

LOS TRAUMATISMOS EN LA ETIOLOGÍA DE LOS TRASTORNOS PSÍQUICOS

Dr. M. SALES VAZQUEZ

Profesor Auxiliar de Medicina Legal

NADA mejor para comprender la importancia de un problema que estudiar la profundidad histórica del mismo. Las dificultades para resolverlo parecen reducirse o atenuarse cuando las observamos en perspectiva, de la misma manera como la ilusión óptica empujonea los obstáculos cuando los contemplamos a distancia.

Los trastornos psíquicos que encuentran su etiología en los hechos traumáticos son conocidos desde la época hipocrática. Se decía entonces que el herido se hallaba «rodeado de tinieblas», dando a entender con ello el trastorno de la mente, fugaz o duradero, que obnubilaba la consciencia y que hoy llamaríamos síndrome conmocional.

Por la naturaleza misma de su producción estos trastornos psíquicos han sido especialmente observados por los cirujanos. Es al nacer la Psiquiatría y conocerse mejor estos estados cuando el cirujano se da cuenta de que la secuela mental del traumatizado obliga a buscar la colaboración del psiquiatra. De ahí que las observaciones primeras sean suscritas casi totalmente por aquéllos y solo en épocas ulteriores los cuadros psíquicos son refrendados por especialistas. SAUVAGES, DE SAULT, DUPUYTREN, SCHLAGER, SKE, KRAFT-EBING, OPPENHEIM, VIBERT, KOPFER, MEYER, MONDIO, etc., señalan con la rigurosa cronología de sus aportaciones, desde 1772 a 1911, el avance en estos conocimientos hasta la conflagración europea del 14. A partir de entonces es imposible seguir ni aun aproximadamente la evolución de estos estudios. La Cirugía y la Psiquiatría de guerra colaboran tan estrechamente, que bien puede decirse que cuando en 1918 la labor del cirujano en la paz se aplicó a la recuperación funcional de los traumatizados, el psiquiatra de aquellos años se dedicó por su parte al estudio y tratamiento de las secuelas psíquicas.

Por todo ello, al surgir actualmente el segundo cataclismo bélico se realiza en todos los países el papel del médico-psiquiatra, no tanto por la ayuda que ofrece a los tribunales verificadores, cuanto por su inapreciable valor en los hospitales de frente donde con tanta prodigalidad se vieron los trastornos mentales post-traumáticos y psicógenos.

Y cuando ahora comparamos los trastornos psíquicos de los traumatizados en la Guerra Europea con los de la conflagración mundial reciente, vemos que, a pesar de las modernas armas y de los métodos de guerra nuevos, las secuelas post-traumáticas son las mismas; y es así porque, aunque cambie el agente productor y el arma sea del modelo último y el explosivo responda a una fórmula moderna, el hecho traumático en sí es el mismo y el psiquismo responde con reacciones análogas.

Pero no es sólo la guerra la que impone el mayor contingente de traumatismos, sino también el auge de la civilización dando mayor número de accidentes. Apenas puede abordarse el estudio de los trastornos psíquicos post-traumáticos tratando de enfrentar la amplitud y complejidad de los cuadros psiquiátricos hoy conocidos, con la frecuencia, cada día mayor, de los accidentes; el maquinismo, la industrialización, los actuales medios de locomoción y tráfico, ponen al traumatismo en el primer plano quirúrgico y plantean también el mayor número de cuestiones médico-legales.

Es necesario, pues, limitar el objeto de nuestro enunciado, y para ello nada mejor que atenernos a la definición concreta del mismo, entendiendo por trastornos psíquicos post-traumáticos aquellas perturbaciones mentales que pueden seguir, de manera más o menos próxima, a la acción mecánica, directa o indirecta, del traumatismo. Dejamos, pues, fuera de esta definición los trastornos producidos por choque emocional.

No existe ninguna región anatómica que sea invulnerable al traumatismo, ni tampoco existe fuerza física alguna que no pueda ocasionarlo. Ante esta abundancia de agentes vulnerantes por una parte, y de sectores orgánicos receptores por otra, fracasa cualquier intento de clasificación.

Sin embargo, para dar cierta cohesión a este estudio, y a la vez para trazarnos un orden en nuestra descripción, nos limitaremos a distinguir dos grandes grupos de localizaciones traumáticas, muy desiguales en su extensión, como distintas son también en gravedad y consecuencias:

Traumatismos cráneo-encefálicos y

Traumatismos que asientan en cualquier otra región orgánica no craneal.

Traumatismos cráneo-encefálicos

No hemos de pasar revista a todas las posibilidades de vulneración que en esta región pueden asentar, sino solamente a aquellas que por su especial naturaleza pueden motivar, con relativa frecuencia, perturbaciones psíquicas.

Desde este punto de vista hemos de considerar como particularmente importantes la *conmoción*, la *contusión* y la *compresión cerebrales*. Los tres grandes síndromes suelen dar lugar a trastornos psíquicos que conviene examinar con detención.

Es frecuente estudiar por separado los trastornos psíquicos post-conmocionales de los post-contusionales, manteniéndose así la rotunda diferencia que se ha querido establecer en el concepto quirúrgico entre *conmoción* y *contusión*. Sin embargo, en la práctica no se dan estos síntomas aislados, sino que suelen coincidir en la mayoría de los casos. Nadie puede negar en la conmoción más pura la existencia de microtraumatismos, ni tampoco es posible excluir fenómenos conmocionales en el caso más simple de contusión cerebral.

Los términos *conmoción* y *contusión cerebrales* dan, pues, motivo a confusiones. Para tratar de evitarlas algunos autores, como SYMONDS, propugnan por la fusión de ambos en el término único de *contusión cerebral*, como más claro, conciso y terminante. Sin embargo, nos parece excesivo este criterio. *Conmoción* y *contusión cerebrales* son términos que no pueden fundirse sino que se complementan. La *conmoción cerebral*, como dicen muy bien TRELLES y DAVILA, es un síndrome clínico que descansa en la base anatómica de la *contusión cerebral*.

No es posible separar, en lo psíquico, el trastorno conmocional del hecho contusional que produce el traumatismo actuando directa o indirectamente sobre el cráneo, pues nada importa que la lesión no sea observable; aunque no la veamos hemos de admitirla, ya que tanto vale patogénicamente una gran avulsión como un minúsculo traumatismo, y el mismo valor tiene, desde este punto de vista, una fractura ósea que la rotura de las membranas nucleares alterando el equilibrio coloidal celular. El factor mecánico existe en todos los casos y, consecutivamente, el hecho traumático es su consecuencia.

En la *conmoción cerebral* puede algunas veces demostrarse hemorragias subpiales y subaracnoides por medio de la punción lumbar, y las investigaciones de GRÜNTHAL, en muchas autopsias de traumatizados que habían presentado síntomas «históricos», pusieron de manifiesto lesiones cerebrales orgánicas que no fueron la causa de esta sintomatología, sino que, por el contrario, lo que había ocurrido es que se habían tomado por histéricas manifestaciones sindrómica de base orgánica.

Tal vez pueda parecer inútil la insistencia con que tratamos de reducir a una sola unidad fisiopatológica conceptos que se nos ofrecen distanciados en la mayor parte de las descripciones clásicas, pero nos importa dejar este punto de vista bien señalado, pues a él hemos de referirnos en toda valoración de secuelas psíquicas desde el ángulo de la medicina legal.

Conmoción cerebral

Trastornos psíquicos post-conmocionales

Hablamos corrientemente de *conmoción cerebral* para distinguir un trastorno consecutivo a un traumatismo del cráneo, caracterizado fundamentalmente por la pérdida del conocimiento, que altera de manera profunda y aun paraliza la actividad nerviosa superior, sin que sea necesaria la producción de una lesión anatómica aparente.

MARCHAND la define diciendo que es una vibración mecánica de una parte o de la totalidad de los centros nerviosos intracraneanos debidos a una violencia externa. El elemento traumatizante puede actuar directa o indirectamente sobre el cráneo, bien sea en forma de sacudida, de onda o vibración.

La pérdida del conocimiento es de duración variable; desde el knock-out momentáneo hasta una persistencia de horas o de días. A veces va seguida de un estado comatoso.

No existe relación entre la importancia del hecho traumático y la presentación del síndrome conmocional; una pequeña sacudida puede provocarlo y un enorme traumatismo en el mismo territorio puede cursar sin conmoción.

Importa saber que la conmoción sigue inmediatamente al accidente, iniciándose el cuadro por sensaciones subjetivas de visión de puntos brillantes, zumbidos de oído y vértigo. La pérdida del conocimiento se inicia acto seguido y el enfermo, después de alguna vacilación, cae con resolución muscular completa, sin parálisis ni contracturas; hay pérdida de la sensibilidad y motilidad, la respiración se hace lenta y superficial, las pupilas se inmovilizan en midriasis, el pulso es blando y, en casos graves, muy débil y depresible. La piel, húmeda y fría, palidece al principio; más adelante se oscurece por la cianosis que traduce el amenazante colapso circulatorio.

Este es, en esquema, el cuadro de la conmoción cerebral. Según su intensidad se distinguen formas fulminantes, graves y ligeras, cada una de las cuales presenta, más o menos acentuados, los rasgos fundamentales. Pero desde el punto de vista de las secuelas psíquicas sólo interesa estudiar las formas graves y ligeras. Las formas fulminantes llevan rápidamente a la muerte tras un paso obligado por una fase de coma traumático.

Ya hemos dicho que el estado conmocional es de duración variable. Si el curso es favorable, se inicia al cabo de cierto tiempo el retorno de las funciones abolidas, reapareciendo primero las funciones vegetativas, después las somáticas y finalmente las intelectivas que, por ser de más delicada diferenciación, son las más comprometidas. Como se ve, se sigue en esta restitución las leyes de la reintegración nerviosa de JACKSON.

Así, lentamente, va recuperándose el accidentado que al principio se muestra desorientado y confuso, no pudiendo centrar su atención, existiendo manifiesto retraso en las funciones psíquicas elementales. En esta fase puede realizar actos automáticos que por lo mismo no quedan registrados. Normalmente este estado dura poco. De manera paulatina aparece la consciencia interesándose el enfermo por lo ocurrido, ya que la amnesia abarca incluso el hecho traumático. Como secuela rebelde suele quedar amnesia lacunar.

Así termina el esquema quirúrgico que acaba normalmente por la restitución completa o incompleta del conmocionado en un plazo nunca largo.

Pero existe un número de accidentados cuya recuperación psíquica no se hace tan fácilmente. Es preciso evitar el error—dice DE CRAËNE—de pensar que los sujetos que han recobrado simplemente el uso de la palabra y de la motilidad son plenamente conscientes. El estado conmocional o comatoso puede considerarse vencido, no cuando el enfermo empieza a hablar, sino cuando contesta razonablemente a las cuestiones sencillas que se le plantean.

Antes de llegar a la recuperación de la función psíquica hemos visto que pasaba el accidentado por un período confusional, de obnubilación intelectual, más o menos profundo, durante el cual puede mantenerse en un estado de calma o de agitación. Este estado que normalmente desaparece pronto puede no sólo persistir sino incluso manifestarse bajo la forma de un síndrome confusional tardío cuya importancia no es preciso señalar.

No existe ningún signo que permita predecir la instauración de un síndrome conmocional tardío; por lo tanto, conviene la mayor cautela al hacer un pronóstico basado sobre la importancia de los síntomas de comienzo.

El cuadro clínico de la llamada por la escuela francesa «confusión mental traumática», puede sobreponerse al de la confusión mental ordinaria con excepción de algunos signos neurológicos que aquélla puede presentar y que no suelen observarse en las formas no traumáticas. Sus síntomas cardinales son: obtusión intelectual, desorientación témporo-espacial y delirio onírico.

No obstante su claridad, este concepto clínico de la confusión mental traumática está sujeto a revisión. La mayor parte de los autores no lo aceptan actualmente y tienden a reemplazarle por el de «delirio agudo traumático». Se basan para ello en que el síndrome confusional no es lo característico de estos enfermos. El traumatizado no se halla en realidad confuso, sino sumido en un delirio de ensueño del que puede momentáneamente salir por estímulos externos; así, si se le pregunta su nombre o se le obliga a un reconocimiento, da, generalmente, respuestas acertadas a pesar de hallarse sumergido en el delirio y en pleno diálogo con seres imaginarios. Muchos de estos enfermos no están confusos, sino que conservan casi siempre la orientación alopsíquica y en todos los casos la auto-psíquica. Por eso se ha pensado en colocar en primer plano el delirio onírico, que nunca falta, y así la denominación de «confusión mental traumática» tiende a ser substituída por la de «estados oníricos o crepusculares postraumáticos».

Nada importa la calificación adoptada. Lo que interesa es recordar que en éste síndrome se conservan los automatismos, presentándose a menudo un estado onírico con alucinaciones cambiantes, dinámicas y elementales. Dentro del mismo

síndrome pueden darse formas maníacas y formas depresivas. En las primeras los fenómenos de excitación y exaltación ocultan la debilidad intelectual; en las formas depresivas se llega a veces a estados melancólicos con crisis de ansiedad que pueden terminar en el suicidio.

* * *

Otra de las formas clínicas que es posible observar después de una conmoción traumática lo constituye el llamado «síndrome amnésico», caracterizado por un cuadro de desorientación témporo-espacial, aprosexia, disminución de la percepción, amnesia anterógrada y confabulación compensatriz que tiende a llenar el vacío amnésico. Se suele acompañar este síndrome de cambios de humor, irritabilidad y euforia patológica, y acostumbra a presentarse en antiguos alcohólicos, a veces insospechados, recordando la psicosis polineurítica de Korsakow que se observa en este tipo de intoxicaciones.

Los enfermos con síndrome amnésico pueden parecer confusos debido a su confabulación, pero en ningún caso presentan alucinaciones y la orientación auto-psíquica se mantiene siempre intacta.

* * *

Un tercer síndrome que puede aparecer después de un hecho conmocional lo constituye la llamada «neurastenia postraumática», descrita en 1892 por FRIEDMAN y completada más tarde por PIERRE MARIE. Este cuadro clínico se describe en algunos tratados como «síndrome subjetivo de los heridos de cráneo» y está caracterizado por síntomas neurológicos y psíquicos. Son principalmente los primeros los que revelando lesiones orgánicas no se prestan a ser simulados. El enfermo aqueja cefaleas persistentes con sensación de mareos y vértigos. La cefalalgia se presenta bien en forma de dolor sordo o de crisis lancinantes; es decir, ya de manera continua o por paroxismos. En este último caso el dolor se exacerba con el movimiento, con el esfuerzo y aun con los estímulos visuales o auditivos. Los cambios posturales, tales como agacharse, descender la cabeza o volverla bruscamente, aumentan no sólo el dolor, sino también la sensación nauseosa, los vértigos y mareos. En cambio, el reposo y el decúbito alivian al paciente. Este síndrome tiene una base lesional indudable en el sistema nervioso central representada por pequeñísimos traumatismos, diminutas sufusiones hemorrágicas perivasculares y especialmente por perturbaciones de la hidrodinámica cefalorraquídea que, según PENFIELD, pueden objetivarse en el encefalograma. También hay trastornos laberínticos, hipertensiones de la arteria central de la retina, etc.

Pero al lado de estos síntomas neurológicos existen manifestaciones psíquicas, a veces muy acusadas, cuya evolución puede detenerse o progresar paulatinamente, llevando al paciente a un cuadro clínico tardío postconmocional (PIGNEDE y PAUL ABELY).

El trastorno psíquico se caracteriza por aparecer más tardíamente que los síntomas neurológicos descritos. Siempre existe un período intercalar entre el traumatismo y la iniciación de los síntomas mentales; se trata de un período de elaboración durante el cual el paciente se halla en autoobservación. Esta introversión sostenida de la atención contribuye a producirle un estado especial de agotamiento, de tristeza y laxitud sumamente penosos: se encuentra incapaz para realizar cualquier labor, la atención y la memoria decaen, especialmente existe amnesia de fijación. Y acompañando este cuadro, o mejor formando lo más característico del mismo, se encuentran modificaciones del tono afectivo, puerilismo y abulia. Este estado de abatimiento contrasta a veces con fases de irritabilidad e impulsiones aumentadas posiblemente por el insomnio pertinaz.

Contusión cerebral

Trastornos psíquicos post-contusionales

No es posible negar que, en raras ocasiones, pueden darse trastornos psíquicos post-contusionales puros, es decir, sin fenómeno alguno de conmoción.

Lo que suele dar expresión a los síndromes post-contusionales es el trastorno neurológico, a menudo focal, vinculado a la localización del traumatismo, pudiendo en estos casos repercutir los trastornos neurológicos sobre el psiquismo, dando lugar a perturbaciones a menudo deficitarias del mismo. Así actúan la agrafia, la apraxia, la alexia, etc.

Es poco frecuente que las perturbaciones psíquicas post-contusionales aparezcan inmediatamente después del traumatismo. Se trata corrientemente de secuelas

apartadas del hecho traumático. La epilepsia es una de las más frecuentes e importantes.

Cada localización cerebral podrá crear, al lado de su peculiar sintomatología neurológica, un síndrome mental más o menos específico. Así, los traumas del lóbulo frontal darán lugar al cuadro psíquico de la moria, y las lesiones de la base repercutirán característicamente sobre el psiquismo motivando perturbaciones instintivas.

Pero el mayor interés psiquiátrico de los trastornos post-confusionales radica en la epilepsia traumática. No hemos de referirnos a los traumatismos obstétricos ni de los recién nacidos, sino únicamente a los accidentes que recaen sobre el adulto, huyendo de la división pretendida por algún autor de accidentes o heridas de tiempos de paz o de guerra.

Los estudios y observaciones experimentales de PENFIELD, MARINESCO, BROUSSEAU, SALMON y otros, demuestran las lesiones que los traumas craneales suelen provocar en los núcleos de la base y en el diencéfalo; y no pueden darse estos trastornos sin producirse paralelamente perturbaciones mentales ligeras o graves. Tales son los trastornos del carácter, impulsos, fugas, psicosis epilépticas, epilepsia larvada mental, estados demenciales epilépticos, etc.

El diagnóstico encierra algunas veces grandes dificultades, sobre todo cuando se trata de formas puras de epilepsia psíquica traumática cursando sin crisis convulsivas. En ocasiones se llega al diagnóstico por exclusión, debiendo recordar que siempre suele ser de mejor pronóstico la epilepsia post-traumática que las formas esenciales o criptogenéticas.

Compresión cerebral

Trastornos psíquicos post-compresivos

Cuando a consecuencia del traumatismo se ha producido un trastorno que da lugar a compresión cerebral aparecen en primer lugar los síntomas neurológicos conocidos; vértigos, cefaleas, perturbaciones visuales, etc., e inmediatamente después los síntomas progresivamente crecientes que van desde la obnubilación mental al coma. Cuando la compresión es focal, la sintomatología psíquica es a veces tan expresiva como la neurológica; los cuadros psíquicos de las compresiones frontales, por ejemplo, permiten hacer un diagnóstico tan seguro al psiquiatra como puede hacerlo el neurólogo.

Pero en algunos casos la compresión se traducirá por signos de hipertensión intracraneal. Las manifestaciones de foco son poco demostrativas y en estos casos el tipo clínico vendrá indicado por la sintomatología neurológica unida a la evolución (mayor o menor período lúcido en las hemorragias epi o subdurales—signos meníngeos en las subaracnoideas—, síndrome de foco en los abscesos y quistes serosos).

Sólo secundariamente nos valdremos de otras maniobras exploratorias, debiendo recordar que la punción lumbar, por lo peligrosa, no debe practicarse en todo aumento de tensión, y que la radiografía es poco demostrativa si no se realiza previo encéfalo o ventriculograma.

La sintomatología psíquica será de dos órdenes: la focal, con trastornos de afectación localizada (afasias, agnosias, alteraciones visuales, alteraciones de la asociación de ideas) y la general que acompaña a todas las hipertensiones (debilitación global de las funciones mentales, disminución de la actividad psíquica, onirismo, demenciación).

Los trastornos psíquicos de compresión suelen ser por sí mismos de pronóstico grave. Su gravedad va unida a la de la lesión que producen y, paralelamente también, regresan, a veces de manera instantánea, cuando la intervención médica o quirúrgica ha logrado reducir el síndrome compresivo.

Traumatismos que asientan en cualquier otra región orgánica no craneal

Traumatismos viscerales y periféricos

A menudo los traumatismos actúan sobre el psiquismo por acciones de shock, bien sea este shock traumático inmediato, hemorrágico o tóxico, entendiéndose como tal el que aparece en forma retardada debido a la reabsorción de restos autolizados de tejidos destruidos o de sustancias tóxicas de origen bacteriano. Sin embargo, al igual que ocurriré en los traumas craneales, un minúsculo traumatismo de poca importancia por sí mismo, puede desencadenar cuadros psíquicos de extrema gravedad.

Se trata a veces de un cuadro delirante que se conoce con el nombre de «delirium tremens traumático», que no por ser poco frecuente debe de echarse en olvido. Fué SURTON, en 1813, quien describió por primera vez un cuadro clínico caracterizado «por fiebre, acompañada de temblores que curaba con el opio y se agravaba con la sangría». Sólo seis años después RAYER le da su verdadera significación que es completada más tarde (1826) por DUPUYTREN en sus magníficas *Leçons orales de Clinique Chirurgicale*, describiendo de modo perfecto toda la sintomatología del «delirium tremens quirúrgico» bajo el nombre de «delirio nervioso traumático».

MAZEL define la crisis como un «estado de confusión mental agudo, con agitación, alucinaciones e ilusiones, delirio, temblores, insomnio, modificación del estado general y a veces hipertermia, sobrevenido en un alcohólico crónico».

Hoy se admite que la impregnación alcohólica no es necesaria para que se presente el delirium tremens. El propio BALTHAZAR cita casos aparecidos en heridos sin antecedente alcohólico alguno. No es la acción directa del alcohol, sino la auto-intoxicación del individuo la que produce la predisposición. Para que la crisis se desencadene se precisa la existencia de una causa que puede ser una infección o un traumatismo.

Existen diversas teorías para explicar la relación existente entre traumatismo y «delirium tremens», prueba de no estar bien resuelta esta relación de dependencia. Entre las principales figura la teoría del *shock* traumático, que no podría aplicarse más que en el caso de grandes traumatismos; la teoría del trauma factor de infección, que no es aplicable a las contusiones, fracturas cerradas, luxaciones, etc.; la hipótesis de KOENING, que admite que pequeñas embolias grasosas crearían lesiones viscerales mínimas, y, finalmente, la teoría del delirio «a potu suspenso», que pretende explicar la crisis delirante por la supresión o abstinencia brutal del tóxico en un alcohólico.

Mayor interés que discutir estas teorías tiene para nosotros señalar que el delirio post-traumático se halla separado casi constantemente del accidente por un intervalo libre. El «delirium tremens» se declara, según CHANTALA, al tercer día, más exactamente a las 60 horas, después del accidente. Sólo por excepción aparece la crisis inmediatamente después del traumatismo. Durante el intervalo libre pueden observarse signos premonitorios de gran valor, por marcar una continuidad entre trauma y crisis delirante; el enfermo cambia de carácter, responde brevemente cuando se le interroga, está amnésico, pierde sobre todo las nociones de tiempo y lugar, y parece despertar de un sueño interior cuando se le proponen cuestiones sencillas que tienden a centrar su atención.

Durante el intervalo libre el enfermo se mantiene en calma, tranquilo, adinámico; tiene insomnio pertinaz y de manera inconstante presenta elevaciones ligeras de temperatura. Si en este momento se verifican exámenes de orina se hallará albúmina y urobilina. Un examen neurológico pondrá de manifiesto una irregularidad pupilar y una hiperreflexia de gran valor pronóstico.

No se olvide que durante el curso de la crisis hay analgesia completa, lo que motiva que, de manera inconsciente, atente el enfermo contra su salud. Se hizo célebre la observación de DUPUYTREN de aquel operado de abdomen que tranquilamente iba desenrollando sus asas intestinales.

El diagnóstico de «delirium tremens traumático» se impone por su misma sintomatología característica. No pensemos, sin embargo, que la confusión mental sea completa, pues el enfermo tiene noción de su personalidad; no existe más que desorientación témporo-espacial. Las alucinaciones visuales y auditivas se acentúan por la noche y son móviles, ocupacionales y terroríficas. A consecuencia de las mismas se presenta el delirio, que es agitado y a menudo furioso. El enfermo lucha contra sus enemigos y contra extraños animales que atentan contra él, y esta lucha intensa, incoercible, generalizada, acompañada de sudores, disnea, hiperreflexia, acaba agotando al paciente en un cuadro impresionante.

Neurosis traumática

El término neurosis está en crisis. Su concepto ha desaparecido de la Neurología, y si se acepta todavía en materia psiquiátrica es preciso convenir que su amplitud se cercena de día en día. Las neurosis traumáticas que exigen una indemnización son motivo de revisión y de estudio. La Sociedad de Neurología y Psiquiatría suiza discute este tema como ponencia principal en 1937, y el esfuerzo de NAVILLE, DE MORSIER, BRUN, SCHILDER, STRAUSS, entre otros, consiguen limitar y reducir el concepto tan poco preciso de este trastorno. En efecto, sólo pueden aceptarse como neurosis aquellos síndromes que no pueden referirse a lesiones orgánicas o estructurales del sistema nervioso y son por lo mismo exclusivamente psicogenéticos. El factor decisivo para su producción es el conflicto

psíquico, la reacción de la personalidad que surge como consecuencia de una situación que, ésta sí, ha creado el traumatismo.

Como vemos, la tendencia actual se inclina a restringir el grupo de las neurosis traumáticas propiamente dichas. En la intimidad microscópica de estos traumas se descubren la mayoría de las veces «degeneraciones moleculares» por destrucción mecánica de numerosos elementos parenquimatosos. El estudio anatómo-patológico de los cerebros post-conmocionales pone de manifiesto alteraciones vasculares unidas a perturbaciones neuronales con hinchazón de los elementos y cromatolisis de los corpúsculos de NISSL. Los capilares se hallan distendidos e inyectados de hematies que llegan, por diapédesis, a atravesar las paredes vasculares.

DE MORSIER cree que conviene reemplazar el término «neurois» por el de «en-céfalopatía traumática», afección creada directamente por el trauma y por lo mismo con derecho a ser indemnizada. La generalización de este concepto llevaría, como afirman TRELLES y DAVILA, a un aumento de las neurosis de renta.

No creemos deba ser tan riguroso el afán revisionista. Si es conveniente separar del primitivo concepto de neurosis traumática síndromes que no le pertenecían, nada justifica su total desaparición. Existen indudables procesos psíquicos de lenta evolución que surgen, tras una fase de latencia, después de pequeños traumatismos.

Estos procesos psíquicos no existen de hecho en el sujeto traumatizado, sino que se elaboran de manera inconsciente, estimuladas por las palabras compasivas de deudos y amigos; tal vez también, sin sospecharlo, por los comentarios médicos con ocasión de una consulta o reconocimiento. Así nace el deseo, vivamente sentido después, de compensación de un daño, de indemnización de un mal que, en muchos casos, está ya completamente curado y sin secuelas, cuando comienza la acción psicógena.

Las neurosis pueden adoptar varios cuadros, según el predominio de sus manifestaciones. SCHILDER distingue cuatro modalidades:

1. Neurosis en las que prevalecen las reacciones de terror y ansiedad.
2. Neurosis con manifestaciones hipocondríacas y neurasténicas.
3. Neurosis de tipo histérico, en las que los síntomas de conversión se aprovechan y alimentan de pequeños síntomas orgánicos, y
4. Las neurosis en las que predomina el deseo de compensación (neurosis de renta o de deseo).

Sinistrosis

No podemos tratar de los trastornos psíquicos post-traumáticos sin referirnos, aunque sea brevemente, a una deformación o exageración subconsciente de los mismos con un fin utilitario. Nos referimos al concepto francés de «sinistrosis» (BRISAUD), término que creemos mejor que el de «malingering» con que los autores de habla inglesa designan esta tendencia. El término inglés entraña el concepto de malignidad, es decir, de conscienciación de exagerar un mal en beneficio propio. Si tenemos en cuenta que la realidad del trastorno es a veces insignificante con relación a la amplitud de lo manifestado, comprenderemos que entre «malingering» y simulación no hay más que un paso. KESCHNER hace también sinónimos ambos términos.

No es así como entendemos nosotros el concepto de sinistrosis. Aunque no pretendemos poner límites a su forzosa vaguedad, estimamos que no es necesaria su desaparición, disgregando su cuadro y distribuyendo sus casos entre las neurosis y los síndromes orgánicos subjetivos post-conmocionales. La sinistrosis ni es de elaboración tan subconsciente que se identifique con las neurosis de renta ni tan fraudulenta que equivalga a la simulación.

Es aventurado en muchos casos poder asegurar que las molestias de que se queja el traumatizado, una vez resuelto quirúrgicamente el traumatismo, son secuelas orgánicas del mismo, o manifestaciones neuróticas, o simplemente fabulaciones. Como dice BOSTROEM, influye desfavorablemente aún para el pronóstico de las lesiones orgánicas post-traumáticas, el que los pacientes estén asegurados contra accidentes, y cita, en su apoyo, la afirmación de BERINGER relativa a la escasa importancia que adquieren los trastornos post-traumáticos de las lesiones craneales en países como Finlandia, donde no hay seguros de accidentes de trabajo.

Nada tan difícil y enojoso para el perito médico como valorar debidamente hasta dónde alcanza la realidad del cuadro clínico y donde empieza la simulación. A veces el diagnóstico es tan complejo que sólo puede hacerse a *posteriori*, como ocurre con las auténticas neurosis de renta.

Nosotros sabemos que los mejores quirófanos para resolver las sinistrosis son las Salas de las Magistraturas; allí curan todas de manera instantánea, pues si prevalece el concepto exagerado, una vez indemnizado, ya no es necesario proseguirlo; y si por el contrario se desestima, ante el fallo, ya no interesa mantenerlo.

Cuestiones médico-legales

Los problemas médicos-legales que se plantean ante una secuela psíquica son mucho más complejos para su valoración que los que se nos ofrecen ante una secuela neurológica. El baremo de los trastornos mentales, de las mutilaciones del espíritu, está todavía en blanco. La apreciación de una invalidez mental será tanto más difícil cuanto menos organizado esté el proceso.

Todas las enfermedades mentales pueden ser provocadas por un traumatismo actuando éste como despertador de latencias en predispuestos, en prepsicóticos. Pero a veces el trauma no hace más que dar la señal de alarma de un proceso que evolucionaba silenciosamente y que por lo mismo pasaba inadvertido. El hecho conmocional, el traumatismo, cualquiera que sea su naturaleza, ha dado lugar a una más rigurosa observación del individuo, valorándose mejor síntomas que hasta entonces apenas fueron observados.

En otras ocasiones el factor traumático provoca el trastorno mental, pero como decía GORDON hace ya muchos años, el trauma por sí mismo no puede ocasionar ni parálisis general, ni demencia precoz, ni senil, ni psicosis maniaco-depresiva. Lo único que pueden hacer las psicosis traumáticas es simular estas afecciones, imitarlas, pero no reproducirlas auténticamente. No existe trastorno mental que no pueda ser doblado en una fase post-traumática. El perito médico al enjuiciar estos casos no ha de perder de vista el valor pronóstico que ha de tener su dictamen. Nunca será tan sombrío el pronóstico ante una psicosis post-traumática que evoluciona con una constelación sintomática esquizofrénica como ante un proceso esquizofrénico genuino.

Es especialmente el pronóstico lo que se exige al perito. Al médico, al psiquiatra, se le pide una seguridad diagnóstica donde apoyar un tratamiento; cuando este mismo psiquiatra actúa como perito su diagnóstico debe ser sólo un puente tendido hacia el futuro del enfermo, pues es el porvenir del paciente lo que da la norma para la valoración de su incapacidad.

Para la peritación debemos tener en cuenta la relación existente entre trauma y psicosis desde todos los puntos de vista. EBAUGH y BENJAMÍN reducen a cinco las posibilidades de actuación del traumatismo frente al trastorno mental:

1. El traumatismo, factor causal; sin él no habría acaecido la afección, pues no existe ninguna manifestación ni predisposición a la psicosis anterior al traumatismo.
2. El trauma, factor desencadenante principal; la afección mental existía en latencia, pero pudo no haberse manifestado de no actualizarla el traumatismo.
3. El trauma, factor agravante; la psicosis pre-existía activamente, más su curso se agudizó con el traumatismo.
4. El trauma, factor secundario; la afección, presente o latente, hubiera seguido el mismo curso de no haber existido el traumatismo.
5. El trauma sin relación con la afección mental; no puede establecerse ninguna dependencia cronológica ni de ningún otro orden entre la psicosis y el traumatismo.

Una vez comprobado el accidente, se comprende que lo que más importa es el estudio de la personalidad del lesionado antes de ocurrir el traumatismo. El «estado anterior» es lo de interés real; conocer si la afección mental fué anterior o siguió al traumatismo, o si ya fué éste motivado por la enfermedad mental. Y, en el caso de poderse demostrar la preexistencia, valorar la intervención que pudo el trauma tener para su ulterior evolución.

Precisa considerar que la importancia de los traumatismos dependerá no sólo de la intensidad y duración de los mismos, sino de los factores individuales del traumatizado; tales como la edad, tipología, estado constitucional, etc.

Interesa conocer cuantos detalles sea posible recoger acerca de la forma cómo ocurrió el accidente y de la iniciación del cuadro psíquico. El principal inconveniente para el peritaje es la intervención tardía del perito. Apenas podemos valorar el interrogatorio del lesionado, incompleto por la amnesia y a veces intencionalmente falso. Únicamente la colaboración del médico que le trató en la cura de urgencia y en días sucesivos podrá facilitarnos datos de innegable valor. Por eso STIER propone que este médico deje consignado por escrito sus observaciones, con lo que se allanarán muchas de las dificultades previstas por RIESSE en su trabajo magistral, al tratar de este tipo de peritaciones.

Reunidos todos los datos de que se dispone y buscando la colaboración del radiólogo, neurólogo, otólogo, oftalmólogo, etc., cuando sea conveniente su especialización para aclarar determinados hechos, se hace difícil pensar que no puedan llegar a resolverse con acierto aún las cuestiones más complejas que suelen plantear las secuelas psíquicas de los traumatizados y cumplir con decoro nuestra misión pericial.

BIBLIOGRAFIA

1. BOSTROEM, A.—Trat. de Med. Interna de v. Bergman, p. 763. Barcelona, 1944.
 2. BROUSSEAU, A.—Revue Neurol. T. I. (957-959). 1934.
 3. BRUN, R.—Arch. suisses de Neurol. et Psych. XXXI (182-240). 1933.
 4. CHANTALA, J.—Tesis de París. 1939.
 5. DE CRAENE, E.—Ann. de Méd. Lég. Año 15 (709-753). Julio, 1935.
 6. DUPUYTREN.—Leçons orales de Clin. Chir. T. 2. (222). 1826.
 7. FRIEDMAN, M.—Arch. f. Psych. XXIII (230). 1892.
 8. GRÜNTAL.—Über die Erkennung der traum. Hirnverletzung. Berlin, 1936.
 9. KESCHNER, M.—In «S. Brock». Vol. I-1940.
 10. MARCHAND, L.—Traumatismes du cerveau. Nouveau Traité de médecine. T. XIX (269-302). París, 1925.
 11. MARIE, P.—Rev. Neur. XXIII (453). 1916.
 12. MARINESCO, G. y col.—Revue Neurol. (1329-1332). T. I. 1932.
 13. MAZEL, P.—Ann. de Méd. Lég. N. 5. Mayo, 1933.
 14. MORSIER, G. DE.—Schweizer Arch für Neur. und Psych. XLI (359-381). 1938.
 15. NAVILLE, E.—Schweizer Arch. für Neurol. und Psych. XLI (382-409). 1938.
 16. OPPENHEIM, H.—Die traum. Neurosen. Vol. I. Berlin, 1889.
 17. PENFIELD, W.—Surg. Gyn. and Obsr. XLV (747). 1927.
 18. PENFIELD, W.—Arch. Neurol. and Psych. XXXVI. 1936.
 19. PIGNEDE y ABELY, P.—Encéphale, XXV (436-443). 1930.
 20. RIESE, W.—Arch. suisses de Neurol. et de Psyq. XXXII. 1933.
 21. SALMON, A.—Presse Méd. (405-408). Marzo, 1935.
 22. SCHILDER, P.—Am. Jour. Psych. XCI (155). 1934.
 23. SCHILDER, P.—In «S. Brock». Vol. I. 1940.
 24. STIER, E.—Med. Welt. (1190-1193). 1934.
 25. STRAUSS, I. y col.—Am. Jour. Psych. XCI (189). 1934.
 26. TRELLES, J. O. y DAVILA, M.—Rev. de Neuro-Psiquiatría. T. IV. N. 1. (1-105).
Lima, 1941
-