración psíquica preexistente en forma latente, explota con carácter clínicamente evidente a consecuencia del estado de embarazo⁶, o creemos, de un traumatismo fuerte.

Debemos, pues, dar el nombre de psicosis a los procesos morbosos mentales que presentan innumerables síntomas y modalidades y ofrecen también gran variedad de pronósticos desde la simple melancolía o excitación hasta la epilepsia y la locura. Obedece a distintas causas y es en éstas donde debe buscarse el diagnóstico y la terapia⁷.

Cuando la psicosis es consecuencia de un acto doloso, (o culposo), acreditada la correspondiente relación de causalidad, existirá una infracción penal.

SOBRE EL PORQUE NO SE HA INCORPORADO EL DAÑO PSÍQUICO AL DELITO DE LESIONES

Es evidente que nunca ha quedado excluido de manera incondicionada tal daño al delito de lesiones. Lo que sucede no es otra cosa que para llevar a cabo la tipificación de la correspondiente conducta en cualquiera de los preceptos penales, las dificultades se multiplican, mucho más en el pasado que en el presente y estamos convencidos que mucho menos en el futuro.

Lo que ha sucedido, como acabamos de indicar es, en mi modesta opinión, que el problema se ha planteado no porque la lesión psíquica no entre dentro del concepto de daño a la persona, lo que es evidente, sino por los obstáculos técnicos que se presentan para afirmar su existencia en un primer lugar y después para determinar la relación de causalidad entre el hecho, (que también puede ser psicológico) y el resultado.

Acaso, por ello, los tribunales utilizando una exigencia del equilibrio propio del Derecho, que es también justicia, aún distinguiendo bien conceptualmente lo que es el daño psíquico en la imposibilidad, o grave dificultad de precisarlo y determinarlo han identificado, (lo que no es correcto, pero es una solución práctica) daño psíquico con daño moral, (el dolor, el insomnio, el estrés, la aversión hacia las personas del sexo masculino en determinadas agresiones sexuales, falta de apetito, carencia de estímulos para vivir, etc.).

Posiblemente ahora estamos en camino de avanzar en una específica concienciación por parte de los Peritos Médicos (dato esencial en la solución de este problema), y de los jueces en el sentido de que la lesión psíquica no quede comprendida en la construcción tan abstracta e indefinida como es el daño moral⁸, de tal manera que si se pudiera avanzar en este orden de cosas los contornos del daño moral quedarían especialmente reducidos. Por eso se dice

que la relatividad e imprecisión del concepto daño moral, su acientifismo e imposibilidad empírica de cientificación impide una exigencia judicial estricta en relación a su existencia y a su cuantificación económica.

El tribunal tiene que traducir un hecho generalmente tangible a un código ético, de una manera aproximativa, intuitiva y por tanto inexacta, en definitiva una solución pragmática muy alejada de la realidad científica. Por ejemplo, cuando a consecuencia de un hecho delictivo, doloso o culposo, ha de amputársele una pierna a la víctima, generalmente habrá un delito de lesiones, (en sentido tradicional) y un daño moral evidente. Otra cosa es que en determinadas personas por existir cierta predisposición a sufrir un lesión psíquica, la lesión física desencadena aquélla. Se dice que el compositor italiano Giuseppe Verdi, casado con la joven y bella hija de su protector Antonio Berezzi vio morir en un corto espacio a sus dos hijas pequeñas y luego a su esposa, sufrió una crisis de desesperación y de locura.

CARACTERES DEL DAÑO O LESION PSIQUICA

El daño psíquico se da preferentemente a nivel inconsciente. La destrucción de la personalidad conduce a trastornos mentales (la conducta) evaluables científicamente. Por el contrario, el daño moral tiene que ver más con una actitud consciente del sujeto e implica una percepción personal más de perjuicio que de sufrimiento que no es cuantificable.

Siguiendo el estudio psicopatológico de Alvarez, Varela y Greif de 1.992⁹, como esquema, podemos indicar lo siguiente:

1) El concepto de daño psíquico es relativamente reciente. Puede definirse como “la consecuencia traumática de un acontecimiento que es vivenciado como un ataque que desborda la tolerancia del sujeto que se instaura a nivel inconsciente por su grado de intensidad y la incapacidad del sujeto de responder de él por la desorganización de los mecanismos defensivos, derivando en trastornos de características patológicas que se mantienen por un tiempo indeterminado que pueden o no ser reversibles”. Si nos remitimos al concepto dinámico podemos señalar que se caracteriza por un aflujo excesivo de excitaciones en relación con la tolerancia del sujeto y su capacidad de controlar y elaborar psíquicamente dichas excitaciones (Laplanche y Pontalis).

Como ya indicamos, la ley penal no desconoció la lesión psíquica. Así cuando antes se decía “si de resultas de las lesiones quedara el ofendido imbecil, impotente o ciego”. El término imbecilidad, dice Martínez-Pereda¹⁰, es poco correcto porque con tal palabra se designa un estado congénito o adquirido que supone una de las clases de la oligofrenia. En este sentido la STS de 13 de diciembre de 1.971 destacó que tal expresión no puede tomarse en un sentido meramente estricto, sino comprensivo de cualquier clase de perturbación mental, lo que se repite en la STS de 28 de marzo de 1.974.

La STS 8 de mayo de 1.990 dice: Es común opinión la de que la subsistencia del término “imbecilidad”, (sustituido por el más preciso y general de oligofrenia) no obedece a razones técnico-científicas sino a cierta inercia de los reformadores del Código quedando comprendidas bajo el indicado término todos los estados de afección mental por pérdida de facultades de tal índole que revistan cierta entidad y ofrezcan carácter permanente pues la perturbación mental permanente es tal vez la lesión más grave que se puede producir en una persona.

2) Todo lo que tiene que ver con la “psiquis” de un sujeto pasa por un tamiz médico-legal que debe evitar las confusiones entre los conceptos de las perturbaciones en el aspecto psicológico y las verdaderas lesiones psíquicas.

En este sentido creemos que el papel de los Médicos Forenses es realmente decisivo para lo cual es absolutamente indispensable que dispongan de medios personales y técnicos imprescindibles para realizar su difícil tarea.

3) El daño psíquico debe ser mirado desde una visión estructural y dinámica de la personalidad.

4) Desde una perspectiva homeostática se entiende como una excitación que sobre pasa los límites de la tolerancia. Como es sabido la homeostasis es la tendencia que tiene el organismo a mantener constantes su estado y su composición interna dentro de ciertos límites.

5) El resarcimiento, al que más adelante nos referiremos con una relativamente mayor profundidad, dicen los autores citados, tiene que valorar tanto los daños físicos sufridos por el sujeto como los daños psíquicos, sin que uno excluya al otro ni tenga preponderancia ya que no se puede olvidar que cuando se produce un daño en la salud del sujeto. Este concepto de salud engloba tanto lo físico como lo psíquico, entendiendo a la persona humana como una unidad.

EL BIEN JURIDICO PROTEGIDO

Como dicen los profesores Carbonell y Gonzalez Cussac¹¹, en este tipo de delitos se protege la salud de las personas, tanto física como psíquica. La integridad corporal a la que se refiere un sector doctrinal y en parte la literalidad de algún artículo, no puede constituir un objeto de tutela en la medida que se trata de un bien instrumental, que forma parte de la salud pero que, en determinados supuestos, puede resultar contraria, como pone de relieve Octavio de Toledo, baste pensar en las intervenciones quirúrgicas que consisten en la extirpación de un órgano o miembro que quebranta la salud: desde las amígdalas a un tumor canceroso pasando por una pierna gangrenada.

Alvarez, Varela y Greif ya citados, manifiestan en la misma dirección que es bien conocido que, por ejemplo, en los delitos contra la integridad corporal el bien jurídico protegido es la salud entendida ésta en su doble acepción física y psíquica. Sin embargo, añaden, ni en estos ni en la victimización sexual, ni menos aún en otros delitos se está tomando en cuenta el sufrimiento emocional, las secuelas psíquicas ni las repercusiones sociales ni en el estilo de vida, generadas por el hecho. El Médico Forense no lo percibe al señalar el plazo de curación, entendiendo por curación la “restitutio in íntegrum”, ni actualmente, cuando dictaminan en virtud del nuevo articulado del Código Penal sobre el número de asistencias o la necesidad del tratamiento médico, (que puede ser psiquiátrico o psicológico), ni cuando manifiesta que la curación se verificó “sin quedar defecto ni deformidad” y esto sucede habitualmente, salvo casos extraordinarios, por lo que el juez y el Ministerio Fiscal no lo tienen en cuenta aun cuando el daño psíquico (incluso una vez curadas las lesiones físicas) se haya prolongado durante largo tiempo o hayan dejado estigmas indelebles. Nos atrevemos a afirmar, dicen, sin ningún lugar a dudas que muchas veces las víctimas que son dadas por curadas presentan una depresión reactiva, un trastorno fóbico postraumático o un franco SEPT.

Se perpetúa así, añaden, un modelo médico demasiado radical y reduccionista. No existe concienciación, ni siquiera en las propias víctimas o sus letrados de que la salud, bien

constitucionalmente protegido, no consiste en la “mera ausencia de enfermedad”, sino como advierte la OMS en el bienestar personal en toda su amplitud.

CODIGO PENAL

El art. 418 del CP dice: El que de propósito mutilare o inutilizare a otro de un órgano o miembro principal, le privare de la vista o del oído, le causare la anulación o una grave limitación de su aptitud laboral, una grave enfermedad somática o una incapacidad mental incurable, será castigado con la pena de reclusión menor (que discurre entre los doce años y un día a veinte años).

En este tipo de lesiones, dicen los profesores Rodríguez Devesa y Serrano Gómez¹², (la enfermedad psíquica afecta a lo anímico y mental, por lo que con frecuencia habrá que acudir a la Psiquiatría), sólo cabe el dolo directo, y en ello está de acuerdo la doctrina científica y jurisprudencial, y no es desde luego posible la comisión culposa. Por capacidad mental hay que entender el talento, la disposición mental para comprender. Incapaz es el que carece de talento. El Código penal hace referencia a una incapacidad mental incurable sin especificar, como lo hace en otros supuestos, que sea grave. Sin embargo, entienden, teniendo en cuenta la pena que es muy elevada (sin duda el principio de proporcionalidad inherente al valor justicia; art. 1.1 CE), la incapacidad mental habrá de ser de tal entidad que el sujeto quede en una situación muy alejada de poder hacer vida normal, así como impedido para cualquier profesión u oficio. En la práctica, dicen, surgirán serias dificultades para determinar cual será la incapacidad mental que se tipifica en el citado art. 418 del Código penal¹³.

Art. 420: El que, por cualquier medio o procedimiento causare a otro una lesión que menoscabe su integridad corporal o su salud física o mental será castigado con la pena de prisión menor, siempre que las lesiones requieran para su sanidad, además de una primera asistencia facultativa, tratamiento médico o quirúrgico...

Art. 421: Las lesiones del artículo anterior serán castigadas con las penas de prisión menor en sus grados medio a máximo:... 2º Si como resultado de las lesiones el ofendido hubiere quedado impotente, estéril o deforme o con una enfermedad somática o psíquica incurable o hubiere sufrido la pérdida de un miembro, órgano sentido o quedado impedido de él...

Dice el profesor Muñoz Conde¹⁴, que el tipo básico del delito de lesiones previsto en el art. 420 CP consiste en causar a una persona una lesión que menoscabe su integridad corporal o su salud física o mental... Por supuesto, añade, que también n puede tener la concepción de tratamiento; las medidas dietéticas de higiene o reposo, sobretudo estas últimas en lo que se refiere al tratamiento psiquiátrico incluyendo en él, el psicológico y el psicoanalítico. Una cura de sueño o un reposo absoluto pueden ser tan necesarios o más que una medicación para restablecer el equilibrio físico o psíquico; la prescripción de un tranquilizante para paliar un momentáneo ataque de nervios no dejará de ser, sin embargo una primera asistencia facultativa.

El restringido alcance que de las lesiones tenía un fallo muy citado de 20 de diciembre de 1.921 al hablar de “daño corporal causado violentamente y consistente en herida, erosión, equimosis o contusión” debe entenderse ampliado, dicen Puig Peña y Ortiz Ricol¹⁵, a los daños causados en la salud mental pues la pérdida o disminución de nuestra capacidad psí-

quica o de alguna de sus facultades hay que integrarlas dentro de aquel concepto. (STS de 2 de junio 1.956 y 30 junio 1.981)¹⁶.

El profesor Echeburúa Odriozola¹⁷, dice: El Derecho penal ha prestado una atención especial a las lesiones físicas de la víctima y sólo más recientemente se ha incluido el daño psíquico como lesión jurídica. De ahí que sea de interés el conocimiento de las reacciones y secuelas emocionales que acompañan a muchas personas, -en su mayoría mujeres y niños- a lo largo de años de sus vidas¹⁸.

En la violación, dice Echeburúa, se aúna un acto sexual junto a una acción de humillación y violencia (sólo se denuncian 1 ó 2, de cada 10) debido a la desconfianza respecto del trato y eficacia de la policía y del sistema judicial, el temor a represalias por parte del violador y a la reacción de miedo y al grado de confusión que suscita la vivencia inmediata de la agresión sexual y que puede persistir, incluso con mayor intensidad, horas después de la agresión. La ausencia (parcial) de denuncias en ese ámbito, es especialmente preocupante porque se le alienta al agresor en su conducta, se le crea una cierta sensación de impunidad y aumenta la probabilidad de ocurrencia de nuevas conductas de agresión en el futuro.

JURISPRUDENCIA DEL TRIBUNAL SUPREMO

Vamos a citar dos sentencias del TS que pueden servirnos para continuar con el estudio de este importante problema:

S. 30 octubre de 1.994: El delito de lesiones es eminentemente de resultado y no de peligro por lo que es necesario acreditar unos daños psíquicos que tienen que ir más allá de las simples carencias o desfases sociales y superar los meros desajustes afectivos o emocionales. El intento de moldear, condicionar, disciplinar y reprimir a los niños se da en todas las culturas y épocas históricas y ha producido efectos muy variables y heterogéneos sobre su personalidad y sobre sus posibilidades de adaptación al medio en que viven. Las consecuencias son distintas si el espacio social en que se desenvuelven responde a parámetros autoritarios que propician una evolución basada en una cierta rigidez dogmática o si, por el contrario, el niño vive en una sociedad abierta y libre. Por ello, los jueces no pueden entrar en el santuario de las creencias personales, salvo cuando los comportamientos externos que tienen su origen en una determinada ideología incidan negativamente sobre bienes jurídicos protegidos. En el marco de las relaciones paterno-filiales existe una posibilidad intervencionista por parte del Derecho que permite adoptar decisiones correctoras de una relación personal indeseable y perjudicial para los intereses del niño, pero el Derecho penal sigue siendo la última línea de actuación y sólo está justificada cuando existe un daño efectivo y real. La dañosidad social e incluso individual de una conducta no puede por sí sola, fundamentar la necesidad de la pena. Una conducta moralmente rechazable y éticamente desaconsejable merecen, sin duda, un reproche social pero el castigo penal sólo está justificado cuando las conductas inciden directamente sobre los bienes jurídicos específicamente tutelados, previa su tipificación delictiva.

La misma sentencia dice lo siguiente: El tipo básico que recoge el art. 420 CP extiende la protección penal a la salud mental, ampliando el espectro tradicionalmente reservado para las lesiones que mutilan, inutilizan o menoscaban la integridad corporal. La penalidad se agrava en el art. 421 CP cuando el ofendido hubiere quedado con una enfermedad psíquica incurable reservando la acentuación de la pena solamente para los casos en que la terapia y

asistencia psiquiátrica no sean capaces de corregir el desajuste mental. Para el jurista y, sobre todo, para el Derecho penal lo que verdaderamente interesa es la posibilidad de concretar y objetivar los rastros y síntomas de la enfermedad mental ya que el sistema punitivo exige una rigurosa determinación de las bases materiales sobre las que construir la figura típica y justificar la sanción penal. Ahora bien, no es suficiente con la constatación del elemento objetivo del tipo, es necesario que se demuestre, además, la consecuencia de un inequívoco ánimo lesivo, insustituible para integrar la figura delictiva.

Desde este punto de vista nos preguntamos qué sucederá cuando el enfermo en el uso de su libertad no quiera someterse a un cierto tratamiento psiquiátrico, debiéndose distinguir, a mi juicio, entre fundado temor a las correspondientes consecuencias y los demás casos.

STS 22 noviembre 1.994: La jurisprudencia ante la indeterminación legal del concepto de "tratamiento médico" pondera las graves dificultades que ello conlleva e intenta buscar el justo equilibrio para, sin falsear la expresión legal, evitar una excesiva extensión del tipo del art. 420 CP siempre proscrita en el área penal diferenciando adecuada y proporcionalmente en de la infracción venial prevista en el art. 582 CP reconduciendo el tratamiento médico a lo que implique una intervención médica activa, destinada a curar o sanar la lesión o enfermedad originada o por lo menos, intentarlo, por lo que las conductas médicas consistentes en simples cautelas o medidas de prevención, -pruebas radiológicas, observaciones simples que no conllevan intervenciones corporales, inmovilizaciones de miembros, etc.- no constituyen "tratamiento" dado que de lo contrario se conculcaría la seguridad jurídica y se daría una desmesurada extensión al tipo y dependería de las mayores o menores exigencias del facultativo en torno a las prevenciones u observaciones que estimara oportuno practicar. (v. SSTs de 6 de febrero de 14 de octubre de 1.993).

Doctrina ésta que es de aplicación a las lesiones o daños psiquiátricos o psíquicos y acaso con mayor razón que en los demás supuestos.

También debemos citar la STS de 23 de febrero de 1.991: se echaba en falta la condena por el delito de lesiones graves del art. 420.3 (anterior a la reforma del CP de 1.989) consistente en haber resultado la víctima enferma por más de 90 días a causa de los maltratos y vejaciones a que fue sometida por el agresor a lo largo del tiempo que la tuvo sujeta a sus designios, recurso, se dice, que debe ser estimado en toda su integridad, pues comprendiéndose en dicho precepto todas aquellas alteraciones que natural o provocadamente causen daño o detrimento motivado por herida o golpe y también la enfermedad o menoscabo de la salud del sujeto pasivo que disminuye durante cierto tiempo su capacidad fisiológica, no es posible dudar en este caso que el sujeto activo cometió la infracción delictiva de la que fue absuelto de modo incorrecto ya que, según el tribunal sentenciador, la víctima quedó afectada por una neurosis con fuertes trastornos de la personalidad, a consecuencia del estrés físico a que se vio constreñida por parte del recurrido que le fue detectada en 24 de marzo de 1.986 y que subsistía aún el 18 de noviembre de 1.987 y que aún siendo reversible, requería un tratamiento psiquiátrico o psicoterapéutico y psicofarmacológico para lograr su plena adaptación social, lo que configura el tipo punible aludido y la necesidad de revocar el fallo de instancia en tal extremo, sin que obste a ello el que en la etiología de los trastornos que sufre la víctima hayan intervenido factores predisponentes constitucionales porque, como esta Sala ha podido constatar con el examen que ha hecho de la causa en uso de la autoriza-

ción que le confiere el art. 899 LECrim. sin aquel estrés no se hubiesen producido los mismos, o hubiesen sido considerablemente más débiles.

ASISTENCIA MEDICA Y TRATAMIENTO

El Código penal en su versión actual parte de una separación: si hubo una asistencia médica pero no un tratamiento médico o quirúrgico estamos en presencia de una falta (art. 582 CP), existiendo dicho tratamiento hay delito (art. 420 CP) todo ello con independencia de la consideración directa de infracción delictiva de los supuestos comprendidos en el art. 421 de dicho cuerpo legal, tesis sobre la que tengo algunas reservas.

La STS 7889/1.994, de 19 de abril dice lo siguiente: 1º. Con carácter general hay que indicar que la reforma llevada a cabo por la LO 3/89 de 21 de junio, no fue muy afortunada cuando trató de adecuar esos preceptos a la idea culpabilística que para los delitos en general estableció la reforma de 1.983 ya que después de ella, los delitos de lesiones continuaron tipificados por el resultado producido y de ahí que las normas vigentes parecen basar la inculpación más o menos gravosa, no en el resultado sino en la intencionalidad del autor. Pero para ello crea un sistema que creemos poco adecuado e incluso contradictorio con esa finalidad cual es objetivar el dolo como concepto puramente subjetivo a través principalmente de dos hechos, uno, concomitante y otro posterior a la acción, cuales son el arma empleada y el número de asistencias facultativas necesarias para la curación. Ello, dicho sea con todos los respetos, nos parece ilógico por monolítico o “encorsetado” ya que esa intencionalidad o dolo directo debe dejarse siempre al juzgador en su interpretación del caso concreto, igual que se deja la distinción entre el homicidio frustrado y las simples lesiones, según exista el animus necandi o el animus laedendi. 2º. Con independencia de ello, se aprecia un verdadero paralelismo entre los dos preceptos aquí sometidos a debate, el art. 421 y el 582 CP, pues mientras el primero especifica que existen lesiones graves cuando se emplean o utilizan armas, instrumentos u objetos susceptibles de causar graves daños en la integridad del lesionado, el segundo incide no en la gravedad de las heridas, pero sí en el empleo de esos medios cuando nos dice que “por cualquier medio o procedimiento” causase a otro una lesión. Esta coincidencia o paralelismo produce casi una tipificación antitética y muy difícil de solucionar en su interpretación normativa, a no ser en base hermenéutica de lo que a continuación se dirá. 3º. Para dar solución al problema hemos de partir de estas dos bases: a) Hay que tener en cuenta que el art. 421 1º carece en sí mismo de independencia normativa en cuanto, con carácter primario, se remite a la naturaleza de las lesiones descritas en el art. 420 cuando aquél, en su inicio dice: “las lesiones del artículo anterior” y esas, se concretan sin necesitar para su curación “además de una primera asistencia facultativa, tratamiento médico o quirúrgico”. Es decir, si tal no se da (este tratamiento), no puede hablarse de delito, sino de simple falta y por ende no cabe aplicarse, según se pretende, este tipo agravado del art. 421. b) En cualquier caso, y aunque esta interpretación que brevemente hemos ofrecido pudiera causar algún tipo de dudas, no cabe olvidar que la misma es la más favorable al inculpado.

En mi modesta opinión esta es la solución más correcta desde el punto de vista de los grandes principios, como lo demuestra que el Proyecto de Código penal de 1.994 ha variado el sistema y ha independizado el contenido del actual art. 421 respecto del art. 420.

La STS 1200/1.994, de 2 de junio plantea el mismo problema, hace referencia al Pleno de la Sala celebrado el 17 de mayo de ese mismo año y mantiene una tesis distinta estimando como corrección al sistema general que se patrocina que “sólo en los casos en que la desproporción entre el hecho y la pena sea notoria podría considerarse que la acción enjuiciada no se adecua al tipo del art. 421, ni satisface el fin de la norma encarnada en el mismo, dejando de aplicar tal precepto por razones de tipicidad y pasando a castigar el hecho conforme al art. 582”, solución inteligente pero que, en mi modesta opinión, introduce un factor de inseguridad importante. (v. S. 1.262/94 de 14 de junio sobre robo con lesiones, que plantea los temas de tratamiento médico o quirúrgico y el de lesiones-falta). Nos remitimos también a las importantes sentencias 1.461/1.991, de 8 de julio y 1.329/1.994 de 24 de junio.

El tema del tratamiento médico o quirúrgico (es obvio que el tratamiento psiquiátrico o psicológico es tratamiento médico a estos efectos) ha sido objeto de estudio minucioso por la jurisprudencia del Tribunal Supremo. Ya hemos hecho referencia al problema de lo que sucede cuando sin tratamiento médico o quirúrgico (o psiquiátrico repetimos), el hecho es incluíble en el art. 421 (v. también STS 679/1.994, de 24 de marzo) y ahora vamos a examinar brevemente el tema específico del tratamiento cuya doctrina, insistimos una vez más, es trasladable al tratamiento psiquiátrico y/o psicológico.

El concepto de tratamiento médico que exige el art. 420 CP como agregado a la primera asistencia, para que unas lesiones sean constitutivas de delito y no de falta, es un concepto normático cuyo contenido ha de llenar el juzgador en su función de integración de las normas. En tal sentido debe entenderse por tratamiento toda actividad posterior a la primera asistencia (“además”, dice el precepto) tendente a la sanidad de las lesiones y prescrita por un médico o, como dice la S. de 6 de febrero de 1.993, “aquel sistema que se utiliza para curar una enfermedad o para tratar de reducir sus consecuencias si no es curable”. Es indiferente que aquella actividad la realice directamente un médico, vigilando y estableciendo personalmente las pautas del tratamiento en el curso del período de sanidad de las lesiones, como que se encomiende su ejecución a un auxiliar sanitario (así inyecciones por vía venosa o actividades de cambios de cura, vendajes, aplicación de desinfectantes o antiinflamatorios, etc.) o se imponga al propio paciente (receta de medicinas con una pauta de administración que ha de seguir el mismo, tratamientos tópicos con pomadas o líquidos o seguimiento de una conducta como guardar cama, reposo de un miembro, etc.). El último acto de control o comprobación del éxito del tratamiento no deja de ser una actitud médica complementaria de aquél y de la determinación de la conveniencia o necesidad de su continuación o interrupción para el logro de la sanidad. El argumento de que según la pauta curativa que el médico señale no constituye tratamiento cuando sea el propio enfermo el que administre las medicinas u observe el reposo, es algo tan arbitrario como el hacer depender el carácter delictivo o no de las lesiones de la elección aleatoria de una medicación oral o a administrar por vía parenteral, que podría devenir, incluso, de la elección de una de las varias presentaciones en que puede ofrecerse un mismo fármaco. En cuanto la actividad o sistema curativo venga determinado por un facultativo como conducta a seguir tras la primera asistencia encaminada a lograr la sanidad, nos encontramos ante un tratamiento de la lesión, impuesta por un médico y agregado como un “plus” a la primera asistencia, dándose así el elemento típico del art. 420 CP. Sólo los casos de medidas puramente preventivas caen fuera del concep-

to normativo de "tratamiento" pero fuera de ellas toda lesión que requiere una intervención activa de un sistema a seguir impuesto por un médico con fines curativos o una medida quirúrgica con igual fin constituye una lesión sometida a tratamiento médico o quirúrgico. Que es lo que ocurre con las lesiones de autos, -fractura de costillas- que además de la primera asistencia de reducción y fijación de la fractura, exigieron para su curación, por prescripción médica, una conducta específica del paciente, el reposo y un sometimiento a una medicación o ingesta de fármacos varios y una última comprobación médica de la consolidación de tales fracturas, estableciendo la sanidad definitiva. (Sobre este tema pueden consultarse las sentencias 1.147/94, de 3 de julio, 1.492/1.994, de 14 de julio, 1.260/1.994, de 14 de julio, 425/1.994, de 2 de marzo y 1.443/1.993, de 18 de junio, entre otras muchas).

En este mismo orden de cosas, la STS de 28 de febrero de 1992 dice: A estos efectos parece claro que el legislador quiso degradar a la naturaleza de faltas aquellas lesiones que sólo necesitan la primera asistencia y considerar como delito, todas las que superan esa asistencia y hacen necesario un tratamiento médico posterior o una intervención quirúrgica. En cada caso concreto la naturaleza de la lesión aconsejará o exigirá un tratamiento médico o una intervención quirúrgica y corresponde a los facultativos expresar claramente en sus diagnósticos si una persona necesita un posterior tratamiento o si la intervención ha tenido un carácter quirúrgico que difícilmente podrá curar en un solo día. Tratamiento significa tanto la acción prolongada más allá del primer acto médico y supone una reiteración de cuidados que se continúa por dos o más sesiones hasta la curación total. La acción quirúrgica exigirá siempre un tratamiento reparador del cuerpo para restañar o corregir cualquier alteración funcional u orgánica producida como consecuencia de la agresión. Cualquier operación que necesite la cirugía reparadora y que suponga la necesidad de aplicar puntos de sutura, es y constituye tratamiento quirúrgico que impediría su inclusión en el artículo de las faltas.

Por otra parte, como dice la S. 1015/1993 de 4 de mayo, se haya prestado o no el tratamiento médico-quirúrgico, lo que se precisa determinar a posteriori, es si dicha actividad sanitaria, si tal ulterior asistencia, añadida o diferenciada de la primera, era precisa en atención a las lesiones causadas y si debiera estimarse causalmente necesaria para obtener la sanidad, aunque la curación se haya obtenido sin ella. Por el contrario, aunque se practiquen ulteriores tratamientos, posteriores y diferentes de la primera asistencia facultativa, no pueden computarse para estimar delictiva la conducta agresiva, si los mismos se reputan como arbitrarios, caprichosos o innecesarios. Esta doctrina ha sido ya recogida por la jurisprudencia de la Sala (SS 28 de febrero y 3 de diciembre de 1992 y 6 de febrero de 1993). Como probado ha explicitado que a más de la primera asistencia prestada el mismo día de la agresión, existió un tratamiento médico, no cabe duda que se ha aplicado correctamente el art. 420.1 CP y ello comportó como consecuencia la tipificación delictiva del núm. 4º del art. 501 del mismo texto legal -robo acompañado de lesiones del art 420.1 citado-, cuya pena debe imponerse necesariamente en grado máximo por el uso de armas y otros medios peligrosos, entendiéndose por tal locución no sólo su empleo o utilización, como ocurre en este caso, sino su mera exhibición conminatoria (SS por todas de 18 de diciembre de 1986 y 14 de diciembre de 1988)¹⁹.

OTRAS CONSIDERACIONES

Los problemas que la nueva redacción del Código penal está planteando son muchos y de difícil solución. A mi juicio el propósito fue muy bueno pero, acaso, no se corresponda esta magnífica finalidad con el resultado obtenido.

Causar la anulación o una grave limitación de la aptitud laboral es un concepto nuevo que no debió, a nuestro juicio, introducirse porque es perturbador aunque es obvio que si la lesión psíquica impide el trabajo, habrá delito del art. 418 del CP. En definitiva se trata de saber cuándo existe una grave enfermedad somática o psíquica o una incapacidad mental incurable. Los comentaristas del Código penal de Colex²⁰, señalan que la vaguedad a la hora de describir esta variedad de acciones y resultados queda explicada por el propósito del legislador en este punto, tal como aparece desvelado en la Exposición de motivos, de sustituir el viejo y combatido criterio de incriminación en base a la cuantía del resultado lesivo por otras más orientadas a los modos de la acción.

Aunque luego hablaremos de la relación de causalidad podemos anticipar con la S. 23 de abril de 1992 (del llamado síndrome tóxico), que los tipos penales de lesiones requieren la causalidad misma en el caso concreto y que hay que admitir por tal cuando se ha logrado la obtención de la nota de probabilidad propia de las ciencias del espíritu que recoge la S. de 12 de mayo de 1986 por tratarse de una relación simple y sencilla.

En este tipo de lesiones se exige el dolo específica tendente a menoscabar la integridad corporal o la salud física o mental de la víctima y cabe el dolo eventual (SS 4 de marzo de 1986 y 6 de abril de 1988, entre otras muchas).

Como dice Martínez-Pereda²¹, las críticas al legislador en este punto (grave enfermedad somática o psíquica o incapacidad mental incurable) han sido muy numerosas, pues la fórmula utilizada no supone sino una repetición de la integridad física o psíquica o protección global de la salud. Además, se ha destacado la descoordinación con el tipo del artículo 421.2, pues en éste se exige que la enfermedad somática o psíquica fuera "incurable" y la gravedad no supone tal característica²². En este mismo orden de cosas, Tamarit Sumalla²³ a puesto de relieve que el criterio de la gravedad, sobretudo en la enfermedad psíquica genera mucha inseguridad jurídica y ello sin contar con que la calificación de grave no es, dentro de los pronósticos médicos, la última, pues por encima se encuentra la de muy grave. Estas imprecisiones, ante la vaguedad de los términos usados por el legislador, permiten pronosticar, dice, que la jurisprudencia volverá al método casuístico y que utilizará el modelo que siguió la Sentencia de 2 de febrero de 1.976, entendiendo "grave" la enfermedad que requiere un largo proceso de curación, con lo cual bien podemos decir que después de la reforma de la Ley Orgánica 3/89 estamos donde estábamos.

Señala Martínez Pereda que difícil será precisar cuándo estamos ante una incapacidad mental y cuándo esta reviste carácter incurable. En cuanto a lo primero, por capacidad debe entenderse referida al talento a la disposición mental para comprender, siendo incapaz el carente de tal disposición. Este concepto no debe hacerse coincidir con el de capacidad civil pero sí con el de enajenación del núm. 1 del art. 8º del CP.

Desde otro punto de vista es incuestionable que cabe en este tipo de lesiones psíquicas la comisión por omisión. La STS 31 de octubre de 1.991 dice: Se fundamenta el recurso interpuesto por el Ministerio Fiscal en la falta de apreciación por el Tribunal de Instancia de la conducta de la procesada como coautora por omisión del delito de lesiones del nº 4 y párra-

fo último del art. 420 CP (en su anterior redacción), y que fue causado materialmente por el otro procesado y cónyuge, ya que conociendo que éste hacía objeto de malos tratos en forma persistente a su hija de 3 años de edad, "al menos desde aproximadamente un mes" toleró los mismos y no los evitó como era su obligación de madre. La conducta omisiva de la coprocesada absuelta reviste eficacia causal con el resultado producido, lesiones sufridas por la hija de 3 años, de tal entidad que precisaron su hospitalización con sesenta días de duración y secuelas psíquicas por no haber evitado e impedido el continuo maltrato realizado por su cónyuge sobre la menor, de haber actuado, hubiera evitado la producción de las más graves. Se ha producido en la conducta de la procesada la ausencia de la acción esperada y exigible dentro de un comportamiento humano y socialmente relevante, habida cuenta que como madre de una menor de tres años a la sazón, aparecía como garante de la evitación del resultado. La fuente de este deber jurídico de obrar pueden nacer de la Ley, del contrato o de un actuar peligroso precedente. En el caso enjuiciado, la responsabilidad por la omisión arranca de su carácter de madre de la niña de tres años, cuyos deberes positivos de protección y cuidado derivan no sólo de la propia naturaleza fundada en el hecho biológico de la maternidad (deber moral), sino en su traducción en exigencias normativas (deber legal). El Código civil impone a los padres el velar por los hijos menores (art. 154.1) y permite a los progenitores recabar incluso el auxilio de la autoridad, en su caso, para dicho cumplimiento. Por tal concepto debe entenderse el de cuidar solícitamente a los hijos, evitándoles cualquier mal o perjuicio y, entre ellos y como más graves, las posibles agresiones sexuales o maltratos que puedan sufrir por actuaciones desalmadas de terceros. Tal actitud omisiva, cuando por su condición de madre se encontraba obligada a actuar velando por la salud e integridad de la hija, de la que se hallaba constituida en garante por mandato real, la constituye en coautora del delito de lesiones por el que fue procesada y acusada por el Ministerio Fiscal en la categoría de cooperadora necesaria del núm. 3º del art. 14 del CP, porque con su intervención, con la actuación omitiva, hubiera evitado el resultado lesivo para la menor.

RELACION DE CAUSALIDAD E IMPUTACION OBJETIVA

Dice el profesor Muñoz Conde²⁴, que en los delitos de resultados (homicidio, daños, lesiones, etc.), entre la acción y el resultado debe mediar una relación de causalidad, es decir, una relación que permita ya en el ámbito objetivo, la imputación del resultado producido al autor de la conducta que lo ha causado. Ello naturalmente sin perjuicio de exigir después la presencia de otros elementos, a efectos de deducir una responsabilidad. La relación de causalidad entre acción y resultado y la imputación objetiva del resultado al autor de la acción que lo ha causado son, por tanto, el presupuesto mínimo para exigir una responsabilidad en los delitos de resultado por el resultado producido.

Sin duda, aquí está la mayor dificultad cuando se trata de lesiones psíquicas. Comprobada por los medios oportunos la presencia de una anomalía psíquica de una persona sobre la que se ha realizado una determinada agresión por medios físicos o psíquicos, es imprescindible constatar si esta anomalía es consecuencia directa y eficiente de la acción. Si por una parte es difícil de determinar la lesión o daño psíquico todavía me imagino que lo será más precisar su etiología afirmando que un determinado comportamiento doloso o culposo fue la causa determinante de aquélla o de su agravación notoria.

Por ello quiero expresamente someter a la superior consideración de cuantos hayan reflexionado o vayan a hacerlo sobre tan importante problema, la necesidad de buscar unos criterios todo lo precisos que sea posible para fijar estas relaciones de causalidad. Por ejemplo, a consecuencia de maltratos de obra y de palabra continuados pienso que puede nacer una lesión psíquica y lo mismo sucede con los actos de brutalidad (v. S de 30 de abril de 1.991 en la que se contemplaba un supuesto en el que se había obligado a la víctima a la introducción por el ano de unos tubos) y en los supuestos de tortura y aún sin ella en los casos de secuestros así como en los casos de violación (cuanto más diversificada y continuada, más, a ello ya hicimos referencia) o de determinadas agresiones sexuales, detenciones ilegales, toma de rehenes, etc.

VALORACION DEL DAÑO O LESION PSIQUICA

Aquí deberíamos incorporar toda la teoría general de la victimología afortunadamente tan en el primer plano de actualidad²⁵, pero ha de bastar con una referencia a los tratados y monografías que cada lector prefiera.

Pero, acaso, no esté de más recoger las conclusiones más importantes de un Estudio dirigido por el profesor José Luis de la Cuesta Arzamendi que el profesor Beristain cita y analiza. Se trata de un trabajo realizado por Miguel Angel Soria y Angel Rincón Gascón²⁶, en el que se examinan los efectos psicológicos del delito: trastornos del sueño: 5,9%; pérdida de apetito: 3,8%; quejas físicas: 5,4%; ansiedad y desconfianza: 14,5%; desconfianza: 24,2%; pasividad: 6,5%; autoinculpación: 13,3% y no afectación: 10,7%. En este Estudio se observa que los sentimientos de las víctimas en el momento mismo de la agresión fueron, sobre todo, de impotencia, rabia y enfado (30 casos, 40%), miedo, susto, nervios, angustia (30 casos, 40%). Después de la agresión en 29 casos (38,6%) continuaron nerviosos, con miedo, susto, angustia, indefensión, inseguridad, intranquilidad y se mantuvo el sentimiento de impotencia, rabia, enfado en 16 casos (21,3%). Diez víctimas (13,3%) indicaron que se sentían mal, fatal.²⁷

Como vemos hay un campo muy amplio todavía no suficientemente explorado en el que la Ciencia tiene todavía mucho que decir y el Derecho penal mucho que tomar en consideración. En este sentido, el profesor Landrove²⁸ examina la consideración del comportamiento de la víctima en la teoría jurídica del delito con interesantes observaciones doctrinales y jurisprudenciales sobre la víctima-dogmática distinguiendo entre la consideración del comportamiento de la víctima en la determinación judicial de la penal del autor (postura mayoritaria) y la consideración de la víctima como fundamento de una eventual exención de responsabilidad del autor (postura minoritaria).

Como dice el profesor Echeburúa²⁹, la victimización (el hecho de ser víctima de un delito) puede causar unas repercusiones psicológicas muy negativas en la estabilidad emocional de las personas afectadas, especialmente en el caso de víctimas de agresiones sexuales. De hecho, el desarrollo del estrés postraumático como consecuencia de cualquier delito lo experimenta el 25% de todas las víctimas, pero este porcentaje puede ascender hasta el 50/60% en el caso de mujeres agredidas sexualmente. Algunos factores ocasionan el trastorno, sigue diciendo, con mucha mayor frecuencia (la tortura, los secuestros, las agresiones sexuales) como ya pusimos de relieve. El tipo de síntomas asociado al estrés postraumático, dice el

mismo autor, puede ser variable de unas personas a otras, pero hay tres aspectos nucleares que en mayor o menor medida se repiten de forma constante: reexperimentación intensa de la agresión sufrida, evitación conductual y cognitiva de los estímulos asociados al hecho traumático, el aumento persistente de la actuación psicofisiológica con estas consecuencias: pérdida de interés generalizada y embotamiento afectivo.

LA DETERMINACION CUANTITATIVA ECONOMICA DEL DAÑO PSIQUICO

La Orden ministerial de 5 de marzo de 1.991 (posteriormente actualizada para tener en cuenta los índices de precios al consumo (IPC)), así como los Estudios que SEAIDA llevó a cabo en el mismo sentido³⁰.

La citada disposición legal recoge indemnizaciones en la forma que en ella se establece, por las siguientes secuelas psiquiátricas: Neurosis postraumática (5-15 puntos), Psicosis postraumática y Psicosis maniaco-depresiva (30-40 puntos), Síndrome depresivo postraumático (5-10 puntos); desorientación témporo-espacial (10-20 puntos), Síndrome de Moria (25-30 puntos), Excitabilidad o Agresividad continuada (10-30 puntos) o esporádica (2-10 puntos).

Pero aún así, se dice por los autores de la obra citada de Psiquiatría Legal y Forense, poco importa la modernización de nuestras leyes y reglamentos si en la práctica a nadie interesa el problema de la damnificación mental. ¿Valora el Forense del Juzgado la presencia de estas secuelas indemnizables?, ¿Solicita el Magistrado, el Fiscal o el Letrado particular su evaluación por aquel u otro especialista?. La respuesta, dice, en general, es no.

CONCLUSIONES

1ª.- Entre las lesiones que se contemplan en el Código penal están incluidas expresamente las psíquicas, es decir lo que podemos llamar daño psíquico o psicológico. El art. 418 CP tipifica expresamente el hecho de causar a otro una "grave enfermedad psíquica". El párrafo 2º del art. 421 trata de lesiones cualificadas por la gravedad del resultado. El actual art. 420 se refiere a la integridad corporal y a la salud física o mental. De esta manera la Reforma de 1.989, de 21 de junio ha modificado la referencia a las secuelas psíquicas de la redacción anterior, muy restrictiva y obsoleta, del viejo art. 420 que hablaba del que quedara "imbécil" palabra sustituida por la expresión "enfermedad psíquica incurable"³¹.

2ª.- Es evidente que estas expresiones, ciertamente vagas y muy amplias (acaso no se pueda precisar más: en ello tienen probablemente la última palabra los Expertos), exigen un análisis más detallado y pormenorizado. Es un problema de prueba. En muchas ocasiones quien ha sufrido una agresión corporal, sexual, un secuestro, una tortura, etc. queda afectado de manera sensible en su mente. Es tarea de los Especialistas afirmar si esta situación es consecuencia normal del delito que curará sin secuelas en un tiempo breve o, por el contrario es una lesión psíquica, psicológica o psiquiátrica que goza de autonomía. Es evidente que la decisión es difícil y que creemos debiera intervenir en su signo final el principio de proporcionalidad.

3ª.- Lógicamente también la afirmación de que la secuela a la que venimos haciendo referencia exige un tratamiento médico-psiquiátrico o psicológico tiene más puntos débiles. A mi juicio el problema debe resolverse sobre esta idea: habrá tratamiento cuando la intervención del Facultativo, después de la primera asistencia sea necesaria, absolutamente

imprescindible con independencia de las tareas de diagnóstico y de las pruebas a las que puede someterse para conseguirlo que en mi opinión, no son propiamente tratamiento sobre cuya expresión ha de hacerse una interpretación restrictiva.

4ª.- La proyección indemnizatoria ha de solucionarse sobre los criterios ya examinados que sin duda deben ser sometidos a revisiones de los científicos y de los profesionales de la Psiquiatría para evitar desaciertos. probablemente será muy importante actuar con criterios de experiencia a fin de determinar las consecuencias que la anomalía mental produce en el enfermo para determinar, como ya dijimos, si tiene la suficiente entidad para merecer el calificativo de lesión y necesitar al mismo tiempo el correspondiente tratamiento psiquiátrico.

5ª.- Si la lesión psiquiátrica forma parte sustancial del delito de que se trate, por ejemplo la angustia generada por una violación u otra agresión sexual o por un atentado contra la vida que resulta fallido, probablemente no será procedente su autonomización. En cambio, el problema adquiere una dimensión muy especial cuando los medios utilizados sólo o principalmente han generado una lesión psíquica.

6ª.- Todo ello es independiente del llamado "daño moral" o "precio del dolor" como ya tratamos de exponer³², que, acaso, para dotar de una mayor fijeza al concepto convendría que estuviera regulado en el sentido de que salvo excepciones calificadas cuando el daño moral corresponde a la víctima debiera estar incluido en la correspondiente indemnización, por ejemplo, amputación de un brazo o de una pierna o pérdida de un ojo. En cambio el daño moral actúa con independencia cuando afecta a personas que son perjudicados por el delito pero no víctimas. por ejemplo los padres o el cónyuge o la persona que vive habitualmente con otra en tal situación de matrimonio, los hijos, etc.

7ª.- Los Médicos Forenses en general y en este caso los Especialistas en Psiquiatría y Psicología han de tener un protagonismo de primerísima magnitud. Y debieran, a mi juicio confeccionar una especie de Informe tipo para que en él figuraran todos los datos que son necesarios para llevar a cabo las correspondientes determinaciones y que deben conocer el Ministerio Fiscal, las Acusaciones y por supuestos las Defensas para que con contradicción el Juez o Tribunal pueda decidir lo que sea procedente.

8ª.- Ya queda dicho que el Tribunal no queda vinculado por los dictámenes o Informes, aunque sí es imprescindible que motive su resolución conforme al art.120.3 de la Constitución pues pese a la doctrina jurisprudencial de que la cuantía de la indemnización no es susceptible de discutirse en casación, es incuestionable que para alejar toda decisión judicial de lo que puede considerarse arbitrario, que está proscrito en nuestra Ley Fundamental, debe razonar la cuantía para lo cual también es muy importante que las partes aporten la correspondiente justificación e individualicen las partidas. □

BIBLIOGRAFIA Y NOTAS

1. Bacigalupo Zapater, Enrique: "Principios de Derecho Penal" Parte General. Akal/Iure, pgs 9 y ss.
2. Muñoz Conde, Francisco: Derecho penal. Parte especial. 9ª edición, Tirant lo Blanch. Valencia, pg. 102.
3. Beristain Ipiña, Antonio: "Observaciones acerca de las lesiones en el Derecho penal español y comparado". Rev. General de Legislación y Jurisprudencia, febrero 1.971.
- En el mismo sentido el profesor Antón Oneca: "Notas críticas al Código penal, Las lesiones". En Libro Homenaje al P. Julián Pereda S.J. Bilbao 1.965.

El daño psíquico en la Reforma del Código Penal.

- Ruiz Vadillo, Enrique: "Algunas breves y provisionales consideraciones sobre la reforma del Código penal llevada a cabo por Ley de 21 de junio de 1.989" Rev. "Actualidad Penal" núms 1 y 2 de 1.990.
- 4 Puig Peña, Federico y Ortiz Ricol, Gregorio: "Derecho penal" Parte Especial, 7ª edición, con prólogos del profesor Rodríguez Muñoz y de Enrique Ruiz Vadillo, pg. 351.
- 5. Quintano Ripollés, Antonio: "Tratado de la Parte Especial del Derecho penal" I.1 Ed. Rev. de Derecho privado, (infracciones contra las personas en su realidad física) 2ª ed. puesta al día por Enrique Gimbernat Ordeig, Madrid 1.972.
- 6. Diccionario Médico. Dr. Luigi Segatore con la colaboración del Dr. Gianangelo Poli. Editorial Teide Barcelona I.
- 7 Enciclopedia Espasa. Espasa Calpe S.A. Madrid 1.985.
- 8. Psiquiatría legal y Forense. Director Santiago Delgado Bueno. Ed. Colex 1.994, pg. 1.393 y ss.
- 9. Psiquiatría legal y forense, cit.
- 10. Martínez-Pereda, José Manuel: "El delito de lesiones". En "Cuadernos de Derecho Judicial". Medicina Legal. Consejo General del Poder Judicial.
- 11. Carbonell J.C. y González Cussac: "Compendio de Derecho penal" Parte Especial. En obra colectiva. Tirant lo Blanch. Valencia. 1.994. pg. 278.
- 12. Rodríguez Devesa, José Mª y Serrano Gómez, Alfonso: Derecho penal español. Parte especial. 17ª edición Dykinson. Madrid, pg 144 y ss.
- 13. V. también Martínez Félix: "Tratamiento de lesiones y los daños en el Código penal después de la reforma por LO 3/89 de 21 de junio". "La Ley" 1.990, pg. 1.106 y ss.
- Memoria de la Fiscalía General del Estado de 1.992, pg. 785 y ss.
- Quintero Olivares, Gonzalo: "Los delitos de lesiones a partir de la LO 3/89, de 21 de junio". Anuario de Derecho Penal de 1.989 pg. 915 y ss.
- 14. Muñoz Conde, obra citada pg. 109 y ss.
- 15. Puig Peña y Ortiz Ricol, ob. citada, pg 411 y ss.
- 16. En cuanto al origen de las lesiones, (o de la muerte) ya dijimos que este puede ser material o moral. El Código penal sólo preveía, dice Puig Peña y Ortiz Ricol (ob. citada) las lesiones de origen material en contra de los avances de la doctrina tanto extranjera (Holtendorff, Binding, Manzini, etc.) como española (Sánchez Tejerina, etc.) que pide el castigo de las lesiones causadas manejando hábilmente medios emocionales (miedo, terror, angustia, etc.) pues como dice este autor español no castigar estos hechos que producen grave daño en la persona y revelan una peligrosidad evidente de su autor, es una gran injusticia.
- 17. Echeburúa Odriozola, Enrique: "Delitos sexuales: reacciones psicológicas en las víctimas de violación y tratamiento de las ofensas sexuales". En Cuadernos de Derecho Judicial. "Aportaciones de la Psicología al ámbito jurídico". Consejo General del Poder Judicial, mayo 1.994, pg. 207 y ss.
- 18. García Andrade: "Lo que me contaron los muertos". Temas de Hoy, Madrid 1.994.
- 19. Nos remitimos a nuestro trabajo, ya citado "Algunas breves y provisionales consideraciones sobre la reforma del Código Penal..." publicado en "Actualidad penal", núms 1 y 2 de 1.990.
- 20. Código penal. 8ª ed. Comentarios y amplia jurisprudencia. 1.994. Colex.
- 21. Martínez Pereda, trabajo citado.
- 22. Del Rosal Blasco: "Consideraciones generales sobre la reforma penal de los delitos de lesiones", en Comentarios a la legislación penal, tomo XIV, vol I, pg. 222.
- 23. Tamarit Sumalla: "La reforma de los delitos de lesiones". Barcelona, 1.990
- 24. Muñoz Conde, Francisco y García Arán, Mercedes: "Derecho penal". Parte General. Tirant lo Blanch. Valencia 1.993. pg. 212 y ss.
- 25. Beristain Ipiña, Antonio: "Nueva criminología desde el Derecho Penal y la Victimología". Tirant lo Blanch. Valencia 1.994.
- Landrove Díaz, Gerardo: "Victimología". Tirant lo Blanch. Valencia 1.990.

- Serrano Gómez, Alfonso: "El costo del delito y sus víctimas en España" Uned 1.986.
- 26. "Análisis descriptivo de las víctimas denunciantes en comisaría" Ciencia Policial nº 18, julio-septiembre 1.992, pg 75 y ss.
- 27. De la Cuesta, José Luis: "Informes sobre víctimas de robos y agresiones violentas en la Ciudad de Vitoria-Gasteiz". Annales Internationales de criminologie, vol 31, núms. 1-2. 1.993, pgs 107 y ss.
- 28. Landrove Díaz, G. "Victimología". Cuadernos de Derecho Judicial. Consejo General del Poder Judicial.
- 29. Echeburúa Odriozola, Enrique: "Delitos sexuales: reacciones psicológicas en las víctimas de violación y tratamiento de las ofensas sexuales". Cuadernos de Derecho Judicial. Aportación de la Psicología al ámbito jurídico. Consejo General del Poder Judicial. Mayo 1.994.
- 30. Nos remitimos a las Tablas SEAIDA'91 resultado de un Estudio llevado a cabo por un Grupo de Trabajo que tiene el honor de presidir, así como a los muchos trabajos publicados en torno a este problema, algunos de ellos incluidos en la Revista de Derecho del Seguro. Nos referimos a los profesores y especialistas Ricardo de Angel Yagüe, Joaquín Alarcón, César Borobia, Sánchez Calero, Somacarrera (Elena y Matilde), Sotomayor Gippini, el autor de este trabajo y tantos otros.
- 31. Manzanares samaniego, José Luis y Albacar López, José Luis: "Código penal". Comentarios y Jurisprudencia. Ed. Comares. Granada.
- 32. Fernández Entralgo, Jesús: "Los puchereros y la justicia. Apuntes sobre valoración y resarcimiento del daño corporal". En Cuadernos de derecho Judicial, citados pg. 255 y ss.

Cuadernos de Medicina Forense

**Revista especializada en Ciencias Forenses,
Bioética, Legislación Sanitaria y Jurisprudencia rela-
cionada con la Salud.**

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



Boletín de Suscripción y
solicitud de números
atrasados en las últimas
páginas de este ejemplar.

Secuelas psico-intelectivas postraumáticas. Incidencia y tipos.

J. Castellá¹, M.J. Villadeamigo², D. Giménez³, JM. Tortosa¹, M. Rodríguez-Pazos⁴.

OBJETIVO

El objetivo que nos planteamos a la hora de realizar este estudio, fue el de analizar la incidencia de secuelas psico-intelectivas y sus tipos en pacientes que habían sufrido algún traumatismo, y correlacionarlas con la lesión inicial que presentaba el paciente.

MATERIAL Y METODO

Con este propósito se han seleccionado todos los informes de sanidad médico-forense, de casos traumáticos, de los años 1993-94 registrados informáticamente en dos Juzgados de Instrucción del área metropolitana de Barcelona. En total se han recogido 237 casos, que se han distribuido en tres grupos:

- 1.- TCE con lesión orgánica cerebral
- 2.- TCE sin lesión orgánica cerebral
- 3.- Otras lesiones traumáticas (con ausencia de TCE).

Se ha valorado la incidencia de secuelas psico-intelectivas en el total de la muestra en función de los mencionados grupos y de las variables edad y sexo, así como el tipo concreto de secuela en función de dichos grupos.

RESULTADOS

De los 237 casos estudiados, el 87% (n=206) habían padecido cuadros lesivos en ausencia de TCE. El 13% (n=31) habían sufrido TCE, de los cuales en el 23% (n=7) de casos asociaban lesión orgánica cerebral, mientras que en el 77% (n=24) no se objetivó dicha asociación. (Fig. 1).

De los 237 casos sólo en el 3% (n=8) se computaron secuelas psico-intelectivas. (Fig. 2).

¹ Profesor Asociado y Médico Forense

² Especialista Universitaria en Valoración del Daño Corporal, Colaboradora de Cátedra.

³ Especialista en Medicina Legal y Forense, Colaboradora de Cátedra.

⁴ Catedrático de Medicina Legal y Toxicología. Universidad Autónoma Barcelona. (España).

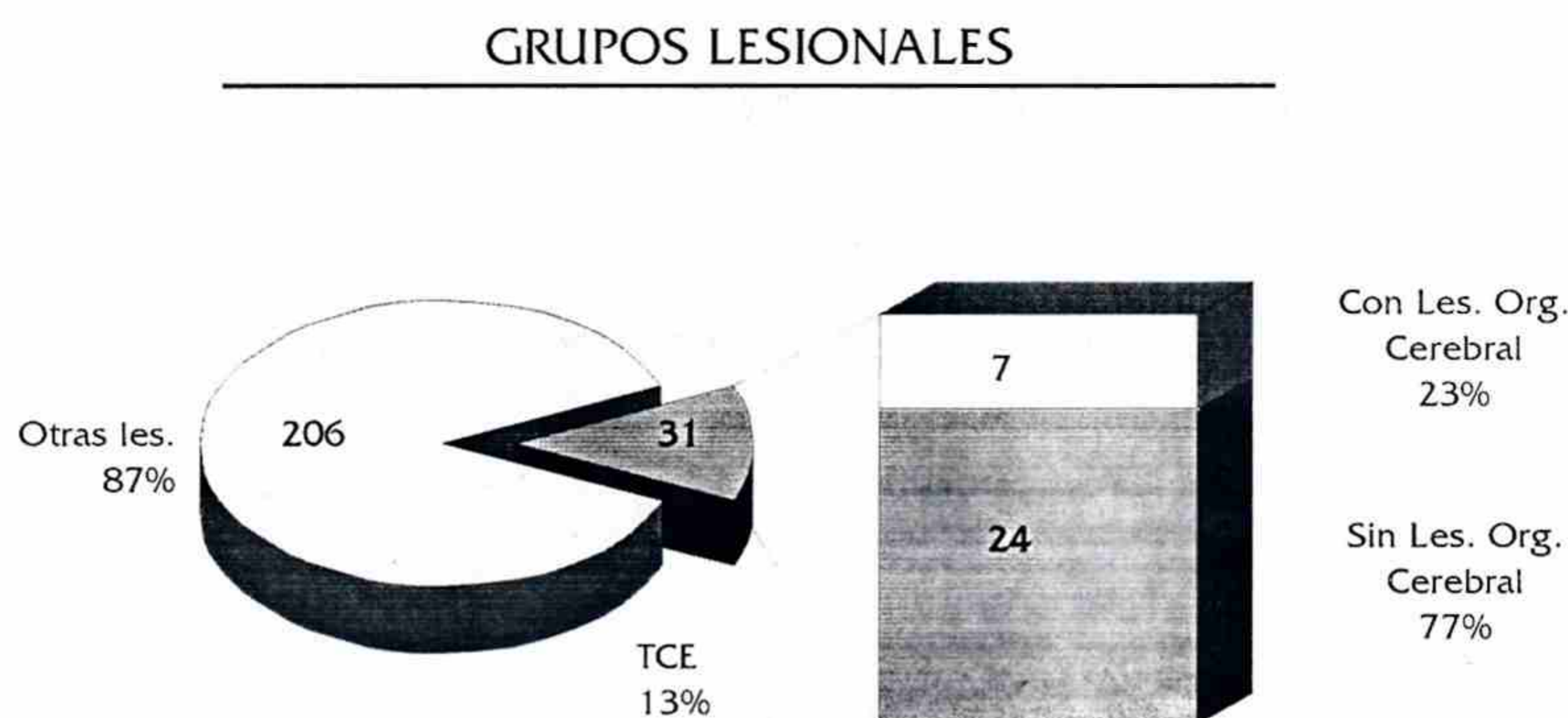


Figura 1

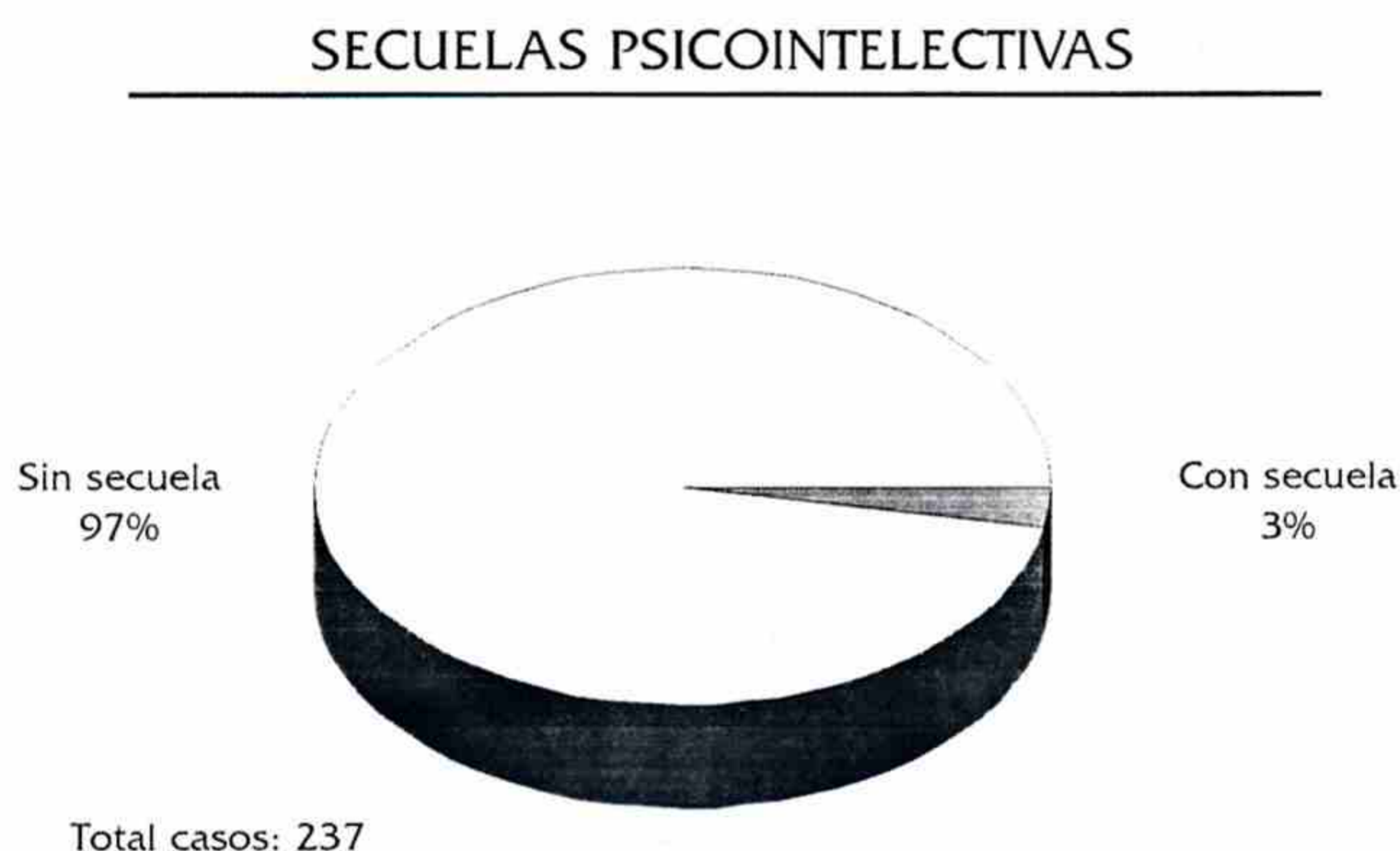


Figura 2

Atendiendo a los grupos lesionales, la incidencia fue mayor en pacientes que sufrieron TCE, con un porcentaje del 75% (n=6) del total de secuelas computadas, de las cuales 2 se acreditaron en pacientes con TCE sin lesión orgánica cerebral y 4 en aquéllos que sí la presentaban. El 25% restante (n=2) corresponde a pacientes que sufrieron otras lesiones en ausencia de TCE; en un caso se trataba de secuelas graves secundarias a shock hipovolémico y en el otro de un síndrome medular incompleto secundario a fractura de vértebras cervicales (Fig. 3).

Atendiendo al tipo de secuela, el síndrome depresivo fue computado en dos casos, correspondiendo ambos a pacientes que no sufrieron TCE. Los trastornos de personalidad y las alteraciones de la memoria sólo se pusieron de manifiesto en pacientes con TCE (n=6), siendo la incidencia mayor en aquéllos que asociaban lesión orgánica cerebral (n=4). (Tabla I).

SECUELAS PSICO-INTELECTIVAS
INCIDENCIA POR GRUPOS LESIONALES

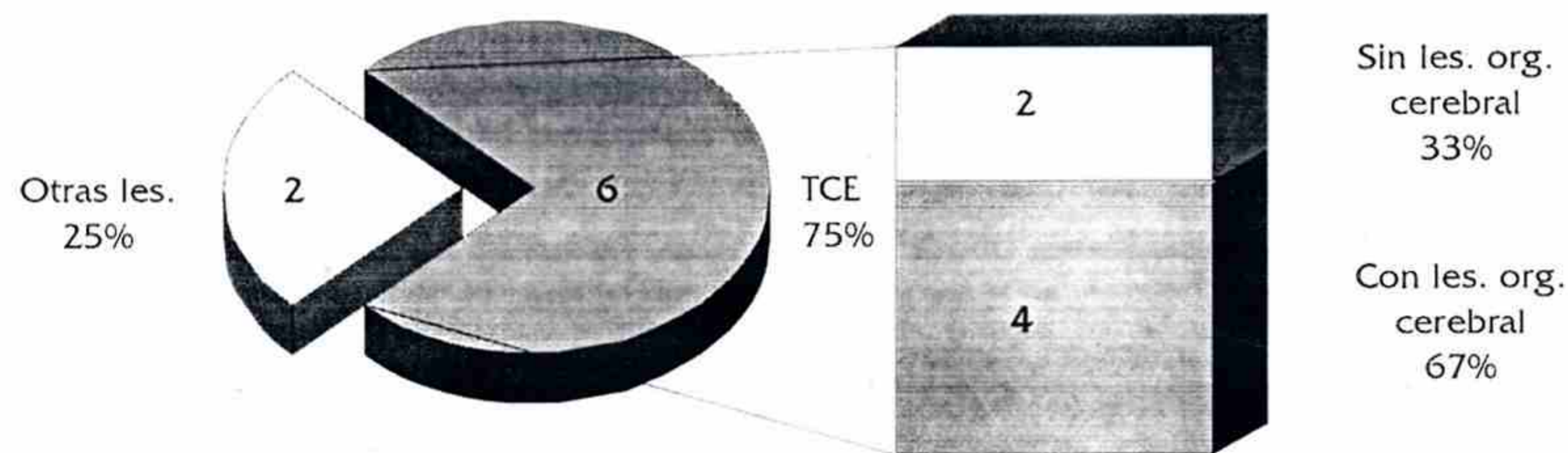


Figura 3

En la muestra estudiada, únicamente en una ocasión se presentó secuela psico-intelectiva en una mujer; el resto (n=7) eran varones, destacando que en 4 de los casos habían sufrido TCE con lesión orgánica cerebral. (Tabla II).

Tabla I
Tipos de secuelas Psico-intelectivas
Incidencia por grupos lesionales

Secuela/lesión	TCE SIN LESION ORG. CEREBRAL	TCE CON LESION ORG. CEREBRAL	OTRAS LESIONES
TRASTORNO PERSONALIDAD	1	1	
ALT. MEMORIA	1	2	
ALT. MEMORIA Y T. PERSONALIDAD		1	
S. DEPRESIVO			2

Tabla II
Distribución de las secuelas en función del sexo y grupo lesional.

Sexo/lesión	TCE SIN LESION ORG. CEREBRAL	TCE CON LESION ORG. CEREBRAL	OTRAS LESIONES
HOMBRES	1	4	2
MUJERES	1		

La mayoría de las secuelas (n=7) se computaron en personas de edades comprendidas entre los 11 y los 30 años y solamente en un caso se trataba de un paciente de edad comprendida entre los 61 y 70. (Tabla III).

Tabla III
Distribución de las secuelas en función de la edad y grupo lesional.

Edad/lesión	TCE SIN LESION ORG. CEREBRAL	TCE CON LESION ORG. CEREBRAL	OTRAS LESIONES
0-10			
11-20	1	3	
21-30	1	1	1
31-40			
41-50			
51-60			
61-70			1

CONCLUSIONES

1.- En la muestra estudiada se ha detectado una baja incidencia en el cómputo de secuelas psico-intelectivas.

2.- La mayor parte de las mencionadas secuelas se ha producido en pacientes que han sufrido TCE, y especialmente en los casos en que a dicho TCE se ha asociado lesión orgánica cerebral. □

Comunicación parcial de resultados de una doble encuesta practicada a Jueces y Magistrados (25%) y a los Médicos Forenses.

J. Hernández Moreno¹, C. Hernández Cueto², E. Villanueva Cañadas³.

En ella aparece como más significativo:

1. El déficit de formación de ambos colectivos en el tema de la Valoración del Daño Corporal, y la necesidad y deseo de aprendizaje en esta materia.
2. La gran importancia y buen uso que se hace por los Jueces del Informe Médico en estas valoraciones.
3. El alto grado de valoración de los médicos forenses por Jueces y magistrados.
4. La poca definición sobre el procedimiento de hacer las valoraciones de modo más o menos objetivo, especificado, baremizado y concreto frente a procedimientos empírico-subjetivos.
5. Elementos y parámetros que deben valorarse en el informe médico de sanidad. □

¹ Médico Forense.

² Médico Forense.

³ Catedrático de Medicina Legal y Forense. Granada. (España).

Neurosis fóbica simple post-traumática.

M. Molina Arias de Saavedra, A. Serratosa Sánchez de Ibargüen ¹

INTRODUCCIÓN

Después de varios años de práctica forense, con numerosos exámenes de lesionados, la mayor parte de ellos relacionados con accidentes de circulación, hemos tenido la ocasión de comprobar que la proporción de secuelas psíquicas observadas y consideradas, respecto a las secuelas físicas, es llamativamente escasa. Dentro de esta escasez, la mayor frecuencia de este tipo de secuelas se corresponde con el llamado síndrome de estrés postraumático y con los cuadros depresivos reactivos a la posible situación de disminución de la capacidad física del sujeto derivada de las secuelas físicas.

OBJETIVO

El objetivo fundamental de esta comunicación es dar a conocer la aparición de una neurosis postraumática de tipo fóbico en un varón de 27 años de edad que sufrió un atropello por vehículo. El caso se puede resumir como sigue:

J.M.R.G. es un varón de 27 años de edad, casado, que fue atropellado el 30-11-93, sufriendo un grave traumatismo craneoencefálico con numerosas contusiones hemorrágicas de tipo puntiforme diseminadas por ambos hemisferios cerebrales, junto a una hemorragia subaracnoidea.

Estuvo ingresado en UCI, pasando posteriormente a una unidad neuroquirúrgica y siendo sometido posteriormente a tratamiento rehabilitador, quedando con escasas secuelas físicas.

Refiere que desde hace varios meses, concretamente desde que puede desplazarse con autonomía, no ha podido ir al cementerio a visitar y limpiar la tumba de su madre, cosa que hacía todos los domingos que podía antes de sufrir el accidente. Al ser preguntado sobre el motivo de este comportamiento dice que no lo sabe, pero que, si bien se hace el propósito de ir, conforme se va acercando al cementerio comienza a sentir miedo, sin saber exactamente por qué, aunque supone que pueda ser debido al hecho de que él piensa "que podía haberse quedado muerto en el accidente y estar allí enterrado". Este sentimiento angustioso se acompaña de sintomatología física, ya que, según refiere, se le acelera el corazón, le sudan las manos, se le seca la garganta, respira mas deprisa, etc., con lo que tiene que abandonar su propósito de ir al cementerio y vuelve a la ciudad. Conforme se va alejando mejora su cua-

¹ Médicos Forenses. Huelva (España).

dro angustioso y desaparece la sintomatología física. Reconoce que esto es absurdo, pero no puede evitarlo.

Esta situación de miedo se ha ido extendiendo progresivamente a todo objeto que tenga que ver con la muerte, y así, si pasa por una calle en la que hay un coche fúnebre, se da la vuelta y pasa por otro sitio, e incluso refiere que si se asoma a la ventana de su casa y ve un coche fúnebre o un entierro, baja la persiana o cierra las cortinas, e inmediatamente se quita toda la ropa que lleva puesta, se ducha y se cambia de ropa.

MÉTODOS Y RESULTADOS

El diagnóstico se ha realizado teniendo en cuenta los datos obtenidos en el examen psiquiátrico del lesionado y considerando los criterios diagnósticos de la DSM-III-R y de la CIE-X.

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE LA FOBIA SIMPLE (DSM-III-R)

- 1.- Miedo persistente a un estímulo circunscrito distinto del miedo a una crisis de angustia o a la humillación o embarazo ante determinadas situaciones sociales.
- 2.- Durante alguna fase de la alteración, la exposición al estímulo fóbico provoca, casi invariablemente, una respuesta de ansiedad inmediata.
- 3.- El objeto o la situación es evitado o soportado a costa de ansiedad intensa.
- 4.- El miedo o la conducta de evitación interfieren significativamente con la rutina normal del individuo, con sus actividades habituales o relaciones con los demás, o existe un intenso malestar debido al miedo.
- 5.- El individuo reconoce que su miedo es excesivo o irracional.
- 6.- El estímulo fóbico no tiene ninguna relación con el contenido de las obsesiones del trastorno obsesivo-compulsivo o con el trauma del trastorno por estrés postraumático.

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE LA FOBIA SIMPLE (CIE-10)

- 1.- Miedo o evitación intensos y pertinaces ante un objeto o situación específicos no incluidos en agorafobia o fobia social.
- 2.- Síntomas de ansiedad en la situación temida, en algún momento desde el inicio del trastorno.
- 3.- Malestar emocional significativamente secundario a la evitación o a los síntomas, pero reconociendo el sujeto que son excesivos o carecen de sentido.
- 4.- Los síntomas se limitan o predominan en las situaciones temidas o al pensar en ellas.

De acuerdo con estos criterios diagnósticos, la clínica presentada por J.M.R.G. puede incluirse dentro de los trastornos fóbicos, entendiendo por tal “un miedo excesivo, irracional

Neurosis fóbica simple post-traumática.

y persistente ante un objeto, actividad o situación que determina un deseo imperioso de evitar aquello que se teme". Para que la fobia tenga consideración clínica, el miedo debe ser reconocido como desproporcionado e injustificado por el propio sujeto.

Dentro de los trastornos fóbicos podemos considerar tres categorías:

a) Agorafobia: se trata de un miedo acentuado a estar solo o sentirse atrapado en ciertos lugares públicos donde puede resultar problemático, en algún momento, el rápido acceso a una salida o a un lugar de seguridad.

b) Fobia social: aquí, el sujeto teme y evita las situaciones en que pueda estar expuesto a la mirada de otros, por motivos diferentes, como hacer el ridículo y llamar la atención, a fracasar en la tarea, a perder el dominio de sí mismo, a caerse o tambalearse, y a mostrarse avergonzado o ruborizado.

c) Fobia simple: en la que se encuentra el caso que estamos presentando, y que se caracteriza por miedo a un único objeto o situación que ocasiona una conducta de evitación.

De una forma general, la fobia simple parece ser la forma más frecuente de las tres mencionadas, si bien es menos grave e incapacitante que las dos primeras, pues limita en menor grado la actividad diaria del sujeto.

Como **CONCLUSIÓN** podemos decir que se ha presentado un caso clínico de una secuela psíquica postraumática, poco frecuente desde nuestra experiencia como médicos forenses, consistente en la aparición de una fobia simple. □

Síndrome depresivo mayor latente cristalizado como consecuencia de traumatismo.

M. Molina Arias de Saavedra, A. Serratosa Sánchez de Ibargüen ¹

OBJETIVOS

Nos planteamos con esta comunicación el dar a conocer un caso de cuadro depresivo mayor que se ha desarrollado a consecuencia de un traumatismo físico. Consideramos que es de interés por cuanto existía un terreno abonado para el desarrollo del mismo, si bien, posiblemente, de no haber existido el traumatismo no hubiera llegado a cristalizar, o, al menos, no lo habría hecho con las características de gravedad con que fue observado. El caso se puede resumir como sigue:

D.T.P. de 55 años, que se declara viuda, pero a quien en realidad el marido abandonó, sin antecedentes patológicos de interés, sufrió un atropello que le provocó fractura de ambas ramas pubianas. Como tratamiento se le prescribió reposo absoluto durante cuarenta y cinco días.

Un mes antes de sufrir estas lesiones, su hijo, de 21 años de edad y con quien convivía, había fallecido a consecuencia de una cardiopatía congénita que le había sido diagnosticada unos años atrás.

Este hijo es el menor de dos hermanos, siendo la mayor una mujer, ya casada y que vive en otro domicilio.

Refiere que desde la muerte de su hijo había experimentado un cuadro de tristeza, soledad y vacío interior que trataba de superar saliendo a la calle, visitando a su hija, y, en fin, distrayéndose un poco.

A raíz del encamamiento comenzó con una intensa tristeza, inhibición psicomotriz (no puede realizar las tareas domésticas), aislamiento (no quiere salir de casa), desinterés por todo, insomnio, anorexia y refiere ideas de "deseo de estar con su hijo", e incluso dice ver "sombras" por la casa.

Sus fracturas están consolidadas, quedándole como secuela física un cierto dolorimiento en región pubiana que se corresponde con las zonas de fractura.

MÉTODOS Y RESULTADOS

El diagnóstico se ha realizado teniendo en cuenta los datos obtenidos en el examen psiquiátrico de la lesionada y considerando los criterios diagnósticos de la DSM-III-R.

¹ Médicos Forenses. Huelva (España).

Síndrome depresivo mayor latente cristalizado como consecuencia de traumatismo.

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE LA DEPRESIÓN MAYOR (DSM-III-R):

A) Como mínimo, cinco de los síntomas siguientes han estado presentes durante un mismo período de dos semanas y representan un cambio de la conducta previa y, al menos, uno de los síntomas es e estado de ánimo deprimido o pérdida de interés o capacidad para el placer (no se incluyen los síntomas que se deben claramente a causas físicas, ideas delirantes o alucinaciones no congruentes con el estado de ánimo, incoherencia o notable pérdida de asociaciones):

- 1.- Estado de ánimo deprimido durante la mayor parte del día, casi cada día.
- 2.- Notable disminución de placer o interés en todas o casi todas las actividades habituales, casi cada día.
- 3.- Aumento o pérdida significativa de peso sin hacer ningún régimen, o disminución o incremento del apetito casi cada día.
- 4.- Insomnio o hipersomnía casi cada día
- 5.- Agitación o enlentecimiento psicomotor casi cada día, observable por los demás.
- 6.- Fatiga o pérdida de energía casi cada día.
- 7.- Sentimientos excesivos o inadecuados de inutilidad o culpa (que pueden ser delirantes) casi cada día.
- 8.- Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse o indecisión, casi cada día.
- 9.- Ideas de muerte recurrentes, ideas recurrentes de suicidio sin un plan específico, o un intento de suicidio o un plan específico para suicidarse.

B)

- 1.- No puede establecerse que una causa orgánica inició y mantiene la alteración.
- 2.- La alteración no es una reacción normal a la muerte de un ser querido (duelo no complicado). Nota: preocupación mórbida con sentimientos de inutilidad, ideas de suicidio, notable deterioro funcional o enlentecimiento psicomotor, o una duración prolongada sugieren que el duelo se ha complicado con una depresión mayor.

De acuerdo con estos criterios diagnósticos, la clínica presentada por D.T.P. puede incluirse dentro del síndrome depresivo mayor, ya que, según nuestro punto de vista, lo que podía considerarse como una reacción normal a la muerte de un ser querido, compensada adecuadamente mediante conductas apropiadas como las salidas frecuentes, las visitas a su hija, etc., cristaliza en un cuadro depresivo mayor como consecuencia del encamamiento prolongado que le supone la lesión física debida al atropello y que le impide la realización de todas aquellas conductas anteriores, verdaderos mecanismos de defensa ante el factor originario del cuadro depresivo, la muerte de su hijo.

Por todo esto, consideramos que debiera considerarse este cuadro depresivo mayor como precipitado por el traumatismo, y, por tanto, considerado como secuela psíquica del mismo.

Como **CONCLUSIÓN** podemos decir que presentamos un caso clínico de una secuela psíquica postraumática cuyo interés radica en la existencia de un factor originario previo al accidente que cristaliza en un cuadro depresivo mayor como consecuencia del traumatismo y del tratamiento a que ha sido sometida la paciente. □

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, entendiéndose 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). □

la acción u omisión y el suceso acaecido hay una relación de necesidad (sentencia del Tribunal Supremo de 16 de mayo de 1988).

En general, para establecer la causalidad de una acción lesiva con relación a una consecuencia patológica determinada, se deben de tener en cuenta diversos criterios, de cuya conjunción se desprenderá el juicio médico-legal en cuanto a la etiología de la lesión. Estos criterios son (Gisbert Calabuig, 1977):

1. Criterio topográfico. - En el caso del daño psíquico secundario a lesión cerebral, es relativamente fácil su establecimiento. Más problemas plantea el debido a impacto emocional.

2. Criterio cronológico. - Muchos procesos patológicos pasan por un período de latencia antes de hacerse aparentes, períodos que oscilan entre unos límites determinados propios para cada proceso. Su conocimiento constituye la base fundamental para admitir o rechazar una relación de causa-efecto.

3. Criterio cuantitativo. - Relacionar la intensidad del factor traumático con la gravedad del daño producido. No es esta una relación lineal, sino que depende de la cualidad del traumatismo, naturaleza del daño y duración del período de latencia.

4. Criterio de continuidad sintomática. - En las secuelas postraumáticas que se manifiestan cierto tiempo después del traumatismo (por una patogenia compleja), deben demostrarse en el lesionado los llamados *síntomas puente*, que establecen la relación causal entre el trauma y las secuelas. En ausencia de manifestaciones "puente", se puede excluir la relación de causalidad.

5. Criterio de exclusión. - Consiste en excluir toda otra posible causa del daño sufrido. En función de la doctrina de la equivalencia de las causas, la exclusión ha de ser total.

Y no es cuestión baladí, será el perito quien tenga que evaluar en su justa medida el papel de un suceso emocional específico en la vida presente o futura del sujeto y a quien le sea formulada la pregunta de si el accidente fue o no una causa "eficiente" de los daños subsiguientes. □

BIBLIOGRAFIA

1. Achte K, Jarho L, Kyykka T, Vesterinen E. (1991). Paranoid disorders following war brain damage. Preliminary report. *Psychopathology*, 24/5: 309-315.
2. Alliez J, Sormani J. 1967. Réflexions sur la schizophrénie post-traumatique. *Annales Médecine Psychologie*, 2: 1-21.

**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--9. (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)