

**DETERIORO NEUROCOGNITIVO Y PSICOPATOLÓGICO SECUNDARIOS
TRATAMIENTO ONCOLÓGICO: UN ESTUDIO DE CASO**

Coral Ariño Jordán¹

Asociación Neuropsicológica Forense

Antonio Gheorghe

Universidad de Valencia

RESUMEN

El presente trabajo analiza, desde una perspectiva de neuropsicología forense, el deterioro neurocognitivo y psicopatológico secundario a tratamientos oncológicos en una mujer con cáncer de mama, ilustrado mediante un estudio de caso único. El objetivo pericial fue determinar el estado neuropsicológico y psicopatológico actual y su impacto en el funcionamiento personal, social y laboral, en el contexto de una reclamación de ampliación del grado de incapacidad laboral. Los resultados muestran un perfil de afectación significativa incompatible con el desempeño seguro y autónomo de su ocupación habitual como peón industrial y limita de forma sustancial sus posibilidades de integración en otros entornos laborales estándar.

Palabras clave: Deterioro neurocognitivo; quimiocerebro; cáncer de mama; inhibidores de la aromatasa; trastorno depresivo mayor; neuropsicología forense; discapacidad funcional.

ABSTRACT

This article examines, from a forensic neuropsychology perspective, neurocognitive and psychopathological impairment secondary to cancer treatments in a woman with breast cancer, illustrated through a single-case study. The forensic objective was to determine the current neuropsychological and psychopathological status and its impact on personal, social and occupational functioning, in the context of a legal claim for an increased degree of permanent disability. Findings revealed a profile proved incompatible with safe and autonomous performance of her usual manual work as an industrial labourer and substantially limited her capacity to integrate into other standard occupational settings.

Keywords: chemobrain; breast cancer; aromatase inhibitors; major depressive disorder; neurocognitive impairment; forensic neuropsychology; functional disability.

*Correspondencia: Coral Ariño Jordán
Correo electrónico: coral.arino@gmail.com
Fecha de recepción: 30 de abril de 2024
Fecha de aceptación: 9 de julio de 2024*

INTRODUCCIÓN

La evidencia científica acumulada indica que durante y después de finalizar el tratamiento de quimioterapia, la memoria y otros procesos cognitivos puede verse afectados (Argyriou et al., 2011). Este fenómeno, coloquialmente denominado “*chemobrain*”, “*chemofog*” o deterioro cognitivo relacionado con el cáncer, ha sido documentado en numerosos estudios con pacientes oncológicos. De forma general todas las investigaciones acerca de esta temática se encontraron en una dirección negativa, es decir, indican que los pacientes que han recibido quimioterapia demostraban un desempeño cognitivo inferior en la comparación con sujetos sanos (Ono et al., 2015). Estos déficits neurocognitivos post-quimioterapia, si bien suelen ser sutiles en muchos casos, pueden persistir a largo plazo y mermar la calidad de vida del superviviente de cáncer.

Los datos de multitud de investigaciones (Anderson-Hanley et al., 2003) son consistentes con la idea de un efecto adverso del tratamiento oncológico, con una magnitud prominente en las siguientes áreas: función ejecutiva, memoria verbal y visual, y velocidad de procesamiento de la información. Del mismo modo, el tratamiento para el cáncer en adultos puede tener un impacto en una gran variedad de funciones neuropsicológicas, afectando de manera desigual y provocando efectos entre ligeros y moderados (Jansen et al., 2005), encontrándose por ejemplo menos afectaciones en las áreas de lenguaje y memoria verbal. Las estimaciones epidemiológicas recientes subrayan la relevancia clínica de estos trastornos cognitivos: un metaanálisis de 52 estudios reportó que aproximadamente una de cada tres supervivientes de cáncer de mama presenta un deterioro cognitivo clínicamente significativo tras la quimioterapia (Whittaker et al., 2022). Tales hallazgos refuerzan la necesidad de reconocer el *deterioro neurocognitivo post-tratamiento oncológico* como un efecto secundario frecuente y significativo en oncología.

Las alteraciones cognitivas observadas tienen correlatos neurobiológicos. Existe un estudio muy significativo (Kesler et al., 2013) que ha demostrado una reducción del volumen hipocampal izquierdo y por tanto una reducción en el desempeño de la memoria. Estos resultados son consistentes con otros estudios previos que utilizaron métodos de análisis de neuroimagen complementarios (Bergouignan et al., 2011; McDonald et al., 2010).

En particular, el estudio McDonald et al. (2010) indicó que una reducción de la materia gris en las regiones mesiales temporales (incluyendo el hipocampo) ocurrieron tan sólo un mes tras la quimioterapia y no mostraron recuperación como ocurre en otras zonas. Este patrón de daño cerebral focal en estructuras clave para la memoria apoya la base orgánica del fenómeno de *quimiocerebro*.

De forma añadida, estudios con resonancia magnética funcional y otras técnicas han reportado alteraciones en la conectividad cerebral y en la activación neural durante tareas cognitivas en pacientes post-quimioterapia (Whittaker et al., 2022) lo que sugiere cambios funcionales sutiles que acompañan a los déficits cognitivos medibles. En conjunto, la evidencia neurofisiológica corrobora la existencia de cambios estructurales y funcionales subyacentes al deterioro cognitivo asociado al tratamiento del cáncer.

Más allá de la quimioterapia, las terapias endocrinas adyuvantes empleadas en cáncer de mama (p. ej., los inhibidores de la aromatasas como el letrozol) también se han implicado en el deterioro neurocognitivo de las pacientes sobrevivientes. La literatura más reciente enfatiza que los efectos cognitivos adversos de la terapia endocrina suelen estar subestimados, pero pueden afectar significativamente la calidad de vida y la adherencia al tratamiento (Haggstrom et al., 2022).

En términos mecanísticos, el Letrozol tiene la capacidad para cruzar la barrera hematoencefálica del cerebro inactiva o bloquea los receptores de estrógeno que están presentes en las neuronas del hipotálamo, corteza prefrontal e hipocampo, áreas cognitivas íntimamente relacionadas con la memoria, atención y funciones ejecutivas. Consecuentemente, diversos estudios han observado que este fármaco, utilizado como terapia hormonal sustitutiva tras la menopausia, ha mostrado un empeoramiento en la cognición en mujeres de más de 65 años en lugar de prevenir el declive cognitivo, e incluso efectos negativos en mujeres perimenopáusicas bajo tratamientos preventivos contra el cáncer (Batalo et al., 2011). Asimismo, mujeres tratadas con estos fármacos (inhibidores de la aromatasas) presentan consecuencias neuroconductuales inducidas, con una mayor probabilidad de mostrar déficit en la memoria, una respuesta aumentada al dolor y otras alteraciones emocionales (Rosenfeld et al., 2018). De hecho, las revisiones sistemáticas y metaanálisis (Bernhard et al., 2018) han informado de forma consistente la presencia de déficits cognitivos durante y después del uso de letrozol en el tratamiento del cáncer de mama.

En suma, el impacto neurocognitivo de las terapias antihormonales, aunque menos aparatoso que el de la quimioterapia, está firmemente respaldado por la evidencia y no debe ser soslayado en la atención integral de las pacientes oncológicas postmenopáusicas (Haggstrom et al., 2022).

La creciente documentación de deterioros cognitivos y psicológicos asociados a los tratamientos oncológicos ha impulsado su reconocimiento como un efecto adverso real que puede comprometer la reinserción laboral, la autonomía funcional e incluso el bienestar emocional de los supervivientes de cáncer. Cabe señalar que, en muchos casos, estos déficits cognitivos se acompañan de sintomatología psicopatológica secundaria, como mayores niveles de ansiedad, depresión o fatiga, los cuales pueden agravar la percepción subjetiva de *falta de concentración* o *memoria borrosa* reportada por los pacientes (Vardy, 2008).

Dicha combinación de secuelas neurocognitivas y emocionales plantea desafíos no sólo en el ámbito clínico sino también en el contexto forense neuropsicológico, donde es preciso determinar con rigor científico el alcance de dichos daños en casos individuales. En este artículo se presenta un estudio de caso de evaluación neuropsicológica forense que ilustra de forma detallada estas secuelas neurocognitivas y psicopatológicas secundarias al tratamiento oncológico.

A través de esta aproximación de caso único, se busca evidenciar la importancia de una evaluación neuropsicológica exhaustiva y fundamentada en la literatura científica actual para la adecuada documentación pericial de los efectos cognitivos y psicológicos post-tratamiento oncológico.

Resumen del caso

La evaluada, actualmente en la segunda mitad de la cuarentena, arrastra un proceso oncológico mamario que se remonta a su primera juventud. A comienzos de la década de 2000, con apenas veinticuatro años, fue intervenida por una lesión benigna (fibroadenosis). Poco después se le extirpó tejido glandular ectópico localizado en la axila. Durante la década siguiente aparecieron nódulos de nueva aparición que obligaron a intensificar la vigilancia. Tras varios estudios de imagen y biopsias, se decidió una mastectomía bilateral profiláctica acompañada de reconstrucción con prótesis.

Esa cirugía, junto a los retoques plásticos practicados en años posteriores (injertos de grasa y capsulectomías), dejó una cascada de complicaciones: necrosis cutánea, contracturas capsulares, dolor neuropático y pérdida de fuerza que limita la abducción y la rotación del hombro izquierdo, lo cual repercute de forma directa en las actividades que exigen esfuerzo o elevación sostenida del brazo.

La afectación física se vio pronto acompañada de un deterioro anímico. La paciente fue derivada a Psicooncología hace 12 años y desde entonces recibe atención psiquiátrica intermitente. Los especialistas han documentado un trastorno distímico prolongado que se reagudiza cada vez que surgen nuevas complicaciones o cirugías. Las intervenciones, además, alteraron la imagen corporal y acentuaron la sensación de pérdida de control, elementos que han alimentado episodios de ansiedad, insomnio, baja tolerancia a la frustración y, en fases críticas, ideas de inutilidad. El tratamiento de base combina sertralina como antidepresivo, benzodiacepinas de rescate para el sueño e intervención psicológica centrada en reestructuración cognitiva y ventilación emocional. Pese a estos abordajes, persisten labilidad afectiva, anhedonia y dificultades de concentración y memoria, síntomas que la propia paciente describe como “una nube constante”.

Dos décadas después del primer hallazgo mamario apareció un carcinoma ductal infiltrante en la mama contralateral, ya con afectación ganglionar. Se inició entonces quimioterapia neoadyuvante seguida de mastectomía simple y vaciamiento axilar. La anatomía patológica confirmó la naturaleza infiltrante (los márgenes quirúrgicos fueron negativos), pero el posoperatorio cursó con fibrosis, sensación de tirantez e hipofunción del brazo derecho, agravando el cuadro de limitación bilateral. A los antineoplásicos se sumó hormonoterapia secuencial (tamoxifeno primero, letrozol después), con los efectos secundarios típicos de estos fármacos: sudoración, cefalea, artralgias y, recientemente, hipoacusia atribuida al cóctel quimioterápico. Desde la recaída maligna la paciente depende de analgésicos mayores para el dolor y de fisioterapia pautada, aunque tolera mal las movilizaciones activas a alta carga.

Transcurrido un año completo de Incapacidad Temporal, la administración evaluó su situación y reconoció una Incapacidad Permanente en grado Total, circunscrita a su oficio manual como peón industrial. El dictamen subrayaba la incompatibilidad de la sobrecarga mecánica repetitiva sobre ambos miembros superiores con las secuelas orgánicas y el dolor crónico. No obstante, la paciente interpuso reclamación solicitando

el grado Absoluto. Alegó que, además de la limitación física, que le impide tareas simples como levantar objetos livianos, peinarse o abrocharse prendas por encima del hombro, sufre un síndrome ansioso-depresivo resistente a tratamiento, limitación de su rendimiento cognitivo y su capacidad para sostener rutinas básicas.

Los informes clínicos más recientes corroboran la persistencia de dolor neuropático, pérdida de fuerza y rango de movimiento en ambos hombros, hipoacusia sensorineural, fallos atencionales y quejas mnésicas. A ello se suma la carga genética: estudios de cribado revelaron mutación patogénica en el gen BRCA2, por lo que está incluida en la lista de espera para una ooforectomía profiláctica. En conjunto, la evolución se considera crónica y potencialmente progresiva tanto en el plano físico (por la posibilidad de nuevos tumores relacionados con BRCA2) como en el emocional, donde la vulnerabilidad afectiva puede recrudecerse ante cada evento médico. El pronóstico funcional es reservado: las barreras físicas (dolor, fuerza reducida y restricción articular) limitan de forma significativa la autonomía laboral y gran parte de las actividades de la vida diaria; paralelamente, la fragilidad psicológica continua exige seguimiento especializado prolongado.

Objeto de la pericial

La persona peritada solicita, a través de su letrada, la realización de un informe pericial con el objeto de determinar el estado neuropsicológico y psicopatológico actual, así como el impacto que esto tiene sobre su desempeño funcional en los ámbitos personal, familiar, social y profesional.

METODOLOGIA

Se ha llevado a cabo el estudio detallado de la documentación disponible en el expediente judicial, los informes clínicos obrantes en la historia médica de la peritada y anteriores dictámenes técnico-facultativos de relevancia.

Del mismo modo, se ha realizado un total de 8 horas de entrevista pericial semiestructurada destinadas a recoger datos anamnésicos y del entorno familiar y laboral, así como explorar variables emocionales, conductuales y adaptativas.

A continuación, se procedió a la administración de las siguientes pruebas:

- Subtest de orientación del Test Barcelona revisado adaptación española de Peña-Casanova (2005).

- WAIS-IV. Escala de Inteligencia de Wechsler para Adultos – IV (Wechsler et al., 2012).
- WMS-IV. Escala de Memoria de Wechsler – IV (Wechsler, 2013).
- CPT-II. Conners' Continuous Performance Test – II (Conners, 2000).
- D2-R. Test de Atención Revisado (Brieckencamp et al., 2022).
- TMT (A y B). Trail Making Test A y B (Reitan, 1992).
- Stroop Test. Test de colores y palabras (Golden, 1994).
- Figura compleja de Rey-Osterrieth. Test de copia y recuerdo diferido de la figura (Meyers y Meyers, 1995).
- TAVEC. Test de Aprendizaje Verbal España-Complutense (Benedet y Alejandre, 1998).
- Subtest Mapa del Zoo (prueba perteneciente al BADS, *Behavioural Assessment of the Dysexecutive síndrome*) (Wilson, 2007).
- TOMM. Test de simulación de Problemas de Memoria (Tombaugh et al., 2011.)
- PAI. Inventario de Evaluación de Personalidad (Morey, 2004).
- WHODAS 2.0. Cuestionario de Evaluación de la Discapacidad de la OMS (Üstün et al., 2010).
- ABAS-II. Sistema de Evaluación de la Conducta Adaptativa (Oakland y Harrison, 2013).

RESULTADOS

Evaluación Pericial Neuropsicológica Por funciones Y Procesos Cognitivos

La persona evaluada se muestra orientada en persona, espacio y tiempo, con un nivel de conciencia lúcido.

En los *procesos atencionales*, presenta un funcionamiento irregular e impulsivo, con bajo control atencional y escasa adaptación a los cambios. En la prueba CPT-II, su desempeño fue límite, con un 50.10% de probabilidad de alteración en atención sostenida y selectiva. El test d2 mostró un rendimiento bajo en velocidad y precisión, y aunque en la prueba Trail Making Test A obtuvo puntuaciones medias, el perfil general indica

afectación en atención sostenida, selectiva y dividida, especialmente en contextos complejos o con alta carga estímulo-respuesta.

Respecto a la *velocidad de procesamiento*, se observa bradipsiquia significativa, mantenida a lo largo de toda la evaluación y referida también por la propia paciente. En la escala WAIS-IV (IPV) se refleja un procesamiento muy enlentecido que afecta a tareas con alta exigencia temporal, incluyendo seguimiento de instrucciones, toma de decisiones o aprendizaje de nueva información.

Las *praxias y habilidades visuconstructivas* se encuentran conservadas, sin dificultades en la ejecución de gestos ni en la copia de la prueba Figura Compleja de Rey.

En *memoria y aprendizaje*, se evidencian déficits significativos en la memoria episódica reciente, con afectación en codificación, almacenamiento y recuperación. En la escala WMS-IV, el Índice de Memoria Inmediata se sitúa en el percentil 2, y el resto de los índices muestran también puntuaciones bajas. En la prueba TAVEC, la capacidad de aprendizaje verbal es muy reducida, sin uso espontáneo de estrategias, con interferencia significativa y frecuentes perseveraciones. En el recuerdo visual libre, el rendimiento fue pobre pese a una copia correcta, indicando afectación de la memoria visual. La paciente es consciente de sus olvidos y utiliza apoyos externos, aunque con dificultad para gestionarlos sin ayuda.

El *lenguaje* se mantiene dentro de la normalidad, sin alteraciones en comprensión, expresión ni uso pragmático.

En *funciones ejecutivas*, se evidencia un perfil disfuncional. El Índice de Memoria de Trabajo de la escala WAIS-IV se sitúa en el percentil 5. Las tareas de fluencia verbal arrojan un rendimiento inferior a la media. En el test Stroop se observan dificultades en la inhibición de respuestas automáticas y lentitud general.

Las tareas del Test de las Anillas y de la batería BADS muestran alteraciones en planificación, organización y supervisión de la conducta. Estas limitaciones comprometen su autonomía para estructurar tareas, resolver imprevistos y tomar decisiones.

Validez de Síntomas y del Rendimiento

Dado el contexto forense y la posibilidad de ganancia secundaria, se aplicaron protocolos específicos para descartar simulación o exageración de síntomas.

Se utilizó el sistema internacionalmente aceptado denominado “criterios de Slick” (actualizados en 2020; Sherman et al., 2020), que permiten valorar la presencia de distorsión sintomática a nivel neurocognitivo, somático o psiquiátrico. En su caso, no se hallaron indicios de respuesta sesgada o inconsistente. Tanto la prueba TOMM como el test de los 15 ítems de Rey mostraron rendimientos dentro del rango esperado para contexto forense. Del mismo modo, las puntuaciones obtenidas en el cuestionario PAI se situaron en parámetros normales.

Evaluación Pericial Psicopatológica

La evaluada acude a la exploración en actitud colaboradora, manteniendo un adecuado rapport, aunque se observa falta de iniciativa.

Durante la entrevista, refiere un estado emocional marcado por tristeza, ansiedad, problemas de memoria y concentración, con sensación de incapacidad para afrontar tareas cotidianas. El dolor crónico y el deterioro físico limitan significativamente su autonomía en actividades básicas como vestirse, ducharse o realizar tareas domésticas. Manifiesta preocupación ansiosa, labilidad emocional, desesperanza, anhedonia, apatía y tendencia a la clinofilia. Refiere uso de agenda para compensar olvidos y reconoce dificultades para mantener la iniciativa y cumplir objetivos. Este estado emocional ha sido tratado con psicofármacos (sertralina y lorazepam), psicoterapia y seguimiento psiquiátrico continuado.

En el cuestionario PAI, se obtiene un perfil válido y las escalas clínicas reflejan un cuadro grave, con elevadas puntuaciones en quejas somáticas, fatiga crónica, alteraciones sensoriomotoras y sobreidentificación con el rol de paciente. Se evidencian preocupaciones excesivas, tensión interpersonal y síntomas fisiológicos, así como sintomatología compatible con Trastorno por Estrés Postraumático. Las puntuaciones sugieren un episodio depresivo mayor, con tristeza, anhedonia, insomnio, reducción de energía y libido, problemas de concentración e indecisión e ideación suicida, acompañada de riesgo de autolesiones.

Se observan también alteraciones en pensamiento, aislamiento social y expresión comunicativa, junto con rasgos de inestabilidad emocional e impulsividad. Muestra irritabilidad y las escalas de agresión reflejan hostilidad verbal, física y baja tolerancia a la frustración.

A nivel interpersonal, conserva cierto grado de adaptación, aunque con tendencia al retraimiento. No se detectan problemas en el consumo de sustancias.

En conjunto, el perfil clínico refleja un deterioro psicológico severo. El Trastorno de Adaptación Mixto diagnosticado dos años antes ha evolucionado a un Trastorno Depresivo Mayor, Episodio Único, Moderado (296.21/F32.0), de acuerdo con los criterios del DSM-5. Esta sintomatología, descrita por la OMS como una alteración del estado de ánimo caracterizada por tristeza persistente, irritabilidad, vacío emocional y pérdida de interés, se acompaña de importantes dificultades cognitivas (atención, concentración, toma de decisiones), que constituyen uno de los criterios nucleares para el diagnóstico según DSM-5 y CIE-11.

Evaluación del Desempeño Funcional y las Necesidades de Apoyo

Se ha evaluado el impacto funcional de las alteraciones cognitivas en su vida diaria, observándose una afectación global de su autonomía e integración en los entornos familiar, social y laboral.

En el cuestionario ABAS-II, el Índice General de Conducta Adaptativa se sitúa en un nivel muy bajo, con puntuaciones también inferiores a lo normativo en los tres dominios principales. Estas cifras reflejan una necesidad clara de intervención en aspectos básicos como la comunicación, la toma de decisiones, el autocuidado y la interacción social. A nivel conceptual, se observan graves dificultades para expresar ideas, comprender información abstracta y organizar actividades diarias. En el plano social, la capacidad para mantener actividades recreativas y vínculos sociales está gravemente comprometida, lo que incrementa el riesgo de aislamiento. En el dominio práctico, se identifican importantes déficits en el uso de recursos comunitarios, en la gestión del hogar y en las tareas básicas de autocuidado. Aunque se aprecia una cierta preservación en habilidades sociales, su aprovechamiento se ve limitado por el estado emocional actual.

En la prueba WHODAS 2.0 refuerza esta impresión global y se reportan dificultades en la concentración, comunicación, movilidad (especialmente al mantenerse

de pie o desplazarse), cuidado personal, relaciones interpersonales y realización de actividades domésticas.

Además, manifiesta un impacto emocional significativo que interfiere con su participación social y con la percepción de bienestar general.

Las repercusiones en las funciones de su puesto de trabajo

El deterioro cognitivo y emocional repercute de forma significativa en su capacidad para desempeñar su trabajo habitual como peón industrial, función que exige esfuerzo físico, atención sostenida, rapidez mental y capacidad organizativa.

La evaluación realizada evidencia alteraciones en diversas funciones cognitivas, lo que compromete tareas clave como operar maquinaria, seguir instrucciones, adaptarse al ritmo de producción o gestionar documentación. Estas funciones presentan un grado de afectación entre “límite” y “alterado”, dificultando el cumplimiento de los niveles de concentración, precisión y agilidad exigidos. Aunque puede mantener cierto rendimiento en tareas estructuradas, sufre importantes dificultades en situaciones que requieren multitarea, toma de decisiones rápida o adaptación a imprevistos. Este perfil funcional, vinculado a secuelas derivadas de tratamientos oncológicos y a un trastorno depresivo mayor en curso, resulta incompatible con el desempeño autónomo y seguro de su puesto laboral.

De forma mucho más detallada a continuación, se puede ver en la Tabla 1 la descripción de las ocupaciones que realiza habitualmente una operaria en un trabajo en cadena y diversas responsabilidades y funciones típicas que se realizan habitualmente en la jornada de cualquier puesto de trabajo de las características que la evaluada pueda desempeñar, debido a su nivel conocimientos básicos y de estudios primarios.

Junto a esta descripción, se ha añadido a “*la traducción*” en términos cognitivos de las áreas que caractericen cada una de las tareas que debe realizar diariamente en la ejecución de su trabajo, así como el grado de afectación que la evaluada presenta para la realización de cada una de las tareas.

Tabla 1*Área comprometida y grado de afectación en la persona peritada*

Tarea	Área Cognitiva	Grado de afectación
Capacidad para operar equipos de procesamiento de alimentos	Atención sostenida/Resolución de problemas/ Memoria verbal	Alterada
Capacidad para usar herramientas manuales básicas	Atención sostenida/ capacidad de planificación y organización	Alterada/Límite
Atención al detalle	Atención sostenida/ Capacidad de planificación y organización	Alterada
Capacidad para seguir instrucciones	Memoria / Planificar, organizar la información	Alterada
Capacidad para adaptarse a los cambios de ritmo	Atención sostenida Capacidad de planificación y organización	Alterada
Adecuada capacidad de visualización y agudeza visual	Atención sostenida/Memoria visual	Límite / Alterada
Atender llamadas telefónicas, correos informáticos	Atención sostenida/ Memoria verbal/ Capacidad de planificación y organización	Alterada
Capacidad para manejo básico de ordenador, maquinaria industrial	Atención sostenida/Resolución de problemas/ Memoria verbal	Alterada
Manejar y aprendizaje de programas informáticos.	Atención sostenida Memoria verbal, visual/ Memoria de trabajo Capacidad de planificación y organización	Límite / Alterada
Manejo y control de vehículos pesados	Capacidad de planificación/ Atención sostenida	Alterada
Revisar albaranes, facturas, y stock	Capacidad de planificación y organización	Alterada

Como se puede apreciar, los requerimientos básicos de un puesto de trabajo genérico en cuanto a la carga mental implican fundamentalmente, atención, capacidad de trabajo rápido y cambiante, capacidad de planificación y organización, agudeza visual y apremio. Estas habilidades cognitivas son fundamentalmente mnésicas y las denominadas funciones ejecutivas. Son todas aquellas capacidades necesarias para la formulación de objetivos, planificación y organización de las etapas, medios necesarios para conseguir un propósito, su realización y control.

DISCUSIÓN FORENSE

La presente evaluación pericial no ha revelado indicadores conductuales ni psicométricos que sugieran inconsistencias ni un estilo de respuesta sesgado o simulador. Tanto los criterios de Slick (Sherman et al., 2020) como las pruebas específicas de detección de simulación y los índices de validez empleados descartan con claridad la presencia de intencionalidad en la producción de síntomas.

Desde un punto de vista neuropsicológico, se han evidenciado disfunciones relevantes en atención (sostenida, selectiva y dividida), memoria (verbal, episódica y visual), funciones ejecutivas (planificación, flexibilidad, toma de decisiones, supervisión y control de la acción) y velocidad de procesamiento, con un enlentecimiento generalizado. Este patrón deficitario se encuentra en estrecha concordancia con lo descrito en la literatura tanto sobre el impacto neurocognitivo del trastorno depresivo mayor como sobre las secuelas asociadas a tratamientos oncológicos prolongados, incluidas la quimioterapia y las terapias hormonales como los inhibidores de la aromatasa.

En el caso de los estados depresivos, múltiples estudios han documentado alteraciones significativas en concentración, memoria episódica, atención sostenida y funciones ejecutivas, generando un perfil caracterizado por olvidos frecuentes, enlentecimiento mental y dificultades en la organización y planificación.

La clínica observada en la evaluada coincide con este patrón. Por su parte, los tratamientos oncológicos han sido ampliamente relacionados con déficits persistentes en funciones cognitivas superiores, fenómeno recogido en la literatura como “quimiocerebro”, que incluye alteraciones en la memoria verbal y visual, la atención, la velocidad de procesamiento, la planificación y el aprendizaje de tareas nuevas. Las dificultades observadas (en atención, memoria y función ejecutiva) son consistentes con estas evidencias. Asimismo, se ha documentado que mujeres tratadas con inhibidores de la aromatasa como el Letrozol presentan deterioro en la memoria verbal episódica y dificultades de concentración, lo cual coincide de nuevo con el perfil hallado.

La convergencia entre las secuelas cognitivas propias del tratamiento oncológico y los efectos del trastorno depresivo mayor explica la magnitud y estabilidad de las disfunciones detectadas, así como su impacto en la vida cotidiana.

Desde el punto de vista funcional, se ha evaluado cómo estas limitaciones comprometen su autonomía en la realización de actividades básicas e instrumentales. Aunque conserva cierta capacidad para llevar a cabo funciones esenciales como la alimentación o el aseo personal, el análisis global del perfil adaptativo indica una afectación grave con un Índice General de Conducta Adaptativa situado en un nivel muy bajo. Esta conclusión se ve reforzada por los resultados del WHODAS 2.0, donde la puntuación total corresponde a una discapacidad moderada según la Clasificación Internacional del Funcionamiento (CIF), con dificultades notables en áreas como concentración, movilidad, cuidado personal, relaciones sociales y gestión doméstica.

Estas limitaciones adquieren especial relevancia cuando se analizan desde la perspectiva de las exigencias laborales. Las funciones propias de su puesto como peón industrial implican atención sostenida, rapidez en la ejecución, toma de decisiones, planificación y manejo de instrucciones complejas en entornos de alta demanda. La evaluada no dispone actualmente de los recursos cognitivos ni emocionales necesarios para sostener ese nivel de rendimiento. Si bien puede conservar cierto desempeño en tareas estructuradas, su perfil actual impide una integración laboral plena, autónoma y segura en cualquier entorno profesional estándar.

En consecuencia, a la luz del conjunto de resultados, se puede afirmar con cierto grado de certeza que presenta importantes limitaciones para adaptarse a cualquier contexto profesional. Dichas limitaciones son atribuibles a la interacción entre los efectos del tratamiento oncológico recibido y la evolución de su trastorno depresivo mayor, lo cual compromete su funcionamiento en todos los niveles evaluados. Se justifica por tanto la necesidad de apoyos estables y un abordaje interdisciplinar orientado a preservar su bienestar psicológico, funcional y social.

CONCLUSIONES

Los resultados obtenidos en la presente evaluación pericial permiten afirmar que el perfil neuropsicológico y psicopatológico de la peritada se caracteriza por una afectación generalizada en funciones cognitivas clave para el desempeño funcional autónomo.

La exploración psicopatológica confirma la evolución hacia un trastorno depresivo mayor, con sintomatología emocional severa y persistente que intensifica el deterioro funcional y refuerza el perfil de vulnerabilidad clínica.

Desde una perspectiva funcional, se evidencia un nivel bajo de competencia adaptativa y una discapacidad moderada, con impacto directo sobre la autonomía en las tareas básicas e instrumentales de la vida diaria, así como en la participación social. Las dificultades identificadas afectan a la comunicación, el uso de recursos comunitarios, la gestión del hogar, la autodirección y el desarrollo de relaciones interpersonales significativas.

Especialmente relevante resulta la afectación de aquellas funciones que condicionan el desempeño laboral. La integración de procesos como atención sostenida, velocidad de procesamiento, planificación y toma de decisiones, fundamentales en cualquier entorno profesional, se encuentra comprometida. Las exigencias cognitivas y organizativas de un puesto de trabajo, incluso en ocupaciones poco cualificadas, superan en la actualidad las capacidades funcionales de la evaluada.

En conjunto, el perfil clínico y funcional pone de manifiesto una situación de deterioro neuropsicológico moderado a severo, compatible con las secuelas esperadas tras tratamientos oncológicos prolongados y la evolución de un trastorno depresivo mayor. Este perfil justifica la necesidad de apoyos estables, intervenciones personalizadas y, especialmente, una revisión realista de su capacidad de reincorporación al mundo laboral en el corto y medio plazo.

REFERENCIAS

- Anderson-Hanley, C. A. Y., Sherman, M. L., Riggs, R., Agocha, V. B., & Compas, B. E. (2003). Neuropsychological effects of treatments for adults with cancer: a meta-analysis and review of the literature. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 9(7), 967-982.
- Argyriou, A. A., Assimakopoulos, K., Iconomou, G., Giannakopoulou, F., & Kalofonos, H. P. (2011). Either called “chemobrain” or “chemofog,” the long-term chemotherapy-induced cognitive decline in cancer survivors is real. *Journal of pain and symptom management*, 41(1), 126-139.
- Batalo, M., Nagaiah, G., & Abraham, J. (2011). Cognitive dysfunction in postmenopausal breast cancer patients on aromatase inhibitors. *Expert Review of Anticancer Therapy*, 11(8), 1277-1282.

- Benedet, M. J., & Alejandre, M. Á. (1998). *Test de aprendizaje verbal España-Complutense (TAVEC)* (Vol. 261). Madrid: Tea.
- Bergouignan, L., Lefranc, J. P., Chupin, M., Morel, N., Spano, J. P., & Fossati, P. (2011). Breast cancer affects both the hippocampus volume and the episodic autobiographical memory retrieval. *PloS one*, *6*(10), e25349.
- Bernhard, J. (2010). Cognitive function in postmenopausal women receiving adjuvant letrozole or tamoxifen for breast cancer in the BIG 1-98 randomized trial.
- Brickenkamp, R., & Cubero, N. S. (2002). *D2: test de atención*. Madrid,: TEA Ediciones.
- Conners, C. K. (2000). *Conners' continuous performance test*. North Tonawanda NY: Multi-health systems.
- Golden, C. J. (1994). Stroop. *Test de colores y palabras*. Madrid: Tea Ediciones.
- Haggstrom, L. R., Vardy, J. L., Carson, E. K., Segara, D., Lim, E., & Kiely, B. E. (2022). Effects of endocrine therapy on cognitive function in patients with breast cancer: a comprehensive review. *Cancers*, *14*(4), 920.
- Jansen, C. E., Miaskowski, C., Dodd, M., Dowling, G., & Kramer, J. (2005). A metaanalysis of studies of the effects of cancer chemotherapy on various domains of cognitive function. *Cancer: Interdisciplinary International Journal of the American Cancer Society*, *104*(10), 2222-2233.
- Kesler, S., Janelsins, M., Koovakkattu, D., Palesh, O., Mustian, K., Morrow, G., & Dhabhar, F. S. (2013). Reduced hippocampal volume and verbal memory performance associated with interleukin-6 and tumor necrosis factor-alpha levels in chemotherapy-treated breast cancer survivors. *Brain, behavior, and immunity*, *30*, S109-S116.
- McDonald, B. C., Conroy, S. K., Ahles, T. A., West, J. D., & Saykin, A. J. (2010). Gray matter reduction associated with systemic chemotherapy for breast cancer: a prospective MRI study. *Breast cancer research and treatment*, *123*, 819-828.
- Meyers, J. E., & Meyers, K. R. (1995). *Rey complex figure test and recognition trial (RCFT)*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.

- Morey, L. C. (2004). *The Personality Assessment Inventory (PAI)*. Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Oakland, T., & Harrison, P. (2013). *ABAS-II. Sistema de Evaluación de la Conducta Adaptativa*. Madrid: Tea Ediciones. Recuperado de <https://goo.gl/RG5SSF>.
- Ono, M., Ogilvie, J. M., Wilson, J. S., Green, H. J., Chambers, S. K., Ownsworth, T., & Shum, D. H. (2015). A meta-analysis of cognitive impairment and decline associated with adjuvant chemotherapy in women with breast cancer. *Frontiers in oncology*, 5, 59.
- Peña-Casanova, J. (2005). *Programa integrado de exploración neuropsicológica: TRB: Test Barcelona Revisado*. Elsevier España.
- Reitan, R. M. (1958). Validity of the Trail Making Test as an indicator of organic brain damage. *Perceptual and motor skills*, 8(3), 271-276.
- Rosenfeld, C. S., Shay, D. A., & Vieira-Potter, V. J. (2018). Cognitive effects of aromatase and possible role in memory disorders. *Frontiers in endocrinology*, 9, 610.
- Sherman, E. M., Slick, D. J., & Iverson, G. L. (2020). Multidimensional malingering criteria for neuropsychological assessment: A 20-year update of the malingered neuropsychological dysfunction criteria. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 35(6), 735-764.
- Tombaugh, T. N., López, R. V., García, M. P., & Puente, A. E. (2011). *Tomm: Test de simulación de problemas de memoria*. Madrid: Tea.
- Üstün TB, Kostanjsek N, Chatterji S, et al. Measuring health and disability: manual for WHO Disability Assessment Schedule (WHODAS 2.0). Geneva (CH): World Health Organization; 2010.
- Vardy, J. (2008). Neurocognitive effects of chemotherapy in adults. *Australian Prescriber*, 31(1).
- Wechsler, D. (2013). *WMS-IV: Escala de memoria de Wechsler-IV*. Pearson.
- Wechsler, D., de la Guía, E., & Vallar, F. (2012). *WAIS-IV: escala de inteligencia de Wechsler para adultos-IV*. Madrid: Pearson.

- Whittaker, A. L., George, R. P., & O'Malley, L. (2022). Prevalence of cognitive impairment following chemotherapy treatment for breast cancer: a systematic review and meta-analysis. *Scientific reports*, *12*(1), 2135.
- Wilson, B.A. (2007). Behavioural assessment of the dysexecutive syndrome (BADS). *J Occup Psychology, Employment and Disability*, *5*, 33-37.