

VIII. BAREMO PARA VALORAR INCAPACIDADES NEUROPSIQUIÁTRICAS*

MARIANO N. CASTEX** y 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*, distinguién-

* Este baremo era también conocido con el nombre alternativo de "Baremo de la Academia Nacional de Ciencias de Buenos Aires", 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), actualizado en abril de 2009.

** Ex Profesor Titular Regular de Psicología Forense (Facultad de Psicología, UBA), de Medicina Legal —grado y posgrado— (Facultad de Medicina, UBA), y Profesor del Departamento de Derecho Penal y de Posgrado (Facultad de Derecho, UBA) en Psicopatología y Delito, y Desafíos actuales en Medicina Legal. Director del CIDIF y del CIDIEF.

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

dose 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 a la fecha más de 12000 evaluaciones realizadas a los largo de cuatro lustros, ha permitido realizar un nuevo alto en el camino y presentar así el fruto de las reflexiones efectuadas, las que cristalizan en la tabla remozada que hoy se propone a los expertos.

En edición previa se señaló que habían surgido, como siempre acaece, tras nuestra definición primigenia, 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, parecería que el autor hispano tampoco ha leído bien al autor que cita.

Por ello, se considera útil recordar la definición de los autores de este libro, quienes consideraban que el daño psíquico —sea este transitorio o permanente—, se constituye en reacción a una injuria, traumatismo o noxa con entidad suficiente para causar una lesión que eventualmente deja secuela cronicada (que será el daño psíquico). En consecuencia, se ha definido como daño psíquico toda forma de deterioro, o detrimento, o disfunción, o disturbio, o alteración, o desarrollo psicogénico o psicoorgánico, o trastorno, o perturbación que impactando sobre las esferas afectiva y/o intelectual y/o volitiva de un determinado individuo, limita su capacidad de goce individual, familiar, laboral, social y/o recreativa.

Pudo empero observarse que entre algunos profesionales, reinó la prudencia en cuanto al uso de porcentuales, y absteniéndose aquéllos 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 necesita cierta aclaración.¹ 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. Para el DSM-IV, en el grado *leve*, se clasifican aquellos cuadros en los cuales los síntomas que exceden los requeridos para la formulación de un diagnóstico son escasos o ninguno, no dando lugar, en consecuencia, sino a un ligero deterioro de la actividad social o laboral. Por ello, en algunos ítems del nuevo baremo el grado *leve* arranca en cero. Pero téngase en cuenta que en este grado no se excluye la prescripción de ansiolíticos.

Respecto del grado *moderado*, pueden incluirse aquellos que al haber satisfecho un requerimiento de psicoterapia de entre tres meses a dos años de duración pueden también eventualmente necesitar apoyo psicofarmacológico. Notar que los límites son elásticos y que toda psicoterapia depende tanto de cada persona y su trastorno, como de la relación terapeuta / paciente, sin que se admitan, por ende, encorsetajes teóricos.

En lo que hace al grado *severo* o *grave* suele incluirse aquellos que necesitan apoyo psicoterápico por un tiempo superior a un año y psicofarmacológico prolongado. En este aspecto, el DSM-IV, requiere la detección de varios síntomas que excedan los requerimientos para formular el diagnóstico, o distintos síntomas que son particularmente graves, o —también— que los síntomas den lugar a un deterioro de la actividad social o laboral. Pero cabe recordar una vez más que el DSM o similares no obligan a los peritos.

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

¹ Se agradece al Prof. Néstor Stingo, médico forense de la Justicia Nacional, la sugerencia de que se provea a este baremo de referentes más precisos para tabular en él. Se considera que lo señalado satisface por ahora lo sugerido, sin perjuicio de que con el avance de las neurociencias, puedan determinarse criterios alternativos más precisos que los brindados por el DSM-IV o similar.

previstas en la normativa codicial. Este grado no es considerado por la clasificación internacional referida de suso.

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 preferible 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 adicionan 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 éstos 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 psicoclínica, ya a un cuadro involutivo, se le pretende adicionar un porcentual por reacción, trastorno o desarrollo vivencial postraumático, 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. Se tiene empero en cuenta en este punto, la hipótesis que ventilan en estos días algunos expertos en cuanto sostienen que aún estando un sujeto inconsciente, puede éste recepcionar agresión y dolor en su psiquismo, experiencia traumática que queda debidamente registrada en el aparato psíquico y actuar *a posteriori* sobre el psiquismo consciente.

Una distinción importante debe efectuarse con respecto al PTSD o *Stress Psíquico postraumático*, cuadro que suele confundirse con los *desarrollos y/o trastornos vivenciales reactivos postraumáticos*, síndromes éstos 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 éste.²

Por otra parte, ambos cuadros nosológicos son también absolutamente diversos con respecto al síndrome postraumático o posconmocional 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 posconmocional, 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 Sexto Seminario sobre Traumatismo Craneano*, realizado en octubre de 2008, en el ámbito de la Academia Latinoamericana de Neurociencias, capítulo *Forense y el CIDIF dependiente de la Academia Nacional de Ciencias de Buenos Aires*. Estas conclusiones han sido ratificadas por plenario de abril de 2009, en el CIDIF y se publican en la presente obra.

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

² Conf. CASTEX, M. R.: *El seguro obrero. Estudios de medicina social*, La Semana Médica, Buenos Aires, 1911, p. 99.

y ampliada, la cual, correctamente interpretada puede ilustrar con amplitud al juzgador.

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 las siglas VTO o VTV y reemplazar a éstas 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 VPG o VPI implican el ingreso del evaluado en el límite en donde es cuestionable su capacidad psíquica, 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.

BAREMO PARA DAÑO NEUROLÓGICO Y PSÍQUICO
DE CASTEX & SILVA

CIDIF

ACADEMIA NACIONAL DE CIENCIAS DE BUENOS AIRES

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. quir.			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	DÉFICIT COGNITIVO / DEMENCIAS			
	muy leve 0 a	10		
	leve ³	10	a	15
	moderado	15	a	20
	moderado grave	20	a	66
	grave total			
	muy grave			total
1.8	INSUFICIENCIA VASCULAR			
	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 VPI - VPG %			
	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/med.	50	a	80
	focalizada; controlable c/med.	10	a	30
	focalizada; no controlable c/med.	30	a	60

témporo-límbicas c/manifestaciones conductuales; iguales criterios en cuanto a control medicamentoso	30	a	70
1.14 MIELOPATÍAS			
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 POSCONMOCIONAL ³ (<i>exige evaluación por médico especializado</i>)			
a) <i>Incompleto o subjetivo puro</i> (<i>exige coherencia en la anamnesis</i>)	0	a	5
b) <i>Completo o subjetivo objetivo leve</i> (<i>Sintomatología psicoclínica y organicidad objetivada</i>)	5	a	15
<i>Moderado</i> (<i>c/sintomatología psico- clínica y neurológica objetivadas</i>)	15	a	30
<i>Severo</i> (<i>c/lesiones objetivadas en estudios de imagen y/o similar</i>)	30	a	80
<i>Muy severo</i> (<i>c/componentes que impliquen inclusión en arts. 141 o 152 bis y/o 482, Cód. Civil</i>)	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 psicodiagnóstico, un psicólogo entrenado en el uso de los psicotests exploradores de *organicidad*.
- 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 acom-

³ Incluye este rubro el llamado deterioro cognitivo leve (*mild cognitive impairment*). Cfr. el capítulo de la presente obra para mayor clarificación sobre este ítem 1.7

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

pañía 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 neuroorganicidad 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 (p. ej., trastornos de carácter, de conducta, depresión, modificaciones en ritmos vitales, etc.).
- 5) No debería la psicología pericial establecer por su cuenta incapacidades por daño psíquico en los casos en que se encuentra presente el TEC secular y de atreverse a hacerlo deberá hacerlo con participación de psiquiatra. Se recomienda en tal caso un dictamen interdisciplinar.

*

2. PATOLOGÍAS PSIQUIÁTRICAS

2.1 PSICOSIS

VPI - VPG %

En estado de demencia jurídica (art. 141, Cód. Civil), declarada o no judicialmente	100
Encuadrables en el art 152 bis inc. 2º con o sin inhabilitación judicial	50 a 70
Otras, no encuadrables en las codificaciones previas (personalida- des psicóticas, descompensadas, depresiones mayores graves, etc.)	40 a 70

2.2 DEMENCIAS

En estado de demencia jurídica (art. 141, Cód. Civil), declarada o no judicialmente	100
Encuadrables en el art. 152 bis, inc. 2º con o sin inhabilitación judicial	50 a 70

2.3 OLIGOFRENIAS VPI - VPG %

En estado de demencia jurídica (art. 141, Cód. Civil), declarada o no judicialmente	100
--	-----

Encuadrables en el art. 152 bis, inc. 2º con o sin inhabilitación judicial		50	a	70
2.4	PSICOSIS REACTIVAS O DESARROLLOS PSICÓTICOS TRANSITORIOS (<i>en personalidades no psicóticas</i>)			
	leves	30	a	50
	moderados	50	a	80
	severos	80	a	100
2.5	DESARROLLOS Y REACCIONES PSICÓTICAS EN ESTRUCTURACIONES <i>BORDER-LINE</i>			
	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			
	leve	1	a	10
	moderada	10	a	25
	severa	25	a	35
2.6.2	NEUROSIS FÓBICA			
	leve	1	a	10
	moderada	10	a	25
	severa	25	a	35
2.6.3	NEUROSIS OBSESIVA			
	leve	1	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 (<i>excluye PTSD y duelo patológico</i>)			
	leve	1	a	10
	moderada	10	a	25
	severo	25	a	35
	muy severo	35	a	50
2.6.6	DUELO PATOLÓGICO VPI – VPG %			
	leve (objetivado)	0	a	10
	moderado (ídem)	10	a	25

severo sin ideas de autoeliminación	25	a	50
severo con ideas de autoeliminación	50	a	80

Nota: El duelo normal NO CAUSA INCAPACIDAD y se considera en daño moral

2.6.7 POSTRAUMATIC STRESS DISORDER

(PTSD o DESARROLLO PSÍQUICO

POSTRAUMÁTICO —especie en la figura

genérica descrita por Freud y por ende

claramente diferenciada de ésta)

insinuado o leve (pero objetivado

debidamente)

1 a 10

moderado

10 a 25

severo

25 a 35

muy severo

35 a 60

2.6.8 PERSONALIDADES TOXICOFÍLICAS

(incluye toxicofilias reactivas o iatrogénicas)

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 NEURÓTICAS 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, si no son causadas por factores exógenos. De serlo, se codifican siguiendo este apartado, debiendo distinguirse entre lo endógeno (preexistente al evento traumático) y lo sobreviniente (concausa).

2.6.10 TRASTORNOS ADAPTATIVOS / SÍNDROME

DE FATIGA PSICOFÍSICA, y/o DISTRESS

(incluye síndromes del *Burn Out*, *Hartazgo*

ciudadano, *Surmenage*, *Corralito argentino*,

privación de libertad, 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 SINISTRÓSICO VPI - VPG %

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)

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 de su uso, acompañada ésta de un fundado diagnóstico psicoclínico conforme definición de daño psíquico. El sufrimiento y el dolor moral no pueden incluirse en el rubro.

*

TABLA DE McBRIDE PARA
INCAPACIDAD PSICOFÍSICA INTEGRAL
(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:

Graduar de 1 a 100 % en un

- *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 VTO
- *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 VTO
- *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 VTO
- *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 VTO
- *Limitación global psicofísica por elevación del nivel de angustia, astenia, fatigabilidad y/o debilitación psicofísica:*
V.N.: Hasta un 100 % actual sobre un 20 % del VTO
- *Proclividad accidentógena*
(aumento del riesgo laboral y extralaboral):
V.N.: Hasta un 100 % actual sobre un 10 % del VTO

- *Influencias adversas para mantener, y/o incapacidad para encontrar, otro empleo:*

V.N.: Hasta un 100 % actual sobre un 10 % del VTO

El total de incapacidad apreciada se estima sobre el VTO = 100%
Debe respetarse el máximo por rubro

Notas: La incapacidad estimada incluye al “daño psíquico”, ya que la tabla intenta registrar la *incapacidad psicofísica integral de un sujeto*. Ello incluye la dimensión por *daño estético* (ver al respecto ítem especial sobre *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.