

Estos principios quedan ejemplificados en el contenido y utilidad del DVA.

Wilder et al.⁸ y Srebnik et al.⁹ muestran que las personas con enfermedades mentales aceptan mejor los neuromoduladores y los antipsicóticos atípicos, rechazando con más frecuencia antipsicóticos clásicos y litio. Muchos profesionales creen que los pacientes rechazarán *todos los fármacos*; sin embargo, este hecho no suele darse⁸. Las razones de rechazo farmacológico son: efectos negativos, sentirse dopados e incapacidad para realizar las actividades de la vida cotidiana⁹.

En cualquier caso, la libre elección del tratamiento, el conocimiento de sus contraindicaciones y la importancia de su seguimiento tienen una mejora en la adherencia farmacológica, lo cual reduce el número de recaídas, pues supone una motivación para su seguimiento⁹. Es también motivo de elección o rechazo decisiones sobre la hospitalización o personas de contacto mientras esté ingresado¹⁰.

El uso del DVAP reduce el empleo de medidas coercitivas al haber una confianza entre equipo médico y paciente. Por otro lado, si deja anotado un representante hay más posibilidad de respeto por la voluntad del paciente y con ello que la persona se sienta *empoderada*.

Por todo ello, conseguimos un respeto por la persona (autonomía), buscamos mayor beneficio (mayor adherencia farmacológica, etc.) y evitamos futuros daños (recaídas, medidas coercitivas...). La libre elección de tratamiento puede contribuir a una reducción de la aplicación de tratamientos no deseados, lo cual es de justicia que ocurra.

Bibliografía

1. El-Wakeel, Taylor G, Tate J. What do patients really want to know in an informed consent procedure? A questionnaire-based survey of patients in the Bath Area, UK. *J Med Ethics*. 2006;32:121-8.

2. Hamann J, Cohen R, Diplich S. Why do some patients with schizophrenia want to be engaged in medical making and others do not? *J Clin Psychiatry*. 2011;72:1636-43.
3. La Fond J, Srebnik D. The impact of mental health advance directives on patient perceptions of coercion in civil commitment and treatment decisions. *Int J Law Psychiatry*. 2002;25:537-55.
4. Srebnik D, Rutherford L, Peto T, Russo J, Zick E, Jaffe C, et al. The content and clinical utility of psychiatric advance directives. *Psychiatr Serv*. 2005;56:592-8.
5. Rittmannsberger H, Pachinger T, Keppelmüller P, Wancata J. Medication adherence among psychotic patients before admission to inpatient treatment. *Psychiatr Serv*. 2004;55:174-9.
6. Hamann J, Cohen R, Leucht S, Busch R, Kissling R. Do patients with schizophrenia wish to be involved in decisions about their medical treatment? *Am J Psychiatry*. 2005;162:2382-4.
7. Swanson J, Swartz M, Elbogen E, van Dorn R, Ferron J, Wagner H, et al. Facilitated psychiatric advance directives: A randomized trial of an intervention to foster advance treatment planning among persons with severe mental illness. *Am J Psychiatry*. 2006;163:1943-51.
8. Wilder Ch, Elbogen E, Moser L, Swanson J, Swartz M. Medication preferences and adherence among individuals with severe mental illness and psychiatric advance directives. *Psychiatr Serv*. 2010;61:380-5.
9. Srebnik DS, Rutherford LT, Peto T, Russo J, Zick E, Jaffe C, et al. The content and clinical utility of psychiatric advance directives. *Psychiatr Serv*. 2005;56:592-8.
10. Srebnik D, la Fond J. Advance directives for mental health treatment. *Psychiatr Serv*. 1999;50:919-25.

Sergio Ramos Pozón

Fundació Víctor Grifols i Lucas, Barcelona, España
Correo electrónico: ramospozón@hotmail.com

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rpsm.2015.04.001>

Un nuevo método de valoración de la enfermedad psiquiátrica postraumática



A new assessment method of posttraumatic psychiatric pathology

Sr. Director:

En 2011 se produjeron 94.920 faltas de lesiones, 136.907 delitos contra la vida, integridad y libertad de las personas¹, 11.347 heridos graves y 104.280 heridos leves producidos por accidentes de tráfico². Por tanto, 347.454 personas presentaron lesiones físicas y/o psíquicas. La enfermedad psíquica postraumática (EPP) es aquella desencadenada por un agente externo (de naturaleza física o psíquica) que puede conllevar repercusiones legales y económicas. Para la valoración jurídica de la EPP se necesita conocer el tipo de lesión, su gravedad, los distintos tratamientos recibidos, la evolución, los tiempos requeridos para su curación

y, principalmente, la funcionalidad del sujeto una vez llegue a la «estabilización lesional», es decir, aquella situación en la que no existe posibilidad de mejora al haberse aplicado todos los tratamientos aceptados científicamente. Lo anterior implica que el informe pericial, también el psiquiátrico, debe centrarse en el diagnóstico, en su gravedad y en la repercusión que la discapacidad provoca en la vida del sujeto. La EPP presenta determinadas peculiaridades³: 1) se puede producir con o sin lesión cerebral; 2) la vivencia del trauma puede desencadenar o agravar sintomatología, y 3) puede existir desproporción entre trauma, sintomatología y funcionalidad.

Con idea de homogeneizar los parámetros utilizados en la valoración del daño se ha ido imponiendo el uso de baremos, que aunque puedan resultar imperfectos e incompletos para la cuantificación de los daños personales⁴, se han acercado a la funcionalidad tratando de separarse de la sintomatología⁵. En los países de la Unión Europea, hasta 1995 solo Bélgica, España, Grecia y Portugal aplicaban baremos oficiales de clasificación o cuantificación del daño corporal derivados de accidentes de circulación⁶. El resto

de los países utilizaba baremos no oficiales, como el baremo francés de Louis Mélenec⁷, la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud⁸ o la guía de «menoscabo permanente» publicada por la American Medical Association⁹. En España, en la actualidad, los denominados síndromes psiquiátricos, así como su puntuación, se recogen en el baremo de la Ley 34/2003 de modificación y adaptación a la normativa comunitaria de la legislación de seguros privados¹⁰, así como en el Real Decreto Legislativo 8/2004, de 29 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley sobre responsabilidad civil y seguro en la circulación de vehículos a motor¹¹. Existen varias dificultades a la hora de aplicar dicho baremo. La primera es que la terminología empleada no se ajusta a las clasificaciones psiquiátricas actuales (CIE-10 o DSM-5^{12,13}). La segunda es que no se especifica cuál es el procedimiento a seguir para concretar una puntuación del rango (salvo en el trastorno orgánico de la personalidad). La tercera es la existencia de estrechos márgenes y escasa puntuación en los que se mueven las secuelas psíquicas¹⁴ (salvo, de nuevo, en el trastorno orgánico de la personalidad). Por todo lo anterior, una misma secuela puede ser puntuada de diferente modo en función de la experiencia y conocimiento de quien realiza el reconocimiento del paciente.

Por todo lo anterior, se presenta un procedimiento para la baremación de la EPP que adapta el actual baremo a la nosología de la CIE-10¹² y especifica un método de valoración que homogeneiza la puntuación de las EPP. Este procedimiento no implica una modificación del baremo actual, sino un uso más claro y homogéneo del mismo.

Metodología

Se estableció un grupo de trabajo que fue constituido por un conjunto de expertos (2 magistrados nombrados por el Consejo General del Poder Judicial y 4 psiquiatras nombrados por la Fundación Española de Psiquiatría y Salud Mental, de los cuales 2 son, además, forenses). Este grupo se encargó de realizar un borrador inicial de un procedimiento que se presentó a discusión ante diferentes foros de profesionales. Así ocurrió en Documentos Córdoba 2011, reunión de profesionales del Derecho (jueces, fiscales y abogados) y psiquiatras, publicada por la Fundación Española de Psiquiatría y Salud Mental¹⁵. Se presentaron varias ponencias acerca de la necesidad jurídica y psiquiátrica de homogeneizar la puntuación del baremo de tráfico, discutiéndose la propuesta que presentaba el grupo de trabajo. Fue unánimemente aceptada, y se incorporó una mínima modificación jurídica. Posteriormente, y siguiendo la misma metodología, se presentó en el XV Congreso Nacional de Psiquiatría (Oviedo, 2011), en una reunión monográfica (Sevilla, 2011), en colaboración con el Centro para la Excelencia de la Investigación Forense de Andalucía, sobre el tema con 25 médicos forenses de diferentes comunidades autónomas de España. Fueron expuestas las razones del procedimiento por parte de sus autores (magistrados, psiquiatras y psiquiatras-médicos forenses) y, finalmente, en el XVI Congreso Nacional de Psiquiatría (Bilbao, 2012).

Procedimiento

Valoración previa a la baremación

La valoración pericial debe realizarse a partir de la «estabilización lesional», momento en el que la lesión o trastorno psíquico no evoluciona positivamente a pesar del tratamiento prescrito. La sintomatología psiquiátrica que pueda ser observada en las edades infantiles es necesario que sea enmarcada, para su valoración, en la actitud global de sus padres ante los hechos traumáticos causales.

Diagnóstico: concordancia con el baremo actual

Como se ha indicado anteriormente, se vinculan los diagnósticos de la CIE-10¹² referentes a las enfermedades mentales con los síndromes psiquiátricos incluidos en el baremo oficial. Para ello, los subapartados del baremo se cambiarían por los diagnósticos actuales (tabla 1). Para poderse aplicar, el diagnóstico deberá cumplir los mismos criterios que los recogidos en la CIE-10¹².

En el caso de que el diagnóstico como secuela psíquica ya se padeciese previamente, se consignará como agravamiento, y el cálculo de la intensidad sintomática y el grado de discapacidad será la diferencia resultante de las mismas antes y después del evento traumático.

Indicación de la gravedad de la sintomatología

La gravedad del padecimiento postraumático se evaluará en función del número e intensidad (frecuencia temporal) de los síntomas presentes que se constaten en la anamnesis y exploración, siempre sobre la base de la descripción nosográfica criterial establecida para cada entidad en la clasificación internacional de la CIE-10¹². Para efectuar diagnósticos con esta clasificación el sujeto evaluado ha de cumplir los criterios mínimos que en cada entidad se especifican. A partir de estos mínimos, el tipo de gravedad se indicará en los gradientes siguientes:

- Moderada: hasta 40 puntos. Cumple el número mínimo de criterios exigidos establecidos en la CIE-10 para poder ser diagnosticado.
- Intensa: hasta 60 puntos. Excede la sintomatología un 20% sobre los mínimos requeridos para ese diagnóstico.
- Muy intensa: hasta 80 puntos. Excede la sintomatología un 40% sobre los mínimos requeridos para ese diagnóstico y/o alguno de ellos es extremadamente grave.
- Extrema: 100 puntos. Reúne el máximo de los síntomas que se describen para ese diagnóstico y/o varios de ellos son extremadamente graves.

La categoría «leve» quedaría anulada, ya que supone la existencia de sintomatología psicopatológica aislada y/o malestares psíquicos indeterminados y difusos que no ocasionan una disminución de sus capacidades funcionales, conservando la actividad habitual.

Tabla 1 Propuesta de clasificación de los trastornos CIE-10 según la ordenación de síndromes psiquiátricos establecidos por el BOE

Síndromes psiquiátricos establecidos por el BOE	Enfermedades según la CIE-10 a incluir
<i>Trastornos de la personalidad</i> Síndrome posconmocional	<i>Trastornos orgánicos</i> F04 Síndrome amnésico orgánico no inducido por alcohol u otras sustancias psicótropas F07.0 Trastorno orgánico de la personalidad F07.2 Síndrome posconmocional
Trastorno orgánico de la personalidad	<i>Otros</i> F06.0 Alucinosis orgánica F06.1 Trastorno catatónico orgánico F06.2 Trastorno esquizofreniforme orgánico F06.3 Trastorno del humor orgánico F06.4 Trastorno de ansiedad orgánico F06.5 Trastorno disociativo orgánico F06.6 Trastorno de labilidad emocional orgánico F06.7 Trastorno cognoscitivo leve
<i>Trastorno del humor</i>	<i>Trastorno del humor</i> F32 Episodios depresivos F33 Trastorno depresivo recurrente F34.1 Distimia F34.8 Otros trastornos del humor (afectivos) persistentes F34.9 Trastorno del humor (afectivo) persistente sin especificación F38 Otros trastornos del humor (afectivos) F39 Trastorno del humor (afectivo) sin especificación
<i>Trastornos neuróticos</i>	<i>Trastornos ansiosos</i> F40 Trastornos de ansiedad fóbica F41 Otros trastornos de ansiedad F43 Reacciones a estrés grave y trastornos de adaptación F44 Trastornos disociativos (de conversión) F45 Trastornos somatomorfos F48 Otros trastornos neuróticos F50.4 Hiperfagia en otras alteraciones psicológicas F50.5 Vómitos en otras alteraciones psicológicas F51 Trastornos no orgánicos del sueño F52 Disfunción sexual no orgánica F54 Factores psicológicos y del comportamiento en trastornos o enfermedades clasificados en otro lugar F59 Trastornos del comportamiento asociados a disfunciones fisiológicas y a factores somáticos sin especificación F62 Transformación persistente de la personalidad no atribuible a lesión o enfermedad cerebral F68 Otros trastornos de la personalidad y del comportamiento del adulto F69 Trastorno de la personalidad y del comportamiento del adulto sin especificación F91 Trastornos disociales F92 Trastornos disociales y de las emociones mixtos F93 Trastornos de las emociones de comienzo habitual en la infancia F94.8 Otros trastornos del comportamiento social en la infancia y adolescencia F94.9 Trastorno del comportamiento social en la infancia y adolescencia sin especificación F95.1 Trastorno de tics crónicos motores o fonatorios F95.9 Trastorno de tics sin especificación F98 Otros trastornos de las emociones y del comportamiento de comienzo habitual en la infancia y adolescencia F99 Trastorno mental sin especificación

Tabla 1 (continuación)

Síndromes psiquiátricos establecidos por el BOE	Enfermedades según la CIE-10 a incluir
<i>Agravaciones</i>	<p>F00 Demencia en la enfermedad de Alzheimer</p> <p>F02 Demencia en enfermedades clasificadas en otro lugar</p> <p>F03 Demencia sin especificación</p> <p>F05 Delirium no inducido por alcohol u otras sustancias psicótropas</p> <p>F10 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de alcohol</p> <p>F11 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de opioides</p> <p>F12 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de cannabinoides</p> <p>F13 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sedantes o hipnóticos</p> <p>F14 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de cocaína</p> <p>F15 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de otros estimulantes (incluyendo la cafeína)</p> <p>F16 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de alucinógenos</p> <p>F17 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de tabaco</p> <p>F18 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de disolventes volátiles</p> <p>F19 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de múltiples drogas o de sustancias psicótropas</p> <p>F20 Esquizofrenia</p> <p>F21 Trastorno esquizotípico</p> <p>F22 Trastorno de ideas delirantes persistentes</p> <p>F24 Trastorno de ideas delirantes inducidas</p> <p>F25 Trastornos esquizoafectivos</p> <p>F28 Otros trastornos psicóticos no orgánicos</p> <p>F29 Psicosis no orgánica sin especificación</p> <p>F30 Episodio maniaco</p> <p>F31 Trastorno bipolar</p> <p>F33 Trastorno depresivo recurrente</p> <p>F34 Trastornos del humor (afectivos) persistentes</p> <p>F38 Otros trastornos del humor (afectivos)</p> <p>F42 Trastorno obsesivo-compulsivo</p> <p>F50.0 Anorexia nerviosa</p> <p>F50.1 Anorexia nerviosa atípica</p> <p>F50.2 Bulimia nerviosa</p> <p>F50.3 Bulimia nerviosa atípica</p> <p>F53 Trastornos mentales y del comportamiento en el puerperio no clasificados en otro lugar</p> <p>F55 Abuso de sustancias que no producen dependencia</p> <p>F60 Trastornos específicos de la personalidad</p> <p>F61 Trastornos mixtos y otros trastornos de la personalidad</p> <p>F63 Trastornos de los hábitos y del control de los impulsos</p> <p>F64 Trastornos de la identidad sexual</p> <p>F65 Trastornos de la inclinación sexual</p> <p>F66 Trastornos psicológicos y del comportamiento del desarrollo y orientación sexuales</p> <p>F70 Retraso mental leve</p> <p>F71 Retraso mental moderado</p> <p>F72 Retraso mental grave</p> <p>F73 Retraso mental profundo</p> <p>F78 Otro retraso mental</p> <p>F79 Retraso mental sin especificación</p> <p>F80 Trastornos específicos del desarrollo del habla y del lenguaje</p> <p>F81 Trastornos específicos del desarrollo del aprendizaje escolar</p> <p>F82 Trastorno específico del desarrollo psicomotor</p> <p>F83 Trastorno específico del desarrollo mixto</p> <p>F84 Trastornos generalizados del desarrollo</p> <p>F88 Otros trastornos del desarrollo psicológico</p>

Tabla 1 (continuación)

Síndromes psiquiátricos establecidos por el BOE	Enfermedades según la CIE-10 a incluir
	F89 Trastorno del desarrollo psicológico sin especificación
	F90 Trastornos hiperkinéticos
	F94.0 Mutismo selectivo
	F94.1 Trastorno de vinculación en la infancia reactivo
	F94.2 Trastorno de vinculación en la infancia desinhibido
	F95.2 Trastorno de tics múltiples motores y fonatorios combinados (síndrome de Gilles de la Tourette)
	F95.8 Otros trastornos de tics

Fuente: Boletín Oficial del Estado^{10,11} y Organización Mundial de la Salud¹².

Grado de discapacidad que produce la sintomatología presente

La discapacidad implica las dificultades para una vida autónoma y/o las repercusiones negativas en su vida laboral¹⁶. En este apartado se asume lo publicado en el Real Decreto 1971/1999, de 23 de diciembre, de procedimiento para el reconocimiento, declaración y calificación del grado de minusvalía¹⁷, y su posterior corrección¹⁸.

Sufrimiento psiquiátrico

Se incorpora al baremo el concepto de sufrimiento psiquiátrico, que de acuerdo con el grupo de consenso, debe tener en cuenta tanto la gravedad de la secuela como el grado de discapacidad que a esa persona le implica el padecimiento de la enfermedad producida o agravada. Por tanto, el sufrimiento psiquiátrico sería el resultado de sumar las puntuaciones de intensidad sintomática y de discapacidad y dividir ambas por 2 ($SP = [pG + pD] / 2$, donde SP es el sufrimiento psiquiátrico, pG, los puntos de gravedad del trastorno, y pD, los puntos de discapacidad). En los agravamientos postraumáticos de enfermedades psíquicas preexistentes hay que obtener la diferencia de ambas puntuaciones, del periodo previo al posterior al trauma.

La máxima puntuación en el sufrimiento psiquiátrico es de 100, por lo que tendremos que adaptarla a los intervalos que indica el baremo actual en cada uno de los síndromes referenciados, teniendo en cuenta las puntuaciones máximas y mínimas. Así, $pB = pBm + (SP [pBM - pBm] / 100)$, donde pB son los puntos del baremo, SP, el sufrimiento psiquiátrico, pBM, la puntuación máxima del baremo aplicado al trastorno, y pBm, la puntuación mínima del baremo aplicada al trastorno.

Limitaciones

La presente propuesta ha sido establecida mediante una serie de expertos que han consensado el procedimiento con otros profesionales. Este método lleva implícita la subjetividad de los implicados en su elaboración. Se requieren trabajos posteriores en que se evalúe la validez del procedimiento

que se propone, así como la diferencia que pudiera existir con la forma actual de evaluar el daño psíquico.

Financiación

El trabajo presentado ha sido financiado por la Fundación Española de Psiquiatría y Salud Mental y por el Consorcio para la Excelencia de la Investigación Forense de Andalucía.

Agradecimientos

Además de a las entidades que han financiado este trabajo, mencionadas en el apartado anterior, queremos agradecer el apoyo científico y de facilitación ofrecido por la Fundación Española de Psiquiatría y Salud Mental y por el Consejo General del Poder Judicial. También a Antonia Rodríguez y Samuel Aidan Kelly, por su lectura crítica.

Bibliografía

1. Instituto Nacional de Estadística. Anuario estadístico de España 2013. Seguridad y justicia. INE; 2013 [anuario] [consultado 25 Ene 2014]. Disponible en: <http://www.ine.es/prodyser/pubweb/anuario13/anu13.06justi.pdf>
2. Dirección General de Tráfico. Anuario estadístico de accidentes 2012. Madrid: Dirección General de Tráfico; 2013 [anuario] [consultado 21 Ene 2014]. Disponible en: http://www.dgt.es/Galerias/seguridad-vial/estadisticas-e-indicadores/publicaciones/anuario-estadistico-de-accidentes/anuario_estadistico018.pdf
3. Dionot T. Évaluation du dommage psychiatrique. EMC - Psychiatrie. 1998;9:1-10. Article 37-909-A-10.
4. Hernández C. Valoración médica del daño corporal. Barcelona: Masson; 1996. p. 1-3.
5. Winters NC, Collett BR, Myers KM. Ten-year review of rating scales, VII: Scales assessing functional impairment. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2005;44:309-38.
6. García-Blázquez Pérez M, García-Blázquez Pérez CM. Nuevo manual de valoración y baremación del daño corporal. Granada: Editorial Comares, S. L.; 2010.
7. Mélenec L. Valoración de las discapacidades y del daño corporal. Baremo internacional de invalideces. Barcelona: Elsevier Masson; 2011.
8. Organización Mundial de la Salud. Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud: CIF. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Secretaría de Estado de

- Servicios Sociales, Familias y Discapacidad. Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO); 2001.
9. American Medical Association. *Guías para la evaluación de las deficiencias permanentes*. Madrid: Instituto Nacional de Servicios Sociales. Ministerio de Asuntos Sociales; 1997. p. 297-308.
 10. Boletín Oficial del Estado. Ley 34/2003, de 4 de noviembre, de modificación y adaptación a la normativa comunitaria de la legislación de seguros privados. BOE núm. 265 de 5 de noviembre de 2003. p. 39190-220.
 11. Boletín Oficial del Estado. Real Decreto Legislativo 8/2004, de 29 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley sobre responsabilidad civil y seguro en la circulación de vehículos a motor. BOE núm. 267 de 5 de noviembre de 2004. p. 36662-95.
 12. Organización Mundial de la Salud. CIE-10: Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico. Madrid: MEDITOR; 1992.
 13. American Psychiatric Association. *DSM-IV: brevariario. Criterios diagnósticos*. Barcelona: Masson; 1995.
 14. Marín Fernández A. Justificación jurídica de un método de valoración para el sufrimiento psiquiátrico postraumático. En: Medina A, Moreno MJ, Lillo R, Guija JA, editores. *Patología psiquiátrica postraumática: valoración psiquiátrica y judicial*. Madrid: Fundación Española de Psiquiatría y Salud Mental; 2012. p. 57-97.
 15. Medina A, Moreno MJ, Lillo R, Guija JA. *Patología psiquiátrica postraumática: valoración psiquiátrica y judicial*. Madrid: Fundación Española de Psiquiatría y Salud Mental; 2012.
 16. Organización Mundial de la Salud. Informe mundial sobre la discapacidad [consultado 15 Ene 2014]. Disponible en: http://www.who.int/disabilities/world_report/2011/report/en/index.html
 17. Boletín Oficial del Estado. Real Decreto 1971/1999, de 23 de diciembre, de procedimiento para el reconocimiento, declaración y calificación del grado de minusvalía. BOE núm. 22, de 26 de enero de 2000. p. 3317-410.
 18. Boletín Oficial del Estado. Corrección de errores del Real Decreto 1971/1999, de 23 de diciembre, de procedimiento para el reconocimiento, declaración y calificación del grado de minusvalía. BOE núm. 62 de 13 de marzo de 2000. p. 10297-304.
- Julio A. Guija^{a,b,*}, Antonio Medina^c, Lucas Giner^b, Carlos Lledó^d, Antonio Marín^e, Juan José Arechederra^f y José Giner^b
- ^a *Instituto de Medicina Legal de Sevilla, Consejería de Justicia e Interior, Junta de Andalucía, Sevilla, España*
^b *Departamento de Psiquiatría, Facultad de Medicina, Universidad de Sevilla, Sevilla, España*
^c *Departamento de Psiquiatría, Facultad de Medicina, Universidad de Córdoba, Córdoba, España*
^d *Audiencia Provincial de Sevilla, Sección cuarta, Sevilla, España*
^e *Audiencia Provincial de Cádiz, Sección segunda, Cádiz, España*
^f *Instituto de Investigaciones Neuropsiquiátricas Dr. López Ibor, Madrid, España*
- * Autor para correspondencia.
 Correo electrónico: julioaguija@gmail.com (J.A. Guija).
- <http://dx.doi.org/10.1016/j.rpsm.2015.03.002>

Necesidad de mejora en la gestión estadística y proceso de comunicación de los casos de suicidio identificados



The necessity of Improvement Statistical Management and Communication of identified suicides

Sr. Director:

Se han publicado recientemente dos cartas^{1,2} sobre el artículo que elaboramos y se publicó en su revista³, queríamos aclarar una serie de aspectos a los que alude.

Lo primero que queremos expresar es que las discrepancias encontradas no indican que los suicidios diagnosticados en los Institutos de Medicina Legal (IML) sean poco fiables, en ningún caso ponemos esa labor en tela de juicio. Otra cuestión es la gestión de los datos en los distintos IML. Nos consta la profesionalidad de los forenses y entendemos las dificultades médicas para llegar a un diagnóstico, y más en España, donde no se contempla el registro de la muerte como indeterminada. Lo que sí queremos resaltar es que la dificultad de conocer la magnitud del problema del suicidio debería ser la propia del diagnóstico de suicidio, como

indicaba Farmer⁴ y en la que se prima una mayor especificidad a pesar de sacrificar algo de sensibilidad. Resulta que a esa dificultad intrínseca del diagnóstico se añaden problemas burocráticos, de comunicación y gestión.

En ambas cartas^{1,2} se señalan varias opciones, no excluyentes, para explicar esta discrepancia. En primer lugar, indican el periodo de tiempo que transcurre entre la parte inicial del proceso (complejidad documental y de circuito, primeros resultados de la autopsia, la inscripción de la defunción en el registro civil y la formalización del documento estadístico) y la última, con el informe definitivo de autopsia. Hay casos en los que el diagnóstico etiológico no será definitivo hasta que así lo indique el médico forense. Por tanto, entendemos que es fundamental que exista una comunicación bidireccional entre los IML y el Instituto Nacional de Estadística (INE) con idea de que estos casos, e incluso otros en que se haya modificado la etiología de muerte, no queden registrados de forma definitiva y que puedan modificarse a petición del forense. Este proceso no implicaría un retraso en el acceso a los datos ofrecidos por el INE, que los presenta tras un periodo de 2 años⁵. Este error se advierte y asume en la sección de limitaciones, donde se indica «que las cifras mayores por provincia y año sean de casos existentes».

En segundo lugar, se señala que la información del INE sobre mortalidad viene recogida por lugar de residencia del fallecido. A este respecto, debemos advertir que el INE ofrece la opción de obtener las cifras de suicidio por