LAS SECUELAS DERIVADAS DEL ESTRÉS POST-TRAUMÁTICO.

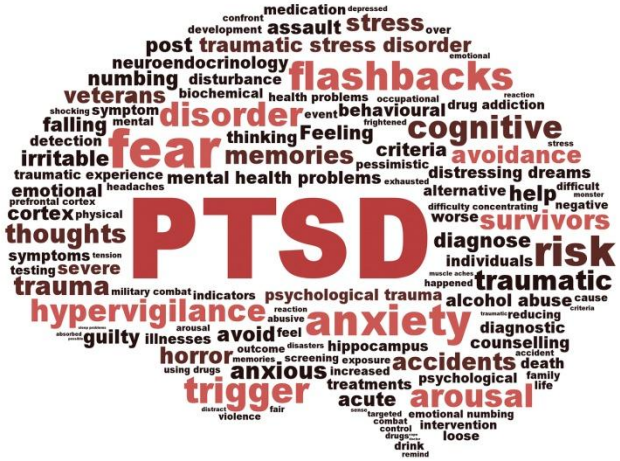
Cómo acreditarlas y reclamar su indemnización

MAIKA ARÁNEGA
Psicóloga forense y Sanitaria
COPC nº 23304

www.psico-systems.com

PSICO-SYSTEMS. Centros de Psicología
Pº de la Castellana, 171, RBT Business Centre
28039 MADRID

1. INTRODUCCIÓN



1.1.Daños objeto de valoración

Artículo 34. *Daños objeto de valoración.*

1. Dan lugar a indemnización la muerte, **las secuelas** y las lesiones temporales de acuerdo con lo previsto en los artículos siguientes y con lo reflejado, respectivamente, en las tablas 1, **2** y 3 contenidas en el Anexo de esta Ley.

2. Cada una de estas tablas incluye de modo separado la reparación de los **perjuicios personales básicos** (1.A, **2.A** y 3.A), de los perjuicios personales particulares (1.B, 2.B y 3.B) y de los perjuicios patrimoniales (1.C, 2.C y 3.C).

1.2. Secuelas psíquicas INDEMNIZABLES

TABLA 2.A.1

BAREMO MÉDICO

CLASIFICACIÓN Y VALORACIÓN DE LAS SECUELAS

APARTADO PRIMERO: CLASIFICACIÓN DE SECUELAS ANATÓMICO - FUNCIONALES

CAPITULO I - SISTEMA NERVIOSO

A) NEUROLOGÍA

1.- Secuelas motoras y sensitivas de origen central y medular.

2. Secuelas motoras y sensitivo motoras de origen periférico

2.1. Nervios Craneales

2.2 Miembro Superior

2.3 Miembro Inferior

3. Trastornos Cognitivos y Daño Neuropsicológico

4. Secuelas Anatomo-Funcionales

B) PSIQUIATRIA Y PSICOLOGIA CLINICA

1. Trastornos Neuróticos

2. Trastornos Permanentes del Humor

3. Agravaciones

CAPITULO II - ÓRGANOS DE LOS SENTIDOS / CARA / CUELLO

A) SISTEMA OCULAR

B) SISTEMA AUDITIVO

C) SISTEMA OLFATORIO Y NARIZ

D) MAXILOFACIAL Y BOCA

1. Sistema Osteoarticular

2. Boca

E) CUELLO

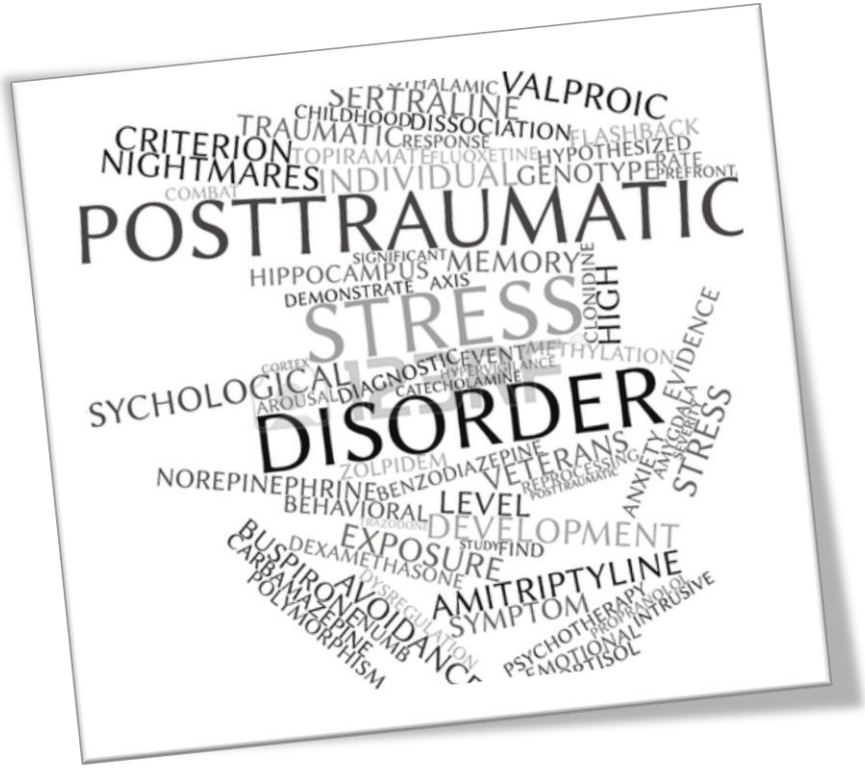
1. Faringe

2. Laringe

TABLA 2.A.1
BAREMO MÉDICO
CLASIFICACIÓN Y VALORACIÓN DE LAS SECUELAS

codigo	DESCRIPCIÓN DE LAS SECUELAS	PUNTUACIÓN ANATÓMICO FUNCIONAL
	4. Trastornos Anatomo-Funcionales	
	Pérdida de sustancia ósea:	
01152	• Que no requiera craneoplastia	1-5
01153	• Que requiera craneoplastia	6-15
01154	**Fistulas osteodurales**	1-10
01155	**Síndromes extrapiramidales** (valorar según alteraciones funcionales)	
01156	**Derivación ventrículo-peritoneal, ventrículo-vascular (por hidrocefalia postraumática) según alteración funcional.**	15-25
01157	**Material de osteosíntesis cráneo**	[illegible]
	B) PSIQUIATRIA Y PSICOLOGIA CLINICA	
	1. Trastornos Neuróticos	
	Secuelas derivadas del estrés postraumático: 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.	
	Se requiere que haya existido diagnóstico, tratamiento y seguimiento por especialista en psiquiatría o psicología clínica de forma continuada. Para su diagnóstico se deben cumplir los criterios del DSM-V o la CIE10 y sus correspondientes actualizaciones. Asimismo, para establecer la secuela se precisa, tras alcanzar la estabilización del cuadro ansiosofóbico, de un informe médico psiquiátrico o un informe psicológico 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.	
01158	• **Leve:** Manifestaciones menores de forma esporádica.	1-2
01159	• **Moderado:** Fenómenos de evocación, evitación e hiperactivación frecuentes.	3-5
01160	• **Grave:** 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.	6-15
	Otros trastornos neuróticos	1-5
	2. Trastornos Permanentes del Humor	
	Trastorno depresivo mayor crónico:	
01162	• **Leve:** El síndrome debe cumplir al menos cuatro criterios de los nueve descritos en el DSM-V o y tres de los siete del CIE10. Precisa seguimiento médico o psicológico frecuente por especialista con terapéutica específica	4-10
01163	• **Moderado:** El síndrome debe cumplir al menos cinco criterios de los nueve descritos en el DSM-V o cuatro de los siete del CIE10. Precisa seguimiento médico o psicológico continuado por especialista **con necesidad de** tratamiento específico **con o sin** hospitalización en centro psiquiátrico.	11-15
01164	• **Grave:** El síndrome debe cumplir al menos siete criterios de los nueve descritos en el DSM-V o cinco de los siete del CIE10. Precisa seguimiento médico o psicológico continuado por especialista con tratamiento específico y hospitalización en centro psiquiátrico.	16-25
[illegible]	**Trastorno distímico:** Precisa seguimiento médico o psicológico esporádico y tratamiento intermitente, según criterios DSM-V o CIE10	1-3
	3. Agravaciones	
	Agravación o desestabilización de demencia no traumática (incluye demencia senil)	1-25
01167	**Agravación o desestabilización de otros trastornos mentales**	1-10

2. ANÁLISIS Y DESCRIPCIÓN DE LA PSICOPATOLOGÍA INDEMNIZABLE



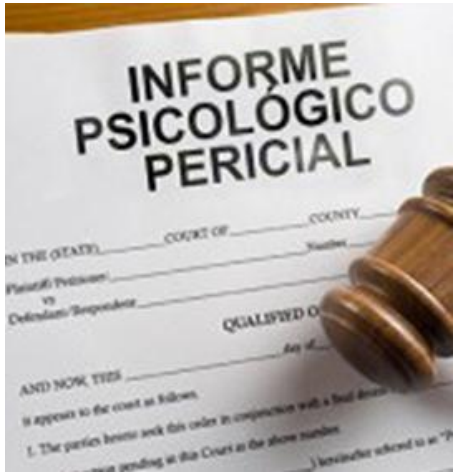
2.1 Aportaciones de la Psicología Forense a los Accidentes de Circulación

- El objetivo principal es detectar LA HUELLA PSICOLÓGICA causada por el trauma.

- La literatura científica identifica el **TEPT como la huella principal**, el cual permite establecer CAUSA-EFECTO, importante y necesario para obtener indemnización.

- Raramente se presenta sólo, el 80-85% de los casos se acompaña de otros trastornos.

- En AC suelen ser: <u>ANSIEDAD</u>, <u>DEPRESIÓN</u>, FOBIAS, DEPENDENCIA DE ALCOHOL O SUSTANCIAS Y <u>DISTIMIA</u>.



2.2.Trastorno de Estrés Post-traumático (TEPT)

- Se aplica a adultos, adolescentes y niños mayores de 6 años. (los menores tienen otros criterios). Causa malestar clínicamente significativo y deterioro bio-psico.social.

- **La duración es superior a 1 mes.**

- Puede ser agudo si dura menos de 3 meses o crónico si es más.

- Si se produce después de 6 meses es de expresión retardada.

- **Se necesita que esté instaurado (más de 3 meses) para ser indemnizable.**

2.2.Trastorno de Estrés Post-traumático (TEPT)

- EL TEPT se reconoció por 1ª vez en el DSM-III (1980).

- En DSM-IV se incluía en los Trastornos Ansiedad.

- En el DSM-5 en "Trastornos relacionados con traumas y factores de estrés".

- Según la National Comorbidily Survey, **sólo el 5% de hombres y 10% mujeres desarrollan TEPT. ¡¡HAY QUE TENERLO MUY PRESENTE EN INDEMNIZACIONES!!!**

2.2. Trastorno de Estrés Post-traumático (TEPT). CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

➢**A. EXPOSICIÓN a la muerte, lesión grave o violencia sexual, ya sea real o amenaza, en una (o más) de las formas siguientes:**

1. Experiencia directa del suceso traumático.

2. Presencia directa del suceso ocurrido a otros.

3. Conocimiento de que el suceso traumático ha ocurrido a un familiar próximo o a un amigo íntimo. En los casos de amenaza o realidad de muerte de un familiar o amigo, el suceso ha de haber sido violento o accidental.

4. Exposición repetida o extrema a detalles repulsivos del suceso traumático (p. ej., socorristas que recogen restos humanos; policías repetidamente expuestos a detalles del maltrato infantil).

2.2. Trastorno de Estrés Post-traumático (TEPT). CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

B. Presencia de uno (o más) de los síntomas de INTRUSIÓN siguientes asociados al suceso traumático, que comienza después del suceso traumático:

1. Recuerdos angustiosos recurrentes, involuntarios e intrusivos del suceso traumático.

2. Sueños angustiosos recurrentes sobre el hecho traumático.

3. Reacciones disociativas (p. ej., escenas retrospectivas) en las que el sujeto siente o actúa como si se repitiera el suceso traumático.

4. Malestar psicológico intenso o prolongado al exponerse situaciones similares.

5. Reacciones fisiológicas intensas ante la exposición de situaciones similares.

2.2. Trastorno de Estrés Post-traumático (TEPT). CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

C. EVITACIÓN persistente de estímulos asociados al suceso traumático, que comienza tras éste, como se pone de manifiesto por una o las dos características siguientes:

1. Evitación o esfuerzos para evitar recuerdos, pensamientos o sentimientos angustios acerca o estrechamente asociados al suceso traumático.

2. Evitación o esfuerzos para evitar recordatorios externos (personas, lugares, conversaciones, actividades, objetos, situaciones) que despiertan recuerdos, pensamientos o sentimientos angustiosos acerca o estrechamente asociados al suceso(s) traumático(s).

2.2.Trastorno de Estrés Post-traumático (TEPT). CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

D. ALTERACIONES NEGATIVAS Y DEL ESTADO DE ÁNIMO asociadas al suceso traumático, que comienzan o empeoran después de éste, 2 (o más) :

1. Incapacidad de recordar aspectos importantes del suceso (amnesia disociativa)

2. Creencias o expectativas negativas persistentes y exageradas sobre uno mismo, los demás o el mundo (p. ej., “Estoy mal,” “No puedo confiar en nadie”).

3. Percepción distorsionada persistente de la causa o consecuencias del suceso.

4. Estado emocional negativo persistente (p. ej. terror, enfado o culpa).

5. Disminución importante del interés o participación en actividades significativas.

6. Sentimiento de desapego o extrañamiento de los demás.

7. Incapacidad persistente de experimentar emociones positivas.

2.2.Trastorno de Estrés Post-traumático (TEPT). CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

E. Alteración importante de la ALERTA Y REACTIVIDAD asociada al suceso traumático que comienza o empeora después de éste, como se pone de manifiesto por dos (o más):

1. Comportamiento irritable y arrebatos de furia (con poca o ninguna provocación) que se expresan típicamente como agresión verbal o física contra personas u objetos.

2. Comportamiento imprudente o autodestructivo.

3. Hipervigilancia.

4. Respuesta de sobresalto exagerada.

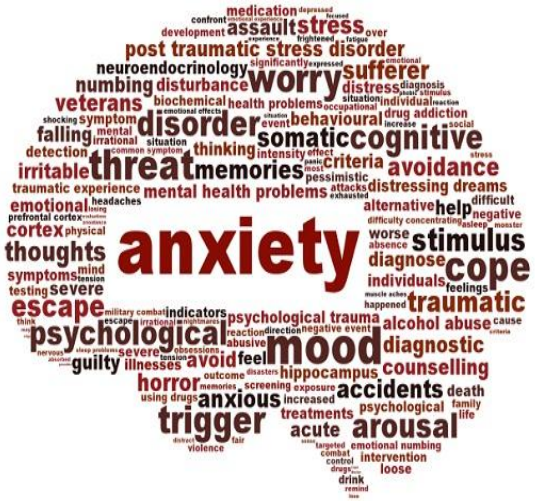
5. Problemas de concentración.

6. Alteración del sueño.

2.3. Otros trastornos neuróticos

Se califica a la neurosis como un desequilibrio de la mente causado por la **ansiedad** y que se produce **sin que exista un daño orgánico**. La forma en la que se manifiesta es a través de conductas inadaptativas o repetitivas cuya finalidad es reducir el estrés.

- **Trastornos de Ansiedad (TA).**
- **Trastorno Obsesivo-Compulsivo (TOC).**
- **Trastorno de Síntomas Somáticos.**
- **Disfunciones sexuales.**



2.4. Trastorno Depresivo Mayor

- Es el trastorno secundario más habitual en el TEPT (50% de los casos).

- Si se presenta sólo no se puede considerar secuela del trauma

EPISODIO DE DEPRESION MAYOR

A. Cinco (o más) de los síntomas siguientes han estado presentes durante el mismo período de dos semanas y representan un cambio del funcionamiento anterior. Son los siguientes:

1. Estado de animo depresivo la mayor parte del día todos los días. 2. Disminución del interés o el placer. 3. Perdida o aumento de peso sin hacer dieta. 4. Insomnio o hipersomnia casi todos los días. 5. Agitación o retraso psicomotor. 6. Fatiga o perdida de energía. 7. Sentimiento de inutilidad o culpabilidad. 8. Disminución de la capacidad de pensar o concentrarse. 9. Pensamiento de muerte recúrrete.

C) El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica

B) Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otra área del funcionamiento.

2.5. Trastorno Distímico

TRASTORNO DEPRESIVO PERSITENTE (DISTIMIA) 300.4(F34.1)

D. Los criterios para un trastorno de depresión mayor pueden estar continuamente presentes durante dos años.

E. Nunca ha habido un episodio maníaco o un episodio hipomaníaco, y nunca se han cumplido los criterios para el trastorno ciclotímico.

F. La alteración no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo persistente, esquizofrenia, trastorno delirante, u otro trastorno especificado o no especificado del espectro de la esquizofrenia y otro trastorno psicótico

G. Los síntomas no se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o a otra afección médica

H. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas

GUÍA DE CONSULTA DE LOS CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DEL DSM-5 (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIA

2.6. Agravación o desestabilización

Consecuencias del estrés

Psicológicas:

- Preocupación excesiva
- Incapacidad para tomar decisiones
- Dificultad para concentrarse o mantener la atención
- Olvidos
- Bloqueos mentales
- Ansiedad , miedos fobias
- Trastornos del sueño y la alimentación…

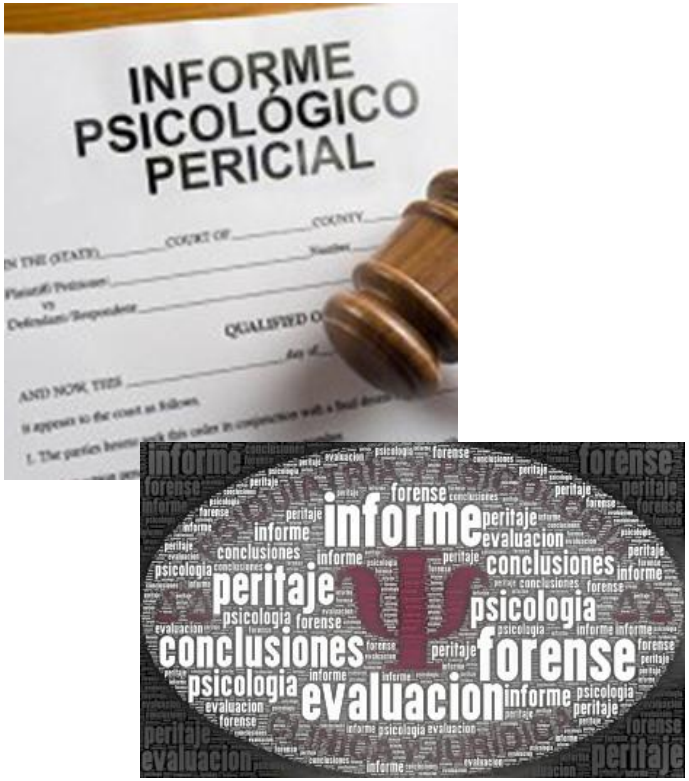
Del comportamiento:

- Excesivo consumo de café
- Cambios en los hábitos alimentarios
- Abandono de las actividades sociales
- Sensación de estar enfermo
- Absentismo
- Bajo rendimiento
- Incremento de los accidentes…

Físicas:

- Musculares, tensión y dolor
- Gástricos e intestinales (indigestión, vómitos, acidez…)
- Cardiacos y vasculares
- Pulmonares y respiratorios
- Cutáneos
- Sexuales
- Alteraciones en la menstruación…

3. COMO ACREDITAR Y RECLAMAR LA INDEMNIZACIÓN DE LAS LESIONES PSÍQUICAS



3.1. VALORACIÓN DE LAS INDEMNIZACIONES POR SECUELAS

Artículo 93.

1. Son secuelas las deficiencias físicas, intelectuales, orgánicas y sensoriales y los perjuicios estéticos que derivan de una lesión **y permanecen una vez finalizado el proceso de curación**.

2. Las indemnizaciones se cuantifican conforme a las disposiciones y reglas que se establecen en esta Ley y que se reflejan en los distintos apartados de **la tabla 2** que figura como Anexo. La tabla 2.A contiene tres apartados:

a) La tabla 2.A establece la cuantía del perjuicio personal básicos.

b) La tabla 2.B cuantía de perjuicios personales particulares/excepcionales.

c) La tabla 2.C establece la cuantía de los perjuicios patrimoniales.

3.2. MEDICIÓN DEL PERJUICIO PSICOLÓGICO

Artículo 96. El baremo médico.

1. El baremo médico contiene la relación de las secuelas que integran el perjuicio psicofísico, orgánico y sensorial **permanente**, con su clasificación, descripción y medición.

2. La **medición** de las secuelas se realiza mediante un porcentaje de menoscabo expresado en puntos, **con un máximo de cien.**

- La cuestión es **¿cómo medir y demostrar el daño psicólogico?**

- **DAÑO PSICOLÓGICO**, es el **deterioro** de las funciones psíquicas de la víctima, producido por un acontecimiento, en este caso el accidente de tráfico.

3.2. MEDICIÓN DEL PERJUICIO PSICOLÓGICO

- El problema principal es valorar dicho daño ya que es complejo, siendo **muy complicado objetivarlo y cuantificarlo, ya que incluso es difícil determinar LA CARACTERÍSTICA A MEDIR.**

- Es esencial un **análisis minucioso y detallado del caso, un repaso exhaustivo del historial clínico completo, con entrevistas al lesionado y su familia, complementado de la administración de PRUEBAS PSICOLÓGICAS ESTANDARIZADAS. La utilización de bibliografía científica aporta validez a los resultados obtenidos.**

- **NO OBSTANTE, EN PSICOLOGÍA NUNCA HABLAMOS DE CERTEZAS COMO EN MEDICINA, HABLAMOS DE PROBABILIDADES ¡¡¡Importante tenerlo en cuenta!!!**

3.2. MEDICIÓN DEL PERJUICIO PSICOLÓGICO

- Es esencial que todo diagnóstico psicológico esté incluido en uno de los manuales clínicos existentes: DSM-5 o CIE-10.

- Por ello, es necesario que los síntomas hallados en el paciente se correspondan con los incluidos en los diagnósticos oficiales ya que eso le otorga VALIDEZ CIENTÍFICA.

3.3. REGLAS DE APLICACIÓN DEL PERJUICIO PSÍQUICO

Artículo 97. Reglas de aplicación del perjuicio psicofísico.

1. La puntuación otorgada al perjuicio psicofísico de cada secuela, **según criterio clínico**, tiene en cuenta **su intensidad y gravedad** desde el punto de vista anatómico-funcional, sin tomar en consideración la edad o el sexo del lesionado, ni la repercusión de la secuela en sus diversas actividades.

2. Se adjudica a **cada secuela una puntuación fija** o la que corresponda dentro de una horquilla con una puntuación mínima y máxima.

3. Una secuela debe valorarse una sola vez. No se valoran las secuelas que estén incluidas o se deriven de otras, aunque estén descritas de forma independiente.

3.3. REGLAS DE APLICACIÓN DEL PERJUICIO PSÍQUICO

Artículo 98. Secuelas concurrentes.

1. En el caso de concurrencia de secuelas derivadas del mismo accidente, la puntuación final del perjuicio psicofísico es la resultante de aplicar la fórmula:

$$[[(100 - M) \times m] / 100] + M$$

Donde "M" es la puntuación de la secuela mayor y "m" la puntuación de la secuela menor.

2. De ser las secuelas más de dos, se parte de la secuela de mayor puntuación y las operaciones se realizan en orden inverso a su importancia.

3. La puntuación final obtenida se lleva a la tabla 2.A.2 para fijar el valor económico del perjuicio psicofísico en función de la edad del lesionado.

3.4. EJEMPLO PRÁCTICO

Persona de 33 años, accidentado, con las siguientes lesiones: AMPUTACIÓN DE PIERNA, TEPT Y TR. DEPRESIVO MAYOR.

- INDEMNIZACIÓN por Amputación 1 pierna (45 puntos)

89.158,88 €

- INDEMNIZACIÓN por Estrés post-traumático moderado (5 puntos) y Tr. Depresivo moderado (15 puntos)

126.806,47)

37.647,59€ de diferencia

¡¡¡¡ INCLUSO CON LA MIN. PUNTUACIÓN (1 punto) hay casi 3000€ de diferencia!!!

4. CONCLUSIONES

•La evaluación forense ha de contestar al objeto de la pericial, VALORAR EL DAÑO PSICOLÓGICO.

• Se han de extraer unas conclusiones, lo más claras posibles.

• Se ha de tener presente que en Psicología no existen respuestas categóricas.

• Las afirmaciones del informe han de estar avaladas científicamente.

•Si no existe TEPT no puede afirmarse que existan secuelas psicológicas derivadas del accidente,

Maika Aránega (2017)