



REVISIÓN

## Secuelas psíquicas en víctimas de accidentes de tráfico: un análisis clínico y pericial a la luz del nuevo baremo español de 2015



Enrique Esbec<sup>a</sup> y Enrique Echeburúa<sup>b,\*</sup>

<sup>a</sup> *Clínica Médico Forense de Madrid, Madrid, España*

<sup>b</sup> *Facultad de Psicología, Universidad del País Vasco (UPV/EHU), San Sebastián, España*

Recibido el 18 de mayo de 2015; aceptado el 10 de agosto de 2015

Disponible en Internet el 14 de octubre de 2015

### PALABRAS CLAVE

Víctimas de accidentes de tráfico;  
Secuelas psíquicas;  
Vulnerabilidad;  
Valoración pericial;  
Nuevo baremo español (Ley 35/2015)

### KEYWORDS

Traffic accident victims;  
Psychological sequelae;  
Vulnerability;  
Forensic assessment;  
Spanish new compensation standards (35/2015 Law)

**Resumen** En este estudio se hace una revisión bibliográfica de las principales lesiones y secuelas psíquicas generadas en las víctimas de accidentes de tráfico, así como su mayor o menor prevalencia. Se valora el establecimiento del nexo causal que incluye algunas concausas anteriores, concomitantes y subsiguientes al accidente. Asimismo se analizan los principales factores de vulnerabilidad en el proceso de victimización a nivel biológico, psicológico, psicopatológico y psicosocial. Por último, se hace una valoración pericial de las secuelas psíquicas en las víctimas de accidentes de tráfico en función del nuevo baremo español de 2015. Se señalan en concreto las novedades aportadas por este baremo respecto al anteriormente vigente y se indican, en opinión de los autores, sus principales insuficiencias. Se establecen nuevas líneas de desarrollo para la investigación futura.

© 2015 Asociación Nacional de Médicos Forenses. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

### Psychic sequelae of motor accident victims: A clinical and forensic analysis according to the Spanish new compensation standards (2015)

**Abstract** The aim of this study is to conduct a literature review on major psychological injuries and sequelae in motor accidents victims and to establish their prevalence rate. The difficulties to establish a direct causal link between such psychological injuries and sequelae in victims and the motor accident in itself are analyzed. Biological and psychological vulnerability and resilience factors are also studied in order to better understand the process of victimization. Likewise the implications for forensic assessments, regarding psychological injuries and sequelae, of the new compensation standards for motor accident victims approved by the Spanish Parliament in 2015 are described. The differences of this compensation table related to the prior

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [enrique.echeburua@ehu.eus](mailto:enrique.echeburua@ehu.eus) (E. Echeburúa).

one are stressed and the shortcomings of the new standards, in the opinion of the authors, are indicated. Suggestions for further research are commented on.

© 2015 Asociación Nacional de Médicos Forenses. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

## Introducción

Los accidentes de tráfico constituyen el suceso traumático más frecuente experimentado por los hombres (25%) y el segundo para las mujeres (13,3%)<sup>1</sup>. Dichos accidentes dejan, además de los fallecidos, otro tipo de víctimas. Se trata de aquellas personas que, después de sufrir el suceso traumático, quedan con algún tipo de lesión o secuela, ya sea de tipo físico, psicológico o mixto, así como de los familiares y personas que deben atenderles.

Los accidentes graves constituyen un acontecimiento muy victimizante a nivel psicopatológico (14%), solo por detrás de la muerte súbita e inesperada de un miembro cercano de la familia o amigo (38%) y del ataque personal/agresión sexual (32%)<sup>2</sup>.

El objetivo principal de este artículo es llevar a cabo una revisión bibliográfica sobre las secuelas psíquicas en las víctimas de accidentes de tráfico, así como hacer un análisis de la nueva Ley española de reforma del Sistema para la valoración de los daños y perjuicios a víctimas de accidentes de tráfico, aprobada en septiembre de 2015.

## Secuelas psíquicas en víctimas de accidentes de tráfico. Estudios de prevalencia

El tipo de secuelas encontradas suelen ser las mismas en los diversos estudios, cambiando la prevalencia según la muestra y metodología, llegando hasta el 50%<sup>3</sup>.

Goldberg y Gara<sup>4</sup> desarrollaron una tipología mediante el análisis factorial de 15 variables clínicas. Extrajeron 6 factores de segundo orden responsables del 65% de la varianza total, lo que les permitió diferenciar 4 grupos de pacientes: A. *Grupo depresivo*: es el más numeroso e incluyen depresión y sus características asociadas, tales como anhedonia, insomnio, culpa, anorexia o déficits de memoria; B. *Grupo TEPT (trastorno de estrés postraumático)*: es el segundo grupo más frecuente y puntúa alto solo en el factor que incluye imágenes recurrentes del accidente, ansiedad y miedo a conducir; C. *Grupo de inadaptación al dolor crónico*: es un grupo poco frecuente y puntúa alto solo en ese factor; D. *Grupo de alteraciones conductuales del tipo del síndrome posconmocional*: es también un grupo poco frecuente, que puntúa alto especialmente en un factor que incluye anorexia, irritabilidad y déficits de concentración. La conclusión fundamental de este trabajo es que los cuadros depresivos superan al TEPT en una proporción de 3:1.

En un estudio retrospectivo con 551 adultos accidentados, los trastornos mentales a largo plazo más frecuentes fueron los siguientes: trastornos depresivos (depresión mayor, distimia, trastorno depresivo recurrente),

TEPT, trastornos por ansiedad (fobia simple, fobia social) y trastornos somatomorfos<sup>5</sup>.

En una muestra amplia de 1.148 pacientes, los cuadros clínicos más frecuentes fueron el TEPT (con una frecuencia del 23% a los 3 meses y del 17% al año), la fobia a conducir (22% a los 3 meses y 16% al año), la ansiedad generalizada (17% a los 3 meses y 19% al año) y la depresión (5% a los 3 meses y 6% al año). En la mayoría de los casos las mujeres experimentaron mayor daño psicológico que los varones<sup>6</sup>.

En general, y según nuestra experiencia, las secuelas más frecuentes después de un accidente viario son los *trastornos de adaptación*. Se trata de estados de malestar subjetivo acompañados de alteraciones emocionales que, por lo general, interfieren negativamente con la actividad general y que se consideran crónicos después de 6 meses.

Sin embargo, la lesión/secuela psíquica más conocida causada por accidente de tráfico es el *TEPT* crónico. En un estudio, el 4,5% de los adultos cumplían los criterios para el TEPT y un 5,5% adicional tenían síntomas subliminales (tasas más altas de cuadros subsindrómicos)<sup>7</sup>. En un 24,8% de los casos el TEPT aparece de forma diferida<sup>8</sup>.

La probabilidad de sufrir TEPT tras un accidente en otro trabajo es del 6,3% en hombres y del 8,8% en mujeres, muy por debajo de las vivencias de violación (65%/45%), de maltrato infantil (22,3%/48,5%) o de experiencia de combate (38,8%)<sup>1</sup>. En estudios de seguimiento prospectivo durante un año en víctimas de accidentes de tráfico, 2 tercios habían remitido al año<sup>9</sup> y persistía un 23,1% a los 3 meses y un 16,5% al año<sup>10</sup>.

Respecto a las *secuelas del estado de ánimo*, concretamente síntomas depresivos, los diversos estudios coinciden en su elevada prevalencia (entre el 11 y el 50%)<sup>5,6,9,11,12</sup>.

En referencia a la *ansiedad*, la prevalencia alcanza el 38%, fundamentalmente la amaxofobia y la motorfobia<sup>6</sup> especialmente en mujeres<sup>13</sup> y con comorbilidad con trastornos de pánico<sup>11</sup>. Pero hay que tener en cuenta que hasta un tercio de las personas con carné de conducir (más en mujeres) tienen cierto nivel de fobia a conducir, sobre todo los que han vivido o presenciado un accidente de tráfico muy grave que les ha marcado notablemente<sup>14</sup>.

Una secuela frecuente en víctimas es la *transformación persistente de la personalidad*, no incluida en el DSM-5 pero recogida en la CIE-10 (F62.0), tras una experiencia catastrófica, que suele ser la consecuencia de un TEPT crónico. Esta transformación de la personalidad debe haber estado presente por lo menos durante 2 años y no debe poder ser atribuida a un trastorno de la personalidad preexistente o a un trastorno mental distinto del TEPT (F43.1). Los cambios de personalidad pueden estar presentes en el 7-14% de los casos de accidentes de tráfico<sup>3</sup>.

La exposición a cualquier suceso impactante aumenta la probabilidad de sufrir *trastornos por uso de sustancias*. En el estudio de Farley et al.<sup>15</sup> con una muestra de 959 pacientes ambulatorios, los sucesos más frecuentes en varones fueron los accidentes graves (39,9%) y ver a alguien muerto o herido (37,7%). Entre las mujeres, la frecuencia de accidentes (40,04%) solo fue superada por la violación (47,4%) u otro abuso sexual (44%).

En cuanto a las *secuelas cognitivas*, entre el 3,5 y el 10% de los traumatizados craneales han sufrido alguna<sup>3,16</sup>: el trastorno neurocognoscitivo mayor (anteriormente demencia) o leve. Para ello deben cumplirse los criterios de deterioro, así como existir evidencias de un traumatismo cerebral con pérdida de conciencia, amnesia postraumática, desorientación y confusión o signos neurológicos. Estos deterioros pueden provocar un cambio de personalidad debido a otra enfermedad médica [310.1 (F07.0)], especificando los subtipos lábil, desinhibido, agresivo, apático, paranoide, de otro tipo, mixto o no especificado. Se requiere daño cerebral para efectuar este diagnóstico.

En cuanto a los niños y adolescentes, los resultados de los estudios son variados. Entre el 14 y el 34,5% desarrollan TEPT agudo o crónico, especialmente las niñas<sup>17-19</sup>. Un 15% va a presentar cuadros depresivos y un 25% problemas de ansiedad<sup>20</sup>, siendo el 10% fobias<sup>17</sup>.

## Factores de vulnerabilidad en el proceso de victimización. Nexo causal

En el estudio de las víctimas, los factores de vulnerabilidad adquieren un poder determinante y se comportan como moduladores entre el hecho traumático y el daño psíquico sufrido (concausas). Los modelos interactivos de los eventos de la vida, la vulnerabilidad de la persona y los recursos sociales<sup>21-23</sup> permiten explicar por qué ante hechos similares unas personas presentan un afrontamiento adaptativo y otras quedan intensamente traumatizadas. El análisis de los factores de susceptibilidad es esencial para establecer el nexo causal en el informe pericial<sup>24,25</sup>.

Los factores de vulnerabilidad incluyen factores genéticos<sup>26,27</sup>, niveles elevados de afectividad negativa<sup>28</sup>, bajo nivel de inteligencia con una historia de dificultades escolares<sup>29</sup>, estilo atribucional externo<sup>30</sup>, paro y nivel bajo de recursos económicos<sup>13,23</sup>, falta de apoyo social informal con pocos roles y redes sociales<sup>31</sup> y acúmulo de sucesos victimizantes<sup>21</sup>. En general, se trata de la combinación de una personalidad vulnerable y de escasos recursos psicosociales<sup>24,32-34</sup>.

La influencia de psicopatología previa ha sido muy bien analizada en los metaanálisis de Brewin et al.<sup>35</sup> y de Ozer et al.<sup>36</sup>. Por ejemplo, las tasas de TEPT son mayores en las personas con *trastorno bipolar* que en las personas con trastornos del espectro esquizofrénico<sup>37</sup>. Asimismo tanto el abuso de alcohol<sup>1</sup> como el de otras drogas<sup>38</sup>, predisponen a padecer TEPT en estos casos con una frecuencia de 3 o 4 veces mayor, y además con un porcentaje significativamente más alto de recaídas<sup>39</sup>.

La principal concausa en el caso de los accidentes de tráfico, que agrava los niveles de psicopatología, es el daño somático sufrido por la víctima. La presencia de afectación física incrementa las probabilidades del TEPT y de una

reducción de la calidad de vida<sup>40</sup>. En pacientes con lesiones graves tras accidente de tráfico, una cuarta parte de las víctimas cumplieron todos los criterios para el TEPT y otro 21,2% tuvieron TEPT subsindrómico. Además, estos pacientes con TEPT mostraron mayor severidad de síntomas disociativos y depresivos<sup>41</sup>.

La ocurrencia de una conmoción cerebral aumenta la gravedad del TEPT, aunque se ha estudiado más en víctimas de combate que en accidentes. De igual forma, la presencia del llamado síndrome posconmocional incrementa de forma muy significativa la incidencia de depresión y TEPT<sup>42,43</sup>.

Según estudios prospectivos los factores clave en el desarrollo de secuelas fueron los antecedentes de depresión mayor, la gravedad del suceso, la amenaza percibida con el miedo a morir en el accidente, la entidad de las lesiones físicas y si se había iniciado un litigio<sup>9,10</sup>.

En cuanto a los niños, las respuestas al suceso traumático por parte de estos van a depender de diferentes variables, entre ellas la maduración emocional, basada fundamentalmente en el apego seguro, el desarrollo cognitivo y social<sup>11</sup>.

A su vez, la psicopatología postraumática también agrava la sintomatología somática. Así, los síntomas del síndrome posconmocional después de una lesión cerebral traumática leve pueden ser exacerbados por la ansiedad asociada con el TEPT<sup>44</sup>.

## Valoración pericial de las secuelas psíquicas en accidentes de tráfico. El baremo aprobado por la nueva Ley 35/2015, de 22 de septiembre

Las secuelas psíquicas en víctimas de accidente de tráfico son muy difíciles de evaluar por diversos motivos: la baja fiabilidad de los diagnósticos psiquiátricos; la subjetividad inevitable y el criterio personal del perito a la hora de interpretar los datos de la exploración; la dificultad de la cuantificación del daño; la complejidad para establecer el nexo causal (cronológico, anatómico, cuantitativo, etc.); y la alta probabilidad de simulación o sobreactuación<sup>45</sup>.

Los factores de vulnerabilidad previos deben ser siempre tenidos en cuenta para establecer el nexo causal, en algunos casos para ponderar la secuela y en otros para encajarla en el grupo del «agravamiento de patología previa».

El uso de un baremo consensuado (Ley 34/2003, de 4 de noviembre, y RD 08/2004) rompió con la anterior arbitrariedad en la valoración judicial. Pero el apartado de secuelas psiquiátricas en este baremo ha resultado arcaico y en desacuerdo total con las actuales nosologías internacionales<sup>46,47</sup>.

El nuevo baremo, aprobado en la Ley 35/2015<sup>48</sup>, supone una mejora respecto al anterior, pero sigue estando, a nuestro entender, mal conceptualizado (tabla 1). En el capítulo 1, en lo referido a las secuelas del sistema nervioso, se incluyen la neurología y la psiquiatría/psicología clínica. Las secuelas cognitivas y neuropsicológicas se sitúan en el primer grupo, que incluye un «cajón de sastre» integrado por «síndrome frontal/trastorno orgánico de la personalidad/alteración de las funciones cerebrales integradas» en sus grados leve (rango de puntuación de 13-20), moderado (rango de 21-50), grave (rango de 51-75) y muy grave (rango de 76-90). Este grupo sigue comprendiendo la epilepsia en

**Tabla 1** Baremo establecido por la Ley 35/2015 de reforma del sistema para la valoración de los daños y perjuicios causados a las personas en accidentes de circulación

Trastorno y código	Nuevo baremo	Puntos del antiguo baremo	Puntos del nuevo baremo
<b>1. Trastornos neuróticos</b>			
<i>A. Secuelas derivadas del TEPT</i>			
01158	Leve: manifestaciones menores de forma esporádica	1-3	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
<i>B. Otros trastornos neuróticos</i>			
01161	No se especifican requisitos ni tipos No se especifica gravedad	1-5	1-5
<b>2. Trastornos permanentes del humor</b>			
<i>A. Trastorno depresivo mayor crónico</i>			
01162	Leve: el síndrome debe cumplir al menos 4 criterios de los 9 descritos en el DSM-5 o 3 de los 7 de la CIE-10. Precisa seguimiento clínico frecuente por especialista con terapéutica específica		4-10
01163	Moderado: el síndrome debe cumplir al menos 5 criterios de los 9 descritos en el DSM-5 o 4 de los 7 de la CIE-10. Precisa seguimiento clínico 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 7 criterios de los 9 descritos en el DSM-5 o 5 de los 7 de la CIE-10. Precisa seguimiento clínico continuado por especialista con tratamiento específico y hospitalización en un centro psiquiátrico		16-25
<i>B. Trastorno distímico</i>			
01165	Precisa seguimiento clínico esporádico y tratamiento intermitente, según criterios del DSM-5 o de la CIE-10		1-3
<i>Trastorno depresivo reactivo</i>			
Se elimina			
<b>3. Agravaciones</b>			
01166	Agravamiento o desestabilización de demencia no traumática (incluye demencia senil)	5-25	1-25
01167	Agravamiento o desestabilización de otros trastornos mentales	1-10	1-10
<i>Síndrome posconmocional</i>			
Se elimina de trastornos psiquiátricos y pasa a trastornos neurocognitivos			
01135	Trastorno orgánico de la personalidad/síndrome frontal/alteraciones de funciones cerebrales (grado leve)	10-20	13-20
01136	Trastorno orgánico de la personalidad/síndrome frontal/alteraciones de funciones cerebrales (grado moderado)	20-50	21-50
01137	Trastorno orgánico de la personalidad/síndrome frontal/alteraciones de funciones cerebrales (grado grave)	50-75	51-75
01138	Trastorno orgánico de la personalidad/síndrome frontal/alteraciones de funciones cerebrales (grado muy grave)	75-90	76-90

sus diferentes formas y abarca ahora el síndrome posconmocional/trastorno cognoscitivo leve, que se traslada desde el grupo de los trastornos psíquicos y que «debe evaluarse con arreglo al DSM-5 o a la CIE-10» (rango de puntuación de 2-12). Se aprecia un discreto incremento de la puntuación de estas secuelas.

El «trastorno de la personalidad orgánico» se encuadra en el DSM-5<sup>49</sup> como «cambio de personalidad debido a otra enfermedad médica» [310.1 (F07.0)], especificándose los subtipos lábil, desinhibido, agresivo, apático, paranoide, de otro tipo, mixto o no especificado, así como el origen del cuadro. En la CIE-10 la categoría F07 incluye los trastornos de la personalidad y del comportamiento debidos a enfermedad, lesión o disfunción cerebral, tales como el trastorno orgánico de la personalidad (F07.0), con los mismos subtipos, el síndrome postencefálico (F07.1), el síndrome posconmocional (F07.2) y otros trastornos orgánicos de la personalidad. En el DSM-5 los deterioros cognitivos debidos a un traumatismo craneoencefálico deben codificarse como trastornos neurocognitivos mayores o leves debidos a traumatismo cerebral.

Las principales novedades en el grupo de «secuelas psíquicas» en el nuevo baremo son las siguientes:

1. Ya no figuran en este apartado, de forma acertada en nuestra opinión, el trastorno orgánico de la alteración de las funciones superiores integradas y el síndrome posconmocional, que se trasladan al grupo de secuelas cognitivas y neuropsicológicas (manteniendo los mismos rangos de puntuación, excepto en el caso del síndrome posconmocional, que pasa del rango de 5-15 al rango de 2-12).
2. Desaparece el trastorno depresivo reactivo y se incluye la depresión mayor (con diferentes niveles de gravedad y rangos que pueden llegar hasta los 25 puntos). Se incluye también el trastorno distímico, con una puntuación escasa (rango: 1-3), exigiéndose seguimiento médico o psicológico esporádico y tratamiento intermitente. El baremo señala que, «en los casos de graves lesiones postraumáticas con tratamientos complejos y de larga duración y con secuelas importantes, puede subsistir un estado psíquico permanente, consistente en alteraciones persistentes del humor». Se descartan en este apartado aquellos casos en los que hayan existido antecedentes de patología afectiva anterior, que se valorarán entonces como «agravamiento de un estado previo».
3. Se mantiene el TEPT, pero con diferentes graduaciones (leve, moderado, grave), incrementándose de una forma muy sensible la puntuación, con un rango que puede llegar hasta los 15 puntos. La baja puntuación actual (rango: 1-3) había sido denunciada por la comunidad científica<sup>16,25</sup>.

Sin embargo, el baremo presenta, a nuestro entender, algunas limitaciones:

1. Se sigue utilizando una nomenclatura obsoleta («trastornos neuróticos»). Se exige una valoración según el DSM-5 o la CIE-10, pero no se tienen en cuenta los constructos existentes en estos manuales. El DSM-5<sup>49</sup> se refiere a «trastornos relacionados con traumas y

factores de estrés» e incluye en esencia los siguientes: A) TEPT [309.81 (F43.10)], especificando si se da con síntomas disociativos y/o con expresión retardada; B) Trastornos de adaptación, si se da con estado de ánimo deprimido [309.0 8 (F43.21)], ansioso [309.24 (F43.22)], mixto de ansiedad y depresión [309.28 (F43.23)], con alteración de la conducta [309.3 (F43.24)], con alteración mixta de las emociones o la conducta [309.4 (F43.25)] o sin especificar [309.9 (F43.20)]; C) Otro trastorno relacionado con traumas y factores de estrés especificado [309.80 (F43.8)] cuando no se cumplen todos los criterios diagnósticos o bien en los casos de trastornos adaptativos de inicio retardado, con duración prolongada o trastorno de duelo complejo persistente.

2. No se considera el TEPT subsindrómico. Cuando un paciente no cumple todos los criterios del TEPT, pero muestra un malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas, el diagnóstico es «Otro trastorno relacionado con traumas y factores de estrés especificado» [309.89 (F43.8)] o «Trastorno relacionado con traumas y factores de estrés no especificado» [309.9 (F43.99)]. Por ejemplo, la evitación a conducir vehículos a motor y el sobresalto ante ciertos ruidos se explican en este apartado mejor que como una fobia específica o como un trastorno por ansiedad generalizada, respectivamente.
3. El apartado más conflictivo del baremo sigue siendo el de «otros trastornos neuróticos». Ya que el TEPT se valora aparte, el apartado se convierte en otro «cajón de sastre» que debe incluir, entre otros, los trastornos disociativos: amnesia disociativa [300.12 (F44.0)], trastorno de identidad disociativo [300.14 (F44.81)], trastorno de despersonalización [300.6 (F48.1)] y otros trastornos disociativos especificados [300.15 (F44.89)] o no especificados [300.15 (F44.9)]. Este grupo debe agrupar también a los trastornos de ansiedad, especialmente la fobia específica situacional [300.29 (F40.248)], la ansiedad generalizada [300.02 (F41.1)] y el trastorno de ansiedad debido a enfermedad médica [293.84 (F06.4)]. También deberían incluirse en este apartado los trastornos por abuso de sustancias psicoactivas secundarios a la depresión-ansiedad. De todos ellos, el de mayor interés es la fobia a conducir vehículos a motor o motocicletas. Siempre que no se explique mejor como un síntoma de evitación de un TEPT, la fobia puede diagnosticarse con los criterios correspondientes.
4. No se mencionan la transformación de la personalidad (en adultos) ni los trastornos de la personalidad no orgánicos (en niños). En el actual borrador de la CIE-11 se incluyen los trastornos de la personalidad de inicio tardío (que podría sustituir a la actual transformación permanente de la personalidad) siendo lo esencial el establecimiento del nivel de gravedad (dificultad, trastorno leve, moderado o grave) y la especificación de los dominios de personalidad afectados, más que la edad de inicio<sup>50,51</sup>, de forma similar a la propuesta del DSM-5 en la sección III<sup>52,53</sup>.
5. Respecto del apartado de «agravamiento de demencia previa» o «patología psiquiátrica previa», se mantiene su puntuación. La mayoría de los trastornos mentales preexistentes pueden agravarse tras un accidente de tráfico importante.

## Valoración y diagnóstico. Problemas periciales

Respecto al profesional que debe evaluar, tratar y hacer el seguimiento de estos pacientes, se refiere el baremo a médicos especialistas en psiquiatría o psicología clínica<sup>54</sup>.

Un problema que, con toda seguridad, se va a presentar en la práctica a los peritos es el diagnóstico de TEPT y depresión mayor como secuela mixta. En el contexto de un traumatismo, los síntomas del TEPT y de la depresión a menudo se superponen (por ejemplo, trastornos de sueño, dificultad para concentrarse, evitación, retraimiento, falta de interés o placer y aislamiento). Se ha apoyado la comorbilidad del TEPT y de la depresión mayor como una interacción compleja en víctimas severas<sup>55</sup> y otros han argumentado que, en realidad, los síntomas del TEPT y la depresión representan el mismo constructo subyacente<sup>56-58</sup>. Ambos trastornos pueden sucederse en el tiempo, pero es difícil argumentar su co-ocurrencia, tanto tras la exploración como en los autoinformes en donde se ve, con cierta frecuencia, una sobreactuación por parte del paciente. Pero está claro, y así lo señala el DSM-5<sup>49</sup>, que los principales trastornos depresivos no tienen ningún síntoma de los criterios B o C del TEPT. No obstante se ha propuesto la posibilidad de un TEPT de larga evolución con mayor incidencia de síntomas de ansiedad o depresivos, o una sucesión de trastornos, más que una triple comorbilidad que puede considerarse un artefacto de solapamiento de síntomas, que se da más con la aplicación de autoinformes que en las entrevistas clínicas<sup>57,58</sup>.

Otro problema que se le plantea al perito es determinar cuándo un trastorno mental ha llegado a su cronicidad y, por tanto, se convierte en secuela permanente. Los tribunales señalan esta dificultad<sup>59</sup> o se pronuncian por el plazo de un año<sup>60</sup>. La consolidación médico-legal es el momento en el que las lesiones se fijan y toman un carácter permanente tal que no es necesario ya ningún tratamiento, a no ser que sea para evitar un agravamiento, dando lugar a un grado de incapacidad estable. Determinar en qué momento concreto la secuela se instaura y cuándo deja de evolucionar es difícil. A pesar de que se habla de «fecha de consolidación», en numerosas ocasiones la estabilización del proceso no se produce por crisis, sino lentamente. De esta manera, la mejoría de las lesiones se extiende a lo largo de meses e incluso de años, durante los cuales el enfermo tiene necesidad de cuidados para tratar un estado (por ejemplo, psicoterapia)<sup>61</sup>.

Los términos «trastorno mental grave» o «trastorno mental severo» son de amplia implantación en nuestro medio y proceden del anglosajón *Severe mental illness*, que esta siendo sustituido por el de *Severe and persistent mental illness*. Este término hace referencia a un constructo teórico que aglutina una serie de condiciones clínicas con una elevada prevalencia y gran repercusión en la práctica asistencial y vendría a coincidir con el de cronicidad<sup>62</sup>.

El criterio de cronicidad que subyace en toda secuela no queda exento de confusión, ya que en algunos casos está claramente especificado (6 meses en ansiedad generalizada y 2 años en distimia para adultos); en otros, es sustancial al diagnóstico (p. ej., en los trastornos de la personalidad); y, por último, en otros constituye una especificación del curso de la enfermedad. En psiquiatría y en psicología clínica actualmente la tendencia es a eliminar el término «crónico» debido a sus connotaciones estigmatizantes. Así, en el DSM-5

(respecto a su predecesor) se ha eliminado el especificador «crónico» en el trastorno depresivo mayor (> 2 años anteriormente), que debe conceptualizarse ahora como trastorno depresivo persistente o distimia [300.4 F34.1] y en el TEPT (> 3 meses en el DSM-IV). Por el contrario, se mantiene el tipo «crónico» o «persistente» (> 6 meses de evolución) para los trastornos de adaptación en sus diversas modalidades [309.XX (F43.XX)].

Según el baremo aprobado, es indispensable que el TEPT sea diagnosticado con los criterios del DSM-5 o de la CIE-10 y «se produzca como consecuencia de un accidente de tráfico 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»<sup>49</sup>. Se requiere también que haya existido diagnóstico, tratamiento y seguimiento por un psiquiatra o psicólogo clínico de forma continuada, así como un informe médico psiquiátrico o psicológico de estado, con indicación de la intensidad sintomática y de la repercusión social.

Respecto a la depresión mayor, en el baremo se exige: 1) Para el grado leve, cumplir al menos 4 criterios de los 9 descritos en el DSM-5 o 3 de los 7 de la CIE-10. Se requiere seguimiento médico o psicológico frecuente por especialista con terapéutica específica; 2) Para el grado moderado, cumplir al menos 5 criterios de los 9 descritos en el DSM-5 o 4 de los 7 de la CIE-10. Se requiere seguimiento médico o psicológico continuado por especialista con necesidad de tratamiento específico con o sin hospitalización en centro psiquiátrico; 3) Para el supuesto grave, cumplir al menos 7 criterios de los 9 descritos en el DSM-5 o 5 de los 7 de la CIE-10. Se requiere seguimiento médico o psicológico continuado por especialista con tratamiento específico y hospitalización en centro psiquiátrico.

Es un hecho que tras emitir el médico-forense la sanidad con secuelas físicas, los trastornos mentales postraumáticos pueden encontrarse todavía en evolución. En estos casos el juez indemniza las lesiones acreditadas con reserva de la acción civil que pueda nacer de la nueva secuela psíquica que pudiera derivarse del mismo accidente y de las secuelas físicas padecidas<sup>63</sup>. Se requiere la existencia de un nexo de causalidad cronológico entre el accidente y la afectación psicopatológica<sup>64</sup>.

A tenor de lo establecido por el Código Deontológico tanto del Colegio de Médicos como del Colegio de Psicólogos de España, el cargo de perito es incompatible con haber intervenido como médico o psicólogo clínico asistencial de la persona peritada. Es decir, que debe efectuarse un informe pericial final por un especialista diferente del que ha llevado el tratamiento y emitido los partes de estado.

Finalmente, el Tribunal Constitucional manifiesta la obligatoriedad de que todas las secuelas derivadas de un accidente deben ser puntuadas en la sentencia según el baremo<sup>65</sup> y el Tribunal Supremo exige una correcta aplicación de la fórmula de secuelas concurrentes<sup>66</sup>.

## El llamado daño moral

Por último, en algunos trabajos se confunde el daño psíquico con el llamado daño moral<sup>67</sup>. Pero el daño tiene distintos acepciones: las lesiones físicas, las psíquicas, las secuelas que dejan unas y otras, los daños morales en toda su

**Tabla 2** Algunas sentencias sobre secuelas psíquicas y daños morales

Lesiones y secuelas psíquicas	Fuente	Daños morales	Fuente
TEPT	Sentencia de la Audiencia Nacional de 26/05/2002 (Sala de lo Contencioso-Administrativo); sentencia de la Audiencia Provincial de León de 13/10/2006; Sentencia de la Audiencia Provincial de Castellón de 27/02/2004	Sentimiento reivindicativo consciente y subjetivo	Sentencia de la Audiencia Nacional de 10/02/2011
Trastorno depresivo reactivo	Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Andalucía de 22/03/2012; sentencia de la Audiencia Provincial de Córdoba de 16/09/2005	Dignidad vejada	Sentencia de la Audiencia Provincial de Madrid de 11/03/2011 Sentencia del Tribunal Supremo de 29/06/2011
Psicosis reactiva	Sentencia de la Audiencia Nacional de 16/04/2007 (Sala de lo Contencioso-Administrativo)	Significado espiritual que se da al evento	Sentencia del Tribunal Supremo de 03/07/2007
Afectación intelectual	Sentencia de la Audiencia Provincial de Zamora de 11/01/2000 y Sentencia de la Audiencia Provincial de Burgos de 25/09/2006	Su valoración corresponde al juez, cuantificándolo según la gravedad y consecuencias del hecho	Sentencia de la Audiencia Provincial de Sevilla de 02/05/2003 Sentencia del Tribunal Supremo de 04/02/2005
Amnesia	Sentencia de la Audiencia Provincial de Las Palmas de 08/07/2004	Se ha tenido en cuenta cuando las secuelas psicológicas futuras no son previsibles	Sentencia del Tribunal Supremo de 03/01/2001
Depresión mayor con síntomas psicóticos	Sentencia de la Audiencia Provincial de Cádiz de 28/06/2007	Se trata de mitigar la frustración, quebranto o ruptura de lazos o afectos	Sentencia del Tribunal Supremo de 21/10/1996
Agravamiento de un cuadro depresivo previo	Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Andalucía de 21/01/2010	Para compensar el precio del dolor o amargura	Sentencia de la Audiencia Provincial de León de 10/03/2011
Trastorno adaptativo ansioso-depresivo	Sentencias de la Audiencia Provincial de Barcelona de 10/11/2006 y 18/07/2012	Compensar la incertidumbre sobre la evolución de las lesiones físicas Compensar las molestias y sinsabores de la víctima	Sentencia de la Audiencia Provincial de Lugo de 25/04/2011 Sentencia de la Audiencia Provincial de Madrid de 20/05/2011

Fuente: Fondo jurisprudencial: el derecho.com<sup>70</sup>.

extensión, el daño económico emergente y el lucro cesante<sup>68</sup>. Lesiones físicas y psíquicas son diferentes al daño moral y no deben confundirse<sup>69</sup>.

La concepción del daño moral como *Pretium Doloris* es la más usual y arraigada en nuestro Derecho, referida a los agravios, aflicciones, pesares y molestias que experimenta un individuo en su esfera psíquica a causa de la comisión de un hecho ilícito.

Las lesiones y secuelas psíquicas se producen de forma inconsciente y su valoración objetiva corresponde al perito, mientras que el daño moral es un sentimiento reivindicativo consciente y subjetivo, cuya valoración a efectos de indemnización corresponde al juez, que tendrá en cuenta

la dignidad vejada y el significado espiritual, cuantificándolo según la gravedad y consecuencias del hecho, así como también en función de las secuelas psicológicas futuras no previsibles. En suma, se trata de mitigar la frustración, quebranto o ruptura de lazos o afectos, el precio del dolor o amargura y la incertidumbre sobre la evolución de las lesiones físicas, así como las molestias o sinsabores de la víctima (tabla 2). Por ello, el daño moral es siempre incuantificable de forma precisa por propia naturaleza<sup>71</sup>.

Como novedad en la nueva ley, y específicamente para accidentes de tráfico, los daños morales vienen claramente definidos en los artículos 22.13 a 22.17. Los daños morales complementarios por perjuicio psicofísico están

contemplados cuando una sola secuela psicofísica alcance, al menos, 60 puntos o las secuelas concurrentes, tras aplicar la fórmula prevista en el art. 22.6, lleguen a 80 puntos. También se valora el perjuicio moral por pérdida de calidad de vida (entre leve y muy grave) tanto en la víctima directa como en la indirecta. En el caso del perjuicio estético deben alcanzarse los 36 puntos. En todos los supuestos se tiene en cuenta también la edad del lesionado. La indemnización final se establece según una horquilla de euros entre un mínimo y un máximo.

### Conclusiones

Las secuelas provocadas como consecuencia de los accidentes de tráfico son muy variadas y dependen de muchos factores. Además las investigaciones señalan prevalencias diferentes según el número de sujetos de la muestra, la metodología utilizada y las variables que intervienen en el proceso de victimización. No obstante, hay algunos tipos de secuelas que son más comunes que otras: TEPT, sintomatología depresiva, sintomatología ansiosa y cambios de personalidad. También se ha visto que las secuelas que presentan los adultos son prácticamente las mismas que las presentadas por los niños y adolescentes.

El nuevo baremo, aprobado en la Ley 35/2015, que entra en vigor el 1 de enero de 2016, supone una mejora en cuanto a la estimación y puntuación del TEPT y la depresión

mayor (que queda incluida a cambio del trastorno depresivo reactivo). Es correcto que se estimen ciertos grados de afectación, de acuerdo con la clasificación del funcionamiento, discapacidad y salud (CIF) de la OMS, el DSM-5 y el borrador actual de la CIE-11. También es un acierto el traslado de los trastornos orgánicos de la personalidad al grupo de secuelas neuropsicológicas.

Por el contrario, es criticable que otros muchos trastornos deban quedar en una categoría residual que sigue denominándose de forma imprecisa como «otros trastornos neuróticos». La paradoja es que se recomienda para la evaluación seguir los criterios del DSM-5 y CIE-10 y que, sin embargo, se mantienen una clasificación y una terminología obsoletas.

Se exige que el paciente haya sido evaluado y tratado por un especialista en psiquiatría o en psicología clínica y también que el suceso traumático haya tenido la suficiente gravedad como para haber causado el cuadro clínico y el estado anterior<sup>72</sup>. En cualquier caso, la valoración pericial es difícil, ya que las secuelas psiquiátricas pueden con frecuencia contrastarse después de las secuelas físicas y cuentan con la dificultad de establecer el nexo causal y con la frecuente sobreactuación de los pacientes.

Se analiza también lo novedoso en la valoración de los daños morales, diferenciándolos de las secuelas psíquicas.

Por último, en la figura 1 se trata de resumir el contenido del artículo en la evaluación de secuelas psíquicas

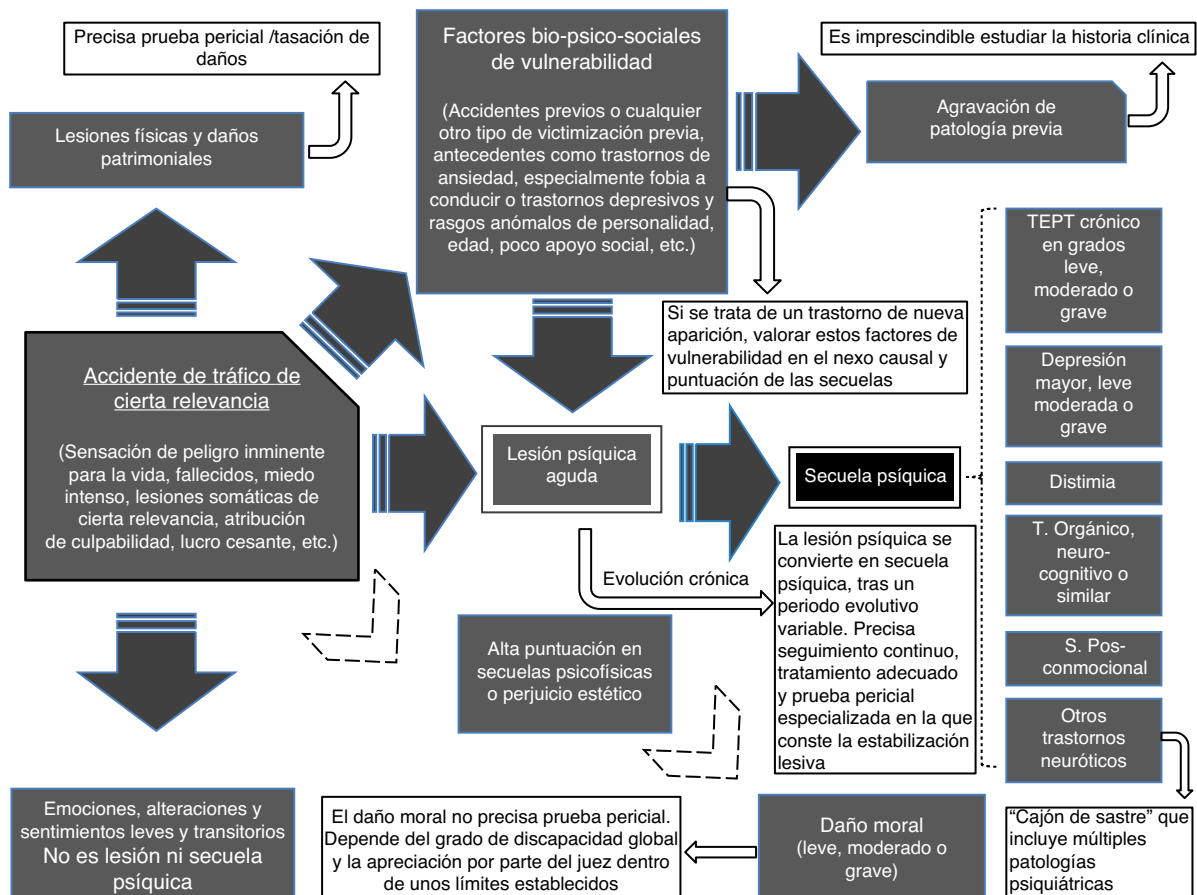


Figura 1 Valoración de lesiones, secuelas psíquicas y daños morales tras un accidente de tráfico.



tras un accidente de tráfico: 1) la necesidad de un estresor de cierta entidad; 2) la lesión psíquica, diferenciándola de emociones transitorias de miedo o ira; 3) la necesidad de considerar los factores de vulnerabilidad previos para establecer el nexo causal y poder considerar el agravamiento de la patología previa; 4) la evolución «crónica» de un trastorno agudo que convierte la lesión en secuela psíquica; 5) la existencia de daños morales cuando se da una elevada puntuación en secuelas psicofísicas y/o perjuicio estético; y 6) las secuelas psíquicas más frecuentes.

## Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

## Bibliografía

- Kessler RC, Sonnega A, Bromet EJ, Hughes M, Nelson CB. Post-traumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry*. 1995;52:1048-60.
- Koenen KC, Fu QJ, Ertel K, Michel JL, Eisen SA, True WR, et al. Predisposición genética común en la depresión mayor y el trastorno de estrés postraumático en hombres. *Psiquiatr Biol*. 2010;17:1-5.
- Yamile S, Milena S. Secuelas psicológicas y físicas en personas involucradas en un accidente de tráfico. (Tesis doctoral). UNAD. Acacia. Colombia. 2013.
- Goldberg L, Gara MA. A typology of psychiatric reactions to motor vehicle accidents. *Psychopathology*. 1990;23:15-20.
- Feinstein A, Dolan R. Predictors of post-traumatic stress disorder following physical trauma: an examination of the stressor criterion. *Psychol Med*. 1991;21:85-91.
- Mayou R, Bryant B, Ehlers A. Prediction of psychological outcomes one year after a motor vehicle accident. *Am J Psychiatry*. 2001;158:1231-8.
- Pietrzak RH, Goldstein RB, Southwick SM, Grant BF. Personality disorders associated with full and partial posttraumatic stress disorder in the U.S. population: Results from Wave 2 of the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *J Psychiatr Res*. 2011;45:678-86.
- Smid GE, van der Velden PG, Gersons BPR, Kleber RJ. Late-onset posttraumatic stress disorder following a disaster: A longitudinal study. *Psychol Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*. 2012;4:312-22.
- Blanchard EB, Hickling EJ, Barton KA, Taylor AE, Loos WR, Jones-Alexander J. One year prospective follow-up of motor vehicle accident victims. *Behav Res Ther*. 1996;34:775-86.
- Ehlers A, Mayou R, Bryant B. Psychological predictors of chronic posttraumatic stress disorder after motor vehicle accidents. *J Abnorm Psychol*. 1998;107:508-19.
- Laugharne J, Lillee A, Janca A. Role of psychological trauma in the cause and treatment of anxiety and depressive disorders. *Curr Opin Psychiatry*. 2010;23:25-9.
- McCutcheon VV, Heath AC, Nelson EC, Buchholz KK, Madden PA, Martin NG. Clustering of trauma and associations with single and co-occurring depression and panic attack over twenty years. *Twin Res Hum Genet*. 2010;13:57-65.
- Esbec E. Víctimas de delitos violentos y contra la libertad sexual en una Jurisdicción. Impacto psíquico y factores socio-demográficos de vulnerabilidad. Tesis Doctoral inédita. Universidad Autónoma de Madrid, 1997.
- Fundación MAPFRE. 2011. Nota de prensa. [consultado 10 May 2015]. Disponible en: <http://www.salaprensa.mapfreggrupo.com/ficha-nota-prensa/753>
- Farley M, Golding JM, Young G, Mulligan M, Minkoff JR. Trauma history and relapse probability among patients seeking substance abuse treatment. *J Subst Abuse Treat*. 2004;27:161-7.
- Dumond JJ, Farol P, Légwer JM. Troubles psychiques des traumatisés crâniens. *Encycl Méd Psychiatrie*. 1996;37:14.
- Keepel-Benson JM, Ollendick TH, Benson MJ. Post-traumatic stress in children following motor vehicle accidents. *J Child Psychol Psychiatry*. 2002;43:203-12.
- Stallard P, Velleman R, Baldwin S. Prospective study of post-traumatic stress disorder in children involved in road traffic accidents. *BMJ*. 1998;317:1617-23.
- Landolt MA, Vollrath M, Timm K, Gnehm HE, Sennhauser FH. Predicting posttraumatic stress symptoms in children after road traffic accidents. *Aust N Z J Psychiatry*. 2005;44:1276-83.
- Zehnder D, Meuli M, Landolt M. Effectiveness of a single-session early psychological intervention for children after road traffic accidents: A randomised controlled trial. *Child Adolesc Psychiatr Ment Health*. 2010;4:1-7.
- Landerman R, George LK, Blazer DG. Adult vulnerability for psychiatric disorders. Interactive effects of negative childhood experiences and recent stress. *J. Nerv. Ment. Dis*. 1991;179:656-63.
- Vitaliano PP, Russo J, Young HM, Teri L, Maiuro RD. Predictors of burden in spouse caregivers of individuals with Alzheimer's disease. *Psychol-Aging*. 1991;6:392-402.
- Moos RH. Life-stressors and coping resources influence health and well-being. *Psychol. Assessment*. 1988;4:133-58.
- Esbec E. Daño psíquico y su reparación en víctimas de delitos violentos. En: Delgado S, editor. *Psiquiatría Legal y Forense*. Madrid: Cólax; 1995.
- Esbec E, Graña JL. El impacto psíquico en los accidentes. *Otrosí, Publicación informativa del Colegio de abogados de Madrid*. 2000; 14: 28-30.
- Affi TO, Asmundson GJG, Taylor S, Jang KL. The role of genes and environment on trauma exposure and posttraumatic stress disorder symptoms: A review of twin studies. *Clin Psychol Rev*. 2010;30:101-12.
- Cornelius MC, Nugent NR, Amstadter AB, Koenen KC. Genetics of post-traumatic stress disorder: Review and recommendations for genome-wide association studies. *Curr Psychiatry Rep*. 2010;12:313-26.
- Luthar S. Vulnerability and resilience: A study of high risk adolescents. *Child Dev*. 1991;62:600-16.
- Pitman RK, Altman B, Macklin ML. Prevalence of posttraumatic stress disorder in wounded Vietnam veterans. *Am J Psychiatry*. 1989;146:667-9.
- Frazier PA. Victim attribution and post-rape victim. *J Pers Soc Psychol*. 1990;59:298-304.
- Davidson JR, Hughes D, Blazer DG, George LK. Post-traumatic stress disorder in the community: An epidemiological study. *Psychol Med*. 1991;21:713-21.
- Echeburúa E, Corral P, Amor PJ. Evaluación del daño psicológico en las víctimas de delitos violentos. *Psicothema*. 2002;14 Supl:139-46.
- Adams RE, Boscarino JA. A structural equation model of perievent panic and posttraumatic stress disorder after a community disaster. *J Trauma Stress*. 2011;24:61-9.
- Sarasua B, Zubizarreta I, Echeburúa E, Corral P. Perfil psicopatológico diferencial de las víctimas de violencia de pareja en función de la edad: un estudio exploratorio. *Psicothema*. 2007;19:459-66.
- Brewin CR, Andrews B, Valentine JD. Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *J Consult Clin Psychol*. 2000;68:748-66.
- Ozer EJ, Best SR, Lipsey TL, Weiss DS. Predictors of posttraumatic stress disorder and symptoms in adults: A meta-analysis. *Psychol Bull*. 2003;129:52-73.

37. O'Hare T, Sherrer MV, Shen C. Subjective distress from stressful events and high-risk behaviors as predictors of PTSD symptom severity in clients with severe mental illness. *J Trauma Stress*. 2006;19:375-86.
38. Breslau N, Davis GC, Schultz LR. Posttraumatic stress disorder and the incidence of nicotine, alcohol, and other drug disorders in persons who have experienced trauma. *Arch Gen Psychiatry*. 2003;60:289-94.
39. McCarthy E, Petrakis I. Epidemiology and management of alcohol dependence in individuals with post-traumatic stress disorder. *CNS Drugs*. 2010;24:997-1007.
40. Vogt DS, King DW, King LA. Risk pathways for PTSD: Making sense of the literature. En: Friedman MJ, Keane TM, Resick PA, editores. *Handbook of PTSD: Science and practice*. New York: Guilford Press; 2007. p. 99-115.
41. Baranyi A, Leithgöb O, Kreiner B, Tanzer K, Ehrlich G, Hofer HP, et al. Relationship between posttraumatic stress disorder, quality of life, social support, and affective and dissociative status in severely injured accident victims 12 months after trauma. *Psychosomatics*. 2010;51:237-47.
42. Chiu KB, Roon-Cassini TA, Brasel KJ. Factors identifying risk for psychological distress in the civilian trauma population. *Acad Emerg Med*. 2011;18:1156-60.
43. Evered L, Ruff R, Baldo J, Isomura A. Emotional risk factors and postconcussional disorder. *Assessment*. 2003;10:420-42.
44. Bryant R, Harvey A. Postconcussive symptoms and posttraumatic stress disorder after mild traumatic brain injury. *J. Nerv. Ment. Dis.* 1999;187:302-9.
45. Gisbert JA, Gisbert MS. Valoración médico-legal del daño psíquico. En: Gisbert JA, editor. *Medicina legal y toxicología*. 5.ª ed. Barcelona: Masson; 1988. p. 1088-100.
46. Villarejo A. Propuestas para baremo de las secuelas psíquicas derivadas de accidente de circulación. *Cuad Med Forense*. 2005;11:191-201.
47. Lledó C, Marín A, Arechederra JJ, Guija J, Medina A. Procedimiento para la baremación de las secuelas psiquiátricas por etiología traumática. Documento Córdoba. Fundación Española de Psiquiatría y Salud mental. Sociedad Española de Psiquiatría. Sociedad española de psiquiatría biológica. 2011.
48. 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. 84473-84979.
49. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5.ª ed)*. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2013.
50. Tyrer P. Time to choose—DSM-5, ICD-11 or both? *Archives of Psychiatry and Psychotherapy*. 2014;3:5-8.
51. Maercker A, Brewin CR, Bryant RA, Cloitre M, van Ommeren M, Jones LM, et al. Diagnosis and classification of disorders specifically associated with stress: proposals for ICD-11. *World Psychiatry*. 2015;12:198-206.
52. Esbec E, Echeburúa E. La evaluación de los trastornos de la personalidad según el DSM-5: Recursos y limitaciones. *Ter Psicol*. 2014;32:255-64.
53. Esbec E, Echeburúa E. El modelo híbrido de clasificación de los trastornos de la personalidad en el DSM-5: un análisis crítico. *Actas Esp Psiquiatr*. 2015;43:177-86.
54. Boletín Oficial de las Cortes Generales, Congreso de los Diputados. Serie A. Núm. 143-2, 29 de junio de 2015, pág. 8.
55. Shalev AY, Freedman S, Peri T, Brandes D, Sahar T. Prospective study of posttraumatic stress disorder and depression following trauma. *Am J Psychiatry*. 1998;155:630-7.
56. Elhai JD, de Francisco CL, Miguel FK, Palmieri PA, Primi R, Christopher FB. Testing whether posttraumatic stress disorder and major depressive disorder are similar or unique constructs. *J Anxiety Disord*. 2011;25:404-10.
57. Ginzburg K, Ein-Dor T, Solomon Z. Comorbidity of post-traumatic stress disorder, anxiety and depression: A 20-year longitudinal study of war veterans. *J Affect Disord*. 2010;123:249-57.
58. Momartin S, Silove D, Manicavassagar V, Stel Z. Comorbidity of PTSD and depression: associations with trauma exposure, symptom severity and functional impairment in Bosnian refugees resettled in Australia. *J Affect Disord*. 2004;80:231-8.
59. Sentencia de la Audiencia Provincial Tenerife de 20/05/2000.
60. Sentencia de la Audiencia Provincial de León de 06/10/2006.
61. Vega C, Bañón RF. Criterios de estabilidad lesional en la valoración del daño corporal. *Rev Esp Med Legal*. 2012;38:36-45.
62. Ministerio de Sanidad y Política Social. Guía de práctica clínica. Guía práctica clínica de intervenciones psicosociales en el trastorno mental grave, 2009.
63. Sentencia de la Audiencia Provincial de Murcia de 15/10/1999.
64. Sentencia de la Audiencia Provincial de Barcelona de 28/03/2007.
65. Sentencia del Tribunal Constitucional de 13/02/2006).
66. Sentencia del Tribunal Supremo de 30/04/2012.
67. Arce R, Fariña F. Cómo evaluar el daño moral consecuencia de accidentes de tráfico: Validación de un protocolo de medida. *Papeles del Psicólogo*. 2007;28:205-10.
68. Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Canarias de 28/09/2009.
69. Sentencia del Tribunal Supremo de 04/02/2005.
70. Fondo jurisprudencial, del derecho.com: Sentencias de la Audiencia Nacional, sala de lo contencioso-administrativo, de 16/04/2007 y de 10/02/2011; Sentencias del Tribunal Supremo de 21/10/1996, 03/01/2001, 04/02/2005, 03/07/2007, 29/06/2011; Sentencias del Tribunal Superior de Justicia de Andalucía de 21/01/2010 y 22/03/2012; Sentencia de La Audiencia Nacional de 26/05/2002 (sala de lo contencioso-administrativo); Sentencia de la Audiencia Provincial de Zamora de 11/01/2000, Sevilla de 02/05/2003, Castellón de 27/02/2004, Las Palmas de 08/07/2004, Córdoba de 16/09/2005, Burgos de 25/09/2006, León de 13/10/2006, Barcelona de 10/11/2006, León de 10/03/2011, Madrid de 11/03/2011, Lugo de 25/04/2011, Madrid 20/05/2011, Cádiz de 28/06/2007 y de Barcelona de 18/07/2012.
71. Sentencias del Tribunal Supremo de 12/05/1990; 25/02/1992; 03/11/1993; 28/04/1995; 23/11/1996.
72. Echeburúa E. Evaluación del daño psíquico en psicología y medicina legal. En: Delgado S, Maza JM, editores. *Psiquiatría legal y forense*. Barcelona: Bosch; 2013. p. 127-40.