

# Propuestas para baremo de las secuelas psíquicas derivadas de accidente de circulación.

*Proposals for scale of psychic sequels derived from traffic accidents.*

---

---

A. Villarejo Ramos<sup>1</sup>

---

---

## RESUMEN

El baremo de indemnizaciones de la Ley 34/2.003 de 4 de noviembre de modificación y adaptación de la normativa comunitaria de la legislación de seguros privados incluye, entre otras secuelas derivadas de accidentes de circulación, los denominados "síndromes psiquiátricos".

Nuestro trabajo estudia estos síndromes psiquiátricos y encuentra dos grandes defectos. En primer lugar, la catalogación de los mismos parece estar hecha al margen de las clasificaciones nosográficas internacionales (DSM IV y CIE X). En segundo lugar, la valoración cuantitativa a efectos indemnizatorios, solo en raros casos, se basa en criterios de gravedad sintomática y déficit funcional, como si hace al menos el eje V de DSM IV TR.

Proponemos, en consecuencia, un nuevo baremo que, por una parte, clasifique las secuelas psíquicas según las categorías diagnósticas de las clasificaciones internacionales y, por otra, conceda valores a efectos indemnizatorios basados en criterios de gravedad sintomática y déficit funcional, como hace, por ejemplo, la Escala de Evaluación de la Actividad Global, EEAG (Global Assessment of Functioning, GAF).

*Palabras clave: Baremo psiquiátrico. Daño psíquico. Secuelas psíquicas.*

Cuad Med Forense 2005; 11(41)191-201

## ABSTRACT

The scale of reimbursement established in Law 34/2003 of 4 November modifying and adopting the community regulations for the legislation of private insurances includes, among other consequences derived from traffic accidents, the so-called "psychiatric syndromes".

Our work analyses these psychiatric syndromes and observes two major defects. Firstly, catalogue appears to be made without considering international classifications (DSM IV and ICD X). Secondly, the quantitative assessment for reimbursement purposes is based, in only a very few cases, on criteria of symptomatic seriousness and functional deficit, as is at least, axis V of the DSM IV TR.

We propose, therefore, the establishment of a new scale which, on one hand, classifies the psychic consequences according to the diagnostic categories of international classifications and, on the other hand, grants values for reimbursement purposes based on criteria of symptomatic seriousness and functional deficit, as is the case, for example with the Global Assessment of Functioning, (GAF).

*Key words: Psychiatric scale. Psychic injury. Assessment of psychic injury.*

---

Fecha de recepción: 20.DIC.05

Fecha de aceptación: 25.MAR.06

Correspondencia: Servicio de Clínica Médico Forense. IML de Cádiz. c/ Sanchez Barcaiztegui nº 3-2º Cádiz.  
Tfno: 956 203 147

<sup>1</sup> Médico Forense, Servicio de Clínica Médico Forense. Instituto de Medicina Legal de Cádiz.

## **INTRODUCCIÓN:**

La literatura médica española relacionada con la Valoración del Daño Corporal mostró su júbilo ante la promulgación de la Ley 34/1.995 [1] que incluía en la tabla VI el baremo para la evaluación del daño corporal derivado de accidentes de circulación y que, al parecer, ponía fin a un desbarajuste diagnóstico en la evaluación de tales secuelas. Pronto, sin embargo, surgieron las primeras críticas y años más tarde se elaboró un nuevo baremo recogido en la Ley 34/2.003 de 4 de noviembre [2], que, según se asegura, mejora el texto anterior. No nos cabe duda de que así sea, no obstante no podemos compartir el entusiasmo de nuestros colegas, al menos en lo referente a la baremación de los síndromes psiquiátricos, objeto de nuestro estudio.

En efecto, hallamos en falta en este sentido que los trastornos mentales catalogados como secundarios a accidentes de tráfico y considerados secuelas psíquicas, parecen creados "ad hoc", olvidándose los redactores del texto de las distintas clasificaciones nosográficas internacionales (DSM IV TR o CIE X), opinión que compartimos con Portero y Garamendi [3]. Nuestro mayor reproche al actual baremo es precisamente este, evitar el uso de la nosografía internacional, que si bien está sujeta a continuas correcciones, ofrece las ventajas al médico evaluador de determinar criterios específicos de diagnóstico y de ser universalmente consensuadas por la comunidad médica. Creemos, por tanto que los síndromes psiquiátricos derivados de accidentes de tráfico considerados como secuelas, han de ajustarse a las categorías diagnósticas recogidas en cualquiera de estas clasificaciones internacionales y proponemos, por tanto, un baremo basado en tales nosografías.

Igualmente, las valoraciones cuantitativas a efectos indemnizatorios de los síndromes psiquiátricos -volvemos a coincidir con Portero y Garamendi- han de estar basadas en criterios universales y deben evaluar tanto la gravedad sintomática, como las alteraciones funcionales que se producen.

Expondremos en primer lugar una breve consideración sobre el concepto de secuela psíquica, para posteriormente hacer diversas propuestas tras el análisis del baremo de la Ley 34/2.003, tanto desde el aspecto nosográfico, como desde las valoraciones cuantitativas que, finalmente, se reflejan en la elaboración de un nuevo baremo para la valoración de los síndromes psiquiátricos derivados de accidente de circulación que trate de solventar los, que creemos, defectos del actual.

## **CONCEPTO DE SECUELA PSÍQUICA:**

El concepto de secuela psíquica en relación a la valoración del daño corporal con efectos indemnizatorios está íntimamente ligado al de daño psíquico, pues éste es el resultado de la acción de una noxa externa que actúa sobre la persona y que produce en ella un trastorno mental.

Pero para que dicho trastorno mental sea considerado como secuela, debe permanecer, como dice Carrasco [4], después de haber llevado a cabo un tratamiento adecuado y un programa de rehabilitación y una vez que el estado clínico se considera estabilizado. Se trata por tanto de lesiones permanentes que no desaparecen con los tratamientos.

Es decir, para que un trastorno mental tenga carácter de secuela psíquica, ha de reunir los siguientes criterios:

I. Daño psíquico producido como consecuencia de un acontecimiento traumático o noxa externa y establecimiento adecuado del nexo de causalidad.

Lachica [5] encuentra dos tipos diferentes de noxas externas, a) Lesión cerebral y

b) Impacto emocional secundario a un trauma.

Villanueva Cañadas [6] aumenta las posibles circunstancias etiológicas del daño psí-

quico y menciona acción directa sobre el cerebro -lesión cerebral-, efectos psicógenos o impacto emocional que puede ocasionar un trauma y la reacción psicógena a la forma de vivenciar el accidente el entorno familiar.

A nuestro entender, la noxa externa (en nuestro caso, accidente de circulación) que origina un daño psíquico puede actuar de cualquiera de las siguientes formas:

- Lesión orgánica cerebral directa, por traumatismo craneoencefálico.
- Lesión cerebral indirecta: Traumatismo en cualquier otra región anatómica que provoque alteraciones metabólicas o endocrinas originarias de afectación cerebral secundaria.
- Vivencia de la situación estresora o acontecimiento traumático (estrés psíquico)
- Vivencia de los déficits funcionales o situacionales que se derivan de la noxa primitiva (estrés psicosocial).

2. Estabilización del cuadro después de la aplicación de tratamientos adecuados.

3. Curso crónico e irreversible.

## **ANÁLISIS CRÍTICO DEL BAREMO DE LA LEY 34/2.003 DE 4 DE NOVIEMBRE: NUEVAS PROPUESTAS:**

### **I. ANÁLISIS CRÍTICO DE LA NOSOGRAFÍA.**

Trataremos a continuación de argumentar nuestras propuestas de inclusión y exclusión de trastornos mentales que deben ser considerados como secuelas susceptibles de aparecer tras un accidente de tráfico y baremadas como tales.

En este análisis consideraremos secuelas a aquellos trastornos mentales que son recogidos por las clasificaciones internacionales y que cumplan los criterios antes mencionados para secuela psíquica.

#### **1ª Propuesta: Inclusión de los trastornos mentales orgánicos.**

A pesar de que el baremo encuadra a todos los síndromes psiquiátricos en el capítulo I, relativo a la cabeza, como si todos fueran de origen orgánico, se olvida catalogar específicamente los trastornos mentales de esta etiología, si bien es cierto que menciona alguno de ellos en distintos epígrafes.

En efecto y en primer lugar, las demencias son incluidas, pero solo en el apartado de "Agravaciones", considerándose la "agravación o desestabilización de demencia no traumática (incluye demencia no senil)". No se encuentran relacionadas otras demencias cuya etiología podría derivar de un accidente de tráfico. Nos referimos a las demencias debidas a lesión cerebral directa por traumatismo craneal y a las demencias debidas a lesión cerebral indirecta por enfermedad médica.

DSM IV TR [7] recoge como "demencia debida a traumatismo craneal" (294.1) aquella que se estima como efecto fisiopatológico directo del traumatismo craneal. En nuestro estudio, lógicamente, producido en accidente de circulación. Forma parte de las consideradas lesiones orgánicas encefálicas directas. En el mismo manual también se encuentra la "demencia debida a otras enfermedades médicas". De tales enfermedades médicas, a nosotros nos interesan solo aquellas que sean secundarias a traumatismos (eventualmente producidos en accidentes de circulación). Mencionaremos, siguiendo dicho manual, las alteraciones de la función renal o hepática (encefalopatía hepática o encefalopatía renal), consecutivas a traumatismos en tales vísceras, o la hipoglucemia secundaria a traumatismo pancreático. Estos trastornos se agrupan entre las lesiones orgánicas encefálicas indirectas.

Es cierto, como afirman Aso, Martínez y Arregui [8], que ambas categorías podrían estar representadas en el actual baremo dentro del epígrafe "Deterioro de las funciones cerebrales superiores integradas, acreditado mediante pruebas específicas (Outcome Glasgow Scale)", con cuatro niveles de gravedad. No estaría de más, no obstante, que las demencias figuraran como tales con las categorías recogidas en DSM IV TR (Demencias debidas a traumatismo craneal 294.1 y demencias debidas a otras enfermedades médicas 294.1) y bajo el nuevo epígrafe que proponemos de **"Trastornos mentales orgánicos"**.

El baremo recoge "amnesia" encuadrada en "síndromes neurológicos de origen central". Consideramos, sin embargo, que esta secuela debe ser denominada según terminología DSM IV TR ("Trastorno amnésico debido a enfermedad médica"; 294.0), o CIE X ("Síndrome amnésico orgánico..."; F04). El trastorno amnésico debido a enfermedad médica, incluye como causas, traumatismo craneal o enfermedades metabólicas (encefalopatía hepática o encefalopatía urémica por traumatismos hepáticos o renales, por ejemplo).

En relación a las psicosis orgánicas, el baremo de la antigua Ley 30/95 se refiere a las psicosis postraumáticas como "difícilmente consideradas como secuelas" y recomienda consultar con especialista. El actual baremo, ni siquiera las reconoce como tal. Coincidimos con Aso [9] cuando afirma que existe notable dificultad para establecer los criterios diagnósticos que definan las psicosis postraumáticas y a menudo se consideran como tales cuadros de deterioro cognitivo global, que en realidad son demencias. Sin embargo, tanto CIE X ("trastorno de ideas delirantes (esquizofreniforme) orgánico"; F06.2), como DSM IV TR ("trastorno psicótico debido a enfermedad médica"; 293.8) las incluyen en sus clasificaciones. El "trastorno psicótico debido a enfermedad médica", según DSM IV TR, se caracteriza por la presencia de alucinaciones e ideas delirantes debidas a los efectos fisiológicos directos de una enfermedad médica. Entre las enfermedades médicas asociadas, el manual recoge algunas que pueden ser secundarias a déficits funcionales originados por traumatismos viscerales surgidos en accidentes de tráfico, tales como hipofunción suprarrenal, hipoglucemia, enfermedades hepáticas y renales, etc., que de forma indirecta producen lesiones cerebrales.

El "trastorno catatónico debido a enfermedad médica" (F06.1; 293.89) es considerado categoría diagnóstica en DSM IV y CIE X y se define como la presencia de catatonía que se estima debida a efectos fisiológicos directos de enfermedad médica. Considerando, entre otras, traumatismo craneal o encefalopatía hepática. Ambos cuadros susceptibles de aparecer tras accidente de circulación por lesión directa craneal o traumatismo hepático

Finalmente, existen otros cuadros de origen orgánico recogidos en DSM IV TR o CIE X que pueden cumplir criterios de secuelas psiquiátricas, entre ellos, los criterios etiológicos de lesión cerebral directa o indirecta y que deberían ser consideradas como tales. Nos referimos a alucinosis orgánica (F06.0), trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica (293.89; F06.3x), trastorno de ansiedad debido a enfermedad médica (293.89; F06.4) y trastornos del sueño debidos a enfermedad médica (780.5x).

La misma consideración cabe hacer de la secuela "impotencia", que también podría ser incluida en el epígrafe de "trastornos mentales orgánicos", como "trastorno sexual debido a enfermedad médica" (DSM IV TR), siempre que obedeciese a esta etiología.

En el apartado de "trastornos de la personalidad" del actual baremo, encontramos "síndrome postconmocional" y "trastorno orgánico de la personalidad" que, consideramos, estarían mejor clasificados bajo la categoría propuesta por nosotros de "Trastornos mentales orgánicos", pues como tales son considerados por CIE X [10] y DSM IV TR.

Algunos de los trastornos mentales orgánicos planteados como secuelas se producen con muy baja frecuencia e, incluso, excepcionalmente. Dumond, Fayol y Léger [11] informan de una incidencia de entre el 3,5 y 10% de psicosis en pacientes que han sufrido un traumatismo craneal y entre 1 y 3% de demencias postraumáticas tras traumatismo craneal.

Sin embargo y a pesar de su escasa incidencia, creemos que deben figurar en el baremo porque:

- a) De no ser así, el perito médico podría no tenerlos en consideración aunque se produjeran, suponiendo esto una merma en el derecho indemnizatorio del lesionado.
- b) El médico evaluador podría diagnosticarlos, pero no reflejarlos como tales en su informe, sino "asimilarlo" a otro trastorno si baremado. Circunstancia que supondría un importante sesgo epidemiológico, por un lado, y un deterioro del principio de contradicción de la prueba (pericial médica) por el otro.

Otros trastornos sin embargo, aparecen, según los mismos autores, con mayor frecuencia. Así, en relación a los trastornos del estado de ánimo por traumatismo craneal indican una frecuencia de entre el 25-50% de estados depresivos y del 0,8 al 9% de manía postraumática. La probabilidad de sufrir un cambio de la personalidad debida a traumatismo craneoencefálico aumenta con la gravedad del coma, pudiendo pasar del 53 al 83%.

Pensamos por tanto, que todos estos trastornos mentales deberían figurar en el baremo incluidos en el epígrafe de "trastorno mental orgánico", aunque efectivamente exigiese un depurado diagnóstico etiológico que evidenciase el nexo de causalidad entre una lesión orgánica y el propio trastorno mental.

### **2ª Propuesta: Exclusión del epígrafe "trastornos de la personalidad".**

Los síndromes que se recogen en la Ley 34/2.003 bajo el epígrafe de "Trastornos de la personalidad" ("síndrome postconmocional" y trastorno orgánico de la personalidad) estarían mejor encuadrados en los trastornos mentales orgánicos que proponemos nosotros, como acabamos de explicar. No obstante, el actual baremo tampoco contempla "transformación persistente de la personalidad tras experiencia catastrófica", reconocida por CIE X (F62.0), si bien esta entidad puede considerarse una forma crónica de TEPT e incluirse en otro lugar. Por tanto, consideramos que el epígrafe "trastornos de la personalidad" debería desaparecer.

### **3ª Propuesta: Modificación del epígrafe "trastornos del humor".**

El actual baremo recoge en los "trastornos del humor" exclusivamente el "Trastorno depresivo reactivo."

Confuso término que no aclara si nos estamos refiriendo a los actuales Trastornos Adaptativos o al antiguo de depresión neurótica, entendida esta como "una reacción excesiva de depresión debido a un conflicto interno o a un acontecimiento identificable" según recogía el DSM II. [12]

Estas depresiones neuróticas derivaron en tres categorías principales: el trastorno depresivo mayor, el trastorno distímico y el trastorno adaptativo con humor deprimido. Se reconoce, no obstante que este último es la categoría diagnóstica que englobaría la mayor parte de las antiguas depresiones neuróticas (Vallejo y Menchón) [13].

Proponemos que los trastornos del humor considerados como secuelas sean clasificados, atendiendo a CIE X, en

- Trastorno distímico 300.4 F34.1.

Como asegura Catalán [14], ya no existe controversia sobre la causalidad de los factores psicosociales en el inicio y evolución de las distimias. Se trata de acontecimientos vitales externos de naturaleza económica, social, psicológica o familiar que producen desadaptación social o distrés psicológico. Creemos, por tanto, que un accidente de tráfico puede originar en la víctima situaciones de minusvalía, económicas o psicosociales que actúan como factores precipitantes de un trastorno distímico. Si bien es cierto que es preciso tener en cuenta el importante papel que juega la estructura previa de personalidad en el desarrollo de este trastorno, circunstancia a considerar a la hora de establecer una valoración cuantitativa de la secuela, como luego veremos.

- Trastorno depresivo mayor crónico. 296.2 F32.

Según los citados Vallejo y Menchón, cada vez está más afianzada la opinión que el trastorno depresivo mayor y el trastorno distímico son una misma enfermedad, que varía solo en la gravedad y duración. Por tanto, podemos hacer las mismas consideraciones etiopatogénicas, en relación a accidentes de tráfico, para el trastorno depresivo mayor que las hechas para el trastorno distímico. Así, por ejemplo, a menudo el trastorno depresivo mayor se produce después de un estrés psicosocial grave [15] (eventualmente secundario a accidente de tráfico), y probablemente muchos pacientes diagnosticados de depresión mayor crónica sufren trastornos de personalidad premórbidos. [16].

Proponemos, por tanto, que en este epígrafe figuren los trastornos del humor comentados (trastorno distímico y trastorno depresivo mayor), incluyéndose el "trastorno depresivo reactivo" dentro de los trastornos adaptativos con la nomenclatura de "con estado de ánimo depresivo", que, junto con el resto de trastornos adaptativos, estaría encuadrado en el epígrafe dedicado a los trastornos secundarios a situaciones estresantes.

#### **4ª Propuesta: Modificación del epígrafe "Trastornos neuróticos"**

Bajo este epígrafe la tabla actual especifica: "Por estrés postraumático" y "Otros trastornos neuróticos".

En primer lugar, no todos los autores, como afirman Hollander, Simeon y Gorman [17], están de acuerdo en que el trastorno por estrés postraumático se englobe dentro de los trastornos por ansiedad (o neuróticos), pues, aseguran, que aunque la ansiedad es el síntoma predominante, también lo son la depresión y disociación. Así la CIE X lo incluye en "Trastornos secundarios a situaciones estresantes", aunque DSM IV TR los mantiene dentro del grupo de trastornos por ansiedad.

Hacemos una segunda observación referida a los "otros trastornos neuróticos" que recoge el baremo. Terminología que consideramos resulta ambigua pues podría referirse, bien a la categoría F48 de CIE X con idéntica nomenclatura y que incluye neurastenia, trastorno de despersonalización-desrealización, otros trastornos neuróticos especificados, trastorno neurótico sin especificación, o bien, a todos los demás trastornos neuróticos.

Proponemos el epígrafe "**Trastornos neuróticos**" de CIE X, reservado para aquellos trastornos que se caracterizan, entre otros elementos, porque pueden derivarse, aunque no necesariamente, de una situación estresora y en cuya etiología influye, además, un importante factor de predisposición individual. Serán incluidos solo los trastornos que cumplan criterios de secuelas psíquicas y se establezca un nexo causal con un acontecimiento traumático derivado de accidente de circulación.

- Trastornos disociativos. F44.

La característica esencial de los trastornos disociativos consiste en un alteración de las funciones integradoras de la conciencia, la identidad, la memoria y la percepción del entorno. Puede ser gradual o repentina, transitoria o crónica [18]. Tienen un origen psicógeno y se reconoce una estrecha relación temporal con acontecimientos traumáticos, problemas insolubles o insoportables o relaciones interpersonales alteradas [19]. En este epígrafe estarían incluidas las categorías Amnesia disociativa (300.12 F44.0), Trastorno de identidad disociativo (300.14, F44.81), Trastorno de despersonalización (300.6, F48.1), Trastorno disociativo no especificado (300.15, F44.9) y Trastornos de conversión.

- Trastorno de pánico o trastorno de angustia. (F41.0; sin agorafobia, 300.01; con agorafobia, 300.21).

Algunos datos indican, como recogen Sadock y Sadock [20], que el comienzo del trastorno de pánico coincide con mayores factores de estrés psicosocial, si bien es cierto que en la mayoría de los casos no es posible identificar definitivamente ninguno y, por lo general, se trata de un trastorno crónico.

- Fobia específica.

Una fobia específica, aseguran Sadock y Sadock [21], aparece cuando un objeto o una situación específicos se une a las emociones de miedo y pánico. Por lo general -continúan los autores- existe una tendencia inespecífica a sentir miedo o ansiedad y cuando un episodio específico (por ejemplo, conducir) se une a una experiencia emocional (por ejemplo, un accidente), la persona es capaz de hacer una asociación emocional permanente entre conducir automóviles y miedo o ansiedad.

Bajo el epígrafe F40-49 de CIE X "**Trastornos secundarios a situaciones estresantes**" se incluirán en el baremo propuesto por nosotros, aquellas entidades cuya etiología obedezca a un acontecimiento biográfico especialmente estresante o la presencia de un cambio vital significativo que den lugar a situaciones desagradables persistentes. Aunque en ambas categorías puede existir una predisposición o vulnerabilidad individual, hay que aceptar que el trastorno no se habría presentado en ausencia del estresante [22]. Tales son respectivamente:

- Trastorno de estrés postraumático ( F43.1).
- Trastornos adaptativos.
  - Con estado de ánimo depresivo 309.0 F43.21.
  - Con ansiedad. F43.28 309.24.
  - Mixto con ansiedad y estado de ánimo depresivo 309.28 F43.22.
  - Con trastorno de comportamiento 309.3 F43.24.
  - Con alteración mixta de las emociones y el comportamiento. F43.25 309.4.
  - No especificado 309.9 F43.9.

Ambas categorías pueden presentar un curso crónico. En efecto, el TEPT puede curar en varios meses pero en una pequeña proporción de enfermos el trastorno puede persistir de forma crónica durante años e incluso evolucionar hacia una transformación persistente de la personalidad (F 62.0), cuadro que debería incluirse en este epígrafe. En cuanto a los trastornos adaptativos, si bien

por definición, no deben durar más de 6 meses, pueden aparecer formas crónicas como consecuencia de un estresor crónico o un estresante con dificultades importantes.

### **5ª Propuesta: Consideración sobre los Trastornos mentales derivados del uso de sustancias.**

En ocasiones, tras un accidente de circulación, la víctima puede sufrir un deterioro físico, psíquico o socio-laboral que supongan estados de angustia o estrés psicossocial crónico, que el paciente puede tratar de enmascarar o aliviar mediante el consumo de diversas sustancias. Esta conducta puede degenerar en abuso o dependencia a tales sustancias (Carrasco [23]). Consideramos que estos últimos son trastornos crónicos que deben ser baremados como agravaciones de otras secuelas psíquicas derivadas de accidentes de circulación.

## **2. ANÁLISIS CRÍTICO DE LA PUNTUACIÓN.**

Coincidimos con Carrasco [24] en que la valoración cuantitativa de la secuela psíquica, además de puntuar la gravedad del trastorno psíquico "per se", debe evaluar el déficit funcional en las actividades diarias del enfermo, las desventajas sociolaborales, las dificultades de relación y la desadaptación que originan. Pues como afirma el autor, existen trastornos poco graves desde el punto de vista clínico, que, sin embargo, originan importantes limitaciones funcionales y deterioro laboral y social. Siguiendo esta misma línea, los ya citados Portero y Garamendi proponen el uso de Psychiatric Impairment Rating Scale, que asigna valores a diversas actividades de la vida diaria, funcionamiento social, concentración y adaptación.

El baremo de la Ley 34/2.003 adopta un sistema de puntuación basado en estas premisas solo al evaluar el "trastorno orgánico de la personalidad" y el "deterioro de las funciones cerebrales superiores", puntuando según la limitación de las funciones interpersonales y de la vida diaria estén afectadas de forma leve (10-20), moderada (20-50), grave (50-75) o muy grave (75-90). Sin embargo, no aplica estos mismos criterios para valorar cuantitativamente el resto de síndromes psiquiátricos.

Por otra parte, llama la atención la baja puntuación que la tabla concede a determinados trastornos. Así, el trastorno por estrés postraumático es valorado entre 1 y 3 puntos y "otros trastornos neuróticos", entre 1 y 5. Puntuaciones excesivamente bajas si son comparadas con la concedida, por ejemplo, a la forma leve de trastorno orgánico de la personalidad (10-20 puntos). El baremo no reconoce pues, que los trastornos neuróticos puedan originar ni siquiera leves limitaciones en las funciones interpersonales o sociales cotidianas.

¿A qué se debe esta disparidad de puntuación?. Reconocemos que existen trastornos mentales no orgánicos difícilmente objetivables, al menos en comparación con los trastornos mentales orgánicos. Somos conscientes, por tanto, que son más susceptibles de ser simulados y también sabemos que su aparición depende en gran parte de una determinada estructura de personalidad premórbida. Aunque es cierto que la cuantificación de estos casos ha de ser menor (por los factores idiosincrásicos individuales que también intervienen en su etiología), no se justifica tan baja baremación, pues estas secuelas pueden originar perturbaciones de distinta gravedad en la vida diaria del paciente que es necesario reconocer y puntuar, aunque ello exija una especial finura diagnóstica.

Finalmente, las secuelas psíquicas que constituyan una agravación de trastornos mentales previos, han de incluirse en un epígrafe específico y ser puntuadas en consecuencia, es decir, dentro de rangos cuantitativos necesariamente menores. En este sentido y si evaluamos el daño psíquico atendiendo a su repercusión funcional, no es necesario distinguir, como hace el baremo, entre "agravación o desestabilización de una demencia no traumática" y "agravación o desestabilización de otros trastornos mentales".



Proponemos pues, que la puntuación de todos los trastornos mentales considerados secuelas se realicen obedeciendo a dos criterios: la gravedad de los síntomas y el déficit de autonomía personal y disfunción sociolaboral en relación al estado anterior que originan. Para ello se puede utilizar una de las escalas que propone DSM IV TR en el eje V. Nos referimos a la Escala de Evaluación de la Actividad Global (EEAG) o Escala de Evaluación Global del Funcionamiento (Global Assessment of Functioning, GAF) [25].

Esta escala evalúa ambos componentes, la gravedad de los síntomas y el nivel de actividad del paciente y está basada en un continuo entre salud mental y enfermedad mental. Se divide en 10 niveles, con 10 puntos cada uno, donde el valor 100 representa el máximo de funcionamiento en todas las áreas [26]. A los efectos que nos ocupan, podemos excluir los últimos tres niveles, entre las puntuaciones de 71 a 100, pues en ellos, o bien los síntomas están ausentes o si existen son transitorios. El resto de niveles se pueden encuadrar en los siguientes rangos de gravedad:

- Leve: 61-70 en GAF.
- Moderado: 51-60 en GAF.
- Grave: 21-50 en GAF.
- Muy grave: 1-20 en GAF.

## **CONCLUSIÓN: PROPUESTA DE UN NUEVO BAREMO.**

### **I. CATEGORÍAS DIAGNÓSTICAS.**

Proponemos un baremo que recoja las secuelas psiquiátricas derivadas de accidentes de tráfico, basado en las actuales clasificaciones internacionales DSM IV TR y CIE X , donde se incluyan las siguientes categorías diagnósticas:

#### **Trastornos mentales orgánicos.**

- Trastorno catatónico debido a enfermedad médica.
- Trastorno amnésico debido a enfermedad médica
- Trastorno psicótico debido a enfermedad médica.
- Alucinosis orgánica.
- Trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica.
- Trastorno de ansiedad debido a enfermedad médica .
- Demencia debida a traumatismo craneal.
- Demencia debida a otras enfermedades médicas.
- Trastorno amnésico debido a enfermedad médica.
- Trastornos del sueño debidos a enfermedad médica.
- Trastorno (o síndrome ) postconmocional.
- Cambio de personalidad debido a enfermedad médica.
- Trastorno sexual debido a enfermedad médica.

#### **Trastornos del humor.**

- Trastorno distímico
- Trastorno depresivo mayor

#### **Trastornos neuróticos.**

- Trastorno disociativos.
- Trastorno de pánico.
- Fobia específica.

### Trastornos secundarios a situaciones estresantes.

- Trastorno de estrés postraumático.
- Transformación persistente de la personalidad.
- Trastornos adaptativos.

### Agravación o descompensación de estados mentales previos.

#### 2. VALORACIÓN CUANTITATIVA.

En cuanto a la valoración cuantitativa con efectos indemnizatorios de las secuelas psíquicas, consideramos que ha de efectuarse atendiendo a una escala de evaluación internacionalmente reconocida, que recoja ítems consensuados de gravedad sintomática y de funcionalidad. Proponemos a este fin, el uso de la Escala Global de Funcionamiento (Global Assessment of Functioning, GAF).

Atendiendo a esta escala, los pacientes que presenten una puntuación entre 61 y 70, se considerarán de gravedad "leve" en nuestra propuesta de baremo y se evaluarán entre 10 y 20. Los que se encuentren entre los valores de 51 y 60 en la escala GAF entrarán en el rango de gravedad "moderada", con puntuación entre 20 y 50. Aquellos enfermos que arrojen puntuación GAF entre 21 y 50, entrarán en el rango de "graves" en el baremo y serán puntuados entre 50 y 70. Finalmente, las secuelas que impliquen una valoración de entre 1 y 20 de la escala GAF, se consideraran "muy graves" en el baremo, con puntuaciones que oscilan entre 75 y 90.

Las secuelas psíquicas en cuya etiología está implicado un factor predisponente individual serán evaluadas con valores inferiores, pero atendiendo también a la gravedad sintomática y a los déficits funcionales según la escala GAF. Se considerarán los siguientes rangos con sus respectivas puntuaciones: leves (8-13), moderadas (13-18), graves (18-23) y muy graves (23-28).

Finalmente, los casos de agravación o descompensación de trastornos mentales previos serán evaluados igualmente por la escala GAF, pero recibirán puntuaciones aún menores en el baremo, para los que proponemos los siguientes rangos: leves (5-10), moderadas (10-15), graves (15-20) y muy graves (20-25). □

#### BIBLIOGRAFÍA:

1. Ley 30/1995 de 8 de noviembre de ordenación y supervisión de seguros privados. BOE 9-11-1995.
2. 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.
3. Portero G. Garamendi PM: Reflexiones sobre la Ley 34/2003 (2). Valoración de la tabla psiquiátrica. Cuadernos de Medicina Forense. 2004; 37: 21-29.
4. Carrasco JJ, Maza JM: Manual de Psiquiatría Legal y Forense. 2ª ed, Editorial La Ley. Madrid, 2003. 529.
5. Lachica E: El daño psíquico en el delito de lesiones: Aspectos médicos. Cuadernos de Medicina Forense. 1997; 9: 47-60.
6. Villanueva E: Peculiaridades de la prueba pericial en la valoración del daño psíquico. Cuadernos de Medicina Forense. 1997; 8: 3-22.
7. Asociación Americana de Psiquiatría: DSM IV TR Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Texto revisado. 1ª ed. Editorial Masson. Barcelona. 2002. 186 y 189.
8. Aso J, Martínez JV, Arregui R: Aspectos médico legales de las demencias. 1ª ed. Editorial Masson. Barcelona. 2004. 160
9. Aso J: Traumatismos craneales. Aspectos médico-legales y secuelas. 1ª ed. Editorial Masson. Barcelona. 1999. 200.
10. Organización Mundial de la Salud: Trastornos mentales y del comportamiento. 10ª ed.. Editorial Meditor. Madrid. 1992. 48.
11. Dumond JJ, Farol P, Légwer JM: Troubles psychiques des traumatisés crâniens. *Encycl Méd Psychiatrie*, 37-520-A-10, 1996, 14 p
12. American Psychiatric Association: *Diagnostical and Statistical Manual of Mental Disorders*. 2ª ed. Washington DC. 1968.
13. Vallejo J, Menchón J: Distimia y otras depresiones no melancólicas. En: Vallejo J, Gastó C: *Trastornos afectivos: ansiedad y depresión*. 2ª ed. Editorial Masson. Barcelona. 2000. pp 261-288
14. Catalán R: Factores psicosociales. En: Vallejo J, Gastó C: *Trastornos afectivos: ansiedad y depresión*. 2ª ed. Editorial Masson. Barcelona. 2000. pp 227-241.
15. Asociación Americana de Psiquiatría: *DSM IV TR Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Texto revisado. 1ª ed. Editorial Masson. Barcelona. 2002. 349.

16. Gastó C: Depresiones crónicas. En: Vallejo J, Gastó C: Trastornos afectivos: ansiedad y depresión. 2ª ed. Editorial Masson. Barcelona. 2.000. pp 289-307.
17. Hollander E, Simeon D y Gorman JM: Trastornos de ansiedad. En: Hales RE, Yudofsky SC, Talbott JA: Tratado de Psiquiatría. 2ª ed. Editorial Ancora. Barcelona. 1.996. pp 523-595.
18. Asociación Americana de Psiquiatría: DSM IV TR Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Texto revisado. 1ª ed. Editorial Masson. Barcelona. 2.002. 489.
19. Organización Mundial de la Salud: Trastornos mentales y del comportamiento. 10ª ed.. Editorial Meditor. Madrid. 1.992. 190.
20. Sadock BJ, Sadock VA: Sinopsis de psiquiatría. Ciencias de la conducta/Psiquiatría clínica. 9ª ed. Editorial Waverly Hispanica SA. Barcelona. 2.004. 606
21. Sadock BJ, Sadock VA: Sinopsis de psiquiatría. Ciencias de la conducta/Psiquiatría clínica. 9ª ed. Editorial Waverly Hispanica SA. Barcelona. 2.004. 611
22. Organización Mundial de la Salud: Trastornos mentales y del comportamiento. 10ª ed.. Editorial Meditor. Madrid. 1.992. 187
23. Carrasco JJ, Maza JM: Manual de Psiquiatría Legal y Forense. 2ª ed, Editorial La Ley. Madrid, 2.003. 1.473.
24. Carrasco JJ, Maza JM: Manual de Psiquiatría Legal y Forense. 2ª ed, Editorial La Ley. Madrid, 2.003. 538.
25. Asociación Americana de Psiquiatría: DSM IV TR Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Texto revisado. 1ª ed. Editorial Masson. Barcelona. 2.002. 40.
26. Sadock BJ, Sadock VA: Sinopsis de psiquiatría. Ciencias de la conducta/Psiquiatría clínica. 9ª ed. Editorial Waverly Hispanica SA. Barcelona. 2.004. 290.