

doctrina

Daño psicológico en los accidentes de tráfico

Alejandra Martín Blanes
Psicóloga Forense Titular

Sumario

I. - Introducción

II.- Criterios diagnósticos

2.1.- Trastorno de estrés postraumático

2.2.- Trastorno de depresión mayor

2.3.- Trastorno depresivo persistente (distimia)

2.4.- Otros trastornos neuróticos

III.- Gravedad

IV.- Simulación

V.- Autopsia psicológica

VI.- Discusión

Bibliografía

I. INTRODUCCIÓN

Cuando hay un accidente de tráfico, se pueden producir daños físicos en aquellas personas que están implicadas en el hecho, y es a través de este daño donde se suele pedir algún tipo de indemnización dejando de lado los daños psicológicos que pueden afectar a las mismas, aunque estos influyan en su vida cotidiana de igual manera que los daños físicos. Estos daños psicológicos se encuentran incluidos en los baremos establecidos en la Ley 35/2015, pudiendo encontrar en el mismo el trastorno de estrés postraumático, otros trastornos neuróticos, trastorno depresivo mayor crónico y el trastorno distímico como se puede observar en la tabla 1.

Como se puede ver en el artículo 33 de la ley anteriormente nombrada *"el principio de la reparación íntegra rige no sólo las consecuencias patrimoniales del daño corporal sino también las morales o extrapatrimoniales e implica en este caso compensar, mediante cuantías so-*

cialmente suficientes y razonables que respeten la dignidad de las víctimas, todo perjuicio relevante de acuerdo con su intensidad".

Esto implica la posibilidad de pedir indemnizaciones por el daño moral, y dentro de este daño, por el psicológico que haya podido ocasionar la vivencia del accidente y para ello son necesarias las periciales psicológicas llevadas a cabo por un psicólogo forense especializado, que evalúe la situación psicológica de la persona afectada y así ayudar al Poder Judicial para que establezca la cuantía que le corresponde a la misma.

En el artículo 52 de la misma Ley habla de los grandes lesionados *"A efectos de esta Ley se entiende por gran lesionado que no puede llevar a cabo las actividades esenciales de la vida ordinaria o la mayor parte de ellas"*. Normalmente, cuando una persona piensa en que otra no puede llevar a cabo las actividades de la vida diaria, atribuye esto a alguna deficiencia física, pero, ¿qué sucede con los daños psico-



lógicos que puede padecer el accidentado? Al igual que un daño físico, el que se desarrolle un trastorno de estrés postraumático o una depresión entre otros, puede afectar en la realización de las actividades normales que con anterioridad al accidente se llevaban a cabo pero que a posteriori no.

Cuando hablamos de actividades de la vida diaria en el artículo 51 hace referencia a "comer, beber, asearse, vestirse, sentarse, levantarse y acostarse, controlar esfínteres, desplazarse, realizar tareas domésticas, manejar dispositivos, tomar decisiones y realizar otras actividades análogas relativas a la autosuficiencia física, intelectual, sensorial y orgánica.". Por ejemplo, si a causa del accidente desarrolla una fobia o un trastorno de estrés postraumático impidiéndole conducir o subirse en cualquier automóvil, se puede considerar que hay interferencia en las actividades de la vida diaria, puesto que es una acción que podía realizar sin problema con anterioridad al hecho, pero que ahora no.

Además, se incluyen en esta ley, en el artículo 93, que las secuelas pueden ser "deficiencias físicas, intelectuales, orgánicas y sensoriales y los perjuicios estéticos que derivan de una lesión o permanecen una vez finalizado el proceso de curación". Asimismo, hay que tener en cuenta que cualquiera de las lesiones que menciona la ley puede afectar psicológicamente a la persona. Por ejemplo, una persona que a causa del accidente tiene una cicatriz en la cara puede generar en la misma inseguridad e incluso una depresión, no queriendo salir de su hogar.

Por otro lado, en el artículo 110.1 de la misma ley se habla de que los familiares de los grandes lesionados tienen igualmente derecho a recibir una indemnización por daño moral al haber una disminución de la calidad de vida de los mismos. Esto se debe a que las consecuencias y daños que puede tener el accidentado no solo influyen en su calidad de vida, sino que repercute en el resto de su familia y allegados. Un ejemplo de esto es cuando una madre o un padre tienen que quedarse al cuidado del hijo lesionado, afectando a que estos puedan realizar las labores que realizaban con anterioridad, como trabajar e incluso pudiéndose desarrollar algún tipo de trastorno como consecuencia del cuidado. Además, como habla en el artículo 36.3, los familiares de aquellos grandes lesionados tendrían derecho a recibir una indemnización para cubrir los gastos para tratamientos, no solo médicos sino también los psicológicos siendo estos por un máximo de 6 meses.

Cuando hablamos de calidad de vida, hacemos referencia a la definición que defiende la Organización Mundial de la Salud (OMS) (1948) "un estado de completo bienestar físico, psicológico y social y no meramente la ausencia de enfermedad".

En el artículo 108 se incluye que "El perjuicio grave ... El perjuicio moral por la pérdida de toda posibilidad de realizar una actividad laboral o profesional también se considera perjuicio grave", "El perjuicio moral por la pérdida de la actividad laboral o profesional que se venía ejerciendo también se considera perjuicio moderado" y "El perjuicio moral por la limitación o pérdida parcial de la actividad laboral o profesional que se venía ejerciendo se considera perjuicio leve con independencia del número de puntos que se otorgue a las secuelas". Por lo tanto, la ley establece que si las secuelas del accidente afectan a la vida laboral de la persona, esta tiene derecho a recibir una indemnización. Las secuelas pueden ser daños morales que pueden afectar al rendimiento laboral y por tanto al patrimonio de la persona.

En diversos estudios realizados se ha encontrado que los trastornos psicológicos más frecuentes que pueden afectar a las personas implicadas en un accidente son en primer lugar, los trastornos de tipo depresivo que incluyen la depresión mayor, la distimia y el trastorno depresivo recurrente, los cuales pueden mostrar sintomatología tal que provocan dificultad para conciliar el sueño, remordimientos y problemas de memoria. Este trastorno está seguido del trastorno de estrés postraumático o TEPT, como segundo con mayor prevalencia, donde se incluyen ansiedad o pánico a la hora de volver a conducir y donde incluso la persona puede llegar a tener recuerdos vividos sobre la experiencia del accidente; trastornos de ansiedad, siendo la fobia a volver a conducir la más frecuente o ansiedad generalizada; y por último trastornos somatomorfos. Finalmente se comprobó que las mujeres solían tener mayor probabilidad de padecer daño psicológico que los hombres. (Goldberg y Gara, 1990; Feinstein, Dolan, 1991; Mayou, Bryant, Ehlers, 2001).

Además, como se ha comentado con anterioridad, una de las consecuencias más frecuentes es la aparición de un trastorno de adaptación, que afecta a la vida de la persona, acompañándose de malestar y problemas emocionales (Esbec y Echeburúa, 2015).

Pero no solo es necesario haber sufrido un accidente para que se desarrollen estas patologías, sino que, se podría dar un trastorno depresivo o un TEPT, con la simple presencia de tal vivencia, lo que puede influir en el desarrollo de trastorno por uso de sustancias (Farley, Goding, Young, Mulligan, Minkoff, 2004).

Además, es importante tener en cuenta que la presencia de daño físico puede ser la causa o el agravante del daño psicológico, aumentando la probabilidad de desarrollar un trastorno de estrés postraumático, además de empeorar el nivel de vida y la calidad de la persona afectada (Vogt, King, King, 2007).

II. CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

Para llevar a cabo la evaluación y establecer si realmente se le ha desarrollado alguno de los trastornos referidos con anterioridad, los psicólogos forenses nos podemos basar en dos clasificaciones:

- DSM-5, Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales realizado por la Asociación

Americana de Psiquiatría. Este es el que se usa con mayor frecuencia.

- CIE-10, Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud, realizado por la Organización Mundial de la Salud, donde dedica un capítulo a los Trastornos Mentales y Conductuales. Aunque esta clasificación es usada en menor medida debido a que no se ha revisado su contenido durante años, en junio de 2018 se comenzó a publicar su nueva versión, la CIE-11, pudiéndose comenzar a utilizar próximamente.

Tanto si usamos el DSM-5 como si usamos la CIE, para diagnosticar un trastorno mental se debe usar las entrevistas diagnósticas de los mismos, ya que este nos ayuda a establecer un buen diagnóstico.

Puesto que en la actualidad el más usado es el DSM-5 nos centraremos en él.

2.1. TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO

Cuando se habla en el DSM-5 (2014) de trastorno de estrés postraumático, no solo se hace referencia a los mayores de edad, sino que también se incluyen a los menores, aunque con aquellos menores de 6 años se utiliza para su diagnóstico criterios diferentes.

En el caso de los adultos, el criterio A establece:

Exposición a la muerte, lesión grave o violencia sexual, ya sea real o amenaza, en una (o más) de las formas siguientes:

1. Experiencia directa del suceso(s) traumático(s).
2. Presencia directa del suceso(s) ocurrido a otros.
3. Conocimiento de que el suceso(s) traumático(s) ha ocurrido a un familiar próximo o a un amigo íntimo. En los casos de realidad de muerte de un familiar o amigo, el suceso(s) ha de haber sido violento o accidental.
4. Exposición repetida o extrema a detalles repulsivos del suceso(s)

traumático(s) (p. ej., socorristas que recogen restos humanos; policías repetidamente expuestos a detalles del maltrato infantil). (p.162)

Por lo que bajo este criterio, para diagnosticar el trastorno de estrés postraumático no solo recoge la idea de la vivencia del suceso en primera persona, si no que ser testigo o tener conocimiento de que la experiencia ha sido vivida por un familiar y que esta podía haberle provocado la muerte, puede desembocar en el trastorno.

Por su parte el criterio B establece:

Presencia de uno (o más) de los síntomas de intrusión siguientes asociados al suceso(s) traumático(s), que comienza después del suceso(s) traumático(s):

1. Recuerdos angustiosos recurrentes, involuntarios e intrusivos del suceso(s) traumático(s).
2. Sueños angustiosos recurrentes en los que el contenido y/o el afecto del sueño está relacionado con el suceso(s) traumático(s).

3. Reacciones disociativas (p. ej., escenas retrospectivas) en las que el sujeto siente o actúa como si se repitiera el suceso(s) traumático(s).

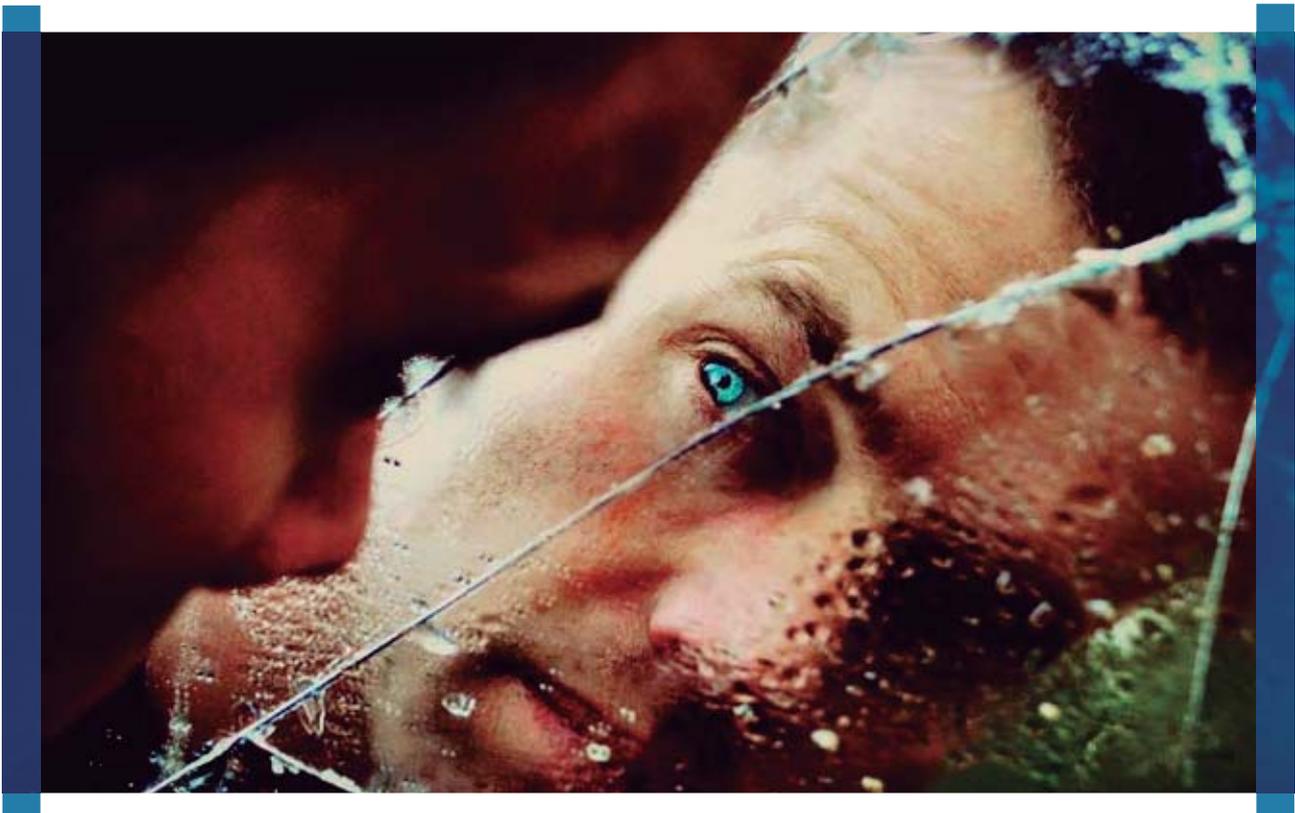
4. Malestar psicológico intenso o prolongado al exponerse a factores internos o externos que simbolizan o se parecen un aspecto del suceso(s) traumático(s).

5. Reacciones fisiológicas intensas a factores internos o externos que simbolizan o se parecen a un aspecto del suceso(s) traumático(s). (p. 163)

Este punto hace referencia a los síntomas que la persona puede padecer como resultado del suceso vivido, presenciado o contado.

En el criterio C, se hace hincapié en la importancia de la presencia de evitación de todo aquello que recuerda al accidente ya sean pensamientos o emociones, como lugares, actividades u objetos asociados al mismo.

Además, en el criterio D se establece que aparecen estados negativos cognitivos y emocionales que pueden aparecer tras el suceso o empeorar tras el mismo.



En el criterio D refiere que la persona se encuentra en un estado permanente de alerta y reactividad, pudiéndose encontrar más irritable y nerviosa.

Finalmente, en los últimos criterios, habla del tiempo que deben haber permanecido los síntomas, estableciendo al menos un mes, los cuales deben afectar a la vida de la persona en todos los ámbitos (laboral, social, etc) y no pueden estar causados por el consumo de sustancias como el alcohol, drogas o medicamentos.

2.2. TRASTORNO DE DEPRESIÓN MAYOR

En el trastorno de depresión mayor se debe tener en cuenta que el criterio A establece que los síntomas deben haber estado en un periodo mínimo de dos semanas en los que puede haber un estado de ánimo negativo o una pérdida significativa del interés o del placer.

Además, en los criterios B y C, al igual que en el caso del trastorno de estrés postraumático, los síntomas que presente la persona debe afectar negativamente en cualquier área de su vida y los mismos no pueden haber sido causados por el consumo de una sustancia.

Finalmente, en los criterios D y E, se deben descartar cualquier otro tipo de trastorno en el que pueden aparecer síntomas de depresión mayor como los trastornos de tipo psicóticos y no debe haberse manifestado ningún episodio maníaco o hipomaníaco.

2.3. TRASTORNO DEPRESIVO PERSISTENTE (DISTIMIA)

En el trastorno en el que nos encontramos, hay que tener presente que en el mismo se unen el trastorno de depresión mayor crónico y el distímico, ambos separados en la versión anterior, en el DSM- IV.

En el criterio A de este trastorno, se puede encontrar una gran diferencias con respecto al trastorno de depresión mayor ya que el estado de ánimo deprimido debe haber estado presente la mayor parte del tiempo, al menos dos años.

Por su parte, el criterio B establece que la persona debe presentar síntomas tales como problemas de autoestima, de apetito, de sueño y de concentración entre otros. Aunque este trastorno presente estos síntomas, como se es-

tablece en el criterio D, los síntomas del trastorno de depresión mayor pueden estar presentes durante los 2 años citados para que se cumpla el diagnóstico de dicho trastorno.

Por otro lado, en el criterio C hace especial hincapié en la necesidad de que los síntomas que dice padecer la persona no deben haber estado presentes con anterioridad al hecho, el accidente en este caso.

Finalmente en los últimos criterios (E, F, G, H) se tienen que descartar otros tipos de tras-



tornos como los ciclotímicos o los psicóticos, a una enfermedad médica y los síntomas no pueden estar causados por el consumo de otras sustancias como medicamentos, drogas o alcohol. Además, tiene que haber una interferencia significativa negativa en el ámbito social, laboral y demás áreas de la vida de la persona.

2.4. OTROS TRASTORNOS NEURÓTICOS

Esta denominación como tal, pertenece a la clasificación realizada por la OMS, la CIE-10, donde se incluyen los trastornos de ansiedad fóbica,

cuyos trastornos se encuentran en ambos manuales diagnósticos. Estos trastornos aparecen ante estímulos determinados que aunque no son peligrosos en sí, si generan en la persona un malestar significativo, por lo que tienden a evitarlo o a enfrentarlo con gran inquietud. Como se ha mencionado anteriormente, en la actualidad se le da mayor uso al DSM-5 a la espera de poder usar la nueva clasificación de la OMS, la CIE-11, por lo que nos centraremos en la nomenclatura y criterios usados en el DSM-5. En el DSM los siguientes trastornos se incluyen dentro de los denominados Trastornos de ansiedad:





1. Fobia específica: Trata de un trastorno caracterizado por el miedo o la ansiedad intensa por un estímulo determinado, como puede ser un objeto o una situación concreta que la persona intenta evitar continuamente o la tolera con alto grado de ansiedad o miedo. Este miedo es desproporcionado con respecto al peligro real que genera la situación o el objeto (Criterio A, B, C, D). El miedo, ansiedad o la evitación del estímulo es continuo y tiene una duración mínima de 6 meses, lo que produce un malestar significativo en las esferas del individuo y por tanto en su calidad de vida (Criterio E y F).
2. Trastorno de ansiedad social (Fobia social): Nos encontramos ante un trastorno en el que la ansiedad y el miedo lo generan las situaciones sociales en las que la persona se encuentra donde existe la posibilidad de que la misma sea juzgada por los que le rodean, al poder mostrarse ansioso o al actuar de alguna forma que pueda ser evaluado de manera negativa (Criterio A y B). Esta sintomatología que es desproporcionada al peligro real de la situación y que tiene una duración mínima de 6 meses, se genera siempre que la persona se encuentra en un contexto social, lo que produce que se intente evitar de manera continua o que se soporte con gran inquietud (Criterio C, D, E, F). Este malestar generado por la ansiedad, evitación o miedo perjudica significativamente el ámbito social, laboral u otras áreas importantes de la vida.
3. Agorafobia: Este trastorno, como se aparece en el criterio A, se caracteriza por el miedo intenso al uso de transporte público, a encontrarse tanto en lugares cerrados como abiertos y a encontrarse lejos del núcleo familiar sin ninguna compañía. Las situaciones vividas producen gran ansiedad y miedo provocado por la creencia de no poder escapar o ser ayudado si aparece algún síntoma de pánico o de otro tipo (Criterio B y C). Además, se produce una evitación continua de estas situaciones a causa del miedo o ansiedad que se producen de manera desproporcionada. La duración de esta es mínimo de 6 meses, lo que genera malestar clínico

significativo afectando a la vida de la persona (Criterios D, E, F, G).

Al igual que los trastornos depresivos y el trastorno de estrés postraumático, estos trastornos de ansiedad no pueden estar inducidos por el consumo de una sustancia, sea medicación, drogas o alcohol ni puede haber sido provocada por otra enfermedad médica.

III. GRAVEDAD

Una vez realizada la evaluación, en el caso de haberse establecido algún tipo de diagnóstico, se deberá establecer el nivel de gravedad del mismo, para así poder determinar cual es la indemnización correspondiente al daño ocasionado.

Para ello, la Ley 35/2015, como se puede observar en la tabla 1, dispone los tipos de grados (leve, moderado o grave), en los que se deberá situar al evaluado en función de su gravedad que dependerá de la sintomatología y de la intensidad de la misma.

IV. SIMULACIÓN

Cuando una persona que sufre un accidente de tráfico no padece ningún tipo de daño físico ni psicológico, puede llegar a fingir tales daños con la finalidad de poder recibir una indemnización. Estudios como los desarrollados por Carballall, Arce, Carrera y Novo (2003), demostraron que las personas tenemos la capacidad de fingir padecer un daño psicológico.

Es por esto por lo que cuando se pide un informe pericial en el que se determina la existencia de posibles daños psicológicos, es muy importante evaluar el posible engaño por parte del evaluado.

V. AUTOPSIA PSICOLÓGICA

Cuando se produce un accidente de tráfico con el resultado de la pérdida de una vida nos encontramos en ocasiones con que la misma tenía contratado un seguro de vida en el que la familia recibiría una indemnización como consecuencia del fallecimiento, pero solo si realmente ha sido accidental, quedando excluido de la póliza si la persona ha provocado el accidente con la finalidad de quitarse la vida. En este supuesto en el que la aseguradora no indemnizaría a la familia, es donde entra en juego

el papel del psicólogo forense, quién evaluará lo sucedido para finalmente determinar si la causa del fallecimiento ha sido un accidente o por lo contrario la persona se ha suicidado.

VI. DISCUSIÓN

Ante lo expuesto con anterioridad, podemos concluir la necesidad de la elaboración de informes periciales psicológicos en el ámbito de los accidentes de tráfico que en la actualidad son poco usados. Estos podría beneficiar no solo a las personas afectadas, sino a sus familiares. Para ello, para poder extender la indemnización a los familiares de grandes lesionados habría que evaluarlos para de esta manera verificar si realmente se ha producido un daño moral a causa del accidente del pariente lesionado.

Pero para determinar la cuantía no solo es necesario determinar la presencia de un trastorno mental, sino que será necesario establecer la gravedad del mismo así como la repercusión de este trastorno en el día a día del evaluado en cualquier ámbito de su vida. Por lo que a mayor gravedad y/o mayor repercusión en las áreas de la vida, mayor será la indemnización que perciba la persona.

Por otro lado, no solo se pueden realizar peritaciones psicológicas para los afectados en los accidentes, sino que las aseguradoras pueden y bajo nuestro punto de vista deben pedir informes periciales para valorar si realmente los afectados padecen un daño moral o no, ya que esto puede influir notablemente en la indemnización que perciba dicha persona. Incluso cuando nos encontramos ante un caso de muerte, sería necesario realizar una autopsia psicológica para así determinar si el accidente fue provocado quitándose la vida con la finalidad de que la familia reciba la indemnización del seguro de vida o si realmente ha sido un hecho accidental.

BIBLIOGRAFÍA

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Kupfer, D. J., Regier, D. A., Arango López, C., Ayuso-Mateos, J. L., Vieta Pascual, E., & Bagny Lifante, A. (2014). *DSM-5: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (5a ed.). Madrid, España: Editorial Médica Panamericana.

ASOCIACIÓN AMERICANA DE PSIQUIATRÍA. (2013). *Guía de consulta de los criterios*

diagnósticos del DSM 5. Arlington, Estados Unidos: Asociación Americana de Psiquiatría.

CARBALLAL, A., ARCE, R., CARRERA, O. Y NOVO, M. (2003). De la simulación de daño moral en accidente de tráfico. Congreso Virtual de Psiquiatría. Interpsiquis.

ESBECA E. Y ECHEBURÚA, E. (2015). Secuelas psíquicas en víctimas de accidentes de tráfico: un análisis clínico y pericial a la luz del nuevo baremo español. *Revista Española de Medicina Legal*, 41(4), 212-221.

FARLEY, M., GOLDING, J. M., YOUNG, G., MULLIGAN, M. Y MINKOFF J. R. (2004). Trauma history and relapse probability among patients seeking substance abuse treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 27(2), 161-167. Feinstein A, Dolan R. (1991). Predictors of post-traumatic stress disorder following physical trauma: an examination of the stressor criterion. *Psychological Medicine*, 21, 85-91.

GOLDBERG L, GARA MA. (1990). A typology of psychiatric reactions to motor vehicle accidents. *Psychopathology*. 23, 15-20.

MAYOU R, BRYANT B, EHLERS A. (2001). Prediction of psychological outcomes one year after a motor vehicle accident. *American Journal of Psychiatry*, 158(8), 1231-1238.

VOGT, D. S., KING, D.W. Y KING, L. A. (2007). Risk pathways for PTSD: Making sense of the literature. En M. J. Friedman, T. M. Keane, P. A. Resick. (Eds.) *Handbook of PTSD: Science and practice* (pp. 99-115). New York, United States: Guilford Press.

WHOQOL GROUP (1995). The World Health Organization Quality of life assessment (WHOQOL): Position Paper from the World Health Organization. *Social Science & Medicine*, 41(10), 1403-1409.

Tabla 1. Baremo daños morales

B) PSQUIATRIA Y PSICOLOGIA CLINICA		
1. Trastornos Neuróticos		
Secuelas derivadas del estrés postraumático: Es indispensable que el cuadro clínico se produzca como consecuencia de un accidente de circulación de naturaleza excepcionalmente amenazante o catastrófica en el que se hayan producido lesiones graves o mortales, y en el que la víctima se haya visto directamente involucrada.		
Se requiere que haya existido diagnóstico, tratamiento y seguimiento por especialista en psiquiatría o psicología clínica de forma continuada. Para su diagnóstico se deben cumplir los criterios del DSM-V o la CIE10 y sus correspondientes actualizaciones. Asimismo, para establecer la secuela se precisa, tras alcanzar la estabilización del cuadro ansiosofóbico, de un informe médico psiquiátrico o un informe psicológico de estado, con indicación de intensidad sintomática y la repercusión sobre su relación social.		
Los criterios para la determinación de los grados de esta secuela se basarán en la periodicidad de los síntomas, y la gravedad de los mismos.		
01158	• Leve: Manifestaciones menores de forma esporádica.	1-2
01159	• Moderado: Fenómenos de evocación, evitación e hiperactivación frecuentes.	3-5
01160	• Grave: Síntomas recurrentes e invasivos de tipo intrusivo. Conductas de evitación sistemática, entrañando un síndrome fóbico severo. Estado de hipervigilancia en relación con los estímulos que recuerdan el trauma, pudiendo acompañarse de trastornos depresivos y disociativos. Presencia de ideación suicida.	6-15
01161	Otros trastornos neuróticos	1-5
2. Trastornos Permanentes del Humor		
En caso de graves lesiones postraumáticas con tratamientos complejos y de larga duración y con secuelas importantes, puede subsistir un estado psíquico permanente, consistente en alteraciones persistentes del humor. Se descartan en este apartado aquellos casos en los que hayan existido antecedentes de patología afectiva previa, que se valorarán como agravación de un estado previo.		
Trastorno depresivo mayor crónico:		
01162	• Leve: El síndrome debe cumplir al menos cuatro criterios de los nueve descritos en el DSM-V o tres de los siete del CIE10. Precisa seguimiento médico o psicológico frecuente por especialista con terapéutica específica	4-10
01163	• Moderado: El síndrome debe cumplir al menos cinco criterios de los nueve descritos en el DSM-V o cuatro de los siete del CIE10. Precisa seguimiento médico o psicológico continuado por especialista con necesidad de tratamiento específico con o sin hospitalización en centro psiquiátrico.	11-15
01164	• Grave: El síndrome debe cumplir al menos siete criterios de los nueve descritos en el DSM-V o cinco de los siete del CIE10. Precisa seguimiento médico o psicológico continuado por especialista con tratamiento específico y hospitalización en centro psiquiátrico.	16-25
01165	Trastorno distímico: Precisa seguimiento médico o psicológico esporádico y tratamiento intermitente, según criterios DSM-V o CIE10	1-3
3. Agravaciones		