

PATOLOGÍAS MENTALES DERIVADAS DE LOS ACCIDENTES DE TRÁNSITO

*Dra. Ginette Campos Villalobos
Dra. Cinthia López Castillo**

Resumen

Toda persona que se expone a un hecho traumático puede reaccionar de diversas maneras. En este artículo se revisan los conceptos de algunas enfermedades mentales relacionadas con accidentes de tránsito basadas en las Clasificaciones Nosográficas Internacionales DSM-IV y CIE 10.

Palabras claves

Accidente, trauma, secuela psíquica, noxa y daño psíquico.

Abstract

Any person exposed to a traumatic event can react in different ways. This article checks the concepts of some mental illnesses related to traffic accidents based on the international classifications (DSM-IV and ICD 10).

Key words

Accident, trauma, psychic sequel, noxa and psychic damage.

* *Médicas especialistas en Psiquiatría de la Sección de Psiquiatría y Psicología Forense del Departamento de Medicina Legal del Poder Judicial gcampos@poder-judicial.go.cr. clopezc@poder-judicial.go.cr*

Recibido para publicación 20 de junio de 2008. Aceptado: 22 de julio de 2008.

INTRODUCCIÓN

Debido a que se aproximan las XXII Jornadas de Medicina Legal en las que se expondrán diversos temas relacionados con los accidentes de tránsito, y dado que es un tema con gran impacto en nuestra sociedad, es que creímos importante ir introduciéndonos en este tópico desde la perspectiva de la evaluación y el diagnóstico psiquiátrico forense.

Para poder comprender las diferentes respuestas derivadas de las experiencias traumáticas, en este caso accidentes de tránsito, hay que tomar en cuenta los diversos factores que existen en torno de cada persona tanto de índole individual, familiar, social, económico y cultural.

Es por lo anterior que si bien ante las experiencias traumáticas algunas personas no presentan patologías mentales, también existen otras que sí las podrían presentar y mencionando dos grandes grupos de estas psicopatologías que con mayor frecuencia se pueden correlacionar, se encuentra las que tienen un fondo orgánico producido por la noxa externa (accidente de tránsito) y las correlacionadas con los trastornos neuróticos.

Experiencias traumáticas: generalidades

Existen varios factores que dificultan la comprensión de las respuestas a las experiencias traumáticas, entre los cuales se deben considerar:

- a) Una rica complejidad de las relaciones entre las experiencias traumáticas.
- b) Las variables moderadas que influyen en las experiencias traumáticas.
- c) Los resultados que los Psicólogos y Médicos Psiquiatras observan en la fórmula de los síntomas.

Esto se debe en parte a que las experiencias traumáticas de una persona pueden variar grandemente en términos de: intensidad, duración, frecuencia, significado y otros factores.

Esto implica que dos personas pueden tener la misma experiencia traumática y mostrar reacciones muy diferentes. Lo que dependerá de variables individuales, tales como: una historia previa de trauma, la edad, el sexo, los antecedentes culturales, la vulnerabilidad biológica, las percepciones del individuo acerca de cuán grande fue el peligro al que él estuvo expuesto así como otras personas que estuvieron presentes en el momento de la experiencia traumática (en este caso accidente de tránsito), el grado de apoyo social que recibió o recibieron posterior a la experiencia.

Existen cinco categorías generales de factores que influyen en la respuestas que se dan a las características súbitas negativas e incontrolables de estas experiencias, estas incluyen:

a) factores biológicos, b) la fase de desarrollo en la que se encuentra el individuo cuando se produce la experiencia traumática, c) la severidad de las tensiones, d) el contexto social y e) los acontecimientos de vida previos y subsecuentes. En general, estos factores afectan la respuesta del trauma porque también afectan la percepción de situación incontrolable o el grado en el cual se experimenta un hecho y se le considera negativo.

Factores biológicos

Con respecto a este punto se deben de tener dos consideraciones, una que se encuentra antes de la experiencia traumática y otra que se encuentra después de dicha experiencia:

1. Una predisposición biológica o genética hacia la vulnerabilidad o hacia la resistencia al trauma: En general se puede esperar que los individuos que tienen predisposiciones biológicas hacia la ansiedad, la agresión o a la depresión vayan a desarrollar más reacciones severas cuando se exponen al trauma.
2. El cambio biológico que puede ocurrir en respuesta a las experiencias traumáticas: Algunos investigadores han desarrollado modelos que especifican los cambios neurológicos posteriores a las experiencias traumáticas y se han centrado

en los cambios de las funciones de los neurotransmisores, principalmente en los estudios que han desarrollado en personas que sufren síntomas compatibles con un Trastorno de Estrés Postraumático. Sin embargo estas funciones de los neurotransmisores son muy difíciles de estudiar y sólo han sido probados indirectamente en seres humanos, por lo que han dejado abierta la pregunta en torno a su validez.

Etapa de desarrollo en la época del trauma

Las respuestas al trauma de parte de los niños van a depender de diferentes variables, entre ellas su desarrollo emocional, cognitivo y social.

El desarrollo emocional de un niño sin duda va a afectar la respuesta al trauma, es así como un niño que tiene un apego seguro, se espera que muestre un ajuste más positivo y de largo plazo al trauma, que un niño que tiene un apego inseguro.

El nivel de desarrollo cognitivo de un niño, así como su desarrollo social en la época del trauma también van a ser importantes para la adaptación: Hay estudios que indican que mayores grados de destrezas sociales y cognitivas, pueden permitirle al niño ejercer más control sobre su ambiente, de manera que puede reducir su ansiedad y la posibilidad de eludir futuras tensiones o experiencias traumáticas. Sin embargo hay otros estudios que indican que más bien un mayor grado de desarrollo cognitivo puede hacer que los niños sean más vulnerables a cierto tipo de traumas debido a que cuánto más avanzadas son las habilidades cognitivas, se dan mayores percepciones de la falta de control o una valencia negativa más alta hacia el evento.

Es por lo anterior, que hay estudios que hablan de que el trauma puede tener mayor impacto en los niños que tienen una edad que oscila entre los 2 y 7 años de edad debido a que la regulación de la autoestima, el control del ambiente y del ser se están desarrollando. Pero hay otros estudios que dicen que un desarrollo más avanzado puede hacer que un niño sea más vulnerable al trauma.

La severidad del trauma

Diferentes estudios han encontrado relaciones entre la severidad de la experiencia traumática y los síntomas postraumáticos posteriores.

La intensidad, la naturaleza y la duración del trauma podrían afectar todas las percepciones del individuo en cuanto a control y en cuanto al valor negativo que el evento tiene.

Contexto social

Incluye el ambiente socioeconómico, el contexto familiar y el apoyo social que tiene dicho individuo. Cuando se vive en un ambiente de múltiples presiones es más probable que se exacerben las respuestas postraumáticas

Acontecimientos de vida previas y subsecuentes

Estos acontecimientos podrían exacerbar o mitigar las respuestas a largo plazo de los eventos traumáticos. Existen dos perspectivas principales sobre los efectos de experiencias de vida previa y que ejercen presión sobre la habilidad de la persona para sobrellevar las experiencias traumáticas:

Los eventos tensos pueden inocular a las personas de manera que se vuelvan más resistentes a los eventos subsecuentes o por otra parte los acontecimientos tensos previos al trauma pueden reducir los recursos psicológicos e impedir que la habilidad individual sea capaz de enfrentar el trauma.

Secuela Psíquica: En relación a la valoración del daño corporal con efectos indemnizatorios está íntimamente ligado al de daño psíquico, pues este es el resultado de la acción de una noxa externa que actúa sobre la persona y que produce en ella un trastorno mental.

Pero para que dicho trastorno mental sea considerado como secuela, debe permanecer, después de haber llevado a cabo un tratamiento

adecuado, un programa de rehabilitación y una vez que el estado clínico se considera estabilizado.

Se trata por tanto de lesiones permanentes que no desaparecen con los tratamientos.

Es decir, para que un trastorno mental tenga carácter de secuela psíquica, ha de reunir los siguientes criterios:

1. Daño psíquico producido como consecuencia de un acontecimiento traumático o noxa externa y establecimiento adecuado del nexo de causalidad.

La noxa externa (accidente de tránsito) que origina un daño psíquico puede actuar de cualquiera de las siguientes formas:

- A. Lesión orgánica cerebral directa por traumatismo craneo encefálico.
- B. Lesión cerebral indirecta: traumatismo en cualquier otra región anatómica que provoque alteraciones metabólicas o endocrinas originarias de afectación cerebral secundaria.
- C. Vivencia de la situación estresora o acontecimiento traumático (estrés psíquico).
- D. Vivencia de los déficit funcionales o situacionales que se derivan de la noxa primitiva (estrés psicosocial).

2. Estabilización del cuadro después de la aplicación de tratamientos adecuados.
3. Curso crónico irreversible.

Daño psíquico

El concepto es más de tipo jurídico, para algunos autores implica que el individuo se ha visto afectado en alguna de sus diversas áreas o en la posibilidad de disfrutar de los bienes materiales o espirituales integralmente considerados, en síntesis, que se vea deteriorada su calidad de vida.

La enfermedad psíquica que el perito diagnostique debe dañar de manera perdurable una o varias de

las funciones del sujeto en las diferentes áreas del despliegue vital: incapacidad para desempeñar sus tareas habituales, incapacidad para acceder al trabajo, incapacidad para ganar dinero y para relacionarse.

Para la determinación del daño psíquico es de vital importancia la comprobación de un nexo causal entre el hecho y el estado psíquico que presenta el usuario.

Cuando se valora el daño psíquico se deben de tomar en cuenta: El daño en el cuerpo, la máxima expresión del factor sorpresa o terror y la tendencia accidentofílica.

El daño en el cuerpo: se trata de la integridad física y la conservación de la salud, en las consecuencias traducidas en minusvalías o incapacidades y el compromiso que alcance, en las diferentes áreas de su vida.

Por ello es necesario considerar las respuestas que cada ser humano único pueden dar frente a un hecho que presente un compromiso del cuerpo.

El factor sorpresa o terror: los accidentes de tránsito tienen como rasgo distintivo que son sorprendidos, abruptos e inesperados, con lo que el aparato psíquico no se haya de ningún modo preparado. Irumpe un estímulo súbito e intenso que sorprende al sujeto.

Los modos de responder al trauma pueden ser:

- A. El estado de fortaleza que pone en marcha mecanismos defensivos, que puedan elaborar lo traumático, cuando se trata de personas con una fuerte estructura psíquica y con grandes capacidades sublimatorias y creativas que posibilitan sortear el daño sufrido.
- B. La posibilidad de que el sujeto no pueda tramitar psíquicamente el impacto del hecho traumático debido a la instrumentación de mecanismos defensivos ineficaces que restan caudal energético para desarrollar su intervención en diversas áreas del despliegue vital.

Es por ello que cada individuo responde al conflicto y al trauma con sus recursos propios y sus defensas y no de otra manera.

La tendencia accidentofílica: cuando se verifica una repetición de hechos accidentales, que permiten inferir la existencia de un determinismo inconsciente, como causa de dichas situaciones. Merece el mayor cuidado la evaluación de este tópico.

Patologías mentales relacionadas con accidentes de tránsito:

Lo que se recomienda es que cuando se valoren las patologías mentales derivadas de accidentes de tránsito, deben de estar basadas en las actuales clasificaciones internacionales el DSM IV y el CIE-10.

Las categorías diagnósticas relacionadas que se describirán a continuación no son las únicas, pero son las que consideramos que con más frecuencia se relacionan:

Los Trastornos Mentales Orgánicos que incluyen: Alucinosis Orgánica, Síndrome Post Conmocional, Trastorno de Personalidad Orgánico, Demencia debida a Traumatismo Craneal, Trastornos del Humor (Afectivo) Orgánico.

Los Trastornos Neuróticos que incluyen: Trastorno Disociativo, Trastorno de Pánico, Fobia Específica.

Reacciones a Estrés grave y Trastornos de Adaptación que incluyen: Reacción a Estrés Agudo, Trastorno de Estrés Post Traumático y Trastorno de Adaptación.

Trastornos mentales orgánicos:

En términos generales los criterios mediante los cuales se diagnostica son: a) Pruebas objetivas (de la exploración física, neurológica y resultados de laboratorio), b) y/o antecedentes de enfermedad, lesión o disfunción cerebral, c) o trastorno físico sistémico del que se sabe puede causar disfunción

cerebral, incluyendo alteraciones hormonales y efectos de drogas no psicoactivas.

Puede existir una supuesta relación entre el desarrollo o exacerbación de la enfermedad, lesión o disfunción subyacente y el trastorno mental. Es así que cuando se da una desaparición o mejoría de las causas (ver puntos b y c del párrafo anterior), se da una recuperación o mejoría del trastorno mental.

1. Síndrome Postconmocional

- a) Debe cumplir los criterios generales.
- b) Debe existir el antecedente de traumatismo craneoencefálico con pérdida de conciencia que precede al inicio de los síntomas.
- c) Debe de incluir al menos tres de los siguientes rasgos:
 - Quejas de sensaciones molestas y dolores, tales como cefalea, mareo, malestar general, cansancio excesivo, intolerancia al ruido, dificultad de concentración, de la capacidad de llevar a cabo tareas intelectuales y deterioro de la memoria.
 - Cambios emocionales como irritabilidad y labilidad emocional, ambos fácilmente provocables o exacerbables en situaciones de tensión emocional o cierto grado de presión y/o ansiedad.
 - Insomnio.
 - Disminución de la tolerancia al alcohol.
 - Preocupación por los síntomas anteriores y temor por una lesión cerebral permanente, ideas sobrevaloradas hipocondriacas y la adopción de un papel de enfermo.

2. Trastorno Orgánico de la Personalidad

Se caracteriza por presentar dos o mas de los siguientes rasgos: una capacidad persistentemente reducida para mantener una actividad orientada a un fin; alteraciones emocionales; expresión

de necesidades y de impulsos que tienden a presentarse sin tomar en consideración sus consecuencias o molestias sociales; trastornos cognoscitivos en forma de suspicacia o ideas paranoides y/o preocupación excesiva por un tema único; una marcada alteración en el ritmo y flujo del lenguaje y alteración del comportamiento sexual.

3. Síndrome Amnésico Orgánico

Los trastornos amnésicos causados por lesiones en la cabeza suelen asociarse a un periodo de amnesia retrógrada hasta el momento del incidente traumático o amnesia sobre el propio acontecimiento traumático. La gravedad de la lesión cerebral está relacionada de alguna manera con la duración y la gravedad del síndrome amnésico. La mejoría clínica de la amnesia durante las primeras 5 semanas después de haber recuperado la conciencia, anuncia siempre la mejoría definitiva.

4. Trastorno de Humor (Afectivo) Orgánico.

Se trata de un trastorno caracterizado por depresión del estado de ánimo, disminución de la vitalidad y de la actividad. Puede también estar presente en cualquier otro de los rasgos característicos de episodio depresivo. El único criterio para la inclusión de este estado de la sección orgánica es una presunta relación causal directa con un trastorno cerebral o somático, cuya presencia deberá ser demostrada con independencia, por ejemplo, por medio de una adecuada exploración clínica y complementaria o deducida a partir de una adecuada información anamnésica. El síndrome depresivo deberá ser la consecuencia del presunto factor orgánico y no ser la expresión de la respuesta emocional al conocimiento de la presencia del mismo o a las consecuencias de los síntomas de un trastorno cerebral concomitante.

Trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos

1. Trastornos de Pánico

La manifestación esencial son ataques recurrentes de ansiedad grave (pánico). Se caracteriza por

un episodio diferenciado de intenso miedo o malestar, se inicia abruptamente, alcanza su máxima intensidad en pocos minutos y dura por lo menos algunos minutos, se presenta al menos cuatro síntomas:

- Síntomas autonómicos (palpitaciones, sudoración, temblores, sequedad de boca).
- Síntomas relacionados con tórax o abdomen (dificultad para respirar, dolor o malestar en el pecho, náuseas).
- Síntomas relacionados con el estado mental (sensación de mareo, inestabilidad o desvanecimiento, miedo a perder el control, miedo a morir).
- Síntomas generales (sofocos de calor o escalofríos, aturdimiento o sensación de hormigueo).

2. Reacción a Estrés Agudo

Se caracteriza porque el paciente tiene que haber estado expuesto a un estrés físico o psicológico excepcional, por lo general remite en horas o días (en promedio de 2 a 3 días), la experiencia traumática puede ser una amenaza seria a la seguridad o integridad física del enfermo o personas allegadas.

Dentro de los síntomas que la caracterizan tenemos: estado de “embotamiento” con alguna reducción del campo de la conciencia; estrechamiento de la atención; incapacidad para asimilar estímulos; desorientación; puede existir amnesia total o parcial para el episodio. De este estado puede pasarse a un grado mayor de alejamiento de la circunstancia (incluso hasta el grado de estupor) o una agitación e hiperactividad (reacción de lucha o de huida). Por lo general, están presentes los síntomas vegetativos de las crisis de pánico (taquicardia, sudoración y rubor). Puede existir amnesia total o parcial para el episodio.

3. Trastornos de Adaptación

Se caracteriza por ser una reacción aguda a una situación estresante o traumática reciente, que causa alteraciones emocionales que por lo general

interfieren en la actividad social. Al presentarse problemas o preocupaciones en la vida diaria, el paciente se siente muy angustiado.

Pueden haber síntomas orgánicos o de otro tipo como: estado de ánimo bajo o depresivo, preocupaciones, ansiedad, sentimiento de ser incapaz de superar las situaciones y de planificar el futuro o de poder continuar con la situación presente y un cierto grado de deterioro de cómo se lleva a cabo la rutina diaria.

Las manifestaciones predominantes pueden ser: Reacción depresiva breve (cuya duración no excede más de un mes); Reacción depresiva prolongada (cuya duración no excede los dos años); Reacción mixta de ansiedad y depresión; Con predominio de alteraciones de otras emociones; Con predominio de alteraciones disociales; Con alteración mixta de emociones y disociales.

4. Trastorno de Estrés Postraumático

Se trata de un trastorno que surge como respuesta tardía o diferida a un acontecimiento estresante o a una situación (breve o duradera) de naturaleza excepcionalmente amenazante o catastrófica, que causarían por sí mismos malestar generalizado en casi todo el mundo (por ejemplo, catástrofes naturales o producidas por el hombre, combates, accidentes de tránsito, el ser testigo de la muerte violenta de alguien, el ser víctima de tortura, terrorismo, de una violación o de otro crimen).

Ciertos rasgos de personalidad (por ejemplo, compulsivos o asténicos) o antecedentes de enfermedad neurótica, si están presentes, pueden ser factores predisponentes y hacer que descienda el umbral para la aparición del

síndrome o para agravar su curso, pero estos factores no son necesarios ni suficientes para explicar la aparición del mismo.

Las características típicas del trastorno de estrés postraumático son: episodios reiterados de volver a vivenciar el trauma en forma de reviviscencias o sueños que tienen lugar sobre un fondo persistente de una sensación de "entumecimiento" y embotamiento emocional de desapego de los demás, de falta de capacidad de respuesta al medio, de anhedonia y de evitación de actividades y situaciones evocadoras del trauma. Suelen temerse e incluso evitarse las situaciones que recuerdan o sugieren el trauma. En raras ocasiones pueden presentarse estallidos dramáticos y agudos de miedo, pánico o agresividad, desencadenados por estímulos que evocan un repentino recuerdo, una actualización del trauma o de la reacción original frente a él o ambos a la vez.

Por lo general, hay un estado de hiperactividad vegetativa con hipervigilancia, un incremento de la reacción de sobresalto e insomnio. Los síntomas se acompañan de ansiedad y de depresión y no son raras las ideaciones suicidas. El consumo excesivo de sustancias psicotrópicas o alcohol pueden ser un factor agravante.

El comienzo sigue al trauma con un periodo de latencia cuya duración varía desde unas pocas semanas hasta meses (pero rara vez supera los seis meses). El curso es fluctuante, pero se puede despejar la recuperación en la mayoría de los casos. En una pequeña proporción de los enfermos un trastorno puede tener durante muchos años un curso crónico y evolución hacia una transformación persistente y de la personalidad.

Referencias bibliográficas

Bobes, J., Bousoño, M., Calcedo, A. y González, M. (2000). Trastorno de Estrés Postraumático. Barcelona, España: MASSON S.A.

Carlson, E. B. (1997). La evaluación del trauma. Una guía clínica. Nueva York, EUA: Guilford Press.

Carvajal, C. (2006, julio). "Fase aguda de estrés postraumático en los accidentes de tránsito". Recuperado el 05 de mayo del 2008 de: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=437985&indexSearch=ID>

Ferrer, P. y Ferrer, C. (1999, noviembre). "Valoración Médico-Legal del Daño Psíquico: Síndrome Depresivo Postraumático como Secuela tras Accidente de Circulación". Recuperado el 05 de mayo del 2008 de: www.uninet.edu/union99/congress/libs/for/f02.html

Organización Mundial de la Salud. (1992). CIE 10. Trastornos Mentales y del Comportamiento. Madrid, España: Meditor.

Villarejo, A. (2005). Propuestas para baremo de las secuelas psíquicas derivadas de accidente de circulación. Cuad. med. forense. [online]. no. 41 [citado 2008-06-16], pp. 191-201. Recuperado el 05 de mayo del 2008 de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-76062005000300003&lng=es&nrm=iso. ISSN 1135-7606.