

Traumatismo Craneoencefálico: Aspectos Psicológicos y Evaluación de los costes de Rehabilitación Neuropsicológica.

José Luis Galiana Roch

Doctor en Psicología.

Elvira A. Jaime Coll.

Doctora en Psicología

CINTRA. Avda. del Puerto, 104. 3ª - 46023 Valencia.

RESUMEN

En este artículo se exponen los aspectos psicojurídicos de los TCE. Su coste y la valoración de las secuelas asociadas al traumatismo. Pensamos que ante la pérdida de cualquier función del cuerpo humano se debe tener en cuenta la pérdida como tal, su impacto emocional (daño moral) y la posibilidad de recuperación de esa función; para ello contaremos con la rehabilitación. Se comentan sus dificultades, pero dejando abierta la puerta a los avances que, sin duda, en este sentido la neuropsicología y la rehabilitación neuropsicológica están consiguiendo.

Igualmente, se hace un repaso de los indicadores del daño y de los instrumentos para su evaluación, así como, de las fases progresivas hasta alcanzar la máxima independencia física, intelectual y emocional que sea posible para cada persona en su ambiente particular. Formando todo ello el coste económico a tener en cuenta en una peritación.

SUMMARY

This article with TCE legal and psychological aspects. Its cost and the juridical valuation of the associated consequences to the traumatism. We think that faced with the loss of every human body function, we have to consider the loss itself, its emotional impact (moral damage) and the possibility of recovering this function; we can do it using the rehabilitation. The difficulties are talked, but letting the door opened to the advances that, doubtless, the neuropsychology and the neuropsychological rehabilitation are obtaining, and the progressive stages to manage the maximum of physical, intellectual and emotional independence for every single person in his particular environment. All we have said forms the economical cost, which should be considered while doing a specialist's report professional training.

PALABRAS CLAVE

Traumatismo craneoencefálico, Neuropsicología, Evaluación Forense, Rehabilitación, Coste económico.

IMPORTANT WORDS

Traumatism, neuropsychology, Forensic evaluation, rehabilitation, economical cost.

Muchos de los accidentes de circulación son con resultado de víctimas mortales. Junto a esto, los accidentes con víctimas no mortales además del daño físico, psíquico que conlleva acarrea un importante impacto económico tanto para la sanidad como para otros sectores socio-económicos: Servicios Sociales, Empresas laborales, Agencias Aseguradoras y las propias familias. Parte de estos accidentes suceden dentro de la jornada laboral por lo que son considerados como accidentes de trabajo.

El importe total presupuestado por la Seguridad Social para las primas del seguro de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales fue para 1991 de 388.200 millones. Hay que considerar que, otro importante factor de coste económico de los accidentes lo constituye el número de jornadas no trabajadas.

El número de accidentes con víctimas en las carreteras de la provincia de Valencia en 1.991 fue de 4.280 y el balance de heridos fue de 8.486.

Si consideramos algunos de los tipos de lesión que producen los accidentes de circulación estos son: traumatismos craneoencefálicos (T.C.E.), lesiones torácicas y abdominales. En cualquier caso el porcentaje de los T.C.E. remitidos a las Clínicas Médicos Forenses se estima en torno al 80% de lesionados formado ese total un grupo de importancia psicológica evidente.

Junto a los daños físicos, los T.C.E. se acompañan de secuelas y consecuencias entre las que se encuentran los trastornos agudos como las alteraciones del nivel, de conciencia, estados confusos, cuadros esquizoide, depresivo, histeroide, paranoide. O tales como los déficits intelectuales generalizados, focales cognitivos, cambios de personalidad, desarrollos paranoides, o el síndrome postraumático. En la evaluación forense existe interés en el impacto del deterioro cerebral sobre las conductas, lo que hace que se solicite la opinión de los psicólogos sobre dos cuestiones: a) Existe anomalías en la ejecución de una conducta y b) Son estas anomalías atribuibles al daño o trastorno en cuestión.

El objetivo de este trabajo es incidir en los aspectos psicojurídicos de las secuelas psicológicas de los T.C.E. así como los aspectos clínicos, legales y la rehabilitación cognitiva.

VALORACIÓN JURÍDICA DE LAS SECUELAS ASOCIADAS A TCE

La responsabilidad civil origina el derecho de reparación. La ley establece una indemnización a cargo del propietario del vehículo que produce un daño directo a las personas o patrimonios dando lugar a la llamada responsabilidad objetiva u obligación legal de indemnizar por la Ley del Automóvil de 24-12-1965.

El Código Penal recoge el fundamento jurídico de la responsabilidad Civil y define el alcance de la misma.

La responsabilidad establecida en el Capítulo II comprende la restitución, la reparación del daño causado y la indemnización de perjuicios.

En la reparación judicial, el Juez asigna recurriendo al perito para valorar la naturaleza de la lesión y la valoración de las características del afectado. Para que esta reparación judicial se dé, debe probarse el daño y establecer una relación agente-lesión. La clasificación médico-legal del delito de lesiones para determinar la etiología del mismo tiene en cuenta los criterios de intencionalidad, resultados lesivos y las secuelas permanentes. La neuropsicología estudia las alteraciones de las funciones superiores producidas por lesiones del cerebro. La evaluación y el diagnóstico del paciente con daño cerebral está dirigida a poder localizar el daño, especificar las habilidades e inhabilidades del paciente, predecir el curso probable de su recuperación y especificar el programa óptimo de la rehabilitación.

Los avances tecnológicos han mejorado la tasa de supervivencia para aquellas personas que han sufrido daños cerebrales traumáticos. Un porcentaje elevado de estas personas continúan mostrando déficit cognitivos y psicosociales significativos que interfieren con una vida independiente y sus posibilidades de empleo, lo cual ha exigido la creación de nuevos servicios para aque-

llos que no han superado completamente el daño cerebral. La moderna neuropsicología ha aportado conceptos teóricos y datos conductuales que permiten realizar valoraciones objetivas de la conducta.

La determinación del tipo de tratamiento más beneficioso y su duración es una cuestión de difícil solución y acuerdo. La determinación de qué cuidados y cuáles servicios son necesarios para las personas con daño cerebral requiere una cuidadosa atención para interrelacionar entre las evaluaciones de las necesidades presentes y futuras, así como, de los recursos y tratamientos disponibles.

Las decisiones más apropiadas para el tratamiento y la rehabilitación deben considerar diferentes fases. Cuando se requiere al profesional la determinación de servicios y tratamientos necesarios con fines legales debe tenerse en cuenta si habían condiciones premorbidas que también requieren tratamiento, en cuyo caso debe distinguirse el tratamiento necesitado para las condiciones preexistentes de aquellos que se requieren por el daño cerebral del traumatismo. Esta diferenciación es a menudo difícil y puede no ser posible cuando las necesidades para el tratamiento, así como, las condiciones premorbidas pueden haber sido exacerbadas por el daño cerebral.

El tratamiento del daño cerebral puede agruparse según BURR (1981) en los estadios:

- A) Tratamiento inicial.
- B) Evaluación de los estilos de vida pre y post morbido del paciente y los recursos de apoyo personal y social incluyendo inteligencia, comunicación, percepción y motivación.
- C) Conjunto de metas establecidas por los profesionales, familiares y paciente.
- D) Reentrenamiento, muchos de los cuales tendrán lugar después del tratamiento e implicara a la familia.
- E) Reincorporación a la comunidad.

F) Revisión-controles, después de regresar a la comunidad y durante un período extenso de tiempo.

Estas actividades pueden ser divididas dentro de las 4 fases siguientes: cuidados agudos, tratamiento activo, rehabilitación-recuperación y habilitación-reinserción.

TABLA I.I.

FASES DEL TRATAMIENTO	METAS
Fase aguda	recuperación espontánea, regreso al nivel de funcionamiento premorbido o tratamiento activo
Tratamiento Activo	Regreso al nivel funcional premorbido o rehabilitación
Rehabilitación	Entrenamiento especializado reintegración a la comunidad
Reinserción	Reintegración a la comunidad

Las metas de cada fase del tratamiento es reincorporar a cada individuo a sus niveles de funcionamiento normales, pero es difícil determinar cuando se ha alcanzado dichos niveles sobre todo en individuos cuyos daños cerebrales ocurren entre los 16 y 25 años, puesto que no han llegado a un funcionamiento maduro con anterioridad al daño, haciendo difícil la predicción de cual sería su potencial futuro.

Los predictores a considerar incluyen, tanto el funcionamiento premorbido como el ajuste de los individuos. Esta información se puede obtener de la Historia familiar, los boletines escolares, la Historia médica previa y los datos aportados de actividades extracurriculares y/o comunitarias, además de los patrones familiares de habilidad y ejecución.

Debido a las complejidades y al tratamiento en el proceso legal en la resolución de los daños personales, en muchos casos de neuropsicología forense, el cliente estará en fase de tratamiento de rehabilitación, cuando se nos pide su peritación. Tomando a Hall et al. (1990) «rehabilitación» es el resta-

blecimiento de la máxima independencia física, intelectual y emocional que sea posible para cada persona en su ambiente particular». Observando la definición podemos apreciar la dificultad de evaluar los daños físicos, cognitivos y morales producidos por el daño cerebral traumático.

Goldstein y Ruthven (1983) identificaron tres problemas clínicos en la rehabilitación del daño cerebral.

A) Los pacientes pueden tener problemas no tratables.

B) Los pacientes pueden tener debilitamiento físico y/o mental que solo sean apropiado un tratamiento físico.

C) Los pacientes con un déficit físico o neurológico que pueden no reajustarse.

Los tratamientos y la rehabilitación de los adultos con daño cerebral generalmente va en la dirección de las siguientes metas:

A) Resolución de los déficits individuales.

B) Suministrar habilidades de enfrentamiento.

C) Modificación del ambiente.

Para mejorar alcanzar estas metas debemos considerar los problemas clínicos arriba mencionados, llegar a familiarizarnos con el rango de servicios disponibles en la comunidad y comprender las necesidades de los individuos.

La valoración, pues del coste debe tener presente todo un paquete compuesto por implicación de la familia, proceso de rehabilitación con los aspectos cognitivos, conductuales y laborales así como los gastos económicos debidos del daño moral incluyendo tanto costos como pérdidas consecuencia del daño cerebral traumático.

INDICADORES DE POSIBLE DAÑO CEREBRAL

La sospecha del daño cerebral suele ser motivo de una evaluación neuropsicológica. Esta solicitud debería apoyarse en indicadores que fundamenten el juicio clínico de un anormal funcionamiento neuropsicológico. Los indicadores más tenidos en cuenta son:

- 1.- Hallazgos físicos, heridas, intervenciones quirúrgicas, Tomografía Axial Computerizada, Resonancia Magnética, Electro Encefalograma anormal o presencia de signos positivos.
- 2.- Evaluaciones neuropsicológicas anteriores.
- 3.- Pérdida de consciencia o alteración del estado de la conciencia.
- 4.- Amnesia retrógrada.
- 5.- Presencia de abscesos.
- 6.- Baja puntuación en la escala de coma de Glasgow.
- 7.- Pérdida o cambios de sentidos del gusto y el olfato.
- 8.- Cambios en el desempeño laboral o escolar.
- 9.- Incremento de infracciones de las normas de circulación.
- 10.- Pérdida de memoria, irritabilidad, problemas de evocación de memoria, disminución de iniciativa o interés.

El material útil en un examen neuropsicológico especialmente a seguir en un procedimiento forense pueden incluir los informes que hayan llevados a solicitar la exploración, atestados, datos de la historia clínica, observaciones médicas de los primeros días del accidente, informes de exploraciones neurológicas, de los neurocirujanos, Electroencefalograma, Tomografía Axial Computerizada, Resonancia Magnética, informe del alta médica del hospital, informe del tratamiento seguido, informes médicos anteriores al accidente y años de escolarización, nivel alcanzado, estudios realizados que pueden ser utilizados como estimación del CI premórbido, trabajo y puesto que se ocupa así como si han existido anteriores contactos con el sistema judicial.

PLANIFICACION DEL EXAMEN NEUROPSICOLOGICO

Un examen neuropsicológico forense normalmente implica contacto personal entre el psicólogo y el paciente. En esta entrevista se puede obtener una impresión cualitativa que junto a los datos cuantitativos de las pruebas psicométricas son la base para formar una opinión pericial con rigor científico. Se deben tomar notas formales e informales acerca del nivel de capacidad de respuesta del paciente, reconocimiento de sus errores, respuestas emocionales a los ítems fáciles y difíciles y las características de ejecución de la tarea.

La entrevista sirve para cumplir varias funciones: recogida de información, reducción de la ansiedad y observaciones sobre la apariencia, estilo interactivo y los estados mentales y emocionales. La entrevista debería reunir datos sobre los datos biográficos, descripción de las quejas del paciente sobre pérdidas de memoria, intensidad de los dolores, historia familiar, estado civil, educación recibida, desempeño laboral o

social. Si tiene carnet de conducir, preguntar si ha tenido alguna incidencia en las pruebas psicotécnicas. Si en el momento de la evaluación está siguiendo algún tratamiento médico, si tiene alteración del apetito, ganancia o pérdida de peso, patrón de sueño. Funcionamiento del sistema sensoriomotor incluyendo visión, oídos, gusto, olfato, sensibilidad y tacto. Aspecto y apariencia. Estilo interactivo, grado de cooperación, interacción, atención y contacto ocular: Fluencia verbal, tono, humor y afecto.

SELECCION DE LOS TEST

La selección de los test ha de permitir un muestreo general de las conductas relacionadas con el estado SNC. Aunque hay muchas formas de clasificar las conductas relacionadas con el cerebro existe un acuerdo general que debe comprender las siguientes medidas:

- Test de inteligencia.
- Habilidades académicas.
- Atención y concentración.
- Fuerza motora, habilidades perceptivas y sensoriales.
- Habilidad en la solución de problemas, razonamiento y autodirección.
- Estado emocional y psicológico.

BROOKSHIRE (1978) señala como criterios para evaluar las pruebas y baterías de pruebas neuropsicológicas los requisitos siguientes:

- 1.- El examen deberá medir la ejecución del paciente con estímulos y respuestas en todas las modalidades, visuales, auditivas y cinestésicas.
- 2.- El examen deberá medir las habilidades verbales y no verbales.
- 3.- El examen deberá ser cualitativo.
- 4.- El examen deberá minimizar los efectos de la educación e inteligencia sobre la ejecución de la prueba.

- 5.- El examen deberá aportar información que permita hacer predicciones acerca del curso y extensión de la potencial recuperación.
- 6.- El examen deberá aportar información que se pueda emplear en la planificación y puesta en marcha de programas de tratamiento.

CONTACTO INICIAL CON EL PACIENTE

El contacto inicial es importante para un examen neuropsicológico donde el paciente es examinado a solicitud del juez o de las partes. En estos casos el psicólogo debe tener claro sus obligaciones como perito. Si la peritación es realizada a solicitud judicial el psicólogo debe seguir las normas legales sobre la peritación, si la peritación es a solicitud de las partes las obligaciones éticas y profesionales contenidas en el Código Deontológico del psicólogo. Al paciente se le tiene que informar de a quien se le entregarán los resultados de las pruebas y cómo se le informará. Es importante que al paciente se le informe de que se está realizando una peritación forense.

Una vez realizada la evaluación y al presentar el informe escrito lo relevante debería ser la guía a seguir en los informes. Evitando detalles confusos, así como conclusiones morales-legales.

En el Código Deontológico de los psicólogos, podemos encontrar en el Título V de la Obtención y Uso de la Información y concretamente en el artículo 42, que hace referencia a la solicitud por parte de los jueces de una evaluación.

REHABILITACION: COSTES Y PROPECTIVAS

No podemos cerrar artículo sin hacer, aunque brevemente, alusión a la rehabilitación del daño cerebral fuera de los ambientes hospitalarios en

problemas como los cognitivos, psicosociales, laborales, cómo y cuándo deberían ser usados, y su coste efectivo.

La rehabilitación es un aprendizaje guiado y todos los pacientes tienen la potencialidad para beneficiarse de una rehabilitación bien dirigida. La recuperación llega a ser más o menos similar al aprendizaje básico del ser humano, con capacidades que hacen interactuar la dotación intelectual premoribida y la personalidad con los cambios post daño.

Los cambios neuroanatómicos y neuroquímicos que paralelamente se recuperan después de un daño cerebral todavía se desconocen cómo se relacionan con las funciones específicas o los cambios conductuales, si bien sabemos que todas las conductas en algún sentido, están físicamente reflejadas en la estructura cerebral o en su actividad y que los cambios duraderos en la conducta de un daño, implican algún cambio neurológico. La distinción entre deterioro e incapacidad parece ser de gran importancia y siguiendo a DILLER (1987), deterioro refleja déficits en el sistema nervioso central o físico. La incapacidad es el fracaso relativamente estable o las ineficacias en la conducta después del daño cerebral, en tanto que los deterioros pueden estar en la base o contribuir a ciertas incapacidades.

La capacidad intelectual, el nivel de actividad, la motivación, las experiencias de enfrentamiento entre otros factores, pueden contribuir al grado de incapacidad general manifestada por ciertos deterioros. Otra contribución importante parece ser el concepto de estatus o rol, así dos personas que puedan, después de un daño cerebral, presentar similares deterioros o incapacidades, su impacto psicosocial puede ser muy diferente por factores relacionados con el daño, la persona o el ambiente.

En la actualidad existe un importante interés en la rehabilitación del «reentrenamiento cognitivo», es decir,

en los intentos por mejorar el deterioro cognitivo a través de esfuerzos rehabilitadores sistemáticos con la estimulación directa de las funciones dañadas. Estos esfuerzos entrañan una complejidad cuyos resultados, aunque prometedores no son todavía generalizables. Parece que en algunos individuos con daño cerebral pueden maximizar la independencia y la productividad dados déficits residuales permanentes, pero una parte significativa en estos pacientes con daño cerebral severo, fracasan en el regreso a la vida productiva debido a los problemas residuales en su funcionamiento cognitivo e interpersonal o físico.

Creemos interesantes citar un trabajo de Prigantano et. al (1984) en que trató a 18 pacientes con daño cerebral traumático durante 6 meses dentro de un programa de rehabilitación intensiva en régimen ambulatorio. La rehabilitación tenía como objetivo la mejoría de la autociencia y aceptación, entrenamiento en habilidades sociales, entrenamiento cognitivo intensivo y el desarrollo de habilidades compensatorias para intensificar el ajuste psicosocial del paciente. El 50% de aquellos pacientes que siguieron con éxito el programa de reincorporación a las actividades (laborales o escolares). Se sugiere también en el trabajo, que hubo igualmente una mejoría del funcionamiento emocional informado por los familiares con los que vivían.

A pesar de las dificultades con las que se enfrentan la rehabilitación del daño cerebral debemos seguir en el empeño por avanzar en los éxitos conseguidos.

Los programas de rehabilitación del daño cerebral comprensivo reconocen que los problemas cognitivos residuales son obstáculos para regresar a una vida normal e incluso para la propia rehabilitación.

Sin olvidar que el incremento en el manejo y la intensidad de tratamientos de estos programas están asociados a

sus costes económicos, debemos decir que los programas de rehabilitación comprensiva ayudan a pacientes y familiares a:

- 1) Llegar a ser más conscientes de la naturaleza de sus habilidades alteradas y de sus conductas.
- 2) Aceptar y ajustarse a estos cambios.
- 3) Mejora la disfunción o desarrollar nuevas habilidades para evitar, en lo posible, las deficiencias asociadas con los deterioros residuales.
- 4) Realizar las modificaciones ambientales que permitan la máxima y más eficaz independencia.

EPILOGO

Al inicio de este artículo hemos marcado nuestro objetivo como el de incidir en los aspectos psicojurídicos de las secuelas psicológicas de los TCE, en este aspecto la peritación de los accidentados entronca plenamente con la neuropsicología y citando a BENEDET, M.J. (1986) «lo que fundamentalmente se le pide al neuropsicólogo es que establezca un balance completo de las habilidades perceptivas cognitivo-motoras del paciente, determinando cuáles están preservadas (y su nivel de funcionamiento) y cuáles están deterioradas estableciendo con la máxima exactitud posible cuánto y cómo lo están en cada caso. A partir de este estudio, el neuropsicólogo ha de establecer un programa de rehabilitación adaptado al paciente concreto».

Valorar, pues, el daño causado y la indeterminación de perjuicios que de ellos deviene, incluyendo como dijimos más arriba, todo un paquete compuesto por el daño moral, y pérdida y rehabilitación de los aspectos cognitivos, conductuales y laborales propios de cada accidentado.