

La psiquiatría y el nuevo baremo de tráfico



Psychiatry and the new compensation scale for motor vehicle accidents

Sr. Director:

Hemos leído con atención la Carta al Director de Guija et al. (2015) sobre la valoración de la enfermedad psiquiátrica postraumática¹. Compartimos sus acertadas apreciaciones respecto a las limitaciones del apartado psiquiátrico del vigente sistema para la valoración de los daños y perjuicios causados a las personas en accidentes de circulación (comúnmente conocido como «baremo de tráfico» [BT]). El objetivo de esta carta es complementar su aportación con nuestro trabajo previo sobre la materia y efectuar unas consideraciones acerca del proyecto de nuevo BT, cuya entrada en vigor está prevista para el 1 de enero de 2016.

El Instituto de Medicina Legal de Cataluña publicó en 2008 unas recomendaciones para facilitar, unificar y ajustar la aplicación del BT; en el capítulo «Síndromes psiquiátricos»² nos enfrentamos a las mismas dificultades señaladas por Guija et al.¹: terminología no concordante con los manuales diagnósticos, ausencia de metodología explícita para estimar cada secuela y valorar su intensidad, y rangos de puntuación inadecuados o insuficientes. La solución aportada por nosotros fue, de forma resumida:

- Referirse siempre a los manuales diagnósticos vigentes para contribuir a la fiabilidad de la valoración pericial.
- Recurrir a las valoraciones por analogía cuando sea necesario dado el escaso número de ítems incluidos en el BT.
- Tener en cuenta el número e intensidad de los síntomas, el tipo de tratamiento y la posible repercusión funcional al establecer la puntuación.

Posteriormente, el Instituto de Medicina Legal de Cataluña ha emitido también recomendaciones específicas sobre el trastorno por estrés postraumático o los trastornos adaptativos^{3,4}. Por otra parte, la valoración de las secuelas psiquiátricas es un aspecto de permanente actualidad en el ámbito de la medicina forense^{5,6}.

El Gobierno ha aprobado recientemente el Proyecto de Ley de reforma del BT⁷, en el cual la tabla de secuelas incluye un capítulo sobre el sistema nervioso dividido en 2 bloques de desigual extensión denominados «Neurología» y «Psiquiatría». El primero abarca a lo largo de algo más de 7 páginas las secuelas motoras y sensitivas, los trastornos cognitivos y el daño neuropsicológico. El bloque «Psiquiatría», por su parte, ocupa algo menos de una página e incluye ítems ya existentes en el BT vigente, con algunas modificaciones (tabla 1). En nuestra opinión, las novedades más destacables son:

- Se amplían considerablemente los rangos de puntuación tanto de las secuelas derivadas del estrés postraumático (vigente: 1-3 puntos; proyectado: 1-15) como de los trastornos permanentes del humor (TPH; vigente: 5-10 puntos; proyectado: 4-25), pero se restringen los criterios para su aplicación. Además, la mera existencia de antecedentes afectivos sin otra especificación obliga a considerar los TPH como agravación.
- Se introducen criterios explícitos para establecer la gravedad de las secuelas derivadas del estrés postraumático y los TPH, en estos últimos según el número de criterios del DSM-5 o la CIE-10 cumplidos por la víctima. Sin embargo, en la línea restrictiva ya mencionada, parece necesario el ingreso psiquiátrico hospitalario para poder aplicar el rango de mayor puntuación en los TPH (16-25 puntos).
- El síndrome posconmocional y el trastorno orgánico de la personalidad, ubicados en el BT vigente en los «Síndromes psiquiátricos», se trasladan al nuevo apartado «Neurología». El trastorno orgánico de la personalidad se une en un mismo ítem con el síndrome frontal y la alteración de las funciones cerebrales superiores integradas. Todo ello no debe ser obstáculo para una adecuada valoración psicopatológica de las víctimas con traumatismo craneoencefálico⁸.
- Al igual que para otras secuelas graves, se introduce la previsión de necesidad de ayuda por tercera persona en el trastorno depresivo mayor crónico grave y en el agravación o desestabilización de demencia no traumática (tabla 2.C.2 del proyecto de nuevo BT). Sin embargo, no hay previsión de indemnización por asistencia psiquiátrica futura (tabla 2.C.1 del proyecto de nuevo BT).

Tabla 1 El apartado «Psiquiatría» del proyecto de nuevo baremo de tráfico⁷ (izquierda) cotejado con el baremo de tráfico vigente² (derecha)

Proyecto de nuevo baremo de tráfico		Baremo de tráfico vigente	
Ítems	Puntos	Ítems	Puntos
Trastornos neuróticos		Trastornos neuróticos	
<i>Secuelas derivadas del estrés postraumático</i>		<i>Por estrés postraumático</i>	1-3

Es indispensable que el cuadro clínico se produzca como consecuencia de un accidente de circulación de naturaleza excepcionalmente amenazante o catastrófica en el que se hayan producido lesiones graves o mortales, y en el que la víctima se haya visto directamente involucrada

Tabla 1 (continuación)

Proyecto de nuevo baremo de tráfico		Baremo de tráfico vigente	
Ítems	Puntos	Ítems	Puntos
Se requiere que haya existido diagnóstico, tratamiento y seguimiento por especialista en psiquiatría de forma continuada. Para su diagnóstico se deben cumplir los criterios del DSM-5 o la CIE-10. Asimismo, para establecer la secuela se precisa, tras alcanzar la estabilización del cuadro ansiosofóbico, de un informe médico psiquiátrico de estado, con indicación de intensidad sintomática y la repercusión sobre su relación social			
Los criterios para la determinación de los grados de esta secuela se basarán en la periodicidad de los síntomas y la gravedad de los mismos			
Leve	1-2		
Manifestaciones menores de forma esporádica			
Moderado	3-5		
Fenómenos de evocación, evitación e hiperactivación frecuentes			
Grave	6-15		
Síntomas recurrentes e invasivos de tipo intrusivo. Conductas de evitación sistemática, entrañando un síndrome fóbico severo. Estado de hipervigilancia en relación con los estímulos que recuerdan el trauma, pudiendo acompañarse de trastornos depresivos y disociativos. Presencia de ideación suicida			
<i>Otros trastornos neuróticos</i>	1-5	<i>Idéntico redactado</i>	1-5
Trastornos permanentes del humor		Trastorno del humor	
En casos de graves lesiones postraumáticas con tratamientos complejos y de larga duración y con secuelas importantes, puede subsistir un estado psíquico permanente, consistente en alteraciones persistentes del humor. Se descartan en este apartado aquellos casos en los que hayan existido antecedentes de patología afectiva previa, que se valorarán como agravación de un estado previo			
<i>Trastorno depresivo mayor crónico</i>		<i>Trastorno depresivo reactivo</i>	5-10
Leve	4-10		
El síndrome debe cumplir al menos 4 criterios de los 9 del DSM-5 o 3 de los 7 de la CIE-10. Precisa seguimiento médico frecuente por especialista con terapéutica específica			
Moderado	11-15		
El síndrome debe cumplir al menos 5 criterios de los 9 del DSM-5 o 4 de los 7 de la CIE-10. Precisa seguimiento médico continuado por especialista con tratamiento específico con o sin hospitalización en centro psiquiátrico			
Grave	16-25		
El síndrome debe cumplir al menos 7 criterios de los 9 del DSM-5 o 5 de los 7 de la CIE-10. Precisa seguimiento médico continuado por especialista con tratamiento específico y con hospitalización en centro psiquiátrico			
<i>Trastorno distímico</i>	1-3		
Precisa seguimiento médico esporádico y tratamiento intermitente, según criterios DSM-5 o CIE-10			
Agravaciones		Agravaciones	
<i>Agravación o desestabilización de demencia no traumática (incluye demencia senil)</i>	1-25	<i>Idéntico redactado</i>	5-25
<i>Agravación o desestabilización de otros trastornos mentales</i>	1-10	<i>Idéntico redactado</i>	1-10

En definitiva, se introducen modificaciones interesantes y a la vez se aprecia una voluntad de restringir la consideración de las secuelas psiquiátricas a los casos más graves, aunque se han presentado enmiendas orientadas a moderar este último aspecto⁹. A modo de conclusión, creemos que la relación entre siniestralidad por tráfico y problemas de salud mental¹⁰ implica una utilización frecuente del apartado psiquiátrico del BT en las valoraciones periciales, por lo que seguirán siendo útiles recomendaciones como las de Guija et al.¹ o las de nuestro grupo²⁻⁴ para su mejor aplicación.

Bibliografía

1. Guija JA, Medina A, Giner L, Lledó C, Marín A, Arechederra JJ, et al. Un nuevo método de valoración de la enfermedad psiquiátrica postraumática. *Rev Psiquiatr Salud Ment (Barc)*. 2015. <http://dx.doi.org/10.1016/j.rpsm.2015.03.002>
2. Idiáquez I, Xifró A. Síndromes psiquiàtriques. En: Puig L (coord.). Protocol de l'Institut de Medicina Legal de Catalunya del barem de la Llei 34/2003, de 4 de novembre, de modificació i adaptació a la normativa comunitària de la legislació d'assegurances privades. Barcelona: Centre d'Estudis Jurídics i Formació Especialitzada; 2008. p. 34-45. Disponible en: http://justicia.gencat.cat/ca/ambits/formacio_recerca_documentacio/biblioteca_i_publicacions/publicacion/manuals_i_documents/
3. Cuquerella A, Martí G, Pérez-Bouton MP, Samanes JL, Taranilla AM. Valoración del trastorno por estrés postraumático como secuela dentro del ámbito médico forense. En: Puig L (coord.). Controversias en valoración del daño corporal, Instituto de Medicina Legal de Cataluña. Barcelona: Centre d'Estudis Jurídics i Formació Especialitzada; 2014. p. 134-52. Disponible en: http://justicia.gencat.cat/ca/ambits/formacio_recerca_documentacio/controversies-en-valoracio-del-dany-personal
4. Idiáquez I, Bernal X, López J, Rebollo MC. Trastorno adaptativo en el ámbito de la valoración del daño corporal. En: Puig L (coord.). Controversias en valoración del daño corporal, Instituto de Medicina Legal de Cataluña. Barcelona: Centre d'Estudis Jurídics i Formació Especialitzada; 2014. p. 153-62. Disponible en: http://justicia.gencat.cat/ca/ambits/formacio_recerca_documentacio/controversies-en-valoracio-del-dany-personal
5. Casado-Blanco M, Castellano-Arroyo M. Trastorno por estrés postraumático en la práctica médico-legal. *Rev Esp Med Legal*. 2013;39:12-8.
6. Vicente-Herrero MT, Torres Alberich JI, Ramírez Iñiguez de la Torre MV, Terradillos García MJ, López-González AA, Aguilar Jiménez E. Trastorno de estrés postraumático y trabajo. Criterios de valoración en incapacidad y discapacidad. *Rev Esp Med Legal*. 2014;40:150-60.
7. El Gobierno modifica el baremo de daños y perjuicios causados en accidentes de circulación [página en internet]. Madrid: Ministerio de Justicia; 2015 [actualizada 15 Abr 2015; citada 6 Jul 2015]. Disponible en: <http://www.mjusticia.gob.es/cs/Satellite/Portal/es/gabinete-comunicacion/noticias-ministerio/gobierno-modifica-baremo>.
8. Castaño Monsalve B, Bernabeu Guitart M, López R, Bulbena Vilasar A, Quemada JI. Perfil psicopatológico de pacientes con traumatismo craneoencefálico evaluados mediante el Inventario Neuropsiquiátrico. *Rev Psiquiatr Salud Ment (Barc)*. 2012;5:160-6.
9. Boletín Oficial de las Cortes Generales. Enmiendas e índice de enmiendas al articulado del Proyecto de Ley de reforma del Sistema para la valoración de los daños y perjuicios causados a las personas en accidentes de circulación. Congreso de los Diputados. X Legislatura. Serie A. Núm 143-2, de 29 de junio de 2015; p. 1-144.
10. Bryant RA, O'Donnell ML, Creamer M, McFarlane AC, Clark CR, Silove D. The psychiatric sequelae of traumatic injury. *Am J Psychiatry*. 2010;167:312-20.

Alexandre Xifró^{a,b,*}, Antonia Bertomeu^a, Itziar Idiáquez^a y Lluïsa Puig^c

^a Secció de Psiquiatria, Servei de Clínica Medicoforense, Institut de Medicina Legal de Catalunya, Barcelona, España

^b Departament de Salut Pública, Facultat de Medicina, Universitat de Barcelona, Barcelona, España

^c Secció de Valoració del Dany Corporal, Servei de Clínica Medicoforense, Institut de Medicina Legal de Catalunya, Barcelona, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: alexandre.xifro@xij.gencat.cat (A. Xifró).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rpsm.2015.07.003>

Comentarios sobre las diferencias de disforia de identidad de género entre niños y adolescentes



Comments on differences of gender dysphoria between children and teenagers

Sr. Director:

En relación con el artículo de Sánchez Lorenzo et al.¹ sobre la atención psicomédica en la disforia de identidad de género durante la adolescencia, publicado recientemente en su revista, quisiéramos hacer alguna precisión sobre

algunos puntos clave de esta información centrada en las diferencias entre la disforia de identidad de género en niños versus adolescentes que no se han destacado en el artículo.

Como se describe en el trabajo, la evolución de la disforia de identidad de género en estos niños y adolescentes es variable e incierta, pues solo unos pocos casos serán transexuales en la vida adulta. En este sentido, conviene discernir entre los niños en etapa prepuberal y pospuberal. En la etapa prepuberal, los estudios de seguimiento prospectivos y retrospectivos reportan una persistencia de la disforia de género en la edad adulta entre el 12-27% de los casos^{2,3}. Sin embargo, este dato contrasta con el hecho de que la disforia de género raramente cambia o desaparece en aquellos adolescentes cuya disforia de género comenzó en la infancia y se ha mantenido estable tras la pubertad^{4,5}. De hecho, de Vries et al.⁶, en un estudio longitudinal prospectivo que incluía a