





ASPECTOS MÉDICO-PRÁCTICOS EN VALORACIÓN DEL DAÑO CORPORAL

X Jornadas de valoración del daño corporal



Javier Alonso Santos • Jorge Sala Márquez
(Coordinadores)

ASPECTOS MÉDICO-PRÁCTICOS EN VALORACIÓN DEL DAÑO CORPORAL

X Jornadas de valoración del daño corporal

FUNDACIÓN **MAPFRE**

© Javier Alonso Santos, Jorge Sala Márquez, 2013

FUNDACIÓN MAPFRE, 2014
Instituto de Prevención, Salud y Medio Ambiente
Pº Recoletos, 23 - 28004 - Madrid (España)
www.fundacionmapfre.com

Ediciones Díaz de Santos
www.editdiazdesantos.com
E-mail: ediciones@editdiazdesantos.com

«No está permitida la reproducción total o parcial de este libro, ni su tratamiento informático, ni la transmisión de ninguna forma o por cualquier medio, ya sea electrónico, mecánico por fotocopia, por registro u otros métodos, sin el permiso previo y por escrito de los titulares del Copyright.»

ISBN: 978-84-9969-696-6
Depósito Legal: M-33391-2013

Diseño de cubierta: TDH
Fotocomposición: P55 Servicios Culturales C.B.

Printed in Spain - Impreso en España

Prólogo

El Instituto de Prevención, Salud y Medio Ambiente de la Fundación MAPFRE y el Comité Organizador se sienten orgullosos de organizar las X Jornadas de Valoración del Daño Corporal durante los días 28 y 29 de noviembre de 2013.

En octubre de 1995 se celebraron las I Jornadas, cuyo tema monográfico fue “El Gran Inválido”, y en las que intervinieron profesionales españoles y franceses, colaboraciones internacionales que se han sucedido a lo largo de estos años de singladura.

Desde entonces hasta estas X Jornadas, siempre hemos tenido el objetivo de avanzar con los tiempos presentando temas de actualidad, innovar en los contenidos, profundizar en todos aquellos temas que dan respuesta a los retos que nos plantea nuestra profesión. Durante todos estos años hemos querido escuchar y compartir los conocimientos que aportan todos los sectores implicados (médicos forenses, médicos valoradores, jueces, fiscales, abogados, instituciones, compañías aseguradoras, etc.).

Por eso, un año más ponemos nuestra ilusión y esfuerzo en ofrecer unas Jornadas, donde la calidad y el rigor de sus contenidos son el *leit motiv* que nos ha impulsado a trabajar durante muchos meses y llamar a la puerta de grandes expertos y especialistas en cada materia.

En la primera mesa de las Jornadas se trata la *valoración de las secuelas psiquiátricas*, debido a la frecuencia del daño psíquico-postraumático, lo que ha llevado a profesionales y estamentos implicados a profundizar y conocer mejor aspectos tan frecuentes y relevantes como el estrés postraumático, trastorno orgánico de la personalidad y trastorno depresivo.

En la segunda mesa se aborda *el análisis de la biomecánica en las colisiones de baja intensidad*, tanto desde el punto de vista técnico, médico y el ámbito médico-legal. La gran cantidad de casos que se producen debido a colisiones por alcance de baja intensidad generan un enorme coste económico para la sociedad y hacen que su estudio sea imprescindible para determinar si existe o no nexocausal entre el accidente y las secuelas de sus ocupantes. Los profesionales que nos expondrán este tema nos ayudarán además a comprender mejor las variables que permiten detectar y predecir los daños causados y su aplicación en el ámbito de la Medicina Legal.

En esta ocasión nos parecía indispensable profundizar en la *valoración médica de la incapacidad laboral en materia de Seguridad Social*, tema que se trata en la tercera mesa, por su importancia, por su frecuencia y por la especificidad que adquiere en materia de *valoración del daño*.

Tras veinticinco años de experiencia en valoración del daño, somos conscientes de que esta disciplina está evolucionando y por tanto es imprescindible que la veamos enmarcándola en un futuro inmediato que nos ayudará a mejorar aspectos que son abordados en la cuarta mesa bajo el título *Valoración del daño corporal: visión de futuro*.

Tres son las conferencias magistrales que se presentan en este libro: *la mortalidad de los jóvenes en accidentes de tráfico; la visión de las asociaciones de víctimas en accidentes de tráfico y la reforma del baremo portugués*.

Gracias a Fundación Mapfre que, a través de su Instituto de Prevención, Salud y Medio Ambiente, nos permite promover cada dos años estas Jornadas, y al Comité organizador por su esfuerzo. Igualmente, gracias a los ponentes y por supuesto a los asistentes, que han hecho que consigamos de nuevo un récord en participación. Esperamos que este libro contribuya de manera práctica en vuestras actividades profesionales.

Recibid un cordial saludo

JAVIER ALONSO SANTOS
JORGE SALA MÁRQUEZ
(Directores de las Jornadas)

Índice de capítulos

PRÓLOGO	IX
Capítulo 1. Alcance del trastorno de estrés postraumático..... <i>Teresa Elegido Fluiters</i>	1
Capítulo 2. Trastorno despresivo postraumático: nexo de causalidad..... <i>Siricio Arce Arce</i>	13
Capítulo 3. Biomecánica del latigazo cervical: conceptos cinemáticos y dinámicos..... <i>Carlos Arregui-Dalmases; Andreu Combalía; Juan Velázquez-Amejide; David Sánchez-Molina; Rafael Teijeira</i>	23
Capítulo 4. Estudios biomecánicos desde el punto de vista médico	39
<i>Antonio E. Hernando Lorenzo</i>	
Capítulo 5. Aplicación de la biomecánica en el ámbito médico-legal. Valoración en lesionados con un síndrome del latigazo cervical	53
<i>Amadeo Pujol Robinat</i>	
Capítulo 6. Repercusión jurídica del nexo de causalidad y simulación	63
<i>Antonio Marín Fernández</i>	
Capítulo 7. Necesidades de las asociaciones de víctimas en materia de valoración del daño corporal.....	89
<i>José Pérez Tirado</i>	
Capítulo 8. Valoración médica de la incapacidad laboral. Aspectos diferenciales.....	101
<i>José M. Vicente Pardo</i>	
Capítulo 9. El informe de valoración de la incapacidad laboral.....	121
<i>Araceli López-Guillén García</i>	
Capítulo 10. Contingencia laboral.....	133
<i>José Rafael Lobato Cañón</i>	
Capítulo 11. Problemática y reclamación judicial social	141
<i>Andrés Ramón Trillo García</i>	

Capítulo 12.	La reforma del baremo portugués en Derecho Civil	149
	<i>Teresa Magalhães Magal; Duarte Nuno Vieira</i>	
Capítulo 13.	Crisis de la Sanidad. Asistencia al lesionado y repercusión en valoración del daño corporal.....	165
	<i>Jaume Mestres Alleu</i>	
Capítulo 14.	La despenalización de las faltas y la mediación en los casos de lesiones por tráfico	169
	<i>Esther Mocholi Ferrándiz</i>	

Alcance del trastorno de estrés postraumático

Teresa Elegido Fluiters

Psiquiatra de la Clínica Médico Forense de la Comunidad de Madrid

La Psiquiatría forense es la rama de la Psiquiatría que aborda las dudas originadas entre la psiquiatría y el sistema legal, y desde ella realizamos nuestro trabajo para ayudar en la resolución de los distintos casos judiciales en los que pudiera plantearse la existencia de una enfermedad psiquiátrica o la ausencia de la misma.

El concepto de TEPT (trastorno de estrés postraumático) cuenta con una historia de algo más de 30 años (desde su inclusión como tal en el DSM III en 1980) en los que ha sido objeto de interés y de diferentes controversias, siendo especialmente interesantes, en el marco forense, las relativas al diagnóstico que de este trastorno se hacen desde los distintos niveles sanitarios, la confirmación o no de dicho diagnóstico en la evaluación pericial, y el establecimiento de las secuelas, si estas están presentes.

A este respecto, el punto fundamental de este trastorno es el relacionado con la definición de acontecimiento traumático y las posibles repercusiones que de este se pueden derivar, siendo primordial identificar dicho acontecimiento y no solamente objetivar los síntomas que han resultado de la situación estresante concreta, en la que influyen otros factores de diversa índole.

Pensamos que la categoría *sufrimiento* no puede ser confundida con la categoría *trastorno*, y por tanto los síntomas que surgen tras un cambio vital importante no deberían ser considerados una enfermedad mental. Sin embargo, en nuestro quehacer diario hallamos con cierta frecuencia sujetos a los que se les ha realizado este diagnóstico, cuyo agente desencadenante no se ajustaría al criterio fundamental o cuya sintomatología pudiera enmarcarse en otras entidades psiquiátricas pertenecientes, en general, a las esferas ansiosa, depresiva, o transformaciones de personalidad.

Es por tanto muy importante establecer que la aparición del TEP debe estar ligado a un acontecimiento que nunca esperaríamos que sucediera, que es incontrolable y del que no existe escapatoria, constituyendo el criterio A el núcleo central del diagnóstico. Por ello la identificación del estresor traumático resulta esencial en el diagnóstico, teniendo este su punto de partida en la etiología y no en la sintomatología que presenta el paciente, pues el desarrollo o no del cuadro clínico y, por supuesto, la posible cronificación del mismo, dependen también en gran medida de la vulnerabilidad personal, de antecedentes psiquiátricos preexistentes, del posible consumo de sustancias o de los apoyos sociofamiliares con los que cuenta el sujeto.

Desde el punto de vista forense este extremo es de suma importancia, porque de ello dependerá el establecer o no la existencia de una secuela.

Hasta la aparición del DSM-5 la magnitud del estresor sería directamente proporcional al riesgo subsiguiente de desarrollar el trastorno por estrés, sin embargo a

partir de ahora cabe la posibilidad de que aunque dos personas puedan experimentar exactamente el mismo acontecimiento, solamente la que reaccionase con intenso miedo, horror o desesperanza desarrollaría el cuadro clínico.

En este contexto recientemente hemos conocido esta nueva clasificación DSM-5 (mayo, 2013) que incluye al trastorno de estrés postraumático en un capítulo específico: “Trauma y trastornos relacionados con el estrés” (*Trauma and stressor-related disorders*) que comparte también con:

1. Trastorno reactivo de la vinculación.
2. Trastorno de la vinculación con desinhibición social.
3. Trastorno de estrés postraumático.
4. Trastorno por estrés agudo.
5. Trastornos adaptativos.
6. Otros trastornos relacionados con traumas y estresores específicos: por ejemplo el trastorno persistente por duelo complicado.

El reciente manual ofrece como novedades el hecho de establecer eventos traumáticos concretos; hace desaparecer la respuesta de temor, desesperanza u horror intensos, contemplados en la clasificación anterior; presta más atención a los síntomas conductuales; y diferencia cuatro cluster: intrusión, evitación, alteraciones negativas de la cognición y la conducta y alteraciones de la hiperactivación y la reactividad, en vez de los tres anteriores: intrusión, evitación e hiperactivación. Añade además un subtipo para menores inferiores a seis años al que asigna una clínica específica.

El trastorno de estrés postraumático en las distintas clasificaciones

Criterios CIE-10

La clasificación CIE-10 incluye el trastorno de estrés postraumático en las “Reacciones a estrés grave y trastornos de adaptación”, englobándolo junto a la Reacción aguda a estrés y los trastornos de adaptación.

El diagnóstico vendría dado por la aparición de un trastorno que surgiría como respuesta tardía o diferida a un acontecimiento estresante o a una situación (breve o duradera) de naturaleza excepcionalmente amenazante o catastrófica, que causarían por sí mismas malestar generalizado en casi todo el mundo (por ejemplo, catástrofes naturales o producidas por el hombre, combates, accidentes graves, el ser testigo de la muerte violenta de alguien, el ser víctima de tortura, terrorismo, de una violación o de otro crimen), estableciendo como criterios:

- Episodios reiterados de reviviscencias o sueños sobre el trauma.
- Sensación de “entumecimiento” y embotamiento emocional.
- Anhedonia.
- Evitación de actividades y situaciones evocadoras del trauma.

- Hiperactividad vegetativa con hipervigilancia, reacciones de sobresalto e insomnio.

Los síntomas se acompañan de ansiedad y de depresión, y no son raras las ideaciones suicidas. El consumo excesivo de sustancias psicotropas o alcohol puede ser un factor agravante.

Criterios DSM-IV-TR

- A.** La persona ha estado expuesta a un acontecimiento traumático que representan un peligro real para su vida o cualquier otra amenaza para su integridad física; es testigo de un acontecimiento donde se producen muertes, heridos o se produce una amenaza para la vida de otras personas; conoce a través de un familiar o cualquier otra persona cercana acontecimientos que implican muertes inesperadas o violentas, daño serio o peligro de muerte o heridas graves. La persona ha respondido con un temor, una desesperanza o un horror intensos.

Nota: en los niños estas respuestas pueden expresarse en comportamientos desestructurados o agitados.

- B.** El acontecimiento traumático es reexperimentado persistentemente a través de una (o más) de las siguientes formas:

1. Recuerdos del acontecimiento recurrentes e intrusos que provocan malestar y en los que se incluyen imágenes, pensamientos o percepciones.

Nota: en los niños pequeños esto puede expresarse en juegos repetitivos donde aparecen temas o aspectos característicos del trauma.

2. Sueños de carácter recurrente sobre el acontecimiento, que producen malestar.

Nota: en los niños puede haber sueños terroríficos de contenido irrecogible.

3. El individuo actúa o tiene la sensación de que el acontecimiento traumático está ocurriendo (se incluye la sensación de estar reviviendo la experiencia, ilusiones, alucinaciones y episodios disociativos de *flashback*, incluso los que aparecen al despertarse o al intoxicarse).

Nota: los niños pequeños pueden reescenificar el acontecimiento traumático específico.

4. Malestar psicológico intenso al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático.

5. Respuestas fisiológicas al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático.

- C.** Evitación persistente de estímulos asociados al trauma y embotamiento de la reactividad general del individuo (ausente antes del trauma), tal y como indican tres (o más) de los siguientes síntomas:

1. Esfuerzos para evitar pensamientos, sentimientos o conversaciones sobre el suceso traumático.

2. Esfuerzos para evitar actividades, lugares o personas que motivan recuerdos del trauma.
 3. Incapacidad para recordar un aspecto importante del trauma.
 4. Reducción acusada del interés o la participación en actividades significativas.
 5. Sensación de desapego o enajenación frente a los demás.
 6. Restricción de la vida afectiva (por ejemplo, incapacidad para tener sentimientos de amor).
 7. Sensación de un futuro desolador (por ejemplo, no espera obtener un empleo, casarse, formar una familia o, en definitiva, llevar una vida normal).
- D.** Síntomas persistentes de aumento de la activación (*arousal*) (ausente antes del trauma), tal y como indican dos (o más) de los siguientes síntomas:
1. Dificultades para conciliar o mantener el sueño.
 2. Irritabilidad o ataques de ira.
 3. Dificultades para concentrarse.
 4. Hipervigilancia.
 5. Respuestas exageradas de sobresalto.
- E.** Estas alteraciones (síntomas de los Criterios B, C y D) se prolongan más de un mes.
- F.** Estas alteraciones provocan malestar clínico significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
- Especificar si:*
- Agudo: si los síntomas duran menos de tres meses.
 - Crónico: si los síntomas duran tres meses o más.
- Especificar si:*
- De inicio demorado: entre el acontecimiento traumático y el inicio de los síntomas han pasado como mínimo seis meses.

Criterios DSM-5

Los criterios que establece para el diagnóstico del Trastorno de estrés posttraumático son:

- A.** Exposición a muerte o amenazas de muerte, daño grave o violencia sexual mediante experiencia directa; ha presenciado el acontecimiento en otros; le han explicado que el acontecimiento está ocurriendo en familiares o amigos cercanos (en casos de muerte o amenazas de muerte de un familiar o amigo el acontecimiento debe ser violento o accidental); experiencias repetidas o exposiciones extremas a detalles aversivos de acontecimientos traumáticos (por ejemplo, oficiales de policía, bomberos o personal sanitario de rescate, profesionales de 'primera respuesta' ante una tragedia o acontecimiento violento. En estos casos el criterio no se aplica si la exposición se realiza a través de medios electrónicos, televisión, fotografías o películas que no estén relacionadas con el trabajo).

- B. Síntomas intrusivos:**
- Recuerdos recurrentes del acontecimiento traumático.
 - Sueños desagradables relacionados con el acontecimiento.
 - Reacciones disociativas (*flashbacks*).
 - Estrés psicológico intenso o prolongado a la exposición de situaciones que recuerdan el trauma.
 - Reacciones fisiológicas intensas ante situaciones que recuerdan el trauma.
- C. Evitación persistente de estímulos que recuerdan el acontecimiento traumático y evidenciado por uno o más de los siguientes síntomas:**
- Evitación o esfuerzos por evitar recuerdos, pensamientos o sentimientos que se relacionan o recuerdan el trauma.
 - Evitación o esfuerzos por evitar personas, lugares, actividades, objetos o conversaciones que recuerdan el trauma.
- D. Alteraciones negativas de la cognición y la conducta asociadas con el evento traumático:**
- Incapacidad para recordar un aspecto importante del trauma (típicamente debido a amnesia disociativa y no a otros factores como daño cerebral, alcohol o drogas).
 - Creencias negativas y exageradas acerca de uno mismo, de otros o del mundo (por ejemplo, soy malo, no se puede confiar en nadie, el mundo es muy peligroso, mi sistema nervioso está destrozado).
 - Distorsiones cognitivas persistentes sobre la causa o las consecuencias del acontecimiento traumático que conducen al sujeto a culpabilizarse a él mismo o a otros.
 - Estado emocional negativo persistente (miedo, horror, culpa, vergüenza o enfado).
 - Marcada disminución del interés o participación en actividades.
 - Sentimientos de indiferencia o alejamiento de los otros.
 - Dificultad persistente para experimentar emociones positivas (alegría, satisfacción o sentimientos de amor).
- E. Alteraciones de la reactividad asociadas al evento traumático.**
- Conducta irritable y explosiva expresada en forma de agresiones físicas o verbales hacia personas u objetos.
 - Conducta imprudente o autodestructiva.
 - Hipervigilancia.
 - Respuesta exageradas de sobresalto.
 - Dificultades de concentración.
 - Alteraciones del sueño.

Duración de los síntomas (Criterios B, C, D y E) mayor de un mes.

Deterioro clínico social, ocupacional o de otras áreas funcionales.

El trastorno no se atribuye a efectos de sustancias o patologías médicas.

Especificar:

- “Con síntomas disociativos”
 1. Despersonalización.
 2. Desrealización.

Especificar: de inicio demorado: criterios completos seis meses después del evento (aunque algunos síntomas se inicien inmediatamente después).

La reciente clasificación establece de forma clara las causas que pueden desencadenar el trastorno: verse envuelto en guerra como combatiente o como civil, agresión o amenaza física, atraco, agresión o abuso sexual, abuso físico en la infancia, tráfico sexual, secuestro, ser tomado como rehén, ataque terrorista, torturas, encarcelamiento como prisionero de guerra, desastres naturales o producidos por el hombre y accidentes graves de vehículos a motor o acontecimientos médicos catastróficos (por ejemplo, despertarse durante una cirugía).

Presenciar acontecimientos traumáticos incluye, pero no se limitan a heridas o amenazas graves, muerte no natural, agresión sexual a una persona debida a un ataque violento, violencia doméstica, accidentes, guerra, desastre, catástrofe médica (por ejemplo, presencia una hemorragia masiva en una persona cercana).

El haber conocido o haberle sido explicado acontecimientos traumáticos, se limita a experiencias afectivas de familiares o amigos cercanos y experiencias violentas o accidentes, por ejemplo un accidente grave, asaltos, suicidio o heridas graves.

Alcance del trastorno de estrés postraumático en el ámbito forense

Sabemos que la aparición del trastorno puede darse de forma inmediata o comenzar un tiempo después, hasta seis meses, y que los síntomas y la persistencia de los mismos pueden variar con el tiempo, acreditándose en los diferentes estudios que aproximadamente en la mitad de los pacientes diagnosticados la sintomatología ha remitido al cabo de los tres meses.

Cuando ello no ocurre así, es fundamental valorar la existencia de los factores de riesgo, ya señalados, entre los que destacamos:

1. Género.
2. Edad.
3. Trastornos de personalidad: en los que alcanza gran relevancia el concepto neuroticismo (de Eysenk) que describe una tendencia a reaccionar con una emoción fuerte a sucesos adversos.

Estas personas procesan la información de forma diferente a como la procesan sujetos con rasgos de personalidad no neuróticos y el modo de procesar la información influye en el comienzo o no de un determinado trastorno.

4. Predisposición fisiológica relacionada con el desarrollo psicológico en la infancia, habiéndose hallado (Helzer, 1987), que existe: a) una frecuencia anormalmente alta de trastornos de conducta en los primeros años en los