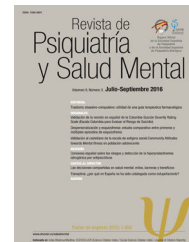




# Revista de Psiquiatría y Salud Mental

[www.elsevier.es/saludmental](http://www.elsevier.es/saludmental)



## EDITORIAL

### ¿Es necesario un baremo de secuelas psíquicas postraumáticas?



### Is it necessary a scale to evaluate the posttraumatic psychiatric sequelae?

Julio A. Guija<sup>a,b,\*</sup>, Lucas Giner<sup>b</sup>, Antonio Medina<sup>c</sup> y José Giner<sup>b</sup>

<sup>a</sup> Instituto de Medicina Legal de Sevilla, Consejería de Justicia de Andalucía, Sevilla, España

<sup>b</sup> Departamento de Psiquiatría, Facultad de Medicina, Universidad de Sevilla, Sevilla, España

<sup>c</sup> Departamento de Psiquiatría, Facultad de Medicina, Universidad de Córdoba, Córdoba, España

La patología psíquica postraumática (PPP) ha tenido relevancia histórica en la Psiquiatría desde el siglo XIX, y ello a partir de una doble vertiente: la clínica y la indemnizatoria<sup>1</sup>. Clínicamente, cuando aparece enfermedad psíquica en los primeros accidentes de ferrocarril, acuñándose los términos *railway brain* o *railway spine*, dependiendo de que los síntomas fuesen de tipo cerebral o medular. En esa época se postulan 2 orígenes a estas enfermedades: una con base orgánica (Oppenheim) y otra con una psicogénesis histórica (Charcot y Page)<sup>2</sup>. Estos cuadros clínicos han perdurado, aunque con términos diferentes, como neurosis traumática, síndrome subjetivo, neurosis de guerra, etc., y en todos se apreciaba un elemento común: la reviviscencia de un acontecimiento traumático y la posterior aparición de sintomatología psíquica y/o física. De igual modo, existía otra enfermedad psíquica que aparecía secundariamente a la física, la cual, con este antecedente, parece que presentaba menor dificultad a la hora de ser categorizada. Con la aparición de las clasificaciones internacionales de las enfermedades mentales, los diagnósticos antes descritos se han ido situando dentro de sus diferentes categorías.

Por otro lado, es importante la evolución de la realidad indemnizatoria, consecuencia del incremento del transporte de personas y mercancías a lo largo del siglo XIX. Ya en 1861, *The Lancet*<sup>3</sup> señaló la seguridad ferroviaria como un problema médico en cuanto a la prevención de accidentes.

En aquel momento se requería del asesoramiento médico para fijar las cantidades indemnizatorias, si bien en ocasiones eran tan dispares las opiniones de los «expertos» médicos que era preferible la opinión sensata de ellos en vez de uno altamente científico<sup>4</sup>. A lo largo del siglo XX, y especialmente en su segunda mitad, con el fin de homogeneizar las cantidades indemnizatorias, se fueron fijando baremos en diferentes países, los cuales, aunque imperfectos, tienen la ventaja de obligar a los médicos a utilizar un lenguaje común<sup>5</sup>. Ello ha dado lugar a que, en concreto con la sintomatología psíquica postraumática, se hayan intentado elaborar baremos que, o bien no han llegado a perdurar en el tiempo, o bien no se utilizan de forma genérica, en diferentes países como Francia, Bélgica, España, e incluso hubo un intento de la Unión Europea<sup>6–10</sup>. La inexistencia de baremos que hayan sido consensuados y mantenidos en el tiempo nos da una idea de la falta de concordancia entre autores sobre este tema, además de tratarse de un problema de salud pública sobre el que existen pocos estudios reglados aún<sup>11</sup>.

### Prevalencia

Las consecuencias psiquiátricas a largo plazo de una lesión física o psíquica son sustanciales y representan una importante carga de discapacidad a largo plazo, máxime teniendo en consideración que los traumatismos leves o graves afectan a millones de personas en todo el mundo<sup>12</sup>. Se estima una prevalencia de PPP de entre el 28 y el 31% en el periodo

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [julioaguija@gmail.com](mailto:julioaguija@gmail.com) (J.A. Guija).

de los 12 a los 72 meses posteriores al traumatismo<sup>11,12</sup>, lo que coincide con las cifras estimadas en los accidentes de tráfico de estudios previos<sup>13</sup>. No obstante, parece que la prevalencia se relaciona con el agente etiológico traumático<sup>14</sup>. Según las cifras oficiales, en 2015 se produjeron en España 97.756 accidentes con víctimas, con 124.960 heridos no hospitalizados y 9.495 heridos hospitalizados<sup>15</sup>, y 97.012 actos delictivos con lesiones<sup>16</sup>. Este número de víctimas son las personas sobre las que potencialmente puede aparecer PPP, y ello conlleva la necesidad de valorar el daño psíquico a efecto indemnizatorio. Surge entonces el problema señalado anteriormente, los baremos. En la actualidad, no existe un baremo a nivel europeo ni nacional que se encuentre validado<sup>17</sup>. En España se utiliza para la valoración de la PPP, cualquiera que sea el acontecimiento traumático, el baremo médico para la valoración de los daños y perjuicios causados a las personas en accidentes de circulación de la Ley 35/2015, de 22 de septiembre.

## Estado actual

Si bien en 2015 se ha publicado un nuevo baremo<sup>18</sup> con alguna mejora con respecto al anterior de 2004<sup>19</sup>, este continúa siendo, desde la perspectiva de la PPP, un elemento incompleto que no se ajusta ni a las consideraciones de las clasificaciones internacionales ni a la limitación de la funcionalidad que provocan los trastornos mentales, dando lugar a un agravio comparativo con la limitación funcional de causa física. Sirva de ejemplo: la hemiplejía conversiva se valora con 1-5 puntos; por el contrario, si la hemiplejía tiene causa orgánica, se valora con 71-80 puntos. Otro ejemplo: la secuela psíquica más valorada es el trastorno depresivo mayor crónico de intensidad grave que «debe cumplir al menos siete criterios de los nueve descritos en el DSM-5 o cinco de los siete del CIE-10»; precisa seguimiento médico o psicológico continuado por un especialista, con tratamiento específico y hospitalización en centro psiquiátrico: 16-25 puntos. Se aprecia tan limitante esta secuela desde el punto de vista funcional que se incluye la posibilidad de la necesidad de una tercera persona. Es decir, el propio baremo considera que nos encontramos ante un paciente que normalmente presenta aislamiento domiciliario, que requiere de supervisión y cuidados y que la vida personal/familiar se halla muy deteriorada. Por el contrario, ante una secuela física importante como es la amputación de una pierna, se estima la pérdida de funcionalidad en 45-50 puntos. Sabemos que estas personas, con los instrumentos adecuados, pueden desarrollar una vida bastante integrada a nivel familiar, social y laboral. No existe un motivo para esta diferenciación más allá del origen de las mismas, unas psíquicas y las otras físicas, lo cual es una discriminación médica no justificada. Los problemas que se plantean en el uso de este nuevo baremo de 2015 son superponibles a lo que ya planteamos, en otro artículo, sobre el de 2004 de forma somera<sup>17</sup>, esto es:

1 *La nomenclatura usada no es la establecida en las clasificaciones internacionales.* Esta situación conlleva que la numerosa enfermedad postraumática se condense en 3 epígrafes: trastornos neuróticos (reservado en exclusiva para el trastorno por estrés postraumático y otros

trastornos neuróticos), trastornos permanentes del humor (trastorno depresivo mayor crónico y trastorno distímico) y agravamiento de enfermedad previa. No incluye otros diagnósticos, lo cual obliga a recurrir al concepto de «analogía», que siempre presenta dificultades de interpretación. Además, una novedad del último baremo es que traslada 2 diagnósticos (síndrome posconmocional y trastorno orgánico de la personalidad) del campo de la Psiquiatría al campo de la Neurología. Concretamente, el aspecto de las clasificaciones internacionales resulta relevante, pues el propio baremo señala la necesidad de utilizar criterios CIE-10<sup>20</sup> o DSM-5<sup>21</sup> («Para su diagnóstico se deben cumplir los criterios del DSM-V o la CIE-10 y sus correspondientes actualizaciones»), no cumpliendo, de esta forma, el mismo con lo que postula.

- 2 Los criterios para llegar a los diagnósticos del baremo son diferentes a los propios de las clasificaciones internacionales sobre las afecciones a las que se refiere. Esto ocurre en el trastorno por estrés postraumático o el trastorno depresivo mayor crónico. Desconocemos la razón de esta variación, aunque es posible que se trate de aumentar las exigencias y ser más restrictivos a la hora de diagnosticar secuelas.
- 3 Escasa valoración de las secuelas psíquicas en comparación con las físicas. A igual o superior limitación funcional, las secuelas psíquicas son valoradas menos con respecto a las físicas, aun incidiendo la ley en que este será el aspecto a valorar para la puntuación de las secuelas.
- 4 Tendencia a la subjetividad de la valoración de la secuela dado que se establecen rangos amplios de puntuación sin criterios claros para establecer una puntuación concreta. Este es el aspecto más trabajado en relación con el baremo anterior, aplicando, como ya hemos recomendado previamente<sup>17</sup>, número de criterios CIE-10 o DSM-5 para valoración de la intensidad (leve, moderada y grave). No obstante, continúa siendo poco concreto. Un baremo actual debe ser lo más científico y objetivo posible, razón por la que ya propusimos la utilización de la fórmula para facilitar la valoración objetiva<sup>17</sup>.
- 5 Criterio de tratamiento y seguimiento. Indica la necesidad de tratamiento y seguimiento del trastorno por estrés postraumático y del trastorno depresivo mayor crónico. Este tratamiento y seguimiento lo podrán llevar a cabo especialistas en Psiquiatría o (de forma disyuntiva) en Psicología Clínica. Esta posibilidad de ser tratado únicamente mediante intervención psicoterapéutica iría en contra de los criterios actuales en los que se recomienda, sobre todo en los estados moderados/graves, el tratamiento combinado psicológico y farmacológico<sup>22</sup>.

En definitiva, tras 11 años de espera, poco es lo que se ha avanzado, y en el nuevo baremo continúa subyaciendo la idea de que lo psíquico es poco objetivo y, por tanto, debe minimizarse en puntuación. Entendemos que nada más lejos de la realidad. La Psiquiatría es una ciencia capaz de objetivar y cuantificar síntomas. Solo hay que buscarlos y discernir lo esencial de la simulación. Una vez llevado a cabo, hay que establecer la relación de causalidad con el hecho traumático y posteriormente encuadrarlo en un baremo que sea real y eficaz; que trate por igual la secuela

psíquica que la física y que frente a una misma limitación funcional tenga en cuenta similares puntuaciones en secuelas. Por todo ello, considerando que cuantitativamente se trata de un problema relevante y dadas las importantes repercusiones que la situación que planteamos presenta a los pacientes con PPP, así como la importancia cuantitativa y cualitativa ya reseñada, entendemos necesaria la elaboración de un baremo que se ajuste a la realidad de la Psiquiatría tal como es entendida por las clasificaciones internacionales, que concrete la limitación funcional y sus consecuencias a la realidad de las mismas y no a meras sospechas dotadas de falta de credibilidad, y que a su vez esté desarrollado por profesionales de la Psiquiatría sin tener que esperar nuevamente 11 años para continuar con un sistema injusto y carente de objetividad. La PPP tiene sus peculiaridades y no puede guiarse al cien por cien por los mismos patrones que la enfermedad somática. Valga como ejemplo la corrección de errores del Real Decreto 1971/1999, de 23 de diciembre, de procedimiento para el reconocimiento, declaración y calificación del grado de minusvalía<sup>23</sup>, en el que, además de corregir algunos aspectos concretos de la enfermedad somática, se establece un nuevo y completo sistema para la valoración de los trastornos mentales tan solo 2 meses después de haberse publicado el sistema en el BOE. Por lo tanto, entendemos que la propuesta es posible, necesaria y justa.

## Bibliografía

- Harrington R. The railway accident: Trains, trauma, and technological crises in nineteenth-century Britain. En: Micale MS, Lerner P, editores. *Traumatic pasts: History, psychiatry, and trauma in the Modern Age, 1870-1930*. Cambridge: Cambridge University Press; 2001. p. 31-56.
- Calcedo-Ordóñez A. *Las llamadas neurosis de renta*. Madrid: Real Academia Nacional de Medicina; 1975.
- Railway injuries: A medico-legal subject. *The Lancet*, 14 September 1861. p. 255.
- Railway spine. *Lancet*. 1869; 94:244-5.
- Hernández C. *Valoración médica del daño corporal*. Barcelona: Masson; 1996. p. 1-3.
- Mélenec L. *Barème international des invalidités post-traumatiques*. Paris: Masson; 1983.
- Parlement Européen. Commission juridique et du marché intérieur. *Projet de rapport contenant des recommandations à la Commission sur un guide barème européen d'évaluation des atteintes à l'intégrité physique et psychique*. 27 août 2003 [consultado 26 Ene 2017]. Disponible en: <http://www.europarl.europa.eu/meetdocs/committees/juri/20031001/505310FR.pdf>
- CEREDOC. *Guide barème européen d'évaluation des atteintes à l'intégrité physique et psychique*. Limal: Anthémis; 2010.
- Boletín Oficial del Estado. Ley 30/1995, de 8 de noviembre, de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados. BOE núm. 268, de 9 de noviembre de 1995. p. 32480-567.
- Boletín Oficial del Estado. Real Decreto Legislativo 8/2004, de 29 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley sobre responsabilidad civil y seguro en la circulación de vehículos a motor. BOE núm. 267, de 5 de noviembre de 2004. p. 36662-36695.
- O'Donnell ML, Alkemade N, Creamer MC, McFarlane AC, Silove D, Bryant RA, et al. The long-term psychiatric sequelae of severe injury: A 6-year follow-up study. *J Clin Psychiatry*. 2016;77:e473-9.
- 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.
- Koren D, Arnon I, Klein E. Acute stress response and posttraumatic stress disorder in traffic accident victims: A one-year prospective, follow-up study. *Am J Psychiatry*. 1999;156:367-73.
- Kessler RC, Sonnega A, Bromet E, Hughes M, Nelson CB. Post-traumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry*. 1995;52:1048-60.
- Dirección General de Tráfico. *Accidentes con víctimas, fallecidos 30 días, heridos graves y leves 2015*. 2016 [documento web] [consultado 15 Abr 2017]. Disponible en: <http://www.dgt.es/es/seguridad-vial/estadisticas-e-indicadores/accidentes-30dias/tablas-estadisticas/2015/>
- Ministerio del Interior. *Anuario Estadístico del Ministerio del Interior 2015*. 2016 [documento web] [consultado 20 Feb 2017]. Disponible en: <http://www.interior.gob.es/documents/642317/1204854/Anuario-Estadistico-2015.pdf/03be89e1-dd38-47a2-9ce8-ccdd74659741>
- Guija JA, Medina A, Giner L, Lledo C, Marín A, Arechederra JJ, et al. Un nuevo método de valoración de la enfermedad psiquiátrica postraumática. *Rev Psiquiatr Salud Ment*. 2015;8:245-50.
- Boletín Oficial del Estado. Ley 35/2015, de 22 de septiembre, de reforma del sistema para la valoración de los daños y perjuicios causados a las personas en accidentes de circulación. BOE núm. 228, de 23 de septiembre de 2015. p. 84473-979.
- Xifro A, Bertomeu A, Idiaquez I, Puig L. La psiquiatría y el nuevo baremo de tráfico. *Rev Psiquiatr Salud Ment*. 2016;9:231-3.
- Organización Mundial de la Salud. *Trastornos mentales y del comportamiento*. En: *Clasificación Internacional de Enfermedades*, 10.ª revisión (CIE-10). Madrid, 1992.
- Asociación Americana de Psiquiatría. *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5®)*. 5.ª ed. Arlington, VA: Editorial Médica Panamericana; 2014.
- Depression: The treatment and management of depression in adults (updated edition). National Institute for Health and Clinical Excellence: Guidance. Leicester (UK): British Psychological Society; 2010.
- Boletín Oficial del Estado. Corrección de errores del Real Decreto 1971/1999, de 23 de diciembre, de procedimiento para el reconocimiento, declaración y calificación del grado de minusvalía. BOE núm. 62 de 13 de marzo de 2000. p. 10297-304.