

Reflexiones sobre la Ley 34/2003 (2).

Valoración de la tabla psiquiátrica.

Commentaries on the Spanish Law 34/2003 (2).

Evaluation of the psychiatric chart.

G. Portero¹ y PM. Garamendi²

RESUMEN

El 5 de noviembre de 2003 se publicó la nueva Ley 34/2003 de modificación y adaptación a la normativa comunitaria de la legislación de seguros privados que incluyó la modificación de la tabla VI de baremo de indemnización de secuelas definitivas de la Ley 30/1995 de ordenación y supervisión de seguros privados. En nuestro país, el citado baremo ha constituido y constituye la herramienta aplicada en el contexto judicial para la indemnización económica de las lesiones producidas con motivo de accidentes de tráfico. La anterior redacción del citado baremo ha sido motivo de enconadas controversias en los distintos foros de debate relacionados con la Valoración del Daño Corporal desde su implantación. Sin negar la necesidad de algún instrumento de valoración común que colaborase a evitar la situación de caos aparente existente en nuestro país hasta la implantación del baremo de tráfico, han sido múltiples las críticas expresadas sobre su fundamento científico, validez y redacción final. El presente trabajo intenta adelantar algunas críticas y propuestas de mejora sobre la nueva redacción del baremo, centrándose en las modificaciones incluidas en el capítulo de daños psíquicos.

Palabras clave: accidentes de tráfico; baremos; ley 34/2003; psiquiatría; valoración del daño corporal.

ABSTRACT

On November 5 2003 the new Law 34/2003 was published. This law entails the modification and adaptation to the community normative concerning legislation of private insurance that included the modification of the chart VI of scale of compensation of definitive sequels of the Law 30/1995 of ordination and supervision of private insurance. In our country, the mentioned scale has constituted and constitutes the tool applied in the judicial context for economic compensation of the lesions taken place in traffic accidents. The previous writing of the mentioned scale has been the cause of inflamed controversies in the different debate forums related to the Valuation of the Corporal Damage from its installation. Without denying the necessity of some instrument of common valuation that collaborates to avoid the situation of existing apparent chaos in our country until the installation of the traffic scale, they have been multiple the criticisms expressed on their scientific foundation, validity and final writing. The present work tries to advance some criticisms and proposals of improvement on the new writing of the scale, being centered on the modifications included in the chapter of psychological damages.

Key words: traffic accidents; guides for the assessment; Spanish Law 34/2003; Psychiatry; permanent impairment..

Fecha de recepción: 29.ABR.04

Fecha de aceptación: 16.MAY.05

Correspondencia: Pedro Manuel Garamendi González. Servicio de Clínica Médico Forense. c/ Buenos Aires, nº 6, planta 4. Bilbao 48001. garamendi.pm@aju.ej-gv.es.

¹ Médico forense. Especialista en Medicina Legal y Forense. Jefe de Servicio de Clínica Médico Forense. IVML. Vizcaya.

² Médico forense. Especialista en Medicina Legal y Forense. Servicio de Clínica Médico Forense. IVML. Vizcaya

PECULIARIDADES DE LOS DAÑOS PSÍQUICOS EN LA VALORACIÓN DEL DAÑO CORPORAL:

Los trastornos psicológicos en el contexto más amplio de los daños corporales reactivos a un hecho traumático indemnizable presentan una serie de peculiaridades que hacen su valoración más compleja que en el caso de otras modalidades del daño corporal mucho más predecibles. Sus principales diferencias residen en el hecho de que los periodos de **estabilización** son imprecisos y en la dificultad habitual, especialmente en el caso de los daños psíquicos reactivos, de asegurar la **permanencia** en el tiempo del estado secuelar.

Clásicamente, se ha definido la estabilización lesional como el momento a partir del cual no es razonable esperar una mejoría significativa en un proceso lesivo una vez agotados todos los recursos terapéuticos disponibles. A partir de ese momento, se alcanza un estado en el que o bien se alcanza la curación del lesionado (*restitutio ad integrum*) o bien se establece un estado clínico previsiblemente definitivo y que denominamos secuela [1]. El estado de secuela, en el caso de las lesiones físicas, coincide con el paso de la calificación clínica a estado de cronicidad. Sin embargo, en el caso de las lesiones psíquicas, este paso no es siempre tan claro y el propio concepto de cronicidad en el campo psiquiátrico tiene unos matices diferentes.

Entre los factores que influyen en el hecho de que las secuelas psíquicas resulten más imprecisas en su estabilización lesional [2] destacan varios.

De una parte, la imprecisión en cuanto a la existencia de unos parámetros objetivos que permitan considerar agotadas las medidas terapéuticas y la posibilidad de mejoría sintomática del lesionado. En este sentido, la subjetividad dependiente de la orientación doctrinal del terapeuta es muy significativa de forma que, por ejemplo, un abordaje conductista o psicoanalítico de un mismo estado psíquico patológico responden a unos criterios de terapia necesaria y de curación radicalmente diferentes.

De otra parte, los periodos de estabilización, con independencia de la orientación del terapeuta, resultan también difícilmente predecibles dada la gran variabilidad individual con la que los pacientes responden a las terapias y a la diversa capacidad de los pacientes para reponerse de un estado patológico en función de factores como su estado psíquico previo, sus mecanismos de afrontamiento o variables de personalidad.

Además, es necesario siempre considerar la gran influencia de los factores externos en el desarrollo de la respuesta a la terapia. En este sentido, las llamadas "ganancias secundarias" alcanzan un papel no desdeñable en los pacientes afectados de trastornos psíquicos indemnizables como factores poderosos de prolongación de los periodos de curación.

Finalmente, ha de considerarse siempre el hecho de que los trastornos psíquicos pueden seguir un curso oscilante, no siendo en absoluto extrañas las recaídas psíquicas tras periodos de aparente recuperación de la normalidad y ello en virtud de múltiples factores que pueden incidir en el desarrollo evolutivo de los mismos.

En este último sentido, debe hacerse hincapié en el hecho de que los criterios de curación y de estabilización en psiquiatría no son equivalentes a los términos usados en medicina somática. En psiquiatría se maneja de forma habitual el término no de curación sino de "compensación" para referirse al estado equiparable al de estabilización. Esta diferencia terminológica no es gratuita, dado que en una parte de los trastornos psíquicos se asume actualmente que serían trastornos potencialmente crónicos y que no sería posible en ningún paciente establecer "a priori" cual será el curso preciso de su proceso morboso psiquiátrico. Únicamente en el caso de los daños cerebrales orgánicos podría asumirse con un cierto grado de fiabilidad que el curso del trastorno se mantendrá estable en el tiempo.

Otro factor diferencial de los daños psíquicos frente a los restantes daños corporales reside en su propio origen etiopatogénico. En este sentido podríamos asumir que las lesiones psíquicas relacionadas a un hecho traumático pueden tener tres posibles etiologías:

1. Un origen claramente "orgánico", cuando por un mecanismo traumático se produce un daño cerebral directo y objetivable.
2. Un origen "reactivo", cuando la vivencia traumática del hecho condiciona una desestabilización psíquica del paciente.
3. Un origen por "agravación o descompensación", cuando existiendo una patología psiquiátrica previa ésta se ve descompensada por la vivencia traumática del hecho.

La etiopatogenia de los daños orgánicos tiene un fundamento anatómico objetivo que no suele ofrecer mayores dificultades en su análisis desde el punto de vista de la valoración del daño corporal. Sin embargo, los daños de origen "reactivo" y las "descompensaciones" por su carácter a menudo sutil suelen ofrecer mayores dificultades prácticas haciendo a veces difícil la distinción entre auténticos cuadros de sinistrosis de Brissaud [2] y simples simulaciones.

El modelo explicativo, más ampliamente aceptado, de los trastornos mentales, es el modelo diatesis-estrés, utilizado por Seligman [3], Beck [4] y Teasdale [5] para la depresión, entre otros, o el de Zubin y Spring [6] para la esquizofrenia. En todo caso, son aplicables al resto de trastornos (figura 1). Según este modelo, el trastorno aparecería por la interacción de una diatesis ó vulnerabilidad de la persona y una situación estresante. La vulnerabilidad puede ser genética, de personalidad, dependiente de la historia pasada, de estrategias de afrontamiento, de estilos cognitivos, etc. Es indudable que existen personas más vulnerables que otras para determinados trastornos. Así por ejemplo, para el trastorno bipolar y para la esquizofrenia, la carga genética es un factor de vulnerabilidad de considerable importancia.

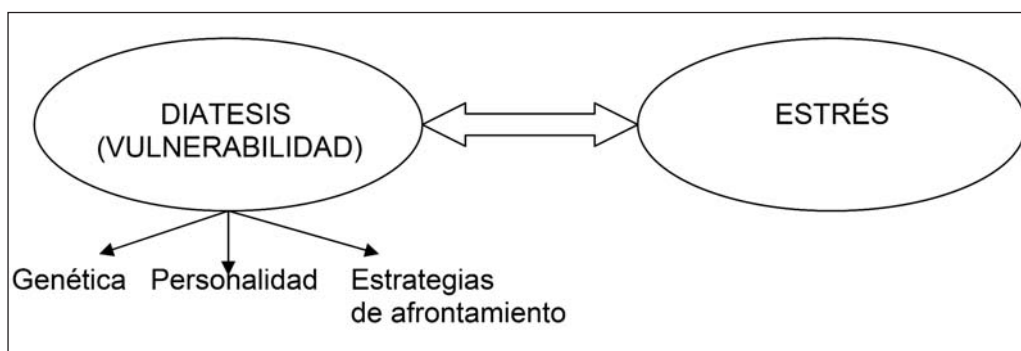


Figura 1. Modelo explicativo del Trastorno mental "no orgánico" (Zubin y Spring, 1977) [3]

La diatesis o vulnerabilidad nos debe llevar a reflexionar sobre el problema de causalidad y concausalidad. Hablamos de causalidad cuando el agente implicado en un proceso, reúne las condiciones de ser necesario y suficiente para determinar el resultado. La concausalidad, por el contrario, implica la intervención de más de un agente, estado o elemento en la determinación del resultado. Cada uno de ellos adquieren la condición de ser necesarios pero pierden la de ser suficientes. La diatesis representaría una concausa previa, equivalente, en cierto modo, al estado previo, concepto más utilizado en medicina somática.

Proponemos un modelo simple (figura 2) de interpretación de la causalidad y concausalidad para los trastornos psíquicos no directamente orgánicos derivados de los accidentes de tráfico. Existiría una concausalidad si ante un estresor (accidente) de escasa consideración se produjera un trastorno psíquico intenso, duradero, de mala evolución, etc. Ante esta eventualidad, habría que investigar la entidad de la concausa (diátesis o vulnerabilidad). En ausencia de diátesis claramente identificables y existiendo una proporcionalidad entre el estresor y el trastorno, deberíamos atribuir al primero toda la responsabilidad del segundo.



Figura 2. Árbol de decisiones sobre el modelo concausal de etiología de los trastornos psíquicos reactivos.

CAMBIOS EN LA REDACCIÓN DE LAS TABLAS DE LAS LEYES 30/1995 Y 34/2003:

En las tablas 1 a 3 se adjuntan las listas de secuelas psíquicas recogidas en las redacciones de las leyes 34/2003 [7] y 30/1995 [8] y el listado de secuelas psiquiátricas postraumáticas del proyecto europeo de "guía baremo europea para la evaluación de las lesiones físicas y psíquicas" de mayo de 2003 [9]. En la tabla 4 se recogen los términos diagnósticos psiquiátricos actualizados y aceptados para trastornos orgánicos psiquiátricos incluidos en las clasificaciones internacionales DSM-IV de la APA (American Psychiatry Association) [10] y CIE-10 de la OMS (Organización Mundial de la Salud) [11].

CATEGORÍA DIAGNÓSTICA	RANGO PUNTUACIÓN
Neurosis Postraumática	5 - 15
Psicosis maniaco-depresiva	30 - 40
Síndrome depresivo postraumático	5 - 10
Desorientación temporo-espacial	10 - 20
Síndrome de Moria	25 - 35
Excitabilidad - agresividad continuada	10 - 30
Excitabilidad - agresividad esporádica	2 - 10
Síndrome demencial	75 - 95
Alteración de personalidad	2 - 10
Síndrome orgánico de la personalidad	30 - 40

Tabla 1. Secuelas psiquiátricas recogidas en la Ley 30/1995 [5]

CATEGORÍA DIAGNÓSTICA	RANGO PUNTOS
Trastornos de personalidad:	5 - 15
• Síndrome postconmocional	
• Trastorno orgánico de personalidad:	
Leve	10 - 20
Moderado	20 - 50
Grave	50 - 75
Muy grave	75 - 90
Trastornos del humor:	
• Trastorno depresivo reactivo	5 - 10
Trastornos neuróticos:	
• Por stress postraumático	1 - 3
• Otros trastornos neuróticos	1 - 5
Agravaciones:	
• Agravación o desestabilización de demencia	5 - 25
• Agravación o desestabilización de otros trastornos	1 - 10

Tabla 2. Secuelas psiquiátricas recogidas en la Ley 34/2003 [4]. No se ha incluido "Deterioro de funciones superiores integradas, acreditado por pruebas específicas (Outcome Glasgow Scale)", categoría no incluida en el capítulo de trastornos psiquiátricos.

CATEGORÍA DIAGNÓSTICA	RANGO PORCENTAJE
Trastornos del humor persistentes (estado depresivo)	
• Que necesita asistencia médica frecuente, incluyendo medicación y hospitalización	10 - 20 %
• Que necesita asistencia médica habitual y terapia específica esporádica	3 - 10 %
• Que necesita asistencia médica irregular y tratamiento intermitente	< 3 %
Neurosis postraumáticas (stress postraumático)	
• Gran síndrome fóbico	12 - 20 %
• Ansiedad fóbica con ataques de pánico, conductas de evitación y síndrome de repetición	8 - 12 %
• Manifestaciones ansiosas fóbicas y conductas de evitación y síndrome de repetición	3 - 8 %
• Manifestaciones fóbicas ansiosas menores	< 3 %
Trastornos psicóticos: (no se incluyen al considerar que no pueden tener origen traumático demostrado)	0 %

Tabla 3. Secuelas psiquiátricas recogidas en el proyecto europeo de "guía baremo europea para la evaluación de las lesiones físicas y psíquicas" [6]. No se incluyen trastornos cognitivos por síndrome de lóbulo frontal o trastornos cognitivos menores, considerados en lesiones neurológicas centrales no psiquiátricas. Se especifica que las demencias no pueden tener un origen traumático en ningún caso.

CIE - 10	DSM - IV
F06.0. Alucinosis	Trastorno catatónico
F06.1. Síndrome catatónico	Trastorno psicótico
F06.2. Trastorno por ideas delirantes	Trastorno del estado de ánimo
F06.3. Trastornos del humor	Trastorno de ansiedad
F06.4. Trastornos de ansiedad	Trastorno sexual
F06.5. Trastorno disociativo	Trastorno del sueño
F06.6. Trastorno de labilidad emocional (asténico)	Cambio de personalidad
F06.7. Trastorno cognoscitivo leve	Trastorno mental no especificado
F07.0. Trastorno orgánico de la personalidad	
F07.2. Síndrome postconmocional	

Tabla 4. Categorías diagnósticas recogidas en CIE-10 [8] y DSM-IV [7] para patología psiquiátrica de posible causa orgánica.

Todo baremo de cuantificación de daños personales, especialmente si este está destinado a la reparación económica de los mismos, debiera disponer de varios elementos definitorios de su redacción:

1. Adecuado fundamento científico.
2. Marco abierto y no excluyente de asignación de estados clínicos que permitan la inclusión de todo tipo de estados clínicos con repercusión funcional real.
3. Redacción clara con adecuación terminológica a los términos manejados en la literatura médica actualizada.
4. Adecuada consistencia interna o validez en sus sistemas de asignación de grados de gravedad.
5. Congruencia con otros baremos ya existentes y validados, con estudios válidos que demuestren la eficacia de los métodos de cuantificación como predictores de un menoscabo funcional proporcionado y con las recomendaciones de los comités de expertos, cuando estos se hallen disponibles.

Estos principios, exigibles a toda prueba biomédica, resultan esenciales para obtener dos objetivos principales en la aplicación práctica de un baremo de daños corporales:

1. Una correcta asignación de gravedad relativa al estado clínico residual de un lesionado basada en un principio de proporcionalidad.
2. Una correcta reproducibilidad de los resultados en el caso de que dos peritos expertos evalúen de forma independiente al mismo lesionado.

Al analizar el contenido de la nueva redacción del baremo de lesiones en accidentes de tráfico recogido en la Ley 34/2003 desde la perspectiva de los elementos definitorios citados se plantean múltiples objeciones a su contenido.

ADECUACIÓN TERMINOLÓGICA Y FUNDAMENTO CIENTÍFICO DEL BAREMO ESPAÑOL:

En relación con los síndromes psiquiátricos orgánicos surge la duda metodológica de si el legislador habrá pretendido hacerlos desaparecer de la redacción del baremo. Esta duda surge al comprobar que múltiples cuadros clínicos orgánicos (como los trastornos afectivos, psicóticos, etc.),

que son aceptados por organismos como la OMS y la APA, se hallan ausentes en la redacción legal. Entre lo orgánico se incluye, por supuesto, lo traumático. Existe abundante literatura médica, por ejemplo, sobre las psicosis postraumáticas (diagnóstico del que se parecía cuestionar en la anterior ley 30/95) desde la segunda guerra mundial que avalan la existencia de los mismos [12,13]. Sin embargo, la tabla baremo sólo incluye entre los síndromes psiquiátricos los trastornos de personalidad como únicos representantes de los síndromes orgánicos

Tal vez, la intención metodológica fuese la de que todos los trastornos orgánicos psiquiátricos fuesen valorados entre los trastornos neurológicos de origen central (capítulo I de la ley 34/2003) bajo el epígrafe común de "deterioro de funciones cerebrales superiores integradas". Pero, en ese caso, no se entiende cuál es la razón científica para extraer los trastornos orgánicos de la personalidad, muchos de los cuales derivan de alteraciones de funciones ejecutivas en el lóbulo prefrontal, del grupo común de los trastornos orgánicos e integrarlos entre las secuelas psiquiátricas. Del mismo modo, tampoco es comprensible por qué no forman parte de la categoría común de "deterioro de funciones cerebrales superiores integradas" trastornos tales como los de la memoria y los del lenguaje y se especifican de forma independiente en el baremo entre los trastornos neurológico de origen central.

En su conjunto, las secuelas psiquiátricas recogidas en el baremo de la Ley 34/2003 presentan la dificultad técnica de no distinguir de forma precisa entre trastornos orgánicos y reactivos y, al tiempo, no establecer un límite claro entre las secuelas asignables como síndromes neurológicos centrales y síndromes psiquiátricos. Comparadas las categorías recogidas en el nuevo baremo con las categorías aceptadas por organismos de sobrada independencia y representatividad internacional como la APA o la OMS, se encuentra la dificultad de que el nuevo baremo mantiene una estructura restrictiva de asignación de secuelas y, al tiempo, carece de múltiples categorías diagnósticas aceptadamente postraumáticas. Esta falta de congruencia con recomendaciones clasificatorias internacionalmente aceptadas en el marco médico abarca además a la propia nomenclatura utilizada, que pone de manifiesto la falta de actualidad del nuevo baremo por el uso de términos obsoletos en lenguaje psiquiátrico moderno, como el de "neurosis".

No obstante, no sería justo no reconocer algunos aciertos evidentes y mejoras significativas del nuevo baremo en relación con los baremos precedentes, especialmente el de la Ley 30/1995.

Destaca la regla general segunda de aplicación del baremo, que evita la posibilidad de acumulación de indemnizaciones por diversas categorías diagnósticas al descomponer un estado clínico residual en sus distintos aspectos. Otro gran acierto del baremo reside en la eliminación de su redacción categorías diagnósticas manifiestamente inadecuadas incluidas en la antigua Ley 30/1995.

En la misma línea de aciertos, destaca la inclusión de categorías de agravación de trastornos mentales que entronca con la tesis concausal derivada de las concepciones más modernas de las enfermedades psiquiátricas y con la realidad cotidiana de desarrollo de agravamientos patológicos en sujetos previamente enfermos tras traumatismos.

CONSISTENCIA INTERNA O VALIDEZ DEL SISTEMA DE ASIGNACIÓN DE GRAVEDAD DE SECUELAS DEL BAREMO:

En cualquier tipo de prueba biomédica que pretenda medir varias categorías o items de valoración, debe existir una validez en el sistema correlativo de asignación de puntuaciones para cada categoría incluida en la prueba. De este modo, la consistencia interna en los niveles de cuantificación de la prueba global se ha de valorar considerándola tanto desde un punto de vista longitudinal como transversal. La consistencia longitudinal se referirá a la jerarquía de puntuaciones estable-

cida en cada capítulo y la consistencia transversal se referirá a la comparación entre secuelas con análogas puntuaciones relativas procedentes de distintos capítulos. Si ambas consistencias se mantienen, podremos considerar el baremo como un instrumento válido como predictor, en este caso, del grado de daño corporal sufrido por un sujeto tras un accidente de tráfico en relación con los demás lesionados valorados por el mismo instrumento diagnóstico.

Respecto de la validez interna longitudinal, se encuentra en todo el sistema del nuevo baremo un escollo básico que parte de la propia metodología de origen del baremo. En el establecimiento de las jerarquías de gravedad de las lesiones psíquicas resulta evidente que se intenta mantener la ya obsoleta clasificación nosológica psiquiátrica de los trastornos mentales que diferenciaba entre trastornos psiquiátricos mayores (psicosis, depresión mayor) y menores (trastornos por ansiedad o las antiguas neurosis). En la actualidad, se acepta que lo más significativo de un trastorno es el grado de repercusión en la vida del sujeto como indicador de mayor o menor gravedad del mismo y no ya su posible adscripción nosológica. De este modo, trastornos como el trastorno por stress post-traumático o el trastorno agorafóbico, puntuados según el baremo de la Ley 34/2003 de forma muy discreta (1-3 o 1-5 puntos), pueden llegar a tener una gravedad real para el sujeto y pueden resultar tan gravemente incapacitantes como otros trastornos considerados mayores por el baremo.

Respecto de su validez interna transversal, las secuelas psiquiátricas mantienen la misma tónica de falta de consistencia. Así, si se considera que la puntuación otorgada por el trastorno por stress posttraumático (1-3 puntos) es la misma que la otorgada para secuelas de otros capítulos como "parestesias en partes acras", "material de osteosíntesis" o "vértigos esporádicos", se puede apreciar una vez más la falta de proporcionalidad en la cuantificación del estado clínico final de un lesionado aplicando el nuevo baremo.

PROBLEMAS DE REPRODUCIBILIDAD DE LOS RESULTADOS DE LA APLICACIÓN DEL BAREMO:

Una línea de acierto muy significativo, aunque oculta en la falta de claridad terminológica y nosológica del baremo, se halla en el sistema de clasificación de los trastornos orgánicos de la personalidad según su grado de gravedad. La misma línea de clasificación en función de gravedad relativa se ha seguido en algunos apartados del proyecto de baremo europeo o en la propia tabla AMA (American Medical Association). Sin embargo, en su reiterado interés en no incluir normas de interpretación de las categorías diagnósticas, se echa en falta la inclusión de algún método para la cuantificación de la mayor o menor gravedad de un trastorno.

Este problema, endémico en toda la redacción del baremo, ha sido planteado también como una de los problemas sustanciales que presentaría la tabla AMA en su aplicación para las secuelas psiquiátricas. La ausencia de unos criterios precisos para considerar la interpretación de los márgenes de gravedad deja al médico que ha de aplicar el baremo con la sensación de inseguridad respecto a que puntuación elegir de forma objetiva en márgenes de puntuación como los reflejados en el baremo de lesiones, de hasta 30 puntos. Al tiempo, esta imprecisión favorece que la reproducibilidad de los resultados de aplicación del baremo al ser interpretados por dos médicos distintos sea muy baja en el capítulo de las secuelas psiquiátricas en particular.

Una solución alternativa fue propuesta por la MAA (Motor Accidents Authority of South Wales) en Australia con motivo de su adaptación de las tablas AMA para reparación de daños en accidentes de tráfico. El sistema se basa en el hecho de que los trastornos mentales producen efectos complejos en los sujetos y dan lugar a manifestaciones de menoscabo en distintos ámbitos de la vida diaria. El sistema propuesto (PIRS o Psychiatric Impairment Rating Scale) [14, 15] asigna valores de puntuación para cada una de los siguientes actos de la vida diaria:

1. Actividades de la vida diaria: diferenciando en ellos
 - autocuidado e higiene personal
 - actividades sociales y recreativas
 - desplazamientos
2. Funcionamiento social
3. Concentración
4. Adaptación

La persona es valorada en cada una de estas seis áreas de funcionamiento interpersonal según una clasificación en cinco niveles posibles de discapacidad. Cada uno de los niveles de discapacidad es descrito en las normas de aplicación para cada una de las áreas estudiadas. Los valores obtenidos se combinan entre sí y se utiliza como valor final la mediana (no la media aritmética) como parámetro final de cuantificación. El objetivo de usar la mediana tiene como finalidad evitar que valores extremos en alguna de las áreas afecte al valor final global estimado de menoscabo por afectación global de las áreas de funcionamiento interpersonal.

Pese a su carácter tal vez mejorable, el método propuesto por Epstein et al [14] tiene el mérito de permitir establecer una dimensión más o menos objetiva del grado de daño por causa psiquiátrica y, sobre todo, minimizar los posibles errores de reproducibilidad al ser aplicado por distintos observadores. Una solución similar hubiese sido deseable en el texto final del baremo de la Ley 34/2003 para asegurar este mismo objetivo, una más de las asignaturas pendientes de nuestro sistema de reparación de daños personales en accidentes de tráfico.

CONCLUSIONES:

El análisis precedente del capítulo de Síndromes Psiquiátricos del nuevo baremo de lesiones en accidentes de tráfico de la Ley 34/2003 indica las siguientes conclusiones y recomendaciones:

1. Resulta innegable el hecho de que la nueva versión de la tabla-baremo de reparación de daños personales por accidentes de tráfico incluida en la ley 34/2003 presenta mejoras ciertas en la valoración de los daños por causa psiquiátrica frente a la redacción de la versión precedente, incluida en la Ley 30/1995. Sin embargo, el análisis del nuevo baremo revela una serie de deficiencias importantes que lo alejan de ser un instrumento ideal de valoración de daños personales por causa psiquiátrica.
2. El baremo carece del rigor necesario en lo referente a su fundamento científico, claridad de redacción y adecuación terminológica a las clasificaciones nosológicas actuales y a las concepciones modernas de los trastornos psiquiátricos. En particular, existe una indefinición en lo relativo al límite entre lo que debiera valorarse en el contexto de los síndromes psiquiátricos y neurológicos de causa central. Además, no existe una diferenciación clara entre los cuadros clínicos de causa primariamente orgánica y reactiva y existe una ausencia de concreción en lo relativo al capítulo de secuelas psiquiátricas. Una revisión crítica de los fundamentos científicos del baremo es recomendable.
3. El sistema de asignación de puntuaciones presenta graves problemas de consistencia interna tanto longitudinal como transversal que hacen recomendable su cuidadosa revisión crítica.
4. La ausencia de parámetros de cuantificación de los márgenes de puntuación (horquillas) limita gravemente la reproducibilidad de los resultados estimados por observadores diferentes (fiabilidad interjueces), lo que hace recomendable la detallada revisión crítica de los funda-

mentos metodológicos del baremo, crítica ya realizada por otros autores [16] respecto de la anterior Ley 30/95.

5. En la práctica, el absurdo conceptual recogido en la regla general tercera de aplicación (secuelas temporales) va a impedir la estimación de las secuelas temporales en los términos especificados en la ley, salvo que se admita la posibilidad de dar lugar a indemnizaciones desproporcionadas por secuelas temporales frente a secuelas definitivas. □

BIBLIOGRAFÍA:

1. Villanueva E, Hernández C: Problemas médico legales de la valoración del daño corporal. En: Gisbert Calabuig. Medicina Legal y Toxicología. 6ª Edición. Ed. Masson, 2004. pp. 516-533.
2. Castellano M, Gisbert MS: Valoración médico legal del daño psíquico. En: Gisbert Calabuig. Medicina Legal y Toxicología. 6ª Edición. Ed. Masson, 2004. pp. 1217-1234.
3. Seligman MEP: Helplessness: on depression, development and death. San Francisco, CA. Freeman. 1975.
4. Beck A.T. Cognitive models of depression. *Journal of Cognitive Psychotherapy* 1987;1:5-37.
5. Teasdale J.D. Cognitive vulnerability to persistent depression. *Cognition & Emotion* 1983; 2: 247-274.
6. Zubin J, Spring B. Vulnerability-A new view of schizophrenia. *J Abnorm Psychol* 1977;86:103-126
7. Ley 34/2003 de 4 de noviembre de modificación y adaptación a la normativa comunitaria de la legislación de seguros privados. BOE 5-11-2003. <http://www.justizia.net/docuteca/ficheros.asp?intcodigo=1581&ldDoc=SP>.
8. Ley 30/1995 de 8 de noviembre de ordenación y supervisión de seguros privados. BOE 9-11-1995, 32480-567.
9. CERENDOC. Guía baremo europea para la evaluación de las lesiones físicas y psíquicas. versión francesa de 25 de mayo de 2003. <http://la-plaza.com/vdc/BD/doc/revisiones/media/f.pdf>.
10. American Psychiatry Association: DSM-IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Ed. Masson. 1995.
11. World Health Organisation: International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD-10). 1989 Revision. Geneva, World Health Organisation, 1992.
12. Zhang Q, Sachdev PS. Psychotic disorder and traumatic brain injury. *Curr Psychiatry Rep.* 2003 Jul;5(3): 197-201.
13. McAllister TW, Ferrell RB. Evaluation and treatment of psychosis after traumatic brain injury. *NeuroRehabilitation.* 2002;17(4):357-68.
14. Epstein M, Mendelson G, Strauss N. Guides to the rating of permanent impairment. *Victorian Government Gazette*, S 87, August 1998.
15. New South Wales Motor Accidents Authority Guidelines for the Assessment of Permanent Impairment of a Person injured as the result of a motor accident. MAA Guidelines. <http://www.maa.nsw.gov.au/>
16. Quemada Ubis, J.I.; Hormaechea Beldarrain, J.A.; Muñoz Céspedes, J.M.: La peritación psiquiátrica y neuropsicológica del daño cerebral traumático y la Ley 30/95. *Actas Esp Psiquiatr* 2003;31(6):353-360.