

THOMSON REUTERS
LA LEY



ACADEMIA DE INTERCAMBIO Y ESTUDIOS JUDICIALES

CIENCIA, TÉCNICA Y PODER JUDICIAL



ASPECTOS NEUROLÓGICOS,
PSIQUIÁTRICOS
Y DE SOMNOLENCIA
INVOLUCRADOS EN CASOS
JUDICIALES





ACADEMIA DE INTERCAMBIO Y ESTUDIOS JUDICIALES

CIENCIA, TÉCNICA Y PODER JUDICIAL



ASPECTOS NEUROLÓGICOS,
PSIQUIÁTRICOS
Y DE SOMNOLENCIA
INVOLUCRADOS EN CASOS
JUDICIALES



GUSTAVO A. BOSSERT

PRESIDENTE DEL COMITÉ ACADÉMICO DE AIEJ

DELIA B. IÑIGO

COORDINADORA

THOMSON REUTERS
LA LEY

Aspectos neurológicos, psiquiátricos y de somnolencia involucrados en casos judiciales / Alejandro Messi... [et al.]; coordinación general de Delia Beatriz Iñigo. - 1a ed. - Ciudad Autónoma de Buenos Aires: La Ley, 2015. 272 p.; 18 × 25 cm.

ISBN 978-987-03-2980-0

1. Ciencia Jurídica. I. Messi, Alejandro II. Iñigo, Delia Beatriz, coord.
CDD 347.05

© Delia B. Iñigo, 2015
© de esta edición, La Ley S.A.E. e I., 2015
Tucumán 1471 (C1050AACC) Buenos Aires
Queda hecho el depósito que previene la ley 11.723

Impreso en la Argentina

Todos los derechos reservados
Ninguna parte de esta obra puede ser reproducida o transmitida en cualquier forma o por cualquier medio electrónico o mecánico, incluyendo fotocopiado, grabación o cualquier otro sistema de archivo y recuperación de información, sin el previo permiso por escrito del Editor y del autor.

Printed in Argentina

All rights reserved
No part of this work may be reproduced or transmitted in any form or by any means, electronic or mechanical, including photocopying and recording or by any information storage or retrieval system, without permission in writing from the publisher and the author.

Tirada: 1000 ejemplares.

I.S.B.N. 978-987-03-2980-0

SAP 41885918

ARGENTINA

MENSAJE PRELIMINAR

Una vez más constituye un gran honor haber sido convocada por la Academia de Intercambio y Estudios Judiciales (A.I.E.J.) para coordinar una nueva publicación en el área de Ciencia y Técnica con destino a los jueces, quienes de ese modo podrán contar con un instrumento que colabore en su ardua tarea cotidiana.

La razón de abordar las cuestiones neurológicas tuvo origen en que la práctica tribunalicia y el desenvolvimiento de simposios, congresos, jornadas y ateneos, así como conversaciones con peritos, nos llevó a concluir que muchos accidentes —tanto laborales como civiles— pueden tener como trasfondo que sus participantes padecieran patologías previas. También esos conocimientos pueden ser útiles en los casos en que se impute responsabilidad a los médicos.

Con ese objetivo, se convocó a profesionales con especialización en esa área y otras que tienen relación, como la psicológica y psiquiátrica. Incluso, aspectos ginecológicos cuando tienen contacto por conductas de la mujer embarazada o traumas durante el parto.

En esta ocasión hemos contado con el amplio apoyo de los miembros del Colegio Argentino de Neurólogos Clínicos y su Decano, integrantes de la Sociedad de Ginecología y Obstetricia de Buenos Aires, así como médicos de destacada trayectoria profesional, muchos de ellos docentes de universidades públicas y privadas.

Al tratarse de una obra colectiva hemos mantenido conversaciones previas con el Dr. Alejandro Ferrero para decidir la convocatoria de los colaboradores y la elección de los temas a desarrollar y cuando estuvieron los trabajos avanzados se efectuaron encuentros tendientes a ajustar algunos puntos. Siempre contamos con la amplia colaboración de todos los profesionales.

No es intención de esta introducción revisar cada uno de los Capítulos, sino dejar sentado que se abordaron temas relacionados con las funciones cognitivas, el sistema nervioso periférico, los traumas de cráneo pasibles de ocasionar graves consecuencias, aspectos esenciales del estado vegetativo, el fin de la vida y las dificultades del sueño que pueden provocar accidentes y hasta enfermedades si no se las enfrenta con el debido rigor.

Resulta interesante conocer que ciertas conductas, por ejemplo, los ronquidos que son repetidamente comentados en reuniones sociales, pueden resultar la exteriorización de una patología —apnea— posible origen de graves accidentes de tránsito. Otro ejemplo impactante es que las condiciones ambientales y la carga horaria del trabajo pueden ocasionar la aparición de graves enfermedades, como el cáncer.

Se procuró un trabajo multidisciplinario y se puso énfasis en que el lenguaje médico se adaptara a las necesidades básicas de los jueces.

También se incorporaron definiciones y bibliografía que podrá ser de utilidad en el supuesto que se necesiten aclaraciones o ampliaciones de las experticias, así como direcciones de correo ante la necesidad de requerir material adicional.

Se advirtió en todas las personas convocadas no sólo la determinación de informar, sino también la clara convicción que sus aportes podían contribuir a mejorar las condiciones de trabajo de los jueces. De modo que sus aportes se constituyan en una herramienta para comprender mejor los dictámenes periciales, así como requerir explicaciones. Incluso no dudaron en facilitar sus datos personales e institucionales para cualquier requerimiento que en el futuro puedan facilitar.

Además, como comprenden que las sentencias no se limitan “a dar a cada uno lo suyo”, sino que también tienen un objetivo educativo en la sociedad, es notorio que pusieron atención en que sus aportes contribuyeran a mejorar la calidad de vida de los justiciables. Lo dicho se advierte pues se puso especial énfasis en que la autoridad administrativa y los particulares deben comprender que detectar, prevenir y cuidar enfermedades neurológicas evitará accidentes y aún situaciones trágicas.

Tal vez, algunas de las propuestas podrían enfrentar el deber del particular de hacer saber el padecimiento de una enfermedad con el derecho a callar y mantener la cuestión en el ámbito privado. Es indudable que el art. 19 de la Constitución Nacional asegura a la población la tranquilidad que sus acciones privadas no pueden ser avasalladas, sin embargo, es preciso concientizar a la población que existe la responsabilidad de poner en conocimiento datos personales cuando la seguridad pública está en juego.

Finalmente, cabe destacar la generosa disposición de los autores para adaptar sus conocimientos a las necesidades de los jueces y el agradecimiento a quienes hicieron posible esta obra, que es deseable cumpla el objetivo de mejorar las condiciones de trabajo, que en definitiva redundará en beneficio para los justiciables y los operadores del derecho.

DRA. DELIA B. IÑIGO

INTRODUCCIÓN

POR ALEJANDRO FERRERO

En mi carácter de Decano del Colegio Argentino de Neurólogos Clínicos agradezco la invitación que nos cursó la Academia de Intercambio y Estudios Judiciales, por medio de la Dra. Delia B. Iñigo, pues consideramos que en el marco de las funciones que nos competen, se trata de una excelente oportunidad para colaborar con la comunidad jurídica.

Luego de varios intercambios de ideas con la coordinadora, los integrantes del Colegio y otros destacados colegas relacionados con la materia, se optó por temas estimados de interés para los miembros del Poder Judicial.

Se procuró seguir la idea fuerza de esta serie de libros, para brindar a los Jueces información clara, de modo que, junto con los dictámenes periciales, permita facilitarles la toma de decisiones cuando las causas tengan implicancias médicas.

La materia es naturalmente muy amplia y en esta oportunidad se eligió un conjunto de aspectos que, en términos generales y entre otros, giran en torno de la relación entre lo legal y:

- La función cognitiva.
- El Parkinson y sus consecuencias.
- La somnolencia y la apnea del sueño como posibles causas de accidentes.
- Los estudios de electromiografía, electroencefalografía y otros.
- Las lesiones de los nervios periféricos y las lumbalgias.
- El diagnóstico de muerte cerebral.
- El coma y los estados vegetativos.
- Traumatismos y síndrome post conmocional.
- Los psicofármacos y su implicancia en el embarazo y lactancia.
- Consecuencias de la asfixia perinatal.

UNAS PALABRAS SOBRE EL COLEGIO ARGENTINO DE NEURÓLOGOS CLÍNICOS (CANC)

En el año 2013 cumplió cincuenta años, fundado en 1963 por iniciativa de un grupo de destacados neurólogos preocupados por disponer de una Institución, que se ocupara de establecer los criterios éticos y técnicos con los cuales deben desarrollar su trabajo.

Luego se incorporaron cursos de formación para los neurólogos, comprensivos de diferentes aspectos de esta área médica.

Alrededor de los años '80 se agregó, por delegación del Ministerio de Salud, la posibilidad de otorgar Certificados de Especialistas en Neurología a través de un examen.

Posteriormente, el Colegio se relacionó con la Asociación Médica Argentina, con la cual colabora activamente, en particular mediante el CRAMA (Comité de Recertificación de la Asociación Médica Argentina).

A lo largo de 2012/2013 se revisó el modo de conservar vigente el espíritu que le dio origen, decidiendo agregar una página web destinada a un contacto más accesible a la comunidad en general. Actualmente tiene su sede en Junín 1120, CABA.

Con tal orientación hemos puesto nuestra energía en esta serie de Capítulos destinados, reiteramos, a facilitar la tarea importantísima de la Justicia argentina.

Se puede encontrar información adicional en www.canc.com.ar. Naturalmente, también se pueden dirigir consultas ampliatorias escribiendo por mail a info@canc.com.ar, las cuales serán derivadas a personas competentes de acuerdo a la índole del tema.

Reitero, en nombre de la Institución y en el mío propio, el enorme agradecimiento a la AIEJ por la iniciativa, en línea con la idea de que el trabajo en equipo siempre llega más lejos y es más constructivo, manteniendo la disposición en enfocar otros temas que resulten valiosos, en opinión de los interesados, para seguir enriqueciendo esta valiosa colección.

DR. ALEJANDRO FERRERO

Decano del Colegio Argentino de Neurólogos Clínicos
(Filial de la Asociación Médica Argentina)

ÍNDICE GENERAL

Mensaje preliminar	VII
Introducción, por Alejandro Ferrero	IX
El motivo de estos capítulos	IX
Unas palabras sobre el Colegio Argentino de Neurólogos Clínicos (CANC)	X

EEG, SU VALOR PREDICTIVO, UTILIDAD, ESPECIFICIDAD Y SENSIBILIDAD EN MEDICINA AERONÁUTICA Y CONDUCCIÓN DE AUTOMOTORES

POR ALEJANDRO MESSI

Epilepsia.....	1
Electroencefalograma (EEG). Estadística mundial y local, sensibilidad y especificidad del estudio	1
Conclusión.....	3
Referencias bibliográficas.....	4

ALTERACIÓN DE LA CAPACIDAD DE CONDUCCIÓN DE VEHÍCULOS EN PERSONAS CON ENFERMEDAD DE PARKINSON

POR JUAN PABLO TARTARI

.....	5
Bibliografía.....	6

¿ES UNA DEMENCIA? ¿QUÉ SIGNIFICA ESE DIAGNÓSTICO?

POR HERNÁN D. GABRIELLI Y ALICIA VERDE

Introducción	7
--------------------	---

	Pág.
Definición	9
Criterios generales para el diagnóstico de demencia.....	9
Tipos y características clínicas de las demencias	9
Criterios del DSM IV para el Diagnóstico de Demencia Tipo Alzheimer	10
Características de los pacientes con demencia vascular	10
Características de los pacientes con Demencia Fronto-Tempo- ral.....	11
Características de los pacientes con Demencia de Cuerpos de Lewy	12
Proporción relativa de las demencias en la población general	15
Enfoque diagnóstico de las demencias	15
Bibliografía.....	19
Apéndice - Evaluación Neurocognitiva (EN).....	20
Bibliografía específica del apéndice	26

SÍNDROME CONFUSIONAL AGUDO

POR HERNÁN D. GABRIELLI

Definición	29
Anamnesis y exploración en el delirio y confusión	29
Introducción.....	29
Sintomatología	30
C) Etiología del delirio y confusión.....	33
Comicial.....	33
Infecciosas	33
Metabólicas.....	33
Postoperatoria	34
Traumática.....	34
Tóxico-Medicamentosas.....	35
Vascular.....	35
Diagnóstico diferencial.....	36

	Pág.
Demencia.....	36
Síndrome confusional frente a síntomas psicológicos y conductuales de la demencia (SPCD).....	36
Afasia de Wernicke	37
Amnesia global transitoria	37
Esquizofrenia.....	37
Episodio maníaco.....	37
Trastornos disociativo.....	37
Trastorno de ansiedad o de angustia.....	38
Pronóstico	38
Bibliografía.....	39

**DIAGNÓSTICO DE MUERTE BAJO CRITERIOS
NEUROLÓGICOS**

POR SERGIO E. KOSAC Y MIRTA B. FERNÁNDEZ

A. Introducción.....	41
B. Protocolo vigente	43

COMAS Y ESTADO VEGETATIVO PERMANENTE

POR SERGIO E. KOSAC Y MIRTA B. FERNÁNDEZ

.....	47
-------	----

**LAS APLICACIONES Y LAS LIMITACIONES DE LA
ELECTROMIOGRAFÍA EN EL ESTUDIO DEL
SISTEMA NERVIOSO PERIFÉRICO**

POR JULIO PROST

.....	51
Pautas básicas.....	52
Conclusiones del estudio.....	54
Respuestas a preguntas comunes	56
Sugerencias	57

**LUMBALGIAS: CONCEPTOS MÉDICOS RESPECTO
DE LOS RECLAMOS INDEMNIZATORIOS
EN FUEROS CIVIL Y LABORAL**

POR VICTORIA CAMPANUCCI E IGNACIO CASAS PARERA

Definición y estadísticas	59
Clasificación. Fisiopatología y evolución de la lumbalgia	60
Métodos diagnósticos	63
Tratamiento	64
Algoritmo diagnóstico.....	65
Referencias bibliográficas.....	66

**NEUROPATÍAS PERIFÉRICAS TRAUMÁTICAS
Y DOLOR NEUROPÁTICO**

POR CECILIA JACOBSEN

.....	69
Neuropatías traumáticas.....	70
Grados de lesión nerviosa.....	72
Neuropraxia	73
Axonotmesis	73
Neurotmesis.....	74
Posibles nervios afectados.....	75
Dolor neuropático asociado a neuropatías traumáticas	77
Tratamiento del dolor neuropático.....	78
Bibliografía.....	78

TRAUMATISMO ENCEFALOCRANEANO Y DEMENCIA

POR IGNACIO CASAS PARERA Y GLORIA N. GANCI

.....	81
Antecedentes	82
El trauma encefalocraneano y los cuadros de demencia.....	84
1. Fisiopatología de la injuria cerebral vinculada a la demencia	84
2. Algunas consideraciones sobre los cambios moleculares postraumáticos y enfermedad de Alzheimer.....	84

	Pág.
Consideraciones finales.....	87
Bibliografía.....	87

SÍNDROME POSCONMOCIONAL EN MEDICINA LEGAL

POR IGNACIO CASAS PARERA Y GLORIA N. GANCI

Definición - Conceptos.....	93
Generalidades sobre la conmoción cerebral y el síndrome posconmocional.....	94
Las causas del síndrome posconmocional.....	95
Factores de riesgo.....	96
Antecedentes de investigación sobre la conmoción cerebral y el síndrome posconmocional.....	97
Aporte de las neuroimágenes en el síndrome posconmocional.....	100
Conmoción cerebral y el síndrome posconmocional en el deporte .	101
Algunas consideraciones sobre los síntomas posconmocionales.....	102
Pruebas diagnósticas en la persona con síndrome posconmocional.....	102
Tratamiento del síndrome posconmocional.....	103
Tratamientos y drogas.....	103
Dolores de cabeza.....	103
Los problemas de memoria y pensamiento.....	103
La depresión y la ansiedad.....	103
Prevención.....	104
Certificado Médico y Síndrome Posconmocional.....	104
Bibliografía.....	105

EL STRESS POST-TRAUMÁTICO (TEPT)

POR SILVIA GRACIELA SOLOMONOFF

Posibles causas.....	111
Síntomas generales.....	112
Otras enfermedades pueden acompañar el stress post-traumático .	113
Tratamiento del stress post-traumático.....	113
Clasificación.....	113

	Pág.
Epidemiología.....	115
Etiología	115
Tratamiento	116
Comentarios complementarios	116
Distribución de porcentaje en las concausas.....	117
Reacciones vivenciales anormales neuróticas (neurosis).....	118
Incapacidad Reacción Vivencial Anormal Neurótica R.V.A.N. con manifestación depresiva.....	119
Incapacidad Reacción Vivencial Anormal Neurótica. R.V.A.N. con manifestación fóbica.....	119
Incapacidad reacción vivencial anormal neurótica. R.V.A.N. con manifestación obsesiva compulsiva.....	119
Incapacidad Reacción Vivencial Anormal Neurótica. R.V.A.N. con manifestación psicósomática.....	119
Incapacidad Reacción Vivencial Anormal Neurótica. R.V.A.N. con manifestación histérica	120
Incapacidad Reacción Vivencial Anormal Neurótica. R.V.A.N. con manifestación hipocondríaca	120
Estados paranoides	120
Depresión psicótica.....	120
Neurosis de renta.....	121
Bibliografía.....	121

**SINISTROSIS, SIMULACIÓN Y SÍNDROME
POSCONMOCIONAL**

POR IGNACIO CASAS PARERA Y GLORIA N. GANCI

Sinistrosis	123
Clínica de la sinistrosis.....	124
Fenomenología de la sinistrosis	124
Evolución de la sinistrosis.....	125
Sinistrosis y simulación.....	125
Simulación de enfermedad	126
Clínica	126

	Pág.
Aspectos a considerar al evaluar a un simulador	126
Prueba de las 17 Preguntas.....	126
Traumatismo encefalocraneano leve - Conmoción cerebral	127
Traumatismo encefalocraneano y sinistrosis	128
Importancia médico-legal de la sinistrosis	128
Importancia médico-legal de la simulación	128
Referencias bibliográficas.....	129

**APNEAS DEL SUEÑO: DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO.
CONSECUENCIA SOCIALES Y EN LA SALUD**

POR SERGIO GUARDIA

.....	131
Síntomas nocturnos	133
Síntomas diurnos	134
Factores predisponentes y condiciones asociadas.....	134
SAHOS. Somnolencia y accidentes hogareños, laborales y de tránsito	135
Diagnóstico	137
Tratamiento	139
Otros tratamientos.....	142
Tratamientos quirúrgicos	142
Referencias bibliográficas.....	143

**SOMNOLENCIA EXCESIVA Y ACCIDENTES: UN FACTOR
HABITUALMENTE NO TENIDO EN CUENTA**

POR PABLO IGNACIO FERRERO

¿Por qué la inclusión de esta temática?	147
Introducción al tema del sueño.....	148
¿Hay una somnolencia normal y otra anormal?.....	148
Consecuencias de la somnolencia.....	149
Ejemplos inolvidables: ¿En qué se relacionan?	149

	Pág.
Veamos ahora una situación cotidiana, la conducción de vehículos	149
Veamos que “actores” participan de la situación	150
Debe despertarse la conciencia de la población	154
La somnolencia analizada desde la medicina del sueño	154
El conductor somnoliento cambia el juicio y la percepción del riesgo	158
Diferente vulnerabilidad a la falta de sueño según las personas	158
Escala de severidad de la Excesiva Somnolencia	158
Algunas cifras del impacto de la somnolencia en la vida real	159
Conductores de pasajeros de larga distancia	160
Alcohol o poco sueño: CUIDADO, es casi lo mismo	161
Un concepto esencial: los ritmos circadianos	162
El sueño en quienes trabajan de noche o en turnos rotativos	162
La legislación en la experiencia internacional	163
Estar atentos a las señales de cansancio	165
Elegir las conductas correctas	165
Lo que debe hacer quien conduce un vehículo	165
Lo que se recomienda y debe cumplir	166
Lo elemental	166
Consejos al conductor con trastornos del sueño por apneas de sueño	167
Turnos rotativos	168
Consejos para las personas que trabajan en turnos de ese tipo ..	168
Entorno familiar y social	168
Propuesta de evaluación ante el accidente de tránsito y un reclamo legal	168
Factores humanos	169
¿Cuándo debemos atribuir un accidente “exclusivamente” a la somnolencia?	170
¿Cómo sabemos que un conductor tenía problemas de sueño cuando ocurre un accidente?	170

	Pág.
Aportes al análisis del componente de somnolencia en los accidentes, desde un punto de vista legal y de las responsabilidades	170
Preguntas claves a efectuar al conductor para recabar información	172
El supuesto de peatones o ciclistas involucrados en accidentes	173
Referencias y lecturas recomendadas.....	173

**EL TRABAJO NOCTURNO, ROTATIVO O PERMANENTE.
SU IMPACTO EN EL AUMENTO DE ACCIDENTES
LABORALES, ACCIDENTES VEHICULARES
Y PÉRDIDA DE RENDIMIENTO**

POR ALEJANDRO FERRERO

Nota previa importante.....	177
El problema del trabajo nocturno	177
Consecuencias en la salud.....	178
El ritmo circadiano, la luz y la melatonina	178
Cambios y enfermedades que se facilitan.....	180
Consecuencias en cuanto al riesgo de accidentes.....	181
Problemática socio-familiar de los trabajadores	182
Propuestas para reducir estos problemas	182
1. Consejos para los trabajadores.....	183
2. La responsabilidad de los empresarios	185
3. El rol de los sindicatos en el caso del trabajo nocturno.....	187
Conclusión	189
Bibliografía, referencias y lecturas recomendadas	189

**USO DE PSICOFÁRMACOS DURANTE EL EMBARAZO
Y LA LACTANCIA**

POR NICOLÁS REBOK, FEDERICO M. DARAY Y FEDERICO REBOK

Introducción	193
Conceptos generales	196
Antidepresivos	196

	Pág.
§ Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS)	196
§ Antidepresivos tricíclicos (ATC).....	198
§ Otros antidepresivos	198
Estabilizadores del ánimo y anticonvulsivantes	199
§ Litio.....	199
§ Ácido valproico.....	201
§ Carbamazepina	201
§ Otros estabilizadores del ánimo y anticonvulsivantes	202
Benzodiazepinas	203
Antipsicóticos	205
§ Antipsicóticos típicos.....	205
§ Antipsicóticos atípicos	206
Referencias bibliográficas.....	207

ASFIXIA PERINATAL Y SUS IMPLICANCIAS

POR PABLO AGUSTÍN APÁS PÉREZ DE NUCCI,
JUSTO ANDRÉS IRUSTA Y MARIO ALDO SEBASTIANI

Introducción	213
Fisiología	214
Definiciones.....	215
Parálisis cerebral por asfixia intraparto	218
Los factores anteparto, el momento de la injuria	221
Consideraciones acerca de la ocurrencia y significado de la asfixia anteparto.....	222
Daño neurológico asfíctico intraparto sin parálisis cerebral	222
Avances y perspectivas	224
Evaluación fetal periparto	225
Auscultación Intermitente.....	227
Monitoreo fetal intraparto	228
Nuevas tecnologías.....	231

	Pág.
Los médicos y los peritos involucrados en una causa por asfixia fetal.....	233
Terminología no recomendada por las sociedades científicas, debido a que son términos imprecisos, inespecíficos y de bajo valor predictivo	234
Referencias bibliográficas.....	235

EL STRESS POST-TRAUMÁTICO (TEPT)

POR SILVIA GRACIELA SOLOMONOFF⁽¹⁾

A lo largo de la vida se van sucediendo vicisitudes problemáticas. En diferentes momentos, el ser humano experimenta momentos difíciles como la pérdida de un ser querido, conflictos en las relaciones interpersonales, problemas con los hijos o una situación de desempleo.

Pero algunas veces, cuando una persona tiene la experiencia de **un acontecimiento muy inesperado y perturbador**, los efectos pueden llegar a ser muy profundos y prolongados; esta condición es conocida medicamente como stress post-traumático.

Las personas con este tipo de desorden, llegan al punto de tener recuerdos persistentes y pesadillas en los que reviven la mala experiencia, lo cual les causa excesivo temor y estados de extrema ansiedad.

El stress post-traumático es uno de los muchos trastornos de ansiedad que existen y afectan aproximadamente a 1 de cada 10 personas, por esa razón es una de las enfermedades mentales más comunes.

Adultos y niños pueden desarrollar este trastorno, que puede ser tan severo que las personas que lo sufren **no pueden llevar a cabo sus actividades diarias y su entorno en general se ve afectado**.

POSIBLES CAUSAS

El stress post-traumático es causado por una *condición psicológica* que comprende la experiencia de un evento traumático, como una amenaza de muerte, ataques de violencia personal (como violación o asalto), accidentes de tráfico, combates militares, abuso físico o verbal, accidentes industriales o desastres naturales. Estas experiencias también pueden incluir estar ante la presencia de un cadáver o un herido; enterarse de una fuerte noticia o saber que alguien cercano está en peligro.

(1) Licenciada en Psicología. Perito oficial de la Cámara Civil.

SÍNTOMAS GENERALES

En general, se acepta que los síntomas del stress post-traumático suelen comenzar después de tres meses del acontecimiento traumático; sin embargo, *algunas veces estos síntomas pueden aparecer muchos años más tarde*.

La duración de este trastorno y la intensidad de los síntomas también varían según el individuo y la forma como se lo esté tratando. Sería deseable poder acceder a una historia (anamnesis) lo más completa posible de cada caso, ya que los factores de la historia personal, son determinantes de cómo cursará cada trastorno. "No hay enfermedades, sino enfermos".

El acceso a los casos cuando dan origen a causas judiciales, el tiempo muy prolongado transcurrido entre el evento traumático y la efectiva designación de los peritos respectivos, suele complicar el correcto diagnóstico y evaluación del daño provocado como, asimismo, el pronóstico de su evolución.

Existen tres diferentes categorías de síntomas: La *primera* se caracteriza por la *re-experiencia* del acontecimiento. Esta es la principal característica del Stress Post-Traumático y puede pasar en diferentes niveles. Comúnmente la persona tiene recuerdos repetitivos de lo sucedido o continuas pesadillas y/o visiones del hecho, que suelen acarrear estados de ansiedad de variable intensidad.

La *segunda* categoría incluye la *evasión* de todo lo relacionado con la situación y el trauma emocional, ocurre cuando las personas con este trastorno evitan encontrarse en lugares o estar cerca de individuos u objetos que le puedan recordar lo sucedido. El recuerdo o cercanía de la fecha en que se desencadenó la angustiada experiencia, o situaciones que recuerden lo sucedido, puede generar una extrema ansiedad.

El trauma emocional generalmente comienza muy pronto después de lo sucedido.

Una persona afectada por stress post-traumático suele apartarse de su familia y amigos. Igualmente, puede *perder interés* en actividades que anteriormente disfrutaba y tener dificultades con el control de sus emociones, especialmente aquellas asociadas con la situación traumática.

También son comunes los sentimientos de culpa. En algunos supuestos, puede tener estados disociativos que duran desde unos pocos minutos a muchos días, durante los cuales creen estar reviviendo el episodio y se comportan como si se encontraran de nuevo en ese momento.

La *tercera* categoría de síntomas se caracteriza por los cambios en los patrones del sueño. El insomnio es muy común y algunos individuos tienen dificultad en concentrarse o terminar tareas. Como resultado de estas situaciones, además, se llega a presentar un incremento en la agresividad.

Todas las características descritas suelen intensificarse si la persona expuesta a una situación inesperada (traumática), amenazante de su integridad psico-física, ha debido padecer internaciones hospitalarias, cirugías, inmovilización de miembros superiores o inferiores, tratamientos de rehabilitación prolongados, etc.

OTRAS ENFERMEDADES PUEDEN ACOMPAÑAR EL STRESS POST-TRAUMÁTICO

Algunos pacientes con Stress Post-traumático tienen tendencia a desarrollar una dependencia a las drogas y/o alcohol y/o medicamentos. Igualmente es muy habitual la presencia de algunos síntomas de depresión, al igual que síntomas de ansiedad general, como *tensión, mareos, dolor en el pecho, problemas gastrointestinales y afecciones del sistema inmune*.

Todos estos síntomas son muchas veces tratados como enfermedades independientes; la conexión con el trastorno de Stress Post-traumático sólo puede ser revelada cuando el paciente comparte información acerca del acontecimiento traumático, o si el profesional tratante investiga una posible conexión con el trauma psicológico.

TRATAMIENTO DEL STRESS POST-TRAUMÁTICO

Las terapias de comportamiento y las terapias grupales en grupos específicos son generalmente los tratamientos más comunes y efectivos para el Stress Post-Traumático. Existen también las terapias de exposición, en las cuales los pacientes reviven la experiencia bajo condiciones controladas con el fin de tratar el trauma, que también pueden llegar a ser beneficiosas.

Las investigaciones en cuanto a causas y tratamiento para este desorden continúan realizándose; sin embargo, la forma más efectiva de ayudar inicialmente a alguien a aliviar en parte el trastorno causado por una experiencia traumática, siempre comienza por el apoyo, amor y paciencia por parte de familiares y amigos. Es aconsejable un tratamiento psicoterapéutico, que en muchas ocasiones debe ir acompañado de medicación temporaria (ansiolíticos).

Lo descrito hasta aquí se encuentra tipificado en el manual DSMIV, en el apartado "Trastorno de ansiedad", y específicamente en F43.1 Trastorno por estrés postraumático (309.81), donde se describen las características que hemos señalado.

CLASIFICACIÓN

Para hacer el diagnóstico de trastorno de estrés postraumático con base en los criterios de la cuarta edición del *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, Texto Revisado*, se requiere lo siguiente:

A. La persona debió estar expuesta a un acontecimiento traumático en el que se ha presentado lo siguiente:

1. Ha experimentado, presenciado o le han explicado uno o más acontecimientos caracterizados por muertes o amenazas para su integridad física o la de los demás.

2. Ha respondido con temor, desesperanza u horror intensos. En los niños estas respuestas pueden expresarse mediante 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. 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. En los niños puede haber sueños terroríficos de contenido irreconocible.

3. El individuo actúa o tiene la sensación de que el acontecimiento traumático está ocurriendo. Se incluyen la sensación de revivir la experiencia, ilusiones, alucinaciones y flashbacks. Los niños pequeños pueden volver a escenificar 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, 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.
7. Sensación de un futuro desolador, pesimismo.

D. Síntomas persistentes de aumento de la activación, tal y como indican dos o más de los siguientes síntomas:

1. Insomnio de conciliación o de mantenimiento.
2. Irritabilidad.
3. Dificultades para concentrarse.
4. Hipervigilancia.
5. Sobresaltos.

El tiempo mínimo de evolución de los síntomas es de un mes. Las alteraciones provocan malestar clínico significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo. El trastorno es agudo si los síntomas persisten menos de tres meses. Su prolongación hará que se considere crónico. En los casos en los cuales los síntomas se inician después de seis meses de padecido el evento traumático, se considerará de inicio demorado.

EPIDEMIOLOGÍA

La prevalencia del TEPT tiene una relación directa con el grado de exposición a eventos estresantes traumáticos, tanto naturales (terremotos, tsunamis, erupciones volcánicas) como provocados por la mano del hombre (guerras, atentados terroristas, ataques violentos, etc.). En todas estas condiciones las personas pertenecientes a los grupos afectados pueden presentar TEPT en porcentajes de, al menos, un 15%.

ETIOLOGÍA

El TEPT puede o no desarrollarse en una persona que ha estado expuesta a un acontecimiento traumático dependiendo de factores predisponentes individuales (vulnerabilidad) y de la naturaleza del evento traumático. Cuanto más traumático sea el acontecimiento, más probabilidades de que se origine; a menos vulnerabilidad individual previa, menos probabilidades de generarlo.

Entre los factores que contribuyen a su aparición y desenvolvimiento están:

- La extensión en que el evento traumático afecta la vida íntima y personal del afectado.

- La duración del acontecimiento.
- El grado de vulnerabilidad ante la maldad humana (El TEPT es más probable que ocurra en eventos provocados por la mano del hombre que ante eventos naturales).

TRATAMIENTO

Los objetivos del tratamiento del TEPT van dirigidos a:

- Disminuir los síntomas.
- Prevenir complicaciones crónicas.
- Rehabilitación social y ocupacional.

Incluye diversas modalidades psicoterapéuticas individuales, entre las cuales podemos destacar la cognitivo-comportamental; también son de gran utilidad las terapias de grupo y de familia y los grupos de autoayuda.

El manejo farmacológico dependerá de los síntomas predominantes. Entre los medicamentos utilizados se cuentan los antidepresivos, ansiolíticos y estabilizadores del ánimo, entre otros. En algunas oportunidades es necesario utilizar antipsicóticos atípicos.

COMENTARIOS COMPLEMENTARIOS

Es importante recordar la respuesta que Freud daba a quienes le preguntaban en qué consistía el beneficio de la terapia psicoanalítica: *convertir el sufrimiento neurótico en el infortunio cotidiano*. Es decir que el estado de bienestar psíquico es una deseable utopía que dista mucho de la realidad clínica.

Conviene siempre tener en cuenta que la enfermedad actual será de la misma serie psicopatológica que los síntomas o rasgos anormales del carácter previo, precisamente por aquello de que el Yo no se quiebra por cualquier parte, sino por sus planos de clivaje. Pero esto no significa que la estructura del carácter deba considerarse, automáticamente, como concausa preexistente.

El perito, apelando a su conocimiento y experiencia, **deberá valorar la intensidad** de los trastornos previos, y de esa valoración surgirá cuál es el tipo de nexos (causal o concausal) entre el acontecimiento ventilado en el expediente judicial y el estado actual. Si los trastornos previos han sido de significativa importancia y vienen *entorpeciendo el desarrollo vital desde mucho tiempo atrás*, podrá decir con fundamento que el hecho traumático “agravó, aceleró o evidenció” una enfermedad que ya existía y que ésta constituye una verdadera concausa preexistente.

En cambio, si a pesar de su carácter, o incluso de sus disturbios psíquicos previos, el sujeto logró un devenir estable y consistente —aún dentro de la mayor modestia— entonces puede decirse que sus eventuales antecedentes psicopatológicos son irrelevantes como concausa preexistente y corresponderá establecer un nexo causal directo.

También es posible que una persona con antecedentes psicopatológicos significativos sufre, a causa del hecho que se estudia, una pérdida irreparable y/o inelaborable: muerte de un hijo, castración o esterilidad, parálisis en plena edad activa, etc.

¿Debemos aquí considerar sus antecedentes como una concausa preexistente o, por el contrario, que ante semejante trauma lo previo pierde valor concausal, porque cualquier persona podría enfermar a causa de eso, aun sin antecedentes?

Esta última parece ser la postura correcta, porque si una situación traumática es inelaborable, resulta en sí misma generadora de enfermedad. Si se trata de una pérdida objetivamente irremplazable (padres, hijos, cónyuge), a menudo una parte del Yo se pierde junto con el objeto muerto (Klein, M., “Identificación Proyectiva” y “Notas sobre algunos mecanismos esquizoides”, 1946), o bien, el objeto perdido se incorpora al Yo como un introyecto parasitario (Freud, S., “Identificación Introyectiva”, también: la sombra del objeto cae sobre el Yo”, y “Duelo y Melancolía”, 1924).

Si se trata de una injuria narcisística irrecuperable (parálisis, esterilidad, etc.), entonces la “amenaza de castración” se habrá materializado y, ante esa realidad, sobreviene el derrumbe de todo el sistema narcisista, con la consiguiente pérdida de autoestima, inseguridad y despersonalización.

Aún cuando el sujeto haya logrado preservar buena parte de sus actividades o su integración —como se ve, por ejemplo, cuando se pierde a un hijo— la exploración de su dinámica intrapsíquica demostrará, las más de las veces, una regresión a mecanismos de defensa arcaicos, rígidos y masivos (disociación, negación, omnipotencia). Cuando estos fracasan —lo que ocurre casi siempre, porque estos mecanismos están destinados al fracaso, por impedir la adaptación— sobreviene la depresión.

Se trate de una pérdida objetiva o de una afrenta narcisista —estos son los dos grandes duelos que por lo general observamos en los periciados—, cuando la situación traumática adquiere esta magnitud lo habitual es que el Yo del sujeto demuestra algún tipo de afectación en su plasticidad, adaptación o vinculación.

DISTRIBUCIÓN DE PORCENTAJE EN LAS CONCAUSAS

Del total de la incapacidad determinada, ¿qué porcentaje corresponde atribuir al evento dañoso y cuánto a la personalidad previa del actor?

Esta pregunta constituye un punto de pericia cuando se trata de enfermedades que reconocen una concausa previa, y es frecuente motivo de cuestionamiento.

Debe quedar claro para las partes y para el juez que, desde el punto de vista científico, es imposible establecer estos porcentajes con total exactitud.

El perito estudiará con cuidado la importancia de los trastornos previos y distribuirá la carga siempre con un sentido de orientación para el juez. Es estéril pretender un porcentaje exacto en el que la enfermedad previa ha incidido, es decir si en un treinta o en un cuarenta por ciento de la incapacidad actual, simplemente porque es muy difícil trasladar a números el porcentaje de un estado presente, en relación a los antecedentes del peritado. La variedad de baremos de los cuales se dispone para consulta, avalan lo expuesto.

REACCIONES VIVENCIALES ANORMALES NEURÓTICAS (NEUROSIS)

En las reacciones vivenciales anormales neuróticas, como consecuencia de un hecho traumático, hay que evaluar cuidadosamente la personalidad previa. Se considerarán rasgos importantes para el análisis: la personalidad básica del sujeto, la biografía, los episodios de duelo, la repuesta afectiva, las expectativas laborales frustradas y sus relaciones personales con el medio. Veamos los grados usuales.

Grado I Definición: Si están relacionadas con situaciones cotidianas, la magnitud es leve, no interfiere en las actividades de la vida diaria, ni a la adaptación de su medio. No requieren tratamiento en forma permanente. INCAPACIDAD: 0%.

Grado II - Definición: Se acentúan los rasgos de la personalidad de base, no presentan alteraciones en el pensamiento, concentración o memoria. Necesitan a veces algún tipo de tratamiento medicamentoso o psicoterapéutico. INCAPACIDAD: 10%.

Grado III - Definición: Requieren un tratamiento más intensivo. Hay remisión de los síntomas más agudos antes de tres meses. Se verifican trastornos de memoria y concentración durante el examen psiquiátrico y psicodiagnóstico. Las formas de presentación son desde la depresión, las crisis conversivas, las crisis de pánico, fobias y obsesiones. Son reversibles con el tratamiento psicofarmacológico y psicoterapéutico adecuado. Al año continúan los controles. INCAPACIDAD: 20%.

Grado IV - Definición: Requieren de una asistencia permanente por parte de terceros. Las neurosis fóbicas, las conversiones histéricas, son las expresiones clínicas más invalidantes en este tipo de reacciones, como también lo son las depresiones neuróticas. INCAPACIDAD: 30%.

Incapacidad Reacción Vivencial Anormal Neurótica R.V.A.N. con manifestación depresiva

R.V.A.N. Depresiva Grado I	0%
R.V.A.N. Depresiva Grado II	10%
R.V.A.N. Depresiva Grado III	20%
R.V.A.N. Depresiva Grado IV	30%

Incapacidad Reacción Vivencial Anormal Neurótica. R.V.A.N. con manifestación fóbica

R.V.A.N. Fóbica Grado I	0%
R.V.A.N. Fóbica Grado II	10%
R.V.A.N. Fóbica Grado III	20%
R.V.A.N. Fóbica Grado IV	30%

Incapacidad reacción vivencial anormal neurótica. R.V.A.N. con manifestación obsesiva compulsiva

R.V.A.N. Obsesivo-compulsiva Grado I	0%
R.V.A.N. Obsesivo-compulsiva Grado II	10%
R.V.A.N. Obsesivo-compulsiva Grado III	20%
ENFERMEDAD OBSESIVO-COMPULSIVA GRADO IV (con deterioro de la personalidad)	40%
ENFERMEDAD OBSESIVO-COMPULSIVA GRADO IV (con evolución psicótica)	70%

Incapacidad Reacción Vivencial Anormal Neurótica. R.V.A.N. con manifestación psicósomática

R.V.A.N. Psicósomática Grado I	0%
R.V.A.N. Psicósomática Grado II	10%
R.V.A.N. Psicósomática Grado III	20%
R.V.A.N. Psicósomática Grado IV	30%

Incapacidad Reacción Vivencial Anormal Neurótica. R.V.A.N. con manifestación histérica

R.V.A.N. Histérica de Conversión Grado I	0%
R.V.A.N. Histérica de Conversión Grado II	10%
R.V.A.N. Histérica de Conversión Grado III	20%
R.V.A.N. Histérica de Conversión Grado IV	30%

Incapacidad Reacción Vivencial Anormal Neurótica. R.V.A.N. con manifestación hipocondríaca

R.V.A.N. Hipocondríacas Grado I	0%
R.V.A.N. Hipocondríacas Grado II	10%
R.V.A.N. Hipocondríacas Grado III	20%
R.V.A.N. Hipocondríacas Grado IV	30%

ESTADOS PARANOIDES

Reacción paranoide: Reacción Vivencial Anormal de origen psicológico, secundario a experiencia intensamente vivida. Hay una personalidad vulnerable predisponente, como las litigantes y las sensitivas de K. Schneider. La duración es de semanas a meses, sin dejar secuelas. INCAPACIDAD: No tiene incapacidad de origen laboral.

Desarrollo Paranoico o Paranoia: *Definición:* Delirio Sistematizado interpretativo crónico, irreductible, incapacitante, irreversible. (Sólo se considerarán aquellas que tengan origen en accidentes laborales). INCAPACIDAD: Hasta 50%.

DEPRESIÓN PSICÓTICA

Definición: Cuando un cuadro depresivo reactivo tiene una evolución de características psicóticas melancólicas que se desvía del motivo que la originó, evolucionando a una psicosis afectiva, son incapacitantes mientras dure la fase, que remite con restitución *ad-integrum* en la mayoría de los casos (sólo se considerarán aquellas que tengan origen en accidentes laborales).

En los casos que se prolonguen por más de un año, o se agreguen por la edad elementos de involución con organicidad cerebral, componentes delirioses paranoides y senso-perceptivos de tipo orgánico, son incapacitantes por ser irreversibles. INCAPACIDAD: hasta 50%.

NEUROSIS DE RENTA

Definición: Es un estado mental de algunos individuos siniestrados o accidentados, de personalidad litigante, que exageran inconscientemente la impotencia funcional, prolongan anormalmente la incapacidad laboral, acentúan las secuelas objetivas, con otras subjetivas y emprenden una actividad *paranoide* creciente en busca de una indemnización máxima.

Dada la existencia de un trastorno de la personalidad previo antes del daño, no dan derecho a valoración de incapacidad como secuela de accidente del trabajo.

Para evaluar la incapacidad laboral, el examen deberá ser efectuado con sumo cuidado con el fin de descartar posibles: simulaciones, metasimulaciones o perseveración y sobresimulación.

Simulación: Producción voluntaria de síntomas psíquicos o físicos falsos o exagerados, motivados por la consecución de algún objetivo, como la obtención de compensaciones económicas.

Metasimulación o perseveración: Se describen síntomas desaparecidos o patologías ya curadas.

Sobresimulación: Exageración de síntomas subjetivos que pudieran subsistir.

La falta de la debida observación, lleva en más de una ocasión a los peritos a incurrir en error o engaño, dificultando la evaluación correcta de la incapacidad.

De todos modos, como precisan los Códigos Procesal Civil y Comercial (art. 477) y Penal (art. 346) “la fuerza probatoria del dictamen pericial será estimada por el juez, teniendo en consideración la competencia de los peritos, la uniformidad o disconformidad de sus opiniones, los principios científicos en que se fundan, la concordancia de su aplicación con las leyes de la sana lógica y las demás pruebas y elementos de convicción que la causa ofrezca...”.

BIBLIOGRAFÍA

- 1) Academia Nacional de Ciencias de Buenos Aires, *La causa y la concausa en psiquiatría*, Anales de la Academia Nacional de Ciencias de Buenos Aires, 1993, Volumen 27.
- 2) ACHÁVAL, ALFREDO, *Manual de Medicina legal*, Abeledo-Perrot, Buenos Aires, 2000.
- 3) CAMPOY BENASAYAG, VICTORIA RUTH, *Lesiones psicológicas y daño psíquico*, 1963.

- 4) CASTEX, MARIANO y SILVA, DANIEL, *Baremo para valorar incapacidades neuropsiquiátricas*.
- 5) CASTEX, MARIANO, *El daño en psicopsiquiatría forense*, Ad-Hoc, Buenos Aires, 2004.
- 6) *Código de ética del psicodiagnosticador*, Editorial ADEIP, 1999.
- 7) Decreto 659/96, Baremo ART, Psiquiatría.
- 8) DSM-IV- Editorial Masson S. A., Barcelona
- 9) FRANK DE VERTHELYI, RENATA, *El informe psicodiagnóstico: ejemplificación a través de un caso*, Nuevos temas en evaluación psicológica, Lugar Editorial, 1999.
- 10) FREUD, SIGMUND, "Inhibición, síntoma y angustia", en *Obras completas T°XX- Amorrortu Editores*, Buenos Aires.
- 11) FREUD, SIGMUND, "Esquema del Psicoanálisis", en *Obras completas T° XXII- Amorrortu Editores*, Buenos Aires.
- 12) Fundación Argentina para la Salud Mental, *¿Qué es la salud mental?*
- 13) HERNÁNDEZ CUETO, *Concepto de daño corporal y mental y su evaluación*, Editorial Masson, Barcelona, 1995.
- 14) KLEIN, MELANIE, "Una contribución a la psicogénesis de los estados maniaco-depresivos", en *Obras completas*, T° 2, Editorial Paidós.
- 15) KLEIN, MELANIE, "Nota sobre algunos mecanismos esquizoides", *Obras completas*, T° 3, Editorial Paidós.
- 16) KLEIN, MELANIE, "Identificación proyectiva", en *Obras completas*, Paidós.
- 17) LISI, FRANCO, *Manual de medicina de trabajo*, Némesis, Buenos Aires, 2ª edición, 1994.
- 18) RISSO, RICARDO ERNESTO, "Daño Psíquico. Delimitación y diagnóstico. Fundamento teórico y clínico del dictamen pericial", Cuadernos de Medicina Forense, mayo 2003, Año 1, N° 2, ps. 67-75.
- 19) RUBINSTEIN, SANTIAGO J., *Tabla de evaluaciones de las incapacidades laborales*, Depalma, Buenos Aires, 1996.