

SECUELAS PSÍQUICAS TRAS TRAUMATISMOS CRANEOENCEFÁLICOS: SU VALORACIÓN EN EL ANEXO A LA LEY 30/95

M^a Carmen Míguez Varela¹ y Elisardo Becoña Iglesias
Universidad de Santiago de Compostela

Resumen

En este artículo se hace un análisis de la clasificación y valoración de las secuelas psíquicas derivadas de traumatismos craneoencefálicos que recoge el actual *Sistema para valorar daños y perjuicios causados a las personas en accidentes de circulación* (baremo de tráfico). Se propone utilizar terminología de uso común por parte de los profesionales de la salud mental, como son las clasificaciones internacionales de los trastornos mentales, para referirse a dichas secuelas. Así mismo, se insiste en la necesidad de valorar las diversas secuelas psicológicas en función del nivel de deterioro funcional que provoquen en el afectado, especificando las áreas de funcionamiento que se encuentran deterioradas.

PALABRAS CLAVE: *Valoración, baremo, accidente, secuela psíquica.*

Abstract

This article focuses on the analysis of the classification and valuation of the psychic sequelae due to traumatic brain injury contemplated in the current system of valuation of damage caused by traffic accidents (traffic scale). It is suggested that a common terminology, like international classification of the mental disorders, regarding sequelae, should be used by all mental health professionals. The need to valuate the different psychological consequence with regard to the level of dysfunction and specific damaged areas is emphasized.

KEY WORDS: *Valoration, scale, accident, psychological sequelae.*

¹ *Correspondencia:* M^a Carmen Míguez, Departamento de Psicología Clínica y Psicobiología, Facultad de Psicología, Universidad de Santiago de Compostela, Campus Universitario Sur, 15706 Santiago de Compostela. E-mail: pcmcm@usc.es.

Introducción

En los últimos años, el incremento de vehículos a motor, así como de sus características técnicas, ha conllevado un mayor uso de los mismos y ello ha propiciado el aumento del número de accidentes de tráfico.

Hoy por hoy, los accidentes de tráfico suponen la principal causa de Traumatismos Craneoencefálicos (TCE) en adultos (70%) (Moreno y Blanco, 1997). La incidencia de TCE en España se sitúa entre los 150-250 casos por cada 100.000 habitantes (León-Carrión, 1998). Estos representan un grave problema en los países occidentales desde un punto de vista de salud pública (Delgado, Rodríguez y Cabrera, 1994), no sólo por su elevada incidencia, sino también por afectar prioritariamente a un grupo de población joven. En la actualidad, se estima que suponen una de las principales causas de muerte entre los menores de 45 años. A esto hay que añadir las secuelas que en muchos casos acompañan a los supervivientes, dando lugar a serias alteraciones personales, familiares y sociales, además de considerables repercusiones económicas.

Se estima que en el 15% de los pacientes que sufren TCE graves y del 40 al 50% con TCE menores, junto con otras lesiones sufridas en el accidente, desarrollan *patología psiquiátrica post-traumática* (Borobia, 1996). Se ha llegado incluso a constatar (Esbec y Graña, 2000) que el accidente de circulación puede llegar a percibirse como más importante que otro tipo de traumas del tipo agresiones físicas y sexuales. Por lo tanto, hay que tener en cuenta que un accidente no sólo repercute en el plano somático, sino que también lo hace de forma muy notable en el psíquico. Y, no debemos olvidar, que la alteración de las funciones mentales impide un pleno desarrollo físico, afectivo, social y laboral, implicando una importante alteración de la vida de relación.

Ante la necesidad legal de regular todas las lesiones residuales derivadas de los accidentes de tráfico, se plantea, tanto desde el campo del Derecho como de la Medicina, la necesidad de la creación de un baremo que recogiese las secuelas derivadas de traumatismos con origen en accidentes de tráfico. Este punto se vería resuelto con la publicación en España de la *Ley 30/1995 de 8 de noviembre, de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados* (BOE núm. 268, de 9 de nov), descrita como anexo en la Ley 30/1995 y en adelante denominada *baremo de tráfico*, dada su aceptación común y habitual. Ello supuso la aportación de un *Sistema para Valorar Daños y Perjuicios Causados a las Personas*, cuya aplicación inicialmente sería de cumplimiento obligatorio para accidentes de circulación, excepto si existiera delito doloso. Recientemente, dicha Ley ha sido actualizada por Orden del 23/12/98 y por Resolución del 22/2/99, si bien, dicha actualización sólo ha afectado a la cuantía de las indemnizaciones, por lo tanto, el Baremo no ha sido modificado.

El presente trabajo se centrará en el análisis práctico de la clasificación y valoración de las *secuelas de índole psíquica* que recoge el *Sistema* establecido en la citada Ley bajo el epígrafe de *síndromes psiquiátricos*, ubicado dentro de la *Tabla VI* en su *Capítulo I* y en el apartado de *cabeza*. Se propone, además, una posible ubicación de las secuelas psíquicas que recoge el Baremo en el apartado citado,

teniendo en cuenta criterios diagnósticos internacionales, con el propósito de que ello facilite la evaluación del daño residual o disfunción psíquica.

Clasificación y valoración de las secuelas psíquicas dentro del anexo a la Ley 30/95

Si bien la Valoración del Daño Corporal, en sentido genérico, podemos entenderla como antigua, la evaluación de las *secuelas psíquicas* y la práctica del informe psiquiátrico-psicológico específico es algo mucho más reciente. Hay que tener presente que en ocasiones, tras un accidente, no se objetivan signos neurológicos evidentes. En estos casos, el juicio de gravedad emitido descansa, por lo general, sobre la valoración de síntomas físicos, pérdida de conciencia y daño cerebral, al margen de toda consideración sobre cambios cognitivos, comportamentales o emocionales observados. Las técnicas de neuroimagen (RMN, SPECT, etc), de gran valor en la fase aguda del cuadro, se muestran poco sensibles a las consecuencias funcionales de los TCE sobre la conducta. Sin embargo, en la práctica clínica diaria se detectan alteraciones cognitivo-conductuales y psicosociales, más difíciles de analizar, pero que impiden al lesionado llevar la misma vida familiar, social y profesional que realizaba antes del traumatismo. Estos déficits constituyen el principal obstáculo para la reincorporación o adaptación al mundo laboral, al tiempo que afectan considerablemente la calidad de vida, tanto del afectado como de su familia, provocando un gran impacto sobre el equilibrio emocional de los familiares (Urbach y Culbert, 1991).

Para encuadrar las secuelas psíquicas baremables secundarias a un accidente de tráfico tenemos como referencia la clasificación anexa a la Ley 30/1995, que si bien entendemos que puede y debe ser mejorada, constituye al menos un *marco referencial* para debatir y facilitar la tan difícil tarea de la valoración. Al proceder a la ubicación de las secuelas en tal clasificación (Tabla 1), nos encontramos con el problema de la no correspondencia de la terminología clínica con la reseñada en dicho baremo. Dicha situación se intentará clarificar en este trabajo, adecuando la terminología de la Jurisprudencia al lenguaje de las Clasificaciones Internacionales de los Trastornos Mentales, es decir, la CIE 10 (Organización Mundial de la Salud, 1992) y el DSM-IV (American Psychiatric Association, 1995). Ello obedece a que consideramos, al igual que otros autores (ej., Cabreira Forneiro y Fuertes Rocañín, 1997) que en todo informe pericial debe utilizarse terminología y diagnósticos internacionales de los diferentes cuadros clínicos psicopatológicos, pues ello contribuirá a un mejor entendimiento entre los distintos profesionales.

Tabla 1. Ley 30/1995, de 8 de noviembre, de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados. Clasificación y valoración de secuelas.

CAPÍTULO 1. CABEZA: CRÁNEO	
Descripción de las Secuelas	Puntuación
<i>Síndromes psiquiátricos:</i>	
Neurosis postraumáticas.....	5 - 15
Psicosis postraumáticas (difícilmente consideradas como secuelas, consultar con especialistas)	
Psicosis maníaco-depresiva	30 - 40
Síndrome depresivo postraumático	5 - 10
Desorientación témporo-espacial	10 - 20
Síndrome de Moria (Frontalización) (Desinhibición social, chiste fácil, infantilismo)	25 - 35
Excitabilidad, agresividad continuada	10 - 30
Excitabilidad, agresividad esporádica	2 - 10
Síndrome demencial	75 - 95
Alteración de la personalidad	2 - 10
Síndrome orgánico de personalidad (conducta infantil, labilidad emocional, incongruencia afectiva, irritabilidad)	30 - 40

La clasificación de secuelas que ofrece el baremo mencionado, como puede evidenciarse, puede resultar un poco confusa tal y como se presenta. Por ello, nos hemos planteado la agrupación de las mismas en cinco grandes grupos o categorías de las distintas secuelas psíquicas: *Trastornos de ansiedad, Trastornos psicóticos, Trastornos del Estado de Ánimo, Demencia y Cambio de la Personalidad.*

Trastornos de ansiedad

Dentro de este apartado se incluiría la categoría de *neurosis postraumática* que recoge el Baremo. El concepto de *neurosis* ha evolucionado a lo largo de la historia. Actualmente, se le denomina *Trastorno por Estrés Postraumático* (TEP). En el DSM-IV (APA, 1995) se encuentra encuadrado dentro de los *Trastornos de Ansiedad* y en la CIE 10 (OMS, 1992) dentro de las F43 *Reacciones a Estrés Grave y Trastornos de Adaptación* (Tabla 2).

Tabla 2. Trastornos de ansiedad

BAREMO	CIE 10	DSM-IV
Neurosis postraumáticas	F40-49 TRASTORNOS NEURÓTICOS SECUNDARIOS A SITUACIONES ESTRESANTES Y SOMATOFORMOS F43 Reacciones a estrés grave y trastornos de adaptación. F 43.1 Trastorno de estrés postraumático	TRASTORNOS DE ANSIEDAD F43.1Trastorno por estrés postraumático [309.81]

El TEP surge como respuesta diferida a un acontecimiento estresante o situación de naturaleza amenazante, que causaría por sí mismo malestar generalizado en casi todo el mundo. Suele aparecer después de un breve período de latencia que puede ir desde días a semanas, siendo el síntoma más común la reviviscencia del evento lesivo y debiéndose manifestar antes de los seis meses de ocurrido el evento. En caso de que aparezca después de este período, no puede considerarse como TEP. Además, para ser considerado como tal, todos los síntomas que lo caracterizan deben prolongarse más de un mes. Aunque su curso es fluctuante, es de esperar la recuperación en la mayoría de los casos; si bien, en una pequeña proporción de casos se ha visto que el trastorno puede tener durante muchos años un curso crónico y evolucionar hacia una F62 *Transformación persistente de la personalidad* (CIE 10; OMS, 1992).

Ya en la década de los 60, algunos estudios (ej., Miller, 1961) observaron que esta patología presenta mayor incidencia en los TCE leves y en aquellos casos donde no existe amnesia postraumática de lo sucedido. Este dato hoy en día se sigue corroborando en la clínica. Ello puede explicarse debido a que entre esta población existe una mayor conciencia de las pérdidas sufridas. Dentro de su sintomatología, se han descrito rasgos obsesivos (más frecuente si la lesión afecta al núcleo caudado, globus pallidus o corteza órbito-frontal), sintomatología fóbica, trastornos disociativos y de conversión (Lishman, 1978). Pero, también algunos pacientes pueden desarrollar un TEP derivado del impacto emocional del accidente, de la gravedad de las secuelas o de las experiencias traumáticas cercanas a la muerte vividas durante su estancia en las unidades de cuidados intensivos, incluso aunque no tengan recuerdo del traumatismo (McMillan, 1991).

De cara a la valoración que ofrece el Baremo, ésta debería basarse en el nivel de *deterioro funcional*, medido mediante la descripción del grado de afectación en las Actividades de la Vida Diaria (AVD) y en la Vida de Relación (funcionamiento socio-laboral, concentración y adaptación). Debemos tener presente que este síndrome, en sus niveles extremos, puede resultar altamente incapacitante, por ello entendemos que el intervalo de puntuación que se le concede en el Baremo, de 5 a 15 puntos, resulta escaso.

Trastornos psicóticos

La *Psicosis*, como trastorno psíquico grave que afecta de modo total a la personalidad y conducta de la persona afectada, conlleva perturbación del juicio, de la voluntad y de la afectividad, lo que conduce a una desconexión del sujeto de la realidad. La *esquizofrenia* es el cuadro más frecuente y más importante pudiendo ser su comienzo agudo o insidioso. Dentro de las diversas formas de esquizofrenia que han sido registradas después de una lesión cerebral (desorganizada, paranoide y catatónica), la *esquizofrenia paranoide* es el tipo más frecuente.

Se han marcado una serie de condiciones necesarias para poder establecer el diagnóstico de *Esquizofrenia Postraumática* (Gil, Gurpergui y Hernández, 1996): 1) que el traumatismo craneal tenga una intensidad suficiente como para poder inducir un

síndrome confusional inmediato; 2) que la Esquizofrenia presente predominancia de signos productivos, particularmente ideas delirantes; y 3) que el delirio paranoide constituya el problema central del cuadro, siendo el tema dominante la persecución y las interpretaciones delirantes que sitúan al traumatismo craneal como una agresión o persecución importante.

Lo habitual es que no se acepte origen traumático en una esquizofrenia. De hecho, en el baremo de tráfico no se aporta puntuación. Actualmente, lo más aceptado es el admitir que en algunos casos un traumatismo físico o psíquico puede servir de *desencadenante* en un sujeto predispuesto o de *agravante* de un cuadro preexistente. Además, se debe tener presente que los cuadros psicóticos pueden tener lugar en las etapas precoces del traumatismo, pero resultan inusuales como secuelas.

Si de forma excepcional se admite una relación directa con una noxa externa, es necesario que el período de latencia no exceda de un año (Smeltzer, Narallah y Miller, 1994). Teniendo en cuenta la CIE 10 (OMS, 1992) se podría encuadrar este cuadro en la categoría de F06.2 *Trastorno de ideas delirantes (esquizofreniforme) orgánico* y según el DSM-IV (APA, 1995), por aproximación utilizaremos la categoría de F06.x *Trastorno psicótico debido a (TCE) [293.xx]* dentro del apartado de *Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos* (Tabla 3).

Tabla 3. Trastornos psicóticos

BAREMO	CIE 10	DSM-IV
Psicosis posttraumática	F06.2 Trastorno de ideas delirantes (esquizofreniforme) orgánico	ESQUIZOFRENIA Y OTROS TRASTORNOS PSICÓTICOS F06.x Trastorno psicótico debido a (TCE) [293.xx]

Trastornos del estado de ánimo

Los trastornos del estado de ánimo se caracterizan por una alteración del humor o de la afectividad, por lo general, en el sentido de la depresión o en el de la euforia. La mayoría tienden a ser recurrentes y el inicio de cada episodio suele estar en relación con acontecimientos o situaciones estresantes. Un TCE puede desencadenar cualquier tipo de trastorno afectivo: estados depresivos, maníacos, trastornos bipolares y exacerbaciones del curso de la enfermedad afectiva previa (Fedoroff, Starkstein y Forrester, 1992).

Por lo que atañe al baremo de la ley 30/95, dentro de este apartado se incluirán dos de las categorías que incluye dicho Baremo (ver Tabla 3): 1) Psicosis Maníaco-Depresiva y 2) Síndrome Depresivo Post-traumático.

Tabla 4. Trastornos del estado de ánimo

BAREMO	CIE 10	DSM-IV
Psicosis maníaco-depresiva	F06.31 Trastorno bipolar orgánico	OTROS TRASTORNOS DEL ESTADO DE ÁNIMO F06.33 Trastorno del estado de ánimo debido a (TCE) [293.83]
Síndrome depresivo postraumático	F32 Episodios depresivos	OTROS TRASTORNOS DEL ESTADO DE ÁNIMO F06.32 Trastorno del estado de ánimo debido a (TCE), con síntomas depresivos [293.83]

La *Psicosis Maníaco-Depresiva* es una alteración del estado de ánimo, que se caracteriza por la presencia de episodios reiterados, en los que el estado de ánimo y los niveles de actividad del enfermo están profundamente alterados. Este estado se puede manifestar en dos direcciones o polos opuestos, siendo uno la depresión (tristeza y angustia) y otro la manía (alegría, entusiasmo). Suele comenzar de manera brusca y se prolonga de dos semanas a cinco meses, siendo su periodo de latencia no superior a seis meses y pudiéndose admitir como máximo un año.

El concepto de *Psicosis Maníaco-Depresiva* se encuentra en desuso. Hoy en día se utiliza el término *Trastorno Bipolar*. Originariamente incluía también a personas que sufrían únicamente de depresión. Aunque es poco frecuente, se ha descrito como secuela de TCE a nivel temporal, especialmente en su fase maníaca (Mélenec, 1997). Los síntomas principales incluyen cambios de humor, en el sueño y en el nivel de activación, si bien, al establecer una comparación con la manía propiamente dicha (no postraumática), se observa, más que euforia, una mayor irritabilidad y agresividad; planteando esto importantes problemas de diagnóstico con los trastornos de personalidad postraumáticos (Shukla, Cook y Mukherjee, 1987). Dada su relación etiopatogénica con desórdenes genéticos y biológicos, resulta muy difícil aceptar que sea postraumática y, al igual que con la psicosis, se considera que el trauma podría actuar como desencadenante, y en el caso de que ya preexistiera este cuadro sería reactivo. Sin embargo, y a pesar de este hecho, en el baremo se da la contradicción de asignarle una puntuación (de 30 a 40 puntos), a diferencia de la Psicosis, a la que no se le asigna puntuación. En la CIE 10 (OMS, 1992) se clasificaría como F06.31 *Trastorno bipolar orgánico* y en el DSM-IV como F06.xx *Trastorno del estado de ánimo debido a (TCE)* [293.83], si bien, el DSM-IV no incluye la categoría bipolar (Tabla 4).

El *Síndrome Depresivo Postraumático* es un trastorno del humor de tipo reactivo a una situación traumática. Su origen tiene lugar, más que debido a la lesión cerebral sufrida, al conjunto de experiencias psicotraumatizantes que padece el sujeto en esas circunstancias. Se inicia de forma espontánea o como complicación del Síndrome Post-Convulsional (síndrome subjetivo habitual en los TCE de menor gravedad), tras un periodo de dos ó tres semanas después del accidente. La intensidad

del síndrome no guarda relación con la magnitud del accidente y su duración es muy variable: desde unas pocas semanas tras el traumatismo a varios meses o años (McAllister, 1992). La sintomatología secundaria que puede manifestarse son: cefaleas, vértigos, disminución de la atención y concentración, pérdida del apetito y de confianza en sí mismo, perspectiva sombría del futuro, fatigabilidad y trastornos del sueño. Este síndrome se podría hacer equiparable a la categoría de F32 *Episodio depresivo* (CIE-10; OMS, 1992) (Tabla 4), pues ésta incluye a la Depresión reactiva, pudiéndose especificar si se trata de un episodio leve (F32.0), moderado (F32.1) o grave (F32.2). Su valoración debe hacerse teniendo en cuenta el grado de interferencia que esta enfermedad provoca en la vida del afectado, puesto que los síntomas depresivos no sólo afectan a la esfera afectiva del individuo, sino también a toda su estructura funcional (personal, familiar y socio-laboral). Por ello, consideramos, al igual que otros autores (ej., Aso y Cobo, 1998) que el rango de puntuación que se asigna a esta categoría resulta insuficiente (5 a 10 puntos), pues este síndrome puede llegar a resultar altamente incapacitante. Por lo tanto, al igual que en los apartados precedentes, el rango de puntuación que se asigne en el baremo deberá tener en cuenta el grado de deterioro funcional de la persona afectada por dicho trastorno.

Demencia

La *Demencia Postraumática* haría referencia a aquella que aparece antes de transcurridos seis meses después de un TCE suficientemente importante, cursando con un deterioro general y no recuperable de las funciones superiores en un sujeto previamente sano. En este caso, 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 completa. El pronóstico va ligado, entre otros factores, a la edad y la localización de la lesión, siendo peor cuando se asienta sobre el hemisferio cerebral dominante. Las alteraciones más importantes se producen a nivel de memoria, orientación, inteligencia y personalidad. Se trata de un síndrome muy poco frecuente como consecuencia de un traumatismo, incluso después de lesiones de gravedad considerable (Cohadon, Richer y Castel, 1991). Por ello, resulta imprescindible realizar un buen diagnóstico diferencial para no confundirlo con una Demencia Presenil ni con la Pseudodemencia Depresiva.

En el baremo de tráfico aparece recogida esta categoría como *síndrome demencia* (Tabla 5). La clasificación que ofrece la CIE 10 (OMS, 1992) no reconoce una categoría diagnóstica para este trastorno. En su defecto, utilizaremos la categoría de F02.8 *Demencia en otras enfermedades específicas clasificadas en otro lugar*. En el DSM-IV aparece recogida la categoría F02.8 *Demencia debido a traumatismo craneal* [294.1], dentro del apartado de *Demencia debida a otras enfermedades médicas*, debiendo codificarla también como lesión cerebral en el Eje III S06.9.

Tabla 5. Demencia

BAREMO	CIE 10	DSM-IV
Síndrome demencial	F02.8 Demencia en otras enfermedades específicas clasificadas en otro lugar	Demencia debida a otras enfermedades médicas [294.1] F02.8 Demencia debida a traumatismo craneal. Codificar también S06.9 Lesión cerebral en el Eje III Lesión intracraneal [854.00]

Este cuadro sería adecuado denominarlo *Deterioro Cognitivo debido a Traumatismo Craneal*. La asignación de diferentes puntuaciones, correspondientes a las categorías de leve, moderado o grave, estaría en función del número y grado de afectación de las funciones cognitivas.

Para el diagnóstico, valoración y cuantificación de la demencia deben realizarse pruebas psicométricas que posibiliten el conocimiento del grado y modalidad de las funciones afectadas, así como las alteraciones que se producen en el entorno del afectado. Aunque, en general, la mayor recuperación de las funciones intelectivas acontece durante los primeros seis meses siguientes al hecho lesional, debido a las variaciones individuales, el pronóstico no debería evaluarse hasta dos o tres años después de haber ocurrido la lesión.

En el baremo, a esta categoría se le asigna una puntuación alta (de 75 a 95 puntos), por tratarse de un síndrome crónico que resulta altamente invalidante, precisando en muchos casos la ayuda de una tercera persona. Hay que tener presente, que en este caso, dado que se trata de una valoración global de la función cerebral, de cara a la asignación de una puntuación, no se considerarán aparte otras secuelas que sean aspectos ya contenidos en el propio concepto clínico de demencia (ej., desorientación, amnesia.) y que aparecen recogidas como categorías independientes; esta última, dentro de un apartado diferente denominado *síndromes deficitarios*.

Cambio de la personalidad

Los cambios de la personalidad implican una alteración de las actitudes y patrones de comportamiento habituales del sujeto, constituyendo uno de los efectos postraumáticos más prevalentes, persistentes en el tiempo y angustiantes y/o ansiógenos para los familiares de las víctimas afectadas por tales procesos (Pelegrín y Gómez-Hernández, 1997).

Por lo general, entrañan un cambio sustancial de la conducta previa al TCE que se dirige en dos vertientes: a) exageración acentuada y excesiva de algunos rasgos caracteriales premórbidos; b) primitivización inespecífica de la personalidad, con emergencia de elementos pulsionales profundos (López de Lamela, 1994).

Si tenemos en cuenta que, en estos casos, la alteración de la personalidad y del comportamiento se debe a una lesión, ateniéndonos a las clasificaciones internacionales, esta categoría no debemos incluirla dentro del apartado de Trastornos

de la Personalidad, sino dentro del apartado de *Trastornos Mentales Debidos a (enfermedad médica = TCE)* según el DSM-IV y, según la CIE10, en F07 Trastornos de la Personalidad y del Comportamiento debidos a Enfermedades, Lesiones o Disfunciones Cerebrales. Por lo tanto, aunque el término *personalidad* es compartido con los Trastornos de la Personalidad del Eje II en el DSM-IV, este diagnóstico debe codificarse en el Eje I, puesto que difiere de ellos por su etiología y por un inicio y curso más variables.

Dentro de este apartado, consideramos que deben incluirse cinco de las secuelas que figuran en el Baremo de forma independiente: 1) Alteración de la personalidad; 2) Excitabilidad, agresividad esporádica; 3) Excitabilidad, agresividad continuada; 4) Síndrome de Moria (Frontalización) y; 5) Síndrome orgánico de personalidad (conducta infantil, labilidad emocional, incongruencia afectiva, irritabilidad).

Por lo que respecta a las secuelas que recoge el Baremo bajo la denominación de *excitabilidad, agresividad continuada y esporádica*, cabe destacar que en los TCE una de las alteraciones conductuales que se suele observar con mayor frecuencia es la disminución del umbral de tolerancia a la excitación o a la frustración. Los familiares de los afectados suelen quejarse de un cambio de personalidad caracterizado por impulsividad (ante cualquier comentario o frustración responden de manera irritada). Dicha alteración, no aparece recogida como tal en las clasificaciones de los trastornos mentales, si acaso, se podría entender como sinónimo de déficit de control de impulsos. Todas estas alteraciones son muy frecuentes en los TCE, dadas las estructuras que se suelen afectar en los mismos (lóbulos frontales, temporales y sistema límbico). De todas formas, en este caso, se trataría de síntomas de síndromes que se han establecido como categorías independientes, pensamos que sin necesidad de ello. Además, también son síntomas característicos de las demás categorías relacionadas con el cambio de personalidad; es decir, de los afectados por lesiones en el lóbulo frontal y de las *Alteraciones de la Personalidad*, puesto que se puede tratar de una acentuación o agravación de una personalidad impulsiva o de inestabilidad emocional, a consecuencia de un hecho traumático. En el Baremo, esta alteración se puntuará de acuerdo con su permanencia en el tiempo y el grado de alteración que provoca en la vida de la persona afectada.

El *Síndrome orgánico de la personalidad* es otra de las categorías que aparece en el Baremo. Para la APA (1995) se caracteriza por ser una alteración persistente de la personalidad, de forma global o suponiendo un cambio o acentuación de características previas, debido a una etiología orgánica. Estas alteraciones afectan muy particularmente a la expresión de las emociones, de las necesidades y de los impulsos. Se caracteriza por conducta infantil, labilidad emocional, incongruencia afectiva e irritabilidad, conllevando un deterioro en el control de impulsos, con explosiones de mal genio o llanto inmotivados. En el DSM-IV se hace una división en *subtipos o subsíndromes*, con el fin de concretar el cambio particular de personalidad que ha tenido lugar y que viene a indicar los síntomas que predominan en el cuadro clínico. Así, tenemos el tipo lábil, el tipo desinhibido, el tipo agresivo, el tipo apático, el tipo paranoide y el tipo combinado.

Si queremos trasladar la clasificación del Baremo a terminología aceptada internacionalmente resulta útil el utilizar la clasificación que ofrece el DSM-IV. Así, el *tipo agresivo* se correspondería con la categoría de *Excitabilidad, Agresividad* y el tipo *desinhibido* con el *Síndrome de Moria* del Baremo (Tabla 6).

El *Síndrome de Moria (frontalización)* se define como un síndrome postraumático debido a una lesión del lóbulo frontal, el cual resulta afectado con mucha frecuencia en los TCE derivados de accidentes de circulación, explicable por el propio sentido del movimiento del vehículo. A este lóbulo, además de otras funciones, se le atribuyen gran parte de los elementos inhibitorios de carácter ético de determinadas conductas primarias. En el Baremo, dicho síndrome hace referencia a un cambio de personalidad caracterizada por desinhibición social, chiste fácil e infantilismo. A pesar de que algunos autores (ej., Aso y Cobo, 1998), al igual que en el presente Baremo, consideran el Síndrome de Moria como sinónimo del *Síndrome del Lóbulo Frontal*, sería interesante matizar esta cuestión. Quizás, lo más acertado sería tratarlo como un subtipo o estado especial de síndrome frontal, pues la afectación del lóbulo frontal puede conllevar otras manifestaciones opuestas a éstas, tales como: pérdida de la espontaneidad y de la actividad, manifestando un comportamiento pasivo, de indiferencia, indolencia, distraibilidad y de no interés. Se produce tal pérdida de la capacidad de atención y de la reacción al medio ambiente que se llega incluso al denominado mutismo acinético. Considerando la CIE 10, se encuadraría dentro del Trastorno orgánico de la personalidad.

Tabla 6. Cambio de la personalidad

BAREMO	CIE 10	DSM-IV
Síndrome orgánico de personalidad (conducta infantil, labilidad emocional, incongruencia afectiva, irritabilidad)	F07 TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD DEBIDOS A ENFERMEDAD, LESIÓN O DISFUNCIÓN CEREBRAL F07.0 Trastorno orgánico de la personalidad	TRASTORNOS MENTALES DEBIDOS A ENFERMEDAD MÉDICA, NO CLASIFICADOS EN OTROS APARTADOS F07.0 Cambio de personalidad debido a (TCE) [310.1]
Excitabilidad, agresividad esporádica	—	Tipo agresivo
Excitabilidad, agresividad continuada	—	Tipo agresivo
Alteración de la personalidad	—	—
Síndrome de Moria (Frontalización) (Desinhibición social, chiste fácil, infantilismo)	F07.0 Trastorno orgánico de la personalidad	Tipo desinhibido

De cara a la asignación de puntuación, nos parece muy acertada la recomendación de Aso y Cobo (1998) que consideran que el criterio para evaluar este trastorno podría ser el que sigue: Si lo que se observa en el afectado sólo son pequeños rasgos alterados de personalidad se otorgarían de 2 a 10 puntos, que es lo que el Baremo reconoce para la categoría de *Alteración de la Personalidad*. Si domina la agresividad, pero no existen otras alteraciones de la personalidad, se otorgarían los puntos correspondientes a esta categoría, dependiendo de su permanencia en el tiempo (esporádica o continuada). Si se trata de alteraciones complejas de la personalidad que incluyen rasgos de labilidad afectiva e irritabilidad se puntuaría y consideraría como *Síndrome Orgánico de la Personalidad*.

Discusión

La idea de realizar un análisis del Baremo del anexo a la Ley 30/95, en cuanto a la clasificación y valoración que ofrece de las secuelas psíquicas derivadas de accidentes de tráfico, surge fruto de los diversos problemas que dicho baremo, a nivel general, presenta a los profesionales que tienen que hacer uso de él. De hecho, ha sido fuente de controversia durante mucho tiempo, llegándose incluso a declarar la inconstitucionalidad de diferentes aspectos del Baremo (fallo del 20 de junio de 2000 del Tribunal Constitucional).

En nuestro trabajo, nos hemos centrado en las secuelas psíquicas derivadas de TCE fruto de un accidente de tráfico, que se pueden encuadrar dentro del apartado denominado por el Baremo como Síndromes Psiquiátricos. No quiere esto decir, que en este apartado se hallen todas las secuelas posibles derivadas de un TCE, sino todo lo contrario, pues éstas se encuentran distribuidas en varios apartados del Baremo: Síndrome Postconmocional, Síndromes Deficitarios y Síndromes Psiquiátricos, hecho, por otra parte, que no consideramos muy acertado.

Una de las dificultades que nos hemos encontrado en el análisis del presente Baremo, es la gran discusión terminológica a que da lugar, de manera que en ocasiones no todos los autores consideran de igual forma un término. Por ello, resultaría ideal que indicase la definición teórica que acepta de cada concepto y, lo que es más, debería indicar la definición operativa que tiene en cuenta. Esta es la razón por la que se ha planteado a lo largo de este trabajo la conveniencia de utilizar en todo momento las clasificaciones internacionales, pues ello solventaría en gran medida tal problema.

Nos encontramos, también, con la inclusión de términos que no se pueden aceptar como secuelas, como la categoría de *desorientación témporo-espacial*. Si bien es cierto que la desorientación temporal se da con mucha frecuencia en los TCE debido a lesiones de los lóbulos temporales, no se puede encuadrar como un síndrome psiquiátrico, como aparece recogido; más bien sería una manifestación dentro de un cuadro clínico como pueda ser la demencia. En otros casos, como ya hemos comentado en un apartado anterior, un mismo síntoma es característico de diferentes categorías, como ocurre con la *excitabilidad-agresividad*. Además, un error en el que

incurre el Baremo y que diversos autores han criticado (ej., Carrasco y Maza, 1996) es que aunque a lo largo del mismo se afirma estar describiendo secuelas, luego se limita a enumerar tanto secuelas como fallos funcionales permanentes, hecho que puede inducir a que se cometa el error de la duplicación de la valoración de ese daño. Un ejemplo de este problema puede darse con el *síndrome demencial*, pues conlleva amnesia, afasia, agnosia, desorientación, pérdida de atención y de la función intelectual, características que se recogen en otros apartados independientes, dentro de los Síndromes Deficitarios. Ocurre lo mismo con el *Síndrome Orgánico de la Personalidad* que implica inestabilidad afectiva, agresividad, desinhibición, etc. El criterio a seguir, en estos casos, debe ser el utilizar la categoría globalizadora que abarque a todas las demás, es decir, la correspondiente al síndrome que incluye a dichos síntomas.

Una de las cuestiones que se plantean a la hora de valorar las alteraciones psíquicas es la fijación de las fechas de consolidación o de estabilización del cuadro. A nivel general, se afirma (Bescos, Guiscafré, Ezquerro, Martín y Valero, 1996) que la fecha de consolidación no puede fijarse antes de haber transcurrido un año desde el accidente, por lo tanto podría considerarse este tiempo como el mínimo a tener en cuenta para hacer una valoración de las secuelas. Sin embargo, hay determinadas secuelas psíquicas de gravedad considerable que pueden superar este tiempo para llegar a la estabilización, como son los trastornos de personalidad y algunos casos de depresiones postraumáticas. En estos casos se aconseja, para su evaluación definitiva, una espera de dos a cuatro o cinco años después del traumatismo (Criado, 1998; Gracia, 1996).

Otra dificultad que se puede plantear en la valoración de las secuelas psíquicas es la imputabilidad de las alteraciones que presenta el sujeto al accidente de tráfico en cuestión, pues resulta de gran importancia poder establecer una relación causal entre el traumatismo corporal o psíquico sufrido en el accidente y las secuelas alegadas. Para ello, es muy importante el descartar o asegurar un estado anterior. Existe un acuerdo general entre los especialistas en la materia con respecto a que algunas de las secuelas que se contemplan en el Anexo a la Ley 30/95 resulta muy difícil admitir su origen postraumático, como es el caso de la psicosis postraumática y la psicosis maniaco-depresiva, pues es tremendamente difícil establecer una relación directa y exclusiva con un accidente. En estos casos, resulta más factible el considerar que, en un sujeto con un estado anterior conocido, el accidente haya provocado una descompensación, bien provocando un agravamiento de un cuadro ya existente o actuando como un precipitante en una situación de predisposición. Por ello, resulta de vital importancia ser extremadamente cautos a la hora de admitir una psicosis aparecida después de un traumatismo. Es necesario analizar como se ha instalado la sintomatología y estudiar la biografía del individuo, haciendo hincapié en los antecedentes psiquiátricos familiares y personales.

Por lo que respecta al intervalo de puntuación que se asigna a cada secuela, como ya se ha comentado, en algunos casos resulta escaso y, además, el Baremo no aporta las normas que se deben tener en cuenta para la correcta aplicación de la puntuación, de cara a valorar el grado de déficit funcional. No se señala que se deba

describir la naturaleza e importancia de la incapacidad funcional. Por lo tanto, si el perito no indica qué funciones son las afectadas y cómo y hasta qué punto están afectadas no es posible poder valorar correctamente la naturaleza del daño y su importancia. Es decir, no es lo mismo limitarse a informar que el paciente presenta un diagnóstico de demencia con 95 puntos, que explicar que el diagnóstico y la puntuación que se asigna se debe a que se observan fallos funcionales, como afectación de la memoria, retrógrada y de fijación, desorientación, disminución de la atención, trastornos del lenguaje, del pensamiento y pérdida de control de esfínteres.

Tampoco existen normas acerca de qué campos o niveles de funcionamiento se van a valorar (social, laboral, de relación) y cuáles son los que priman sobre los otros. Lo recomendable es tener en cuenta cuatro áreas de funcionamiento, de cara a valorar la gravedad del deterioro mental (Guisande, 1999): 1) limitaciones en la actividad de la vida diaria; 2) funcionamiento social; 3) concentración, constancia y ritmo; y 4) deterioro o descompensación en el trabajo (adaptación). El establecer un nivel de deterioro en cada una de ellas (sin deterioro, deterioro ligero, moderado, importante o grave) nos ayudará de cara a asignar una puntuación global a una determinada secuela psíquica; sin olvidar, claro está, el evaluar la existencia de antecedentes patológicos (Mélenec, 1997).

En definitiva, la importancia de la pericial en estos casos radica en no dejarse llevar por el simple diagnóstico, para asignar una puntuación, e intentar objetivar al máximo las secuelas permanentes y sus implicaciones para la vida psicosocial del accidentado pues, como señala Rubio (1999), la capacidad adaptativa en estos casos también juega un papel importante.

A la vista de lo expuesto, consideramos necesaria una revisión del baremo de tráfico que tenga en cuenta los aspectos comentados anteriormente. Se incide en el hecho de que la clasificación de los distintas secuelas psíquicas debe ser realizada de acuerdo a terminología y criterios diagnósticos internacionales. Además, consideramos de gran importancia el que se adecue el rango de puntuación a asignar dentro de cada secuela, especificando qué criterios se han de seguir para dar tal puntuación, en función de la gravedad y el grado de deterioro que pueda ocasionar en la vida psicosocial del afectado.

Referencias

- APA (American Psychiatric Association) (1995). *DSM-IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson.
- Aso, J. y Cobo, J.A. (1998). *Valoración de las lesiones causadas a las personas en accidentes de circulación*. Barcelona: Masson.
- Bescos, M.L.; Guiscafré J.; Ezquerro, U.J.; Martín T. y Valero, P. (1996). Síndromes psiquiátricos. En C. Borobia. *Valoración de los daños personales causados en los accidentes de circulación*. Madrid: La Ley-Actualidad.
- Borobia, C. (1996). *Valoración de los daños personales causados en los accidentes de circulación*. Madrid: La Ley-Actualidad.
- Cabrera Forneiro, J. y Fuertes Rocañín, J.C. (1997). *Psiquiatría y Derecho: dos ciencias*

- obligadas a entenderse (Manual de Psiquiatría Forense)*. Madrid: Cauce.
- Carrasco, J.J. y Maza, J.M. (1996). *Manual de Psiquiatría legal y forense*. Madrid: La Ley y Actualidad.
- Cohadon, F., Richer, E. y Castel, J.P. (1991). Head injuries: Incidence and outcome. *Journal Neurological Science*, 103 (suppl.), 27-32
- Criado, M.T. (1998). Análisis del baremo 30/95 a efectos de la valoración de las secuelas psíquicas. *Revista Española de Psiquiatría Forense, Psicología Forense y Criminología*, 5, 17-27.
- Delgado, S., Rodríguez, F. y Cabrera, J. (1994). Psicopatología de los conductores: accidentes de tráfico y sus implicaciones legales. En S. Delgado (dir.), *Psiquiatría legal y forense*, vol. 1 (1275-1246). Madrid: Colex.
- Esbec, E. y Graña, J.L. (2000). Análisis de la Ley del Seguro 30/95. El impacto psíquico en los accidentes. *OTROSÍ*, 14, 28-30.
- Fedoroff, J.P., Starkstein, S.E., Forrester, A.W. (1992). Depression in patients with acute traumatic brain injury. *American Journal Psychiatry*, 149, 918-923.
- Gil, F., Gurpergui, M. y Hernández, C. (1996), En C. Hernández. *Valoración médica del daño corporal. Guía práctica para la exploración y evaluación de lesionados*, 263-296. Barcelona: Masson.
- Guisande, C.G. (1999). Valoración de la incapacidad laboral en psiquiatría. En Instituto Nacional de Medicina y Seguridad del Trabajo. *Guía de Valoración del Menoscabo Permanente*, vol. III, (2ª edic.) (pp. 347-375). Madrid: INSALUD.
- Gracia, P.J. (1996). Valoración del daño corporal en las secuelas psiquiátricas, En *Valoración del Daño Corporal*. Madrid: Mapfre.
- Ley 30/1995, de 8 de noviembre, de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados. *BOE* núm 268, 9-11-1995.
- León-Carrión, J. (1998). *Traumatismo Craneoencefálico en España*. Madrid: Anuario de Noticias Médicas.
- Lishman, W.A. (1978). *Organic psychiatry and the psychological consequences of cerebral disorders*. Oxford: Blackwell Scientific Publications.
- López de Lamela, C. (1994). Secuelas psíquicas debidas a traumatismos craneoencefálicos. En S. Delgado (dir.), *Psiquiatría legal y forense*, vol. 1 (pp. 1279-1294). Madrid: Colex
- McAllister, T.W. (1992). Neuropsychiatry sequelae of head injuries. *Psychiatric Clinics of North America*, 15, 395-413.
- McMillan, T.M. (1991). Post-traumatic stress disorder and severe head injury. *British Journal Psychiatry*, 159, 431-433.
- Mélenec, L. (1997). *Valoración de las discapacidades y del daño corporal*. Barcelona: Masson.
- Miller, H. (1961). Accident Neurosis. *British Medical Journal*, 8, 992-998.
- Moreno, P. y Blanco, M.C. (1997). Clasificación y epidemiología de los traumatismos craneoencefálicos. En C. Pelegrín, J.M. Muñoz, y J.I. Quemada, *Neuropsiquiatría del daño cerebral traumático. Aspectos clínicos y terapéuticos*, (pp. 11-33). Barcelona: Prous Science.
- Organización Mundial de la Salud (1992). *CIE10. Trastornos mentales y del comportamiento*. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico. Madrid: Meditor.
- Pelegrín, C. y Gómez-Hernández, R. (1997). Trastornos neuropsiquiátricos en los traumatismos craneoencefálicos graves. En C. Pelegrín, J.M. Muñoz, y J.I. Quemada, *Neuropsiquiatría del daño cerebral traumático. Aspectos clínicos y terapéuticos*, (pp. 97-135). Barcelona: Prous Science.

- Rubio, I. (1999). Valoración y baremación de la discapacidad en los trastornos mentales: una revisión inaplazable. *Papeles del Psicólogo*, 73, 51-54.
- Shukla, S., Cook, B.L. y Mukherjee, S. (1987). Mania following head trauma. *American Journal of Psychiatry*, 144, 93-96.
- Smeltzer, M.A., Nasrallah, H.A. y Miller, S.C. (1994). Psychotic disorders. En H.M. Silver, S.C. Yudfsky y R.E. Hales (Eds.). *Neuropsychiatry of traumatic brain injury*. Washington: American Psychiatric Press.
- Urbach, J.R., Culbert, J.P. (1991). Head-injured parents and their children. Psychosocial consequences of a traumatic syndrome. *Psychosomatics*, 32, 24-33.