

BAREMO PARA VALORAR INCAPACIDADES NEUROPSIQUIATRICAS¹

Dres. MARIANO CASTEX & DANIEL SILVA

Desde que hace ya casi tres lustros, con el apoyo de la Universidad de Buenos Aires y de la Academia Nacional de Ciencias de Buenos Aires, se desarrollara en forma conjunta entre la Primera Cátedra de Psicología Forense (UBA) y el Centro Interdisciplinario de Investigaciones Forenses dependiente de la Academia Nacional de Ciencias de Buenos Aires, el Programa de Investigación sobre *Daño Psíquico*, numerosas Oficinas Periciales de la Justicia, cátedras oficiales, Centros de Evaluación, peritos independientes y, sobre todo, el Cuerpo Médico Forense de la Justicia Nacional y Federal, al utilizar el baremo que entonces se confeccionara, tras concluir la primera etapa de la investigación, en la cual -de modo particular- se intentó una definición del denominado *Daño Psíquico*, distinguiéndose a este del *Daño Moral* y, en el orden de la Psicopsiquiatría Forense, del *sufrimiento*, hicieron llegar sus opiniones, sugerencias y - en especial- valiosas críticas.

El material acumulado, al que se acoplan las más de 2000 evaluaciones realizadas a lo largo de tres lustros, ya a través del programa mencionado, ya en el contexto de los Programas de «Accidentología Vial» y «Sociedad y Violencia», ha permitido ahora, realizar un alto en el camino y presentar así el fruto de las reflexiones efectuadas, las que cristalizan en la nueva tabla que hoy se propone a los expertos.

Es indudable que han surgido, como siempre acaece, tras nuestra definición, toda suerte de intentos diversos por redefinir lo ya hecho. Algunos realmente valiosos, otros confusos por cierto. De tal suerte ha sido realmente sorprendente notificarse por una prestigiosa publicación del foro que la distinción entre *daño moral* y *daño psíquico* (*definido éste por una suerte de dislate*) debe hallarse en que el uno reside en el consciente y el otro en el inconsciente, lo que conduce a preguntarse si acaso el psicólogo autor - citado en capítulo especial por una publicación española sobre Psiquiatría Forense- ha leído y comprendido las tópicas freudianas y, a la vez, si se encuentra compenetrado de lo que implica realmente en la especialidad jurídica, tanto el concepto de *daño*, como el calificativo específico de *psíquico*. Por supuesto, pareciera que el autor hispano tampoco hubiera leído bien al autor que cita.

Por ello, se considera útil recordar la definición de estos autores, quienes consideraban que el daño psíquico -sea este transitorio o permanente-, se constituye en reacción a una injuria, traumatismo o lesión con entidad suficiente para ello. Entendiéndose, como daño psíquico toda forma de deterioro, o disfunción, o disturbio, o alteración, o desarrollo psicogénico o psicoorgánico, o trastorno, o perturbación que impactando sobre sus esferas afectiva y/o intelectual y/o volitiva, limita su capacidad de goce individual, familiar, laboral, social y/o recreativa.

Esto puntualizado, cabe señalar que ha sido frecuente observar, en el mundillo de lo pericial, que algunos profesionales interpretan de modo erróneo la tabla de Mc Bride y, otros, sobre todo aquellos licenciados en Psicología carentes de especialización, no concluyen por interpretar debidamente los ítems del baremo principal conocido por Tabla de la Academia Nacional de Ciencias o, también, como baremo o tabla de Castex & Silva.

Pudo empero observarse que entre algunos profesionales psicólogos, reinó la prudencia en cuanto al uso de porcentuales y, absteniéndose aquellos del uso de cifras, optaron por utilizar los grados, tal cual se presentan en los componentes o parámetros guías de cada ítem. Así, ha sido frecuente que en informes periciales se evaluara con los grados de *muy leve*, *leve*, *moderado*, *grave* o *severo* y *muy severo*, el daño observado como lo hiciera notar muy especialmente a uno de nosotros, una amiga y colaboradora de

Porto Alegre, Brasil.

En este respecto, esta modalidad que algunos llaman jocosamente **baremito de Castex** necesita cierta aclaración². Así, en el grado leve se incluirían todos aquellos evaluados que, o no requieren tratamiento de apoyo o esclarecimiento o, de requerirlo, éste no se prolongaría más allá de los tres meses. Por ello, en algunos ítems del nuevo baremo el grado leve arranca en cero.

En lo que hace al grado *moderado*, pueden incluirse aquellos que satisfaciendo un requerimiento de psicoterapia breve de entre tres meses a un año de duración pueden también eventualmente necesitar apoyo psicofarmacológico.

En lo que hace al grado *severo* o *grave* suelen incluirse aquellos que necesitan apoyo psicoterápico por un tiempo superior a un año y psicofarmacológico prolongado.

Finalmente, en el grado *gravísimo* quedarían incluidos aquellos en quienes no se presenta posibilidad alguna de restitución *ad integrum* y son encuadrables en las figuras tutelares previstas en la normativa codicial.

Un comentario especial merece el uso del concepto de *consolidación jurídica de lesión*, el que ha producido no poco dolores de cabeza en algún profesional procesado por su uso indebido o imprudente. Los autores consideran preferibles el utilizar el concepto de *cronificación*, cuyo uso debe ser por lógica debidamente fundado.

Se puede, de paso, destacar la producción de algunas confusiones como, por ejemplo, cuando se adiciona en un mismo peritado, varios ítems diversos, con resultado por sumatoria absolutamente inaceptable. Es posible por cierto, en algunos casos, hallar convergencia de cuadros diversos, pero no puede asumirse cada uno de estos por separado y concluir por simple sumatoria, en un porcentual de incapacidad, como si coexistieran en el evaluado varios daños psíquicos.

Particular situación se presenta en los casos en donde ya a un traumatismo cráneo encefálico con su constelación psico clínica, ya a un cuadro involutivo, se le pretende adicionar un porcentual por reacción, trastorno o desarrollo vivencial post traumático, lo cual crea no escasos conflictos, ya que una parte de la signosintomatología se superpone por completo, cuando no toda, con lo segundo, no existiendo metodología psicodiagnóstica debidamente objetivada que permita efectuar la diferenciación adecuada.

Por otra parte, en los casos de pérdida de conocimiento, se podrá sin duda hablar de un trauma vivencial al tomarse conocimiento del accidente, esto es, al recuperar la víctima la conciencia, pero ciertamente el origen es posterior al evento traumático que causara la injuria y la pérdida.

Una distinción importante debe efectuarse con respecto al *PTSD* o *Stress Psíquico post-traumático*, cuadro que suele confundirse con los *desarrollos y/o trastornos vivenciales reactivos post traumáticos*, síndromes estos más mitigados, y originados no en situaciones extremas como en el caso del *PTSD*, sino en vivencias traumáticas ordinarias, descritas por Sigmund Freud y, en nuestro medio, por Mariano R. Castex ya en 1911, bajo la influencia clínica de la Escuela de Heidelberg, en la que se formara este.³

Por otra parte, ambos cuadros nosológicos son también absolutamente diversos con respecto al síndrome post traumático o post conmocional que suele seguir a una injuria cráneo encefálica. Oportuno es en consecuencia recordar y/o resaltar que los primeros se constituyen como trastornos por ansiedad generalizada en respuesta a uno o más hechos estresantes, mientras que el síndrome post-conmocional, si bien tiene una expresión signosintomática psíquica, es básicamente un cuadro con etiología que responde a una injuria cerebral, productora de microtraumatismos intraparenquimatosos y que se expresan, luego de transcurrido un tiempo, al conformarse la cicatrización por gliosis en las áreas en donde se produjeron las microhemorragias, imputables éstas, ya a mecanismos traumáticos directos, ya a indirectos, por conmoción y sacudimiento de la masa

encefálica. De ello se han ocupado estos autores en previas publicaciones, debiéndose remitir al respecto a las *Conclusiones del Cuarto Seminario sobre Traumatismo Craneano*, realizado en octubre de 2002, en el ámbito de la Academia Latinoamericana de Neurociencias, capítulo forense.

Con respecto a la temática del rubro específico *Daño Psíquico* y su distinción con el *Daño Físico*, es común plantear la reducción entre ambos daños, tomando como base el porcentual ideal ya de la total obrera (VTO), ya de la total vida (VTV). La experiencia, empero, desaconseja tal intento, por vía de una aplicación de la fórmula de Balthazard, considerándose que si el objeto es ilustrar al magistrado sobre la dimensión del daño causado, existe la Tabla de McBride, por nosotros modificada y ampliada, la cual, correctamente interpretada puede ilustrar con amplitud al juzgador.

En este caso, será muy conveniente tener en cuenta que, por incluir la evaluación mediante la tabla supra referida el daño físico, la tarea de su aplicación es función siempre del iátra especializado, pudiendo actuar este en conjunto con un licenciado en psicología o no, según conviniere y resultare de su propia idoneidad. Al respecto cabe recordar que en el ámbito de la provincia de Buenos Aires, los médicos especialistas son considerados idóneos en *Psiquiatría* y *Psicología Médica*, los cual los habilita por completo en ambos campos, complementarios entre sí.

Por lo expuesto es que, desde hace un par de años, en el ámbito del CIDIF, comenzó a experimentarse con el concepto de Valor Psíquico Global (VPG) o también, Valor Psíquico Integral (VPI), concebido el parámetro como la capacidad plena de un individuo, en relación con los parámetros propios de la etapa evolutiva por la cual transita (100% ideal o global). Ello conduce a desaconsejar el uso de la sigla VTO o VTV y reemplazar a estos por los primeros.

También se considera que es oportuno, en todo informe pericial de evaluación, acompañar el porcentual que se determina, señalando a la autoridad judicial o institución que lo requiera *en qué consiste la incapacidad, precisando aquello que el evaluado puede y no puede realizar en las diversas fases de su quehacer actual, utilizando ejemplos claros, precisos e ilustrativos (Regla de Defillippis Novoa).*

Finalmente, debe recordarse una vez más, que los porcentuales superiores al 50% del VPI o VPI implican el ingreso del evaluado en el límite en donde es cuestionable la capacidad psíquica del mismo, con respecto a la producción de hechos o actos jurídicos (ver el baremo) y, sobre todo, que los porcentuales se constituyen como una guía ilustrativa acerca de la dimensión incapacitante, únicamente en la medida en que se apliquen en forma correcta y prudente, gozando aún así de una gran dosis de subjetividad y relatividad, lo cual exige ser informado a la autoridad requirente.

No hacerlo de este modo constituye una imprudencia profesional, dentro del campo de la especialidad forense.

*

1. PATOLOGÍAS NEUROLÓGICAS

1.1	HEMIPLEJÍAS	VPI - VPG %
	motora	70 a 100
	sensitiva	40 a 70
	alterna	70 a 100
1.2	HEMIPARESIAS	
	motora	50 a 70
	sensitiva	30 a 60
1.3.	TUMORES CEREBRALES	
	atípicos (suscep. de trat.quir.)	70

	típicos (suscep. de trat.quir.)	50	a	70
	tumores no susceptibles de trat.quirúrgico			100
1.4	ANEURISMAS			
	con secuelas	20	a	60
	sin secuelas	0	a	20
1.5	AFASIAS O DISFASIAS	40	a	60
1.6	ATROFIA CEREBRAL			
	presenil confirmada			100
	localizada	50	a	70
	difusa	60	a	80
1.7	ARTERIOESCLEROSIS CEREBRAL			
	inicial	50	a	60
	avanzada	60	a	100
1.8	INSUFICIENCIA CIRCULATORIA			
	carotídea	40	a	60
	vértebrobasilar	50	a	70
1.9	SÍNDROME VESTIBULAR	40	a	70
1.10	SÍNDROME CEREBELOSO	60	a	80
1.11	SÍNDROME EXTRAPIRAMIDAL			
	sin manifestaciones psiquiátricas	30	a	50
	con manifestaciones psiquiátricas	50	a	80
1.12	ENFERMEDADES DESMIELINIZANTES			
	controlable con medicación	30	a	60
	no controlable con medicación	60	a	90
1.13	EPILEPSIAS			
	generalizada, controlable c/medicación	20	a	50
	generalizada, no controlable c/medicación	50	a	80
	focalizada; controlable c/medicación	10	a	30
	focalizada; no controlable c/medicación	30	a	60
	témporo límbicas c/manifestaciones conductuales			
	-cfr.iguales criterios en cuanto a control medicamentoso-	30	a	70
1.14	MIELOPATÍAS			VPI - VPG %
	Paraplejías			100
	Monoplejías	40	a	70
	Monoparesias y paraparesias	20	a	50
1.15	NEUROPATÍAS			
	Polineuropatías	30	a	40
	Mononeuropatías	10	a	30
1.16	SÍNDROME POSTCONMOCIONAL⁴ (exige evaluación por profesional médico especializado)			
a)	Incompleto o subjetivo puro (exige coherencia en la anamnesia)	0	a	5
b)	Completo o subjetivo objetivo			
	Leve (únicamente sintomatología psicoclínica y organicidad objetivada en Tests de Bender y/o Rorschach o similar y/o psicometría)	5	a	15
	Moderado (c/sintomatología psicoclínica y neurológica objetivada en ambas especialidades)	15	a	30
	Severo (con lesiones objetivadas en estudios de imagen y/o similar)	30	a	80
	Muy severo (Con componentes psiquiátricos que impliquen inclusión en arts 141, 152 bis y/o 482 del CC)	50	a	100

Notas a este síndrome:

1. *Este síndrome encuadra como objeto de estudio en la neuropsiquiatría. Debe necesariamente intervenir en consecuencia un profesional psiquiatra y, en aquellos casos en donde se realiza*

- psico-diagnóstico, un psicólogo entrenado en el uso de los psicotests.
2. En todos los casos es absolutamente necesario que exista constancia fehaciente de la existencia real del traumatismo. Tampoco es válida la constancia en una historia clínica que se limite a consignar:» ...refiere...». si tal acotación no se acompaña de otros datos con valor clínico. Particular cautela debe tenerse en el uso de órdenes de prestaciones con diagnóstico presuntivo de traumatismo craneano, ya que muchas veces, tal orden se limita a justificar el pedido en base a dichos del consultante.
 3. En lo casos de los llamados **Minor Head Injuries** o minitraumatismos craneanos con caída y lesión no comprobada físicamente y sin pérdida de conocimiento, la objetivación deberá hacerse al menos mediante psicodiagnóstico (presunción de neuro organicidad por presencia de indicios significativos).
 4. En los casos en que se considere la existencia de daño atribuible a este síndrome, deberá acreditarse, para el caso que se compute daño a la vez en otro síndrome neurológico o psicoclínico, el porqué de ello. En estos últimos casos no pueden atribuirse incapacidades en dos cuadros diversos cuando existe signosintomatología común (por ej. Trastornos de carácter, de conducta, depresión, modificaciones en ritmos vitales, etc...).

*

2. PATOLOGÍAS PSIQUIÁTRICAS

2.1 PSICOSIS	VPI - VPG %			
En estado de demencia jurídica (art 141 CC), declarada o no judicialmente			100	
Encuadrables en el art 152 bis inciso segundo con o sin inhabilitación judicial	50	a	70	
Otras, no encuadrables en las codificaciones previas (personalidades psicóticas, descompensadas, depresiones mayores graves, etc...)	40	a	70	
2.2 DEMENCIAS				
En estado de demencia jurídica (art 141 CC), declarada o no judicialmente			100	
Encuadrables en el art 152 bis inciso segundo con o sin inhabilitación judicial	50	a	70	
2.3 OLIGOFRENIAS				
En estado de demencia jurídica (art 141 CC), declarada o no judicialmente			100	
Encuadrables en el art 152 bis inciso segundo con o sin inhabilitación judicial	50	a	70	
2.4 PSICOSIS REACTIVAS O DESARROLLOS PSICÓTICOS TRANSITORIOS (en personalidades no psicóticas)				
a	50			leves 30
moderados	50	a	80	
severos	80	a	100	
2.5 DESARROLLOS Y REACCIONES PSICOTICAS EN ESTRUCTURACIONES BORDER-LINE				
Reacciones esquizoafectivas	30	a	50	Reacciones agitadas y
delirantes	30	a	80	
Reacciones depresivas sin riesgo suicida	30	a	50	
Reacciones depresivas con riesgo suicida	50	a	80	
2.6 DESARROLLOS NO PSICÓTICOS				
2.6.1 NEUROSIS de ANGUSTIA	VPI - VPG %			
leve	0	a	10	
moderada	10	a	25	
severa	25	a	35	

2.6.2 NEUROSIS FOBICA			
leve	0	a	10
moderada	10	a	25
severa	25	a	35
2.6.3 NEUROSIS OBSESIVA			
leve	0	a	10
moderada	10	a	25
severa	25	a	35
2.6.4 OTRAS FORMAS de NEUROSIS			
leve	0	a	10
moderada	10	a	25
severa	25	a	35
2.6.5 DESARROLLOS REACTIVOS (excluye PTSD y Duelo patológico)			
leve	1	a	10
moderada	10	a	25
severo	25	a	35
muy severo	35	a	50
2.6.6 DUELO PATOLOGICO			
leve (objetivado)	0	a	10
moderado (ídem)	10	a	25
severo con ideas de autoeliminación	25	a	50
severo sin ideas de autoeliminación	50	a	80

Nota: El duelo normal NO CAUSA INCAPACIDAD

2.6.7 POST TRAUMATIC STRESS DISORDER (PTSD o DESARROLLO PSIQUICO POST TRAUMÁTICO - especie en la figura genérica descrita por Freud y por ende claramente diferenciada de esta)				
(pero objetivado debidamente)	1	a	10	insinuado o leve
moderado	10	a	25	
severo	25	a	35	
muy severo	35	a	60	
2.6.8 PERSONALIDADES TOXICOFILICAS (incluye toxicofilias reactivas o iatrogénicas)	VPI - VPG %			
toxicofilias de grado leve	1	a	10	
toxicofilias de grado moderado	10	a	25	
toxicofilias de grado severo	25	a	50	

Nota: En politoxicofilias, adicionar 5% por cada genérico

2.6.9 DEPRESIONES NEUROTICAS O REACTIVAS			
leve	1	a	10
moderada	10	a	25
severa y/o involutiva	25	a	40
muy severa sin ideas de autoeliminación	40	a	60
muy severa con ideas de autoeliminación	50	a	70

Nota: Las depresiones mayores encuadran en 2.1.3, si no son causadas por factores exógenos. De serlo, se codifican siguiendo este apartado, debiendo distinguirse entre lo endógeno (pre-existente al evento traumático) y lo sobreviniente (concausa).

2.6.10 SÍNDROME DE FATIGA PSICOFÍSICA, DISTRESS y/o DESADAPTACION

(incluye Síndromes del Burn Out, Hartazgo Ciudadano, Surmenage, Corralito argentino, o similares)

leve (pero objetivado debidamente)	1	a	10
moderado	10	a	25
severo	25	a	35
muy severo, crónico y/o involutivo	35	a	50

Nota: De coexistir patología psicósomática agregar 10%. Por separado se evalúa la dimensión física, conforme baremos en uso.

2.6.11 SÍNDROME SINISTROSICO

leve (pero objetivado debidamente)	0	a	10
moderado	10	a	15
severo	15	a	25
muy severo, crónico y/o agravado por senescencia	25	a	50

Nota: Debe explorarse la coexistencia de factores causales exógenos. De existir éstos, corresponde un quite del 50% sobre porcentual tabulado.

2.6.12 TRASTORNOS FACTICIOS

(Conforme definiciones del DSM-IV)	VPI - VPG %		
Con predominio de signos y síntomas psicológicos	0	a	10
Con predominio de signos y síntomas físicos	1	a	15
Con signos físicos y psíquicos	5	a	25

2.6.13 TRASTORNOS PRIMARIOS DEL SUEÑO

Insomnio primario	1	a	10
Hipersomnia primaria	1	a	10
Narcolepsia sin cataplejía	5	a	10
Narcolepsia con cataplejía	10	a	20
Disomnias (pesadillas, terrores nocturnos, sonambulismo)	1	a	10
Otros trastornos primarios	1	a	10

2.6.14 OTROS TRASTORNOS NO CODIFICADOS PREVIAMENTE

leve (pero objetivado debidamente)	0	a	10
moderado	10	a	15
severo	15	a	25

Nota: Para clasificar en este ítem se requiere una clara y precisa explicación del porqué del uso del mismo, acompañada esta de un fundado diagnóstico psicoclínico conforme definición de daño psíquico. El sufrimiento y el dolor moral no pueden incluirse en el rubro.

*

**TABLA de INCAPACIDAD PSICOFÍSICA INTEGRAL
De McBRIDE (Modificación de Castex & Silva)**

Aplicando la TABLA de INCAPACIDAD PSICOFÍSICA INTEGRAL creada por el suscripto y su colaborador en la Cátedra de Psicología Forense, Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires, y la Academia Nacional de Ciencias de Buenos Aires (CIDIF), en 1986, sobre la base de la antigua tabla o baremo de McBride, se estima la incapacidad psicofísica global actual del actor del siguiente modo:

1 a 100% en un

Graduar de

- Nivel de bloqueo psicofuncional y/o de reducción de la movilidad física:**

 - Bloqueos y/o inhibiciones
 - Cuidado en el trabajo
 - Agilidad
 - Velocidad
 - Elasticidad

V.N.: Hasta un 100% actual sobre un **20 % del V.T.O.**
 - Perturbación de la habilidad psicofísica para la tarea laborativa:**

 - Coordinación psicomotora
 - Suavidad
 - Estabilidad
 - Sustentación
 - Hábitos y destrezas
 - Equilibrio

V.N.: Hasta un 100% actual sobre un **15 % del V.T.O.**
 - Evaluación de la disminución pérdida de la capacidad global de «goce»:**

 - Familiar
 - Social
 - Recreativa/deportiva
 - Creativo/intelectual
 - Laboral

V.N.: Hasta un 100% actual sobre un **15 % del V.T.O.**
 - Inseguridad psicofísica y social:**

 - Desvalorización de sí
 - Futuro incierto
 - Pérdida de imagen de sí
 - Pérdida de imagen social

V.N.: Hasta un 100% actual sobre un **10 % del V.T.O.**

Graduar de

1 a 100% en un
 - Limitación global psico-física por elevación del nivel de angustia, astenia, fatigabilidad y/o debilitación psicofísica:**

V.N.: Hasta un 100% actual sobre un **20% del V.T.O.**
 - Proclividad accidentógena (aumento del riesgo laboral y extralaboral):**

V.N.: Hasta un 100% actual sobre un **10% del V.T.O.**
 - Influencias adversas para mantener, y/o incapacidad para encontrar, otro empleo:**

V.N.: Hasta un 100% actual sobre un **10% del V.T.O.**
- El total de incapacidad estimada se estima sobre el V.T.O. = 100%**
Debe respetarse el máximo por rubro

Notas:

- *La incapacidad estimada incluye al «daño psíquico», ya que la tabla intenta registrar la incapacidad psico - física integral de un sujeto. Ello incluye la dimensión por daño estético.*
- *Esta tabla debe ser aplicada por un especialista en Medicina Legal únicamente o, en su defecto, por un médico idóneo en materia de evaluación por daño psicofísico, ya que incluye dos dimensiones ajenas a la Psicología Forense, esto es, el daño físico y el daño estético.*

* * *

¹Este baremo era también conocido con el nombre alternativo de «Baremo de la Academia Nacional de Ciencias de Bs.As.», o, también, «Baremo de Castex & Silva». La nueva versión que se presenta cuenta con la aprobación mayoritaria de los investigadores que integran el CIDIF (Centro Interdisciplinario de Investigaciones Forenses, dependiente de la Academia supra mencionada) y del plenario del CIDIEF de octubre de 2002 (Centro Interdisciplinario de Investigación y Evaluación Forense, adherido al Capítulo de Ciencias Forenses de la Conducta, dependiente de la Academia Latinoamericana de Neurociencias).

Ex Profesor Titular Regular de Psicología Forense (F.de Psicología, UBA), de Medicina Legal -grado y post grado - (F.de Medicina, UBA), y Profesor del Departamento de Derecho Penal y de Post grado (F. de Derecho, UBA) en Psicopatología y Delito. Director del CIDIF y del CIDIEF.

Médico Forense. Ex Profesor Adjunto de Psicología Forense (F.de Psicología, UBA) y Docente en grado y post grado de Medicina Legal (F.de Medicina, UBA). Investigador en el CIDIF y en el CIDIEF.

²Se agradece al Prof.Néstor Stingo, Médico Forense de la Justicia Nacional, la sugerencia de que se provea a este baremito de referentes más precisos para tabular en el mismo, idea que se tendrá en cuenta en la edición próxima del libro: La injuria psíquica y sus secuelas. Reflexiones psicopsiquiátrico forenses. Por otra parte tales referentes podrán guiar también de modo más preciso en el uso de la tabla principal.

³"Bajo el epíteto de trauma psíquico se comprenden los trastornos psíquicos originados a consecuencia de emociones muy intensas, experimentadas en ciertas catástrofes, o hecatombes (explosiones, incendios, etc...), sin que los sujetos hallan sufrido la más mínima lesión corporal. Los límites de este estado especial, su cuadro clínico y su determinismo, no han sido bien fijados: a menudo se le confunde con otras psicosis más o menos bien conocidas. Todo esto ha hecho, de este estado especial, un algo, de difícil interpretación, cuya limitación clínica a suscitado discusiones prolongadas entre especialistas eminentes. La publicidad que se ha dado a este trauma psíquico ha sido causa etiológica de un sinnúmero de simulaciones, que lejos de simplificar, han venido a complicar la solución del problema. Cualquier médico extranjero que siga un servicio alemán de medicina interna, que esté en relación directa con los seguros de accidente, se podrá dar cuenta de la enorme frecuencia de este estado especial entre las víctimas del trabajo.» Cfr.CASTEX M.R., El Seguro Obrero, Estudios de Medicina Social, la Semana Médica, Bs. As., 1911, p. 99

⁴Ver Conclusiones del IV Seminario sobre Traumatismo Craneano (CIDIEF) en la Academia Latinoamericana de Neurociencias, octubre de 2002, Serrano 669 Ciudad de Bs. As.

Mariano Castex
Ex Profesor Titular Regular de Psicología Forense (F. de Psicología, UBA), de Medicina Legal _grado y post grado_
(F. de Medicina, UBA),
Profesor del Departamento de Derecho Penal
Profesor de Post Grado (F. de Derecho, UBA) en Psicopatología y Delito. Director del CIDIF y CIDIEF.

Daniel Silva Medico Forense.
Ex Profesor Adjunto de Psicología Forense (F. de Psicología, UBA)
Docente en grado y Post Grado de Medicina Legal (F. de Medicina, UBA). Investigador en el CIDIF y en el CIDIEF.