

EVALUACIÓN NEUROPSICOLÓGICA Y CLÍNICO-FORENSE EN UN SUPUESTO DE INCAPACIDAD PERMANENTE ABSOLUTA POR ENFERMEDAD DE MÉNIÈRE

Víctor Dujo López¹

Universidad Complutense de Madrid. Universidad Francisco de Vitoria

Ricardo Paniagua Izquierdo
Universidad Complutense de Madrid

RESUMEN

La neuropsicología forense es una subespecialidad emergente que conlleva la aplicación de la neuropsicología clínica en el campo legal, respondiendo a las preguntas que se dan en el contexto jurídico a través de métodos de evaluación neuropsicológica. Concretamente, en la jurisdicción laboral, la neuropsicología forense puede auxiliar en materia de bajas laborales (variables neurocognitivas y afectivas), incapacidad laboral (valoración funcional en el ámbito del trabajo) y accidentes de trabajo (validez de síntomas y variables neuropsicológicas relacionadas con el estado psicológico y neurológico). En el caso presente se realiza una evaluación pericial a una persona con Síndrome de Ménière y diagnóstico de depresión y ansiedad. El objetivo es valorar el impacto funcional (criterios de rendimiento y empleabilidad) en el contexto de una incapacidad permanente absoluta. Se concluye que, junto con los problemas médicos señalados, los indicadores psicopatológicos de naturaleza emocional y las alteraciones cognitivas asociadas son incompatibles con el desempeño laboral en cualquier puesto de trabajo con un mínimo de profesionalidad, rendimiento y eficacia.

Palabras clave: neuropsicología forense, incapacidad permanente, psicología forense laboral, enfermedad de Ménière

ABSTRACT

A neuropsychological and clinical-forensic evaluation in a case of absolute permanent invalidity for work due to Ménière's disease.

Forensic neuropsychology is an emerging subspecialty that involves the application of clinical neuropsychology in the legal field, responding to questions that arise in the legal context through neuropsychological assessment methods. Specifically, in the labour jurisdiction, forensic neuropsychology can help in matters of sick leave (neurocognitive and affective variables), invalidity for work (functional assessment in the field of work) and accidents at work (validity of symptoms and neuropsychological variables related to the psychological and neurological state). In the present case, an expert assessment was conducted on a person with Ménière's syndrome and a diagnosis of depression and anxiety. The objective is to assess the functional impact (performance and employability criteria) in the context of absolute permanent invalidity. It is concluded that, in conjunction with the medical problems indicated, the psychopathological indicators of an emotional nature and the associated cognitive alterations are incompatible with the performance of any job with a minimum of professionalism, performance and efficiency.

Key words: forensic neuropsychology, permanent invalidity, forensic occupational psychology, Ménière's disease.

¹ Correspondencia: Víctor Dujo López

Correo electrónico: vdujo@ucm.es

Fecha de recepción :marzo 2023

Fecha de aceptación: agosto 2023

En el ámbito de la Seguridad Social, la incapacidad laboral se define como la imposibilidad (temporal o permanente) de realizar (parcial o totalmente) el trabajo por parte de un asegurado debido a una enfermedad (común o profesional) o un accidente (de trabajo o no). El proceso de incapacidad laboral se realiza de manera ordinaria en la Seguridad Social (valoración del Tribunal Médico) pero si no se está de acuerdo con la resolución, se puede reclamar en la Jurisdicción Social, es por ello que cada vez es más frecuente la figura del psicólogo forense en este escenario (Dujo et al., 2022). Debemos partir de los siguientes conceptos para entender el posible papel del psicólogo forense en el ámbito laboral:

1. *Incapacidad temporal (IT) (art. 169 LGSS)*: Puede durar un máximo de un año, que puede ser prorrogado en seis meses cuando se presume que el trabajador pueda ser dado de alta, y que comprenderá los periodos de recaída y los de observación de enfermedad profesional siempre que no haya habido periodos de alta superiores a 6 meses.
2. *Incapacidad permanente total para la profesión habitual (IP)*: Inhabilita al trabajador para realizar las tareas fundamentales de su profesión pero puede dedicarse a otra distinta. Da lugar a un subsidio del 55% de la base reguladora que corresponda, y a un incremento del 20% de la misma al sobrepasar los 55 años de edad, si o presta servicios en otra categoría laboral. Permite compatibilizar un empleo de diferente categoría en la misma o diferente empresa.
3. *Incapacidad permanente absoluta para todo trabajo*. Da lugar al 100% de dicha base reguladora y es incompatible con cualquier otro empleo.
4. *Gran invalidez*. Es necesaria la asistencia de una tercera persona para los actos esenciales de la vida. Da lugar a las prestaciones de la IP absoluta y a un recargo para la persona que asista al inválido.

De cara al informe pericial, deberemos tener en cuenta la gravedad del trastorno o condición, antecedentes personales, sociales y laborales e historia de tratamientos, incluyendo el agotamiento de las vías terapéuticas. En el caso de la incapacidad permanente total será necesario recabar o elaborar un profesiograma en el que se especifiquen las funciones y tareas que desempeña el trabajador en su puesto habitual,

para poder ponerlo en relación con el trastorno mental o deficiencia sobrevenida (por ejemplo, un traumatismo craneoencefálico tras un accidente; Dujo et al., 2022).

Es necesario establecer un diagnóstico y su impacto funcional en la esfera laboral. Para ello se han de describir muy bien las características del puesto y cómo el cuadro psicopatológico interfiere. Los criterios más relevantes son los de gravedad y cronicidad, así como el recorrido terapéutico seguido y el pronóstico. (Dujo et al., 2022; Gold & Shuman, 2009; Puerto-Barrio, 2017). Como en toda evaluación forense, debemos valorar la validez de los síntomas (exageración y simulación) ya que el escenario de las incapacidades es especialmente susceptible de fraude debido a las ganancias secundarias existentes (Domínguez-Muñoz, 2013). Más que descartar simulación, valoraremos la presencia/ausencia de indicadores de simulación o exageración de síntomas, triangulando la información obtenida en pruebas específicas, escalas de validez, información de la documentación, entrevistas, observación y terceros informadores. No debemos pronunciarnos sobre la ausencia de simulación solo tomando como referencia, por ejemplo, una prueba administrada de manera aislada (Dujo et al., 2022; Muñoz, 2013).

A nivel clínico-forense no basta solo con establecer un diagnóstico, debemos profundizar en el curso, la gravedad y el grado de impacto funcional (por ejemplo, mediante la escala EEAG). Además, deberemos tener en cuenta la afectación en términos de carga mental del sujeto, es decir, los procesos cognitivos, aspectos afectivos y procesamiento de la información. Para ello tendremos que poner en relación el puesto de trabajo (exigencias de la actividad) con el impacto del trastorno mental en apartados como la comunicación, la atención al público, la toma de decisiones, el nivel de atención y la capacidad para realizar tareas complejas y el apremio (Gold & Shuman, 2009; Puerto-Barrio, 2017).

El síndrome de Ménière es una enfermedad otológica caracterizada por varios síntomas que incluyen vértigo periférico episódico, pérdida auditiva neurosensorial, mareos y tinnitus. La gravedad de las crisis puede variar, pero, en líneas generales, implican una grave afectación en las actividades de la vida diaria. Los vértigos, muy presentes en las etapas iniciales, pueden disminuir gradualmente con los años, pero, no obstante, la pérdida auditiva aumenta (Moffat & Ballagh, 1997). Sin embargo, desde un punto de vista funcional, debemos tener en cuenta la imprevisibilidad (e intensidad) de

los ataques (crisis de vértigos), ya que pueden ser una fuente importante de estrés y correlacionan con depresión, ansiedad y deterioro muy significativo de la salud de los pacientes (Furukawa et al., 2013; Mutlu et al., 2018).

La depresión es uno de los trastornos con mayor impacto en la esfera laboral (Elinson et al., 2004; Stewart et al., 2003). De hecho, la depresión es una de las principales causas de discapacidad a nivel mundial, representando la cuarta causa de discapacidad más importante en el mundo. Las personas con un curso crónico depresivo pueden presentar un deterioro social y laboral (pérdida de productividad) incluso superior al de pacientes con enfermedades físicas (Dubovsky et al., 2003). El predictor más importante de discapacidad funcional en casos de depresión persistente es la gravedad de los síntomas y la comorbilidad (Adler et al., 2006; Burton et al., 2004).

La depresión se relaciona con un menor rendimiento a nivel cognitivo. Estos déficits cognitivos también pueden provocar dificultades en el manejo de las exigencias laborales, toma de decisiones, errores e imprecisiones, cumplir los requisitos de tiempo y plazos estipulados, trabajar sin supervisión innecesaria, ser responsable y manejar los requisitos laborales generales (Liu & Van Liew, 2003). Los efectos cognitivos de la depresión suelen ser más pronunciados al final del día. La depresión correlaciona con una mayor fatiga y reducción del rendimiento cognitivo, lo que a su vez repercute en los tiempos de ejecución (enlentecimiento motor y cognitivo; Wang et al., 2004).

El espectro de la ansiedad, al igual que la depresión, puede afectar significativamente en el rendimiento laboral, especialmente los ataques de pánico acompañados de agorafobia (Dujo & Horcajo, 2016; Kessler et al., 2006). Los trastornos de ansiedad se caracterizan por el deterioro de la capacidad para regular la activación (*arousal*). Experimentar niveles muy altos de ansiedad, pueden implicar la vivencia subjetiva de una angustia insoportable y abrumadora que suponga un deterioro sustancial en el desempeño laboral (Kessler et al., 2005).

En el caso presente se realiza una evaluación clínico-forense de una persona con diagnóstico de síndrome de Ménière que tiene concedida una incapacidad permanente total (profesión habitual: profesora de colegio), grado total de discapacidad del 75 % y una situación de dependencia Grado II. Además de la enfermedad de Ménière, la peritada tiene un diagnóstico de trastorno de pánico y agorafobia, trastorno depresivo persistente

y numerosos episodios depresivos mayores en los últimos años, siempre en relación a la afección médica y su impacto funcional. Por lo tanto, el objetivo de la pericial es analizar la confluencia de los diagnósticos de naturaleza médica y psicológica en el funcionamiento laboral de la peritada. Para ello, además de una evaluación psicológica tradicional centrada en la conducta, se aplicarán pruebas neuropsicológicas para medir el rendimiento cognitivo en el supradominio de las funciones ejecutivas (velocidad de procesamiento, flexibilidad cognitiva, etc.). En el momento de la evaluación las opciones médicas de recuperación, tras cuatro intervenciones quirúrgicas, son nulas (estabilización de la limitación funcional) y existe, a su vez, un mala evolución en el tratamiento psicológico y psiquiátrico, ya que la esfera emocional está íntimamente relacionada con la limitación funcional asociada al Ménière.

Objeto de la pericial

Valoración del estado psicológico de la peritada y su interferencia con el desempeño profesional en el contexto de una incapacidad laboral permanente.

MÉTODO

- Entrevista forense semiestructurada (duración total 15 horas).
- Entrevista con terceros informadores (médicos, psicólogos y familiares).

Pruebas administradas

Pruebas de screening

- SIMS. Inventario Estructurado de Simulación de Síntomas
- TOMM. Test de simulación de problemas de memoria

Pruebas clínicas

- PAI. Inventario de Evaluación de la Personalidad
- MMPI 2-RF. Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota-2 Reestructurado

Prueba de conducta adaptativa

- ABAS-II. Sistema para la evaluación de la conducta adaptativa.

Pruebas complementarias

- CRI-A. Inventario de Respuestas de Afrontamiento para Adultos

Pruebas neuropsicológicas

- STROOP. Test de colores y palabras.
- TESEN. Test de los senderos para evaluar las funciones ejecutivas.
- TFV. Test de Fluidez Verbal.
- d2-R. Test de atención- revisado.
- El test de los 5 dígitos (FDT).
- Subpruebas del WAIS-IV.

Documentación examinada

Información psicológica y psiquiátrica

- Servicio Madrileño de Salud. Informe psiquiátrico. 12 de abril de 2022: Trastorno adaptativo a problema físico, sobre una personalidad de rasgos acentuados.
- Hospital Universitario Ramón y Cajal. Informe clínico. 10 de junio de 2020: Trastorno de adaptación con predominio de alteraciones de otras emociones (F43.23).
- EVIDEM Consultores. Informe psiquiátrico. 9 de junio de 2020: Trastorno mixto ansioso-depresivo reactivo a patología orgánica.
- Hospital Universitario Ramón y Cajal. Informe clínico. 14 de noviembre de 2019.
- Hospital Universitario Ramón y Cajal. Informe de evolución de consultas externas. 5 de abril de 2019: Reacción de adaptación. Sintomatología de ansiedad.
- Hospital Universitario Ramón y Cajal. Informe clínico. 13 de marzo de 2018: Trastorno de adaptación con predominio de alteraciones de otras emociones (F43.23). Trastorno de pánico (F41.0).

Información médica

- Hospital Universitario Ramón y Cajal. Alergología. 29 de noviembre de 2023: Sensibilización frente a profilina.
- Centro Médico Pinar. Informe. 19 de septiembre de 2023: Hallazgos ecográficos sugestivos de Trocanteritis derecha.
- Hospital Beata María Ana de Jesús. Informe evolutivo del cardiólogo. 21 de junio de 2023: Taquicardia sinusal sin cardiopatía estructural asociada.
- Hospital Beata María Ana de Jesús. Densitometría. 4 de julio de 2023.

- Hospital Viamed Santa Elena. Informe de alta tras timpanoplastia e instalación de dosis de gentamicina. 27 de febrero de 2023.
- Hospital Viamed santa Elena. Informe de alta tras timpanoplastia. 24 de octubre de 2022.
- Centro de Asma y Alergia. Subiza. Informe. 15 de marzo de 2022: Bronquitis de repetición a estudio. Sensibilización a pólenes de gramíneas a estudio. Urticaria intermitente a estudio. Dermatitis a estudio.
- DMQ Digestivo. Aparato digestivo. 16 de agosto de 2021: Hirsutismo de probable origen funcional.
- Hospital Universitario Ramón y Cajal. Informe de evolución consultas externas. 4 de junio de 2020.
- Hospital Universitario Infanta Leonor. Informe de alta consultas externas. 5 de julio de 2018.
- Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Informe clínico de urgencias. Dermatología. 23 de febrero de 2018.

Información complementaria

- Informes Summa 112 a domicilio por crisis de la enfermedad de Ménière
- Instituto Oto Vértigo. Audiometrías. Último informe. 4 de marzo de 2024: Enfermedad de Ménière en oído derecho incapacitante.
- Dirección General de Atención al Mayor y a la Dependencia. Consejería de Familia, Juventud y Asuntos Sociales. Resolución de reconocimiento de la situación de dependencia y determinación del programa individual de atención. 22 de enero de 2024: Situación de dependencia Grado II.
- Calendario de crisis desde 2019 hasta 2023.
- Dirección General de Atención a Personas con Discapacidad. Consejería de Familia, Juventud y Asuntos Sociales. Notificación de resolución sobre grado de discapacidad. 13 de julio de 2023: Grado total de discapacidad del 75 %. Invalidez permanente.
- Ministerio de Empleo y Seguridad Social. Revisión de grado de incapacidad permanente. 23 de junio de 2020: Persisten crisis vertiginosas 4/mes fuertes, duración más de 1 hora y permanencia en cama durante 2-3 posteriores a crisis y

crisis más leves 4-5/mes de menos de una hora de duración, con mucha inestabilidad asociada y síntomas vegetativos, mal control. Posturografía: puntuación de estabilidad anómala del 40% (normal 68%). VIN derecho genera nistagmo a la izda. Mantiene ánimo depresivo y patrón de ansiedad.

- Ministerio de Empleo y Seguridad Social. Revisión del grado de incapacidad permanente. 5 de diciembre de 2019
- Ministerio de Empleo y Seguridad Social. Informe médico de evaluación de incapacidad laboral. 22 de marzo de 2018.
- Ministerio de Empleo y Seguridad Social. Informe médico de evaluación de incapacidad laboral. 6 de marzo de 2018.
- Ministerio de Empleo y Seguridad Social. Informe médico de evaluación de incapacidad laboral. 13 de febrero de 2018.
- Ministerio de Empleo y Seguridad Social. Informe médico de evaluación de incapacidad laboral. 13 de septiembre de 2017.

RESULTADOS

Breve recorrido psicobiográfico

La peritada nace en Toledo el 12 de febrero de 1985 de parto eutócico. Es la mayor de tres hermanas. No refiere enfermedades relevantes durante la infancia. Desarrollo madurativo dentro de la normalidad. Modelo familiar educativo tradicional. La figura paterna trabajaba mientras que su madre se dedica a la crianza con ayuda de la abuela. Refiere una convivencia muy familiar con el resto de la familia extensa. Ambos progenitores son descritos como figuras normativas y afectivas. La peritada describe un modelo de crianza democrático. Buen paso de la heteronomía a la autonomía. La peritada se describe como una menor responsable. Manifiesta buena adaptación al ámbito escolar y a su grupo de iguales.

La peritada no describe dificultades significativas durante la adolescencia, pero relata que se separa de su grupo de amigas, ya que comienzan a beber y fumar. Desarrollo afectivo sexual normalizado. La peritada describe la práctica de ocio protector (cine, deporte, etc.). Durante la época del instituto estudia y trabaja. La peritada describe buena adaptación a su grupo de la universidad, terminando los estudios de magisterio satisfactoriamente. Refiere una muy buena adaptación a esfera laboral. En el año 2010

comienza como profesora de régimen especial en los colegios de Madrid (personal laboral). Describe buena adaptación a las demandas del empleo y buena relación con sus compañeros.

Inicio de la problemática médica y psicológica

La peritada refiere que el primer síntoma que tuvo fue un pitido en el oído que atribuye a estrés. En agosto del 2016 tuvo su primera crisis de vértigo. Describe que durante horas todo “*daba vueltas*” y era incapaz de mantener el equilibrio. Estuvo una semana sin poder levantarse de la cama. La siguiente crisis se produjo mientras trabajaba en el colegio. La peritada describe que tuvo que tumbarse durante 3 o 4 horas. Al día siguiente le volvió a dar mientras iba al trabajo. Relata que durante las crisis le costaba sostenerse y tuvo que tumbarse, teniendo dificultades igualmente para enfocar y verbalizar. Ante una tercera crisis en el contexto laboral decidió ir al médico. Le diagnosticaron la enfermedad de Ménière. La derivaron a un especialista. Durante este primer tramo de la enfermedad (último trimestre del 2016), la peritada señala que tenía crisis casi a diario, siendo necesario llamar al SUMMA en numerosas ocasiones. La peritada refiere que estuvo prácticamente un año entero en la cama con dos o tres crisis diarias: crisis de vértigo rotatorio, falta de equilibrio, cambios de temperatura, temblores, vómitos y diarrea.

La peritada describe experimentar una completa interferencia funcional. La peritada se describe como totalmente dependiente para todo tipo de actividad básica de la vida diaria. Manifiesta que su familia se volcó con el problema. La peritada refiere que se “*tiraba semanas*” sedada por la medicación. En el año 2017-2018 se le ajustó mejor la medicación y experimentó una mejoría en las crisis, siendo estas más espaciadas y menos intensas.

A nivel emocional, la peritada refiere que a pesar del diagnóstico pensaba que la problemática remitiría, afrontamiento que la “*mantenía a flote*” con la esperanza de mejorar. Tras el primer año, al ver que no había mejoría, manifiesta experimentar el primer “*bajón*” importante y las primeras crisis de ansiedad, ya que empieza a ser más consciente de las limitaciones y del carácter no reversible de la situación. La peritada describe mucha ansiedad, hipocondría y sobre todo un sentir profundo de tristeza: “*intentaba hacer vida normal pero no podía*”. Comienza el tratamiento psicológico. No

podía salir a la calle sin mareos o vómitos. Le daban crisis en la calle, lo que implicaba que la peritada evitaba en la medida de lo posible salir. Este mismo miedo se trasladaba a la idea de estar sola en casa. La peritada relata que un día le dio una crisis en casa y estuvo tirada en el baño sin poder moverse 45 minutos. La peritada refiere que se va aislando de su grupo de amigos y se reduce sustancialmente su tejido social.

La peritada refiere que en el 2018 le dan la incapacidad permanente total. Dentro de la estabilización de las crisis anteriormente citadas pasó de tener dos o tres crisis al día a tener dos o tres crisis a la semana. A pesar de la mejoría seguía siendo dependiente para la mayor parte de las actividades básicas de la vida diaria. Seguía sin poder salir fuera de casa. Se le ofreció la posibilidad de operarse (intervención intracraneal) pero la rechazó por miedo a quedar peor, ya que le habían informado de que existía la posibilidad de perder el equilibrio y quedarse en silla de ruedas. La peritada refiere que en este punto había logrado normalizar parcialmente sus bajos estándares de vida.

La peritada refiere que antes de la pandemia (2020) acude a rehabilitación vestibular pero no funciona. Finalmente decide operarse. La primera operación se practica en abril de 2021. Tras la operación hubo una recidiva de crisis diarias durante tres semanas, lo que implicó una pérdida absoluta de autonomía. Tardó un mes y medio en recuperarse. A nivel emocional refiere volver a experimentar una sintomatología ansioso-depresiva muy acusada. La primera operación coincide con el fallecimiento de su abuela. La segunda operación se practicó en septiembre del mismo año. Tampoco funcionó. La tercera operación se practicó en octubre del 2022. Tampoco funcionó, ya que persistieron las crisis (mareos, vértigos posicionales, etc.). El fracaso de la tercera operación supuso una “*caída emocional*” importante. La peritada relata sentimientos de indefensión, desesperanza y estar “*psicológicamente hundida*”. La cuarta operación se practicó en febrero de 2023. La peritada refiere un mejor postoperatorio con crisis menos intensas, pero la sintomatología no remitió lo suficiente como para poder aumentar su esfera de autonomía (persisten las crisis y la falta de equilibrio).

Información obtenida de la documentación y terceros informadores

En la actualidad la peritada tiene adjudicado un grado total de discapacidad del 75 % y una situación de dependencia Grado II. A nivel laboral se encuentra en situación de incapacidad laboral permanente total. El estudio de la documental y de las entrevistas con

los especialistas que tratan a la peritada pone en valor una clínica ansioso-depresiva de largo recorrido reactiva a la problemática médica caracterizada por ánimo deprimido la mayor parte del día, baja autoestima, desesperanza, falta de concentración, apatía, anhedonia y sentimientos de inutilidad. Se destaca la experimentación de crisis de ansiedad en contexto de exposición a salir sola a la calle. También se describe un patrón hipervigilante asociado a patología médica (anticipación de crisis). Los avances terapéuticos de exposición se estancaron tras las operaciones. El afrontamiento de la peritada implica un patrón evitativo relacionado con la exposición a situaciones aversivas y desconexión emocional. Se describen síntomas de indefensión aprendida (etiología depresógena).

A nivel de personalidad destaca en la peritada una tendencia a la autocrítica y un sentido elevado de responsabilidad y poca tolerancia a la vulnerabilidad. Estos aspectos se han trabajado en terapia. Actualmente debido al agotamiento de las opciones médicas para el tratamiento de los síntomas de la enfermedad de Ménière (no remisión de síntomas tras operaciones) se está trabajando la aceptación de la pérdida funcional y la regulación emocional. Los informes psicológicos y psiquiátricos ponen en valor muy poca mejoría con los años, ya que la sintomatología emocional (ansiedad y depresión) está supeditada a la enfermedad médica (fluctuación anímica condicionada por la gravedad de los síntomas que padece). Los resultados terapéuticos están estancados en la medida en que lo están los problemas físicos.

Exploración psicopatológica

Durante la exploración, la peritada se muestra colaboradora, estableciendo buen *rapport* con el evaluador. Se encuentra bien orientada en espacio y tiempo, con un nivel adecuado de conciencia y sin alteraciones atencionales. Se presenta a la sesión bien vestida y aseada. No se evidencian alteraciones en la percepción o en imágenes mentales. Inteligencia normal en referencia a su grupo normativo. El lenguaje utilizado es apropiado y adecuado al nivel educativo de la persona peritada. No hay alteración del contenido ni del curso del pensamiento. Presenta una adecuada abstracción y capacidad de *insight*.

A nivel emocional la peritada impresiona agotamiento, disforia, desesperanza, ira, apatía e ideación suicida no estructurada como afrontamiento desiderativo “*me dormiría y solo despertaría para comer*”. Se parte de una sintomatología depresiva de larga

duración (desde el 2017: inicio como trastorno adaptativo y cristalización en trastorno depresivo). El estado anímico está muy vinculado al curso de la enfermedad o a claves contextuales relacionadas (revisiones, informes, etc.).

La peritada refiere como principales problemas asociados a la enfermedad de Ménière: dificultades para dormir, acufenos, pérdida de equilibrio (actualmente en un 40 %), cansancio y como elemento central las crisis de vértigos. La frecuencia de las crisis suele ser de dos a la semana, de unas tres o cuatro horas de duración. Describe dos modalidades:

1. Modalidad Turmakin (*drop attacks*): falla el sistema del equilibrio por completo sin previo aviso (alto riesgo de caída). No son las más habituales, pero cuando ocurren son las más peligrosas. Implican una pérdida completa de autonomía, debiendo pasar horas tumbada.
2. Las crisis sin un fallo completo del sistema de equilibrio son las habituales. Algunas son predecibles. La peritada ha desarrollado un patrón de identificación de señales internas (cansancio, náuseas, etc.). Son las que se relacionan con la ansiedad ya que comprometen los elementos cognitivos de anticipación. Suelen avisar con “micro-crisis” (vértigo rotatorio), nistagmos, acufeno, etc. En ocasiones no son predecibles y muy fuertes, con sintomatología focalizada en vértigos muy intensos (requiere de medicación inmediata). Este tipo de crisis implican días de recuperación (interferencia global muy acusada).

Se aprecia elevada sensibilidad a factores psicofísicos. El exceso de luz le produce nistagmo (fotosensibilidad), pero si hay poca luz acusa una falta de equilibrio. Si hay poco ruido se acrecienta el acúfeno, pero si hay mucho ruido “*el cerebro se la aturulla*” (déficit en la integración estimular asociada a patología vestibular). Dentro de la ejecución de tareas impresiona problemas en la atención dividida y en tareas que requieran de una ejecución bajo límite de tiempo (velocidad de procesamiento). Tanto a consecuencia de la medicación como de la depresión y los niveles de ansiedad, la peritada puede mostrar peor rendimiento en tareas de ejecución (memoria de trabajo, inhibición y flexibilidad), sobre todo a causa del enlentecimiento asociado. La peritada presenta déficits en la concentración. Se fatiga fácilmente en tareas que requieren atención sostenida, como por ejemplo leer y tareas visoespaciales en general.

A nivel de autonomía, existe una limitación funcional muy importante. No puede permanecer mucho tiempo levantada. No puede estar en ambientes con mucha gente. Dificultades para movimientos mecánicos como agacharse o recorrer distancias moderadas. Cualquier tipo de desplazamiento lo tiene que hacer siempre acompañada. En relación a las actividades de la vida diaria, puede vestirse sola y ducharse, pero a veces necesita supervisión. Actualmente en tratamiento psicológico y psiquiátrico (sin mejoría). Presenta otras patologías en seguimiento médico (ovario poliquístico, taquicardia sinusal, alergia, etc.). Sin antecedentes psicológicos o psiquiátricos previos (buen ajuste premórbido).

Resultados obtenidos en las pruebas administradas

SIMS

En la tabla 1 se muestran las puntuaciones obtenidas por la persona peritada en el SIMS y las interpretaciones diagnósticas correspondientes. No existen indicadores de simulación en la peritada (validez de síntomas). La puntuación total en el SIMS resulta inferior a la recomendada como punto de corte para determinar la sospecha de simulación, lo que sugiere que sus respuestas respecto a los síntomas relacionados con trastornos psicopatológicos o alteraciones neurocognitivas son consistentes con los síntomas descritos por individuos que presentan un trastorno genuino. Existe una pequeña elevación en la subescala de trastornos afectivos que será valorada en triangulación con las escalas de validez de otras pruebas, estudio de la documental, entrevistas y observación.

Tabla 1. Resultados del SIMS

Escalas	Puntuación directa (PD)	Interpretación diagnóstica
Puntuación total	15	Sin sospecha de simulación
Psicosis	0	Sin sospecha de simulación
Deterioro neurológico	3	Sin sospecha de simulación
Trastornos amnésicos	0	Sin sospecha de simulación
Baja inteligencia	3	Sin sospecha de simulación
Trastornos afectivos	9	Elevación a valorar

PAI

El primer nivel de análisis recae en las escalas de validez. Todas las escalas de validez arrojan valores normativos. No hay indicadores de exageración o minimización

de síntomas. Tan solo destaca en las escalas complementarias la elevación de Función discriminante de Rogers (75) que puede indicar cierta probabilidad de exagerar síntomas. La hipótesis más plausible es que se deba a sintomatología infrecuente asociada al síndrome de Ménière. El perfil es interpretable.

Destacan las puntuaciones en Quejas somáticas (92), Ansiedad (75) y Depresión (85). La puntuación en quejas somáticas abarca preocupaciones constantes sobre problemas de salud, así como un gran deterioro global a consecuencia de los síntomas. En este rango, las quejas somáticas probablemente sean crónicas y estén acompañadas de fatiga y debilidad muy incapacitantes para la persona. Estas puntuaciones reflejan un gran número de quejas somáticas (déficits neuropsicológicos, dolores físicos y problemas sensoriomotores) que afectan a la mayoría de los sistemas orgánicos.

En relación con la ansiedad, la prueba arroja valores elevados, sobre todo en la escala fisiológica. Esto implica que la ansiedad tiene una expresión somática, particularmente asociada al sistema nervioso: taquicardias, sudoración, hiperventilación y mareos. En cuanto a la depresión, los parámetros obtenidos dibujan a una persona infeliz y disfórica. Los individuos en este rango probablemente estén sumidos en la tristeza la mayor parte del tiempo, experimentado igualmente apatía y anhedonia. La peritada presenta baja autoestima y un sentido de elevada incompetencia (asociada a la pérdida de funcionalidad como consecuencia del Ménière). La depresión abarca sentimientos de fracaso, impotencia y desesperanza, así como estrés emocional, tristeza constante, falta de sueño y falta de energía.

MMPI 2 RF

El estudio de las escalas de validez arroja valores normativos. Las pequeñas elevaciones en las escalas en Quejas somáticas infrecuentes y Validez de síntomas quedan justificadas por la enfermedad médica de la peritada, ya que el síndrome de Ménière abarca una serie de síntomas poco habituales desde el punto de vista clínico.

El estudio de las escalas globales pone en valor que la peritada experimenta un intenso malestar emocional. En líneas generales existen indicadores de ansiedad, desmoralización, tristeza, insatisfacción y desesperanza que cubre la mayor parte del espectro afectivo de la peritada. Junto con estos síntomas emocionales, aparecen

indicadores de quejas somáticas y problemas en procesos atencionales, ejecutivos, mnésicos y de concentración.

CRI-A

La persona peritada señala como principal estresor la limitación funcional asociada a la enfermedad de Ménière, así como los propios síntomas del síndrome. Los percentiles 84 y superiores (1 desviación típica de la curva normal) suponen desviaciones importantes de la media, es decir, son puntuaciones significativas. En este sentido destacan las siguientes puntuaciones:

- *Búsqueda de guía y de soporte* [aproximación conductual]: intentos conductuales para buscar información, guía o soporte.
- *Evitación cognitiva* [evitación cognitiva]: intentos cognitivos para evitar pensar de forma realista sobre el problema.
- *Descarga emocional* [evitación conductual]: intentos conductuales para reducir la tensión mediante la expresión de sentimientos negativos

La persona peritada presenta un afrontamiento mixto, pero en esencia evitativo, lo que supone a priori un afrontamiento orientado a la regulación emocional mediante el distanciamiento de una realidad que no puede controlar (R⁻²). Sin embargo, este tipo de afrontamiento es compatible con situaciones que, en esencia, son incontrolables; o bien por la propia naturaleza de las situaciones o porque se han agotado todas las vías posibles de solución. En este escenario las estrategias de regulación emocional son habituales ante el fracaso de estrategias previas dirigidas al problema. Aun así, la peritada mantiene intentos por ganar terreno a la problemática (R+ ilusión de control), aunque dichos intentos estén supeditados al estado emocional.

Tabla 2. Puntuaciones del CRI-A

Estrategia	Puntuación Directa	Percentil	Puntuaciones T
Análisis lógico	10	35	46
Reevaluación positiva	10	30	5
Búsqueda de guía y soporte**	15	95	66
Solución de problemas	14	70	55
Evitación cognitiva**	15	98	70
Aceptación o resignación	9	65	54
Búsqueda de recompensas alternativas	6	40	47
Descarga emocional*	12	90	63

Bastante por encima del promedio*/Considerablemente por encima del promedio**

² R-: refuerzo negativo/ R+: refuerzo positivo

ABAS-II

La finalidad de la prueba es la evaluación de la conducta adaptativa a lo largo de todo el rango de edad, tanto a nivel global como en diferentes dominios (práctico, social y conceptual) y áreas específicas (comunicación, utilización de los recursos comunitarios, habilidades académicas funcionales, vida en el hogar o en la escuela, salud y seguridad, ocio, autocuidado, autodirección, social motora y empleo). El ABAS-II ha sido tipificado en una muestra representativa de la población y permite realizar una evaluación estandarizada referida a normas para evaluar las habilidades conceptuales, sociales y practicas necesarias para llevar a cabo las actividades de la vida diaria.

A nivel cualitativo se describe cómo el síndrome de Ménière implica una interferencia global en diversas áreas. Algunas áreas como el Ocio o el Empleo están completamente limitadas por los vértigos. Ambos progenitores informan de una CAG (conducta adaptativa general) baja. Aunque hay discrepancias en las áreas de funcionamiento, en términos globales, tanto el padre como la madre de la peritada destacan las dificultades en el ámbito social y práctico (funcionamiento psicosocial en su conjunto).

Figura 1.

Cuestionario heteroadministrado (padre)

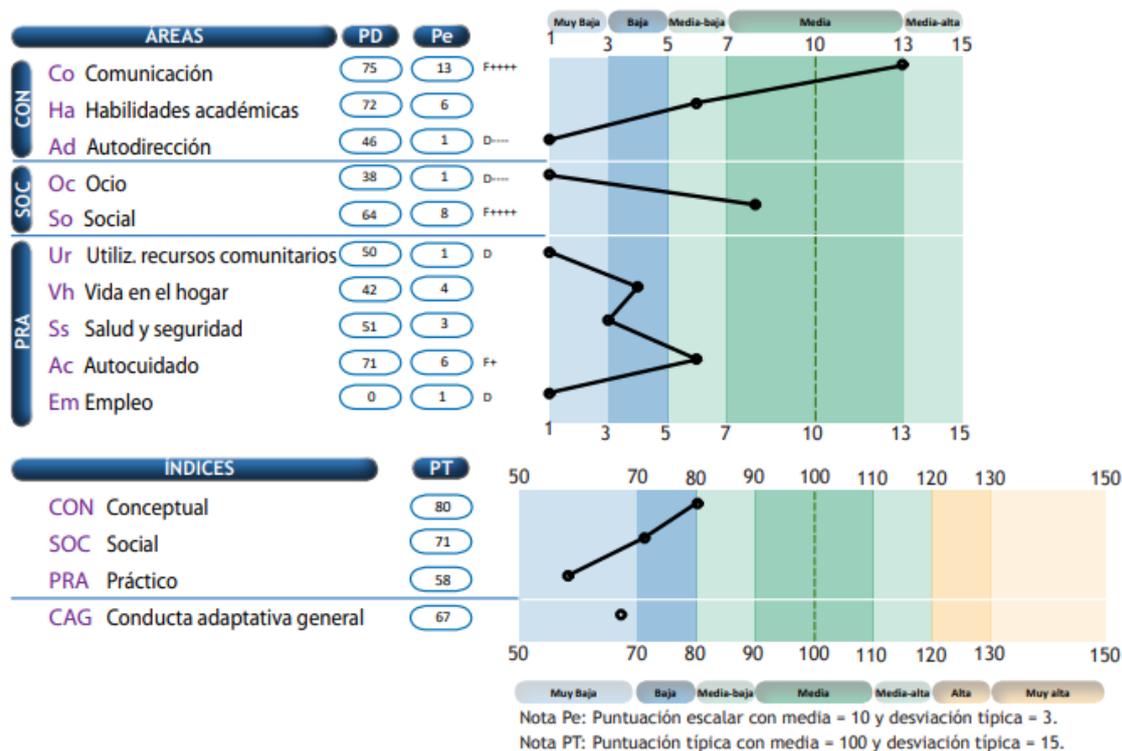
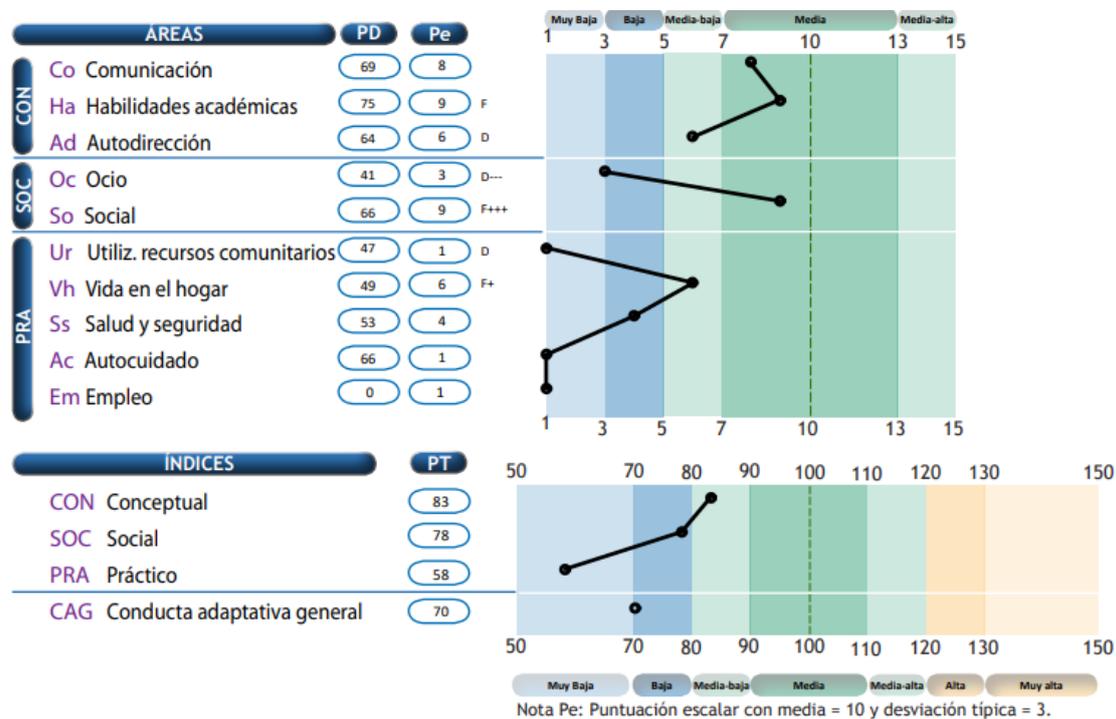


Figura 2.

Cuestionario heteroadministrado (madre)



TOMM

La finalidad de la prueba es discriminar entre problemas de memoria simulados y genuinos. Presenta puntos de corte para sospecha de simulación a partir de múltiples estudios internacionales e investigaciones específicas realizadas en la adaptación al español con muestras españolas y latinoamericanas. La puntuación de la peritada en el primer ensayo es de 43 ítems. En el segundo ensayo: 50. Por lo tanto se concluye que no hay sospecha de simulación.

STROOP

La finalidad de la prueba es la evaluación de la influencia de la interferencia como indicativa de una alteración en el control inhibitorio, siendo especialmente relevante para la detección de problemas neurológicos y cerebrales. Las diferentes tareas o condiciones del STROOP permiten evaluar aspectos atenciones relacionados con la memoria de trabajo, la legibilidad cognitiva y la habilidad paz mantener activa una meta y suprimir una respuesta habitual a favor de una menos familiar. Es decir, ofrece una medida de la habilidad para inhibir respuestas y manejar las interferencias (control atencional e inhibitorio). Las puntuaciones obtenidas por la peritada (ver tabla 3) pone en valor una

afectación importante en el rendimiento esperado en base a su grupo poblacional (rango bajo). Tanto la fatiga como la ansiedad son dos variables que pueden influir en la ejecución, así como problemas atencionales o una velocidad de procesamiento menor a la esperada en su edad.

Tabla 3.

Puntuaciones del STROOP

PUNTUACIÓN	PD	T
PALABRA	83	34
COLOR	64	38
PALABRA-COLOR	33	33
RESISTENCIA A LA INTERFERENCIA	-3	39

TESEN

El TESEN es una prueba que sirve para realizar una evaluación general de las funciones ejecutivas, centrándose en la media de la capacidad de planificación mediante la realización de una tarea visomotora. La puntuación total obtenida por la peritada corresponde a un decatipo medio en ejecución (5) y velocidad (5) y medio-alto en precisión (7). *La velocidad:* refleja la capacidad de cada persona para resolver tareas que requieren de creciente control atencional y ejecutivo. *La ejecución:* las puntuaciones en ejecución reflejan la eficacia con la que la persona evaluada ha realizado la tarea tomando en consideración la velocidad y la precisión. *La precisión:* asociada a los errores durante la ejecución. La puntuación global es representativa del funcionamiento global de la persona a nivel ejecutivo (planificación, anticipación, memoria de trabajo y visopercepción).

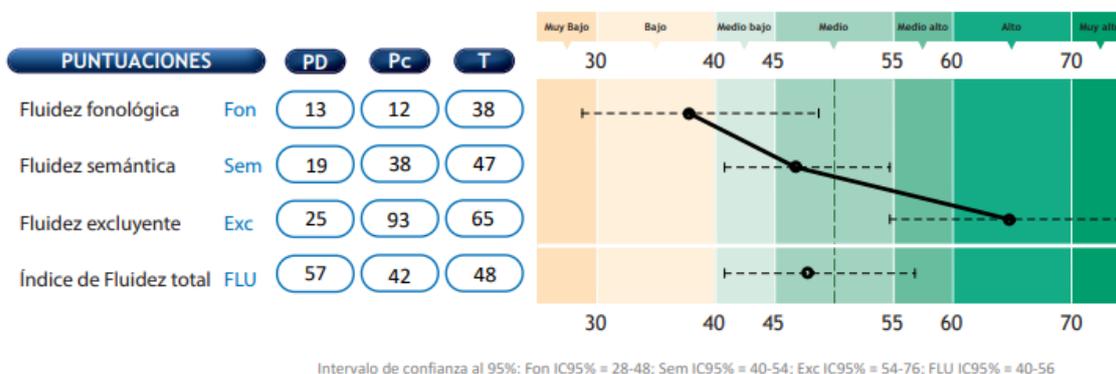
TFV

La finalidad de la prueba es la evaluación global rápida del lenguaje y del funcionamiento ejecutivo mediante 3 tareas de lenguaje expresivo: Fluidez fonológica, fluidez semántica y fluidez excluyente. La puntuación obtenida por la peritada arroja valores bajos en **fluidez fonológica** (T: 38), valores altos en **fluidez excluyente** (T: 65) valores medios en **fluidez semántica** (T: 47) y **fluidez total** (T: 48). El rendimiento general de la prueba es normal. La puntuación baja en fluidez fonológica puede tener su origen en problemas atenciones (dificultades para vocalizar o mantener la atención) o una velocidad de procesamiento algo menor de lo esperable para su edad. A nivel cualitativo es necesario remarcar que a pesar de que los resultados son normales, al tratarse de una

persona dedicada a la enseñanza, es posible que los resultados en referencia a su tipo población específico sean más bajos de lo esperado.

Figura 3.

Test de fluidez verbal



d2-R

El objetivo principal del d2-R es evaluar la capacidad para mantener la atención y la concentración en tareas sencillas cuando hay una presión de tiempo. Además de valorar este constructo, la prueba incluye indicadores de velocidad a la que ha trabajado la persona evaluada y la presión de sus repuestas. **Los resultados obtenidos por la peritada arrojan valores medio-bajos.** El rendimiento de la peritada ha sido medio-bajo en concentración, mostrando una velocidad de trabajo por debajo del promedio. Por lo tanto, el resultado podría indicar una capacidad de concertación medio-baja en tareas de atención selectiva. En cuando a la velocidad de procesamiento, las puntuaciones también arrojan valores por debajo de su grupo de referencia. La precisión también es inferior a la esperada por su grupo de edad.

Figura 4.

Puntuaciones del d2-R



El test de los 5 dígitos (FDT)

La prueba evalúa velocidad de procesamiento, la fluidez verbal, la atención sostenida y la eficiencia en la alternancia de procesos mentales. Los resultados obtenidos por la peritada figuran en la tabla 4. Como se puede observar las puntuaciones corresponden a un rendimiento medio-bajo en relación con su grupo poblacional de referencia.

Tabla 4.

Puntuaciones del FDT

	PD	PC
LECTURA	20	40
CONTEO	22	35
ELECCIÓN	37	40
ALTERNANCIA	49	35
INHIBICIÓN	17	35
FLEXIBILIDAD	24	55

Subpruebas del WAIS-IV

El IMT (índice de memoria de trabajo) es una medida de la aptitud de memoria de trabajo del sujeto. Las tareas de memoria de trabajo requieren capacidad de mantener temporalmente la información en la memoria, realizar alguna operación mental, o manipulación y producir un resultado. La memoria de trabajo se relaciona con la atención, la concentración, el control mental y el razonamiento. El IVP (índice de velocidad de procesamiento) es una medida de aptitud del sujeto para explorar, ordenar o discriminar información visual simple. Este índice también mide la memoria a corto plazo, la atención y la coordinación visomotora. La peritada presenta puntuaciones compuestas ligeramente por debajo de la media en base a su grupo de edad en velocidad de procesamiento y memoria de trabajo.

Tabla 5.

Puntuaciones compuestas obtenidas en el WAIS-IV

Escala	Suma de puntuación escalar	Puntuación compuesta	Intervalo de confianza 95 %
<i>Memoria de trabajo (IMT)</i>	15	85	79-94
<i>Velocidad de procesamiento (IVP)</i>	16	89	81-99

Integración de los resultados

En estudio de los indicadores clínicos obtenidos pone en valor una sintomatología ansioso-depresiva grave y persistente. Se aprecia un cuadro depresivo de larga duración caracterizado por falta de energía, tristeza, desesperanza, baja autoestima, apatía, anhedonia y dificultades para concentrarse y tomar decisiones. La sintomatología depresiva va acompañada de una elevada respuesta de ansiedad, hipervigilancia de síntomas y activación, sobre todo en relación con las crisis de Ménière, eventos sociales y la exposición a estímulos fóbicos como salir de casa. En el pasado la peritada ha tenido crisis de ansiedad con síntomas de agorafobia [300.01 (F41.0). Trastorno de pánico/ 300.22 (F40.00) Agorafobia] asociados a la idea de salir de casa sola y tener una crisis. Ante este condicionamiento, la peritada nunca sale sola de casa. Debido a este patrón de evitación se ha neutralizado parte de la respuesta ansiosa, pero existe, en cambio, una elevada limitación funcional. La respuesta de ansiedad persiste a consecuencia de un patrón hipervigilante para intentar predecir las posibles crisis, debido al carácter inesperado y la gravedad de estas. Esta ansiedad es mayor cuando no está en un escenario seguro y predecible o cuando tiene que hacer alguna actividad fuera de su zona de seguridad. Las limitaciones potencian la sintomatología depresiva y a su vez la depresión aumenta la vivencia subjetiva de limitación. Además, la peritada presenta numerosas patologías médicas (ver documental), que comparten mecanismos causales con quejas de naturaleza somática y emocional.

Se observa en la peritada una personalidad muy responsable con baja tolerancia a la vulnerabilidad (procesos metacognitivos: *se siente mal por sentirse mal*). La peritada tenía una identidad muy formada en torno al rol profesional y la autonomía, por lo que la pérdida de funcionalidad en ese escenario ha sido un evento adverso de gran calado personal e identitario, siendo una variable clave en la etiología de la depresión, junto con la limitación funcional resultante de la gravedad de la enfermedad de Ménière. El afrontamiento utilizado ha pasado de ser racionalizador y dirigido a la solución del problema, a un estilo de afrontamiento más orientado a la regulación emocional (evitación). Esto se debe a dos variables: la incontrolabilidad de la situación y el desgaste emocional e indefensión experimentada. Cuando se han agotado las vías terapéuticas y la peritada ha tenido que enfrentarse a la irreversibilidad de la situación, la sintomatología depresiva se ha agravado de manera significativa.

A nivel neuropsicológico se observa un rendimiento por debajo de lo esperado en su grupo de edad. A nivel cualitativo, incluso en las tareas que obtiene resultados medios, se ha de tener en cuenta que la peritada es profesora y, por tanto, su rendimiento debería ser superior a la media. Se aprecia una gran reserva y estrategias cognitivas que la permiten mantener un rendimiento medio a pesar de las dificultades que tiene en tareas que requieren inhibición, flexibilidad y tiempo de ejecución. En líneas, generales las pruebas realizadas muestran resultados medios-bajos en memoria de trabajo y velocidad de procesamiento: atención sostenida, control inhibitorio, alternancia y concentración. Tanto por la depresión como por la enfermedad de Ménière (síntomas asociados), la peritada presenta un peor rendimiento en tareas de ejecución con tiempo.

Impresión diagnóstica

300.4 (F34.1). Trastorno depresivo persistente (distimia) grave con ansiedad reactiva a enfermedad médica. Con episodios intermitentes de depresión mayor, sin episodio actual³. 300.01 (F41.0). Trastorno de pánico/ 300.22 (F40.00) Agorafobia.

Análisis funcional

Las variables disposicionales son condiciones del organismo y del entorno que pueden modificar el valor de los elementos de una secuencia favoreciendo o dificultando que una relación funcional se establezca. No aluden a relaciones, sino a hechos o estructuras. En este caso adquieren relevancia las siguientes:

- *Personales*: Historia de aprendizajes y reglas: identidad personal y laboral muy vertebrada en la esfera profesional. Aprendizajes y reglas asociadas a la responsabilidad y el control.
- *Ambientales*: Tradiciones culturales (modelos familiares y plan vital).

En relación con las crisis de ansiedad: Existe un condicionamiento entre un escenario neutro como es salir a la calle con las crisis y toda la vivencia emocional subjetiva que implica: vergüenza, pérdida de control, ausencia de recursos de ayuda, vulnerabilidad y ansiedad. Este condicionamiento se consolida a medida que la peritada

³ Actualmente no se cumplen todos los criterios para un episodio de depresión mayor, pero ha habido uno o más episodios de depresión mayor al menos en los dos años anteriores

experimenta situaciones de incontrolabilidad asociadas a crisis en lugares públicos en los que es observada (cognitivamente posee una atribución de juicio externo) y no tiene la posibilidad de escapar de la situación de manera autónoma debido a la gravedad. De esta manera se instaura un patrón de evitación (RC)⁴ ante la idea de salir, al menos sola (EC). La presentación del EC supone una RC a tres niveles: a) *cognitivo*: anticipación de escenarios catastróficos, valoración negativa de la propia capacidad, narrativa de indefensión, hipervigilancia de las señales propioceptivas, vergüenza b) *emocional/fisiológico*: taquicardia, tensión muscular, sudoración, hiperventilación, estado de hiperalerta y c) *conductual*: búsqueda de señales de seguridad como afrontamiento, evitación/huida del escenario temido. Este patrón a corto plazo implica una neutralización del malestar, ya que evita cualquier escenario asociado a las crisis en las que no tenga las señales de seguridad (evita el transporte público), como por ejemplo salir con sus padres, itinerario conocido o estar en casa acompañada (R+: aportan control; R-: reducen pensamientos de angustia y vulnerabilidad). A largo plazo esta dinámica supone una pérdida mayor de autonomía, lo que retroalimenta los esquemas depresógenos. La intensidad de las crisis y el significado social de tenerlas en público confieren una valencia muy aversiva que explica el poder de la respuesta condicionada de ansiedad (ataques de pánico) y de evitación (agorafobia) y que explica a su vez la evitación de contacto social, dimensión cognitiva asociada también a la sintomatología depresiva (significado social de discapacidad, baja tolerancia a la vulnerabilidad).

En relación al afrontamiento de la enfermedad de Ménière: En líneas generales la peritada presenta una repuesta aprendida (RC) de hipervigilancia que conecta con su sentido de responsabilidad (R+) y de preocupación como estrategia cognitiva positiva e ilusión de control/anticipación. La incontrolabilidad (y gravedad) de las crisis confiere un refuerzo intermitente sobre la hipervigilancia, pudiendo influir ciertos sesgos cognitivos (como correlación ilusoria) en el mantenimiento de una respuesta obsesiva sobre las señales fisiológicas (R- reducción de la angustia, evitación de la disonancia asociada a la preocupación). Esto implica que la respuesta de hipervigilancia está íntimamente ligada a las señales físicas de la enfermedad (sensaciones propioceptivas, mareos, etc.) por lo que aunque puedan producirse mejorías, la peritada siempre va a experimentar un cierto grado de ansiedad cognitiva y fisiológica asociada a la necesidad de anticipar y controlar

⁴ EC: estímulo condicionado. RC: respuesta condicionada.

la sintomatología asociada a Ménière, ya que en su historia de aprendizajes posee un valor adaptativo y de supervivencia. La introducción de escenarios o tareas con demandas de rendimiento físico o cognitivo aumentarían significativamente la respuesta de ansiedad, ya que la incontabilidad de la crisis compromete la dimensión cognitiva de la autoeficacia, lo que facilita una respuesta de ansiedad más elevada ante la imposibilidad de hacer frente a lo que se le pide.

Hipótesis sobre la validez de los síntomas

La hipótesis 1 (H1) implicaría que no existe una exageración de síntomas o un intento de simulación, mientras que en la hipótesis 2 (H2) parte de una exageración y/o simulación. Tras el estudio de la documental, las entrevistas y las pruebas administradas (triangulación del SIMS con las escalas de validez del PAI y MMPI2-RF): se aceptaría la hipótesis 1. No se han encontrado indicadores compatibles con simulación ni en la observación ni en las entrevistas. Las escalas de validez de las pruebas descartan un intento por exagerar los síntomas. La sintomatología de la persona peritada está objetivada por otros profesionales y guarda consistencia longitudinal. No hay una puesta en escena exageradora.

Debido a las características del cuadro es necesario contemplar diferentes categorías que engloban una semiología parecida. En este sentido destaca el trastorno de síntomas somáticos. En el caso del Trastorno de síntomas somáticos el individuo evalúa indebidamente los síntomas corporales y los consideran amenazadores, perjudiciales y molestos. En el caso de la peritada, más que una visión catastrofista de sus síntomas, la hipervigilancia se asocia con la impredecibilidad de las crisis y su impacto funcional. No existe un temor al empeoramiento en el día a día, pero sí una búsqueda de controlar los síntomas para poder ganar cierta funcionalidad. Más que una preocupación genérica por un conjunto de síntomas inespecíficos, la preocupación de la peritada se centra en anticipar las crisis (no hay miedo a una enfermedad). En el plano médico, lejos de tener una postura escéptica sobre las explicaciones, busca cualquier tipo de vía que la permita una mejora. Las limitaciones en las mejoras psicológicas están ligadas a las limitaciones en las mejores médicas fruto de la estabilización de la problemática tras las operaciones.

DISCUSIÓN FORENSE

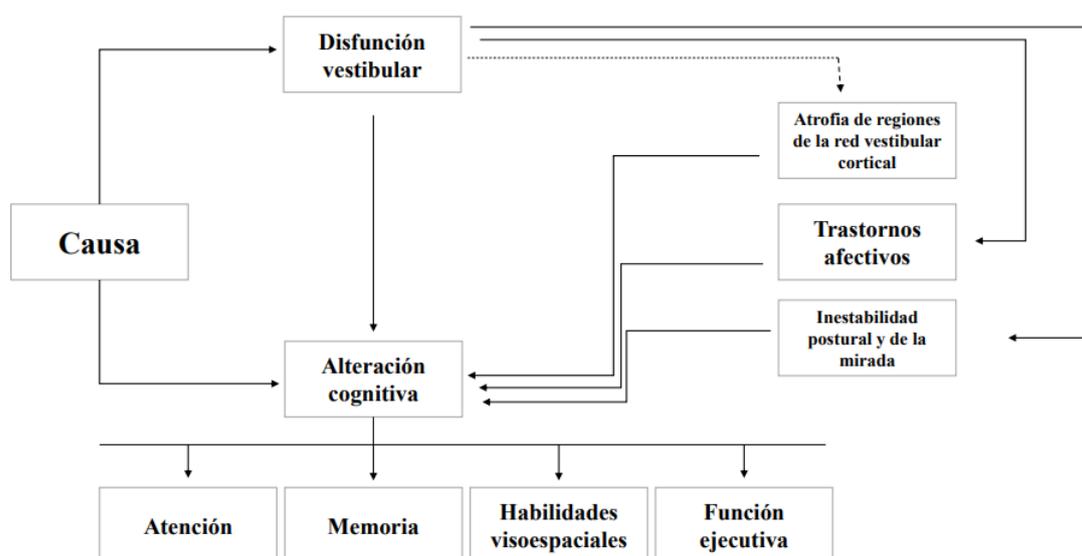
Sobre el estado psicológico de la peritada

La enfermedad de Ménière (EM) es una patología crónica del oído interno de etiología idiopática, caracterizada por la presencia de crisis de vértigo recurrentes y espontáneas, hipoacusia fluctuante, tinnitus y plenitud ótica (Sáenz, 2002). Las vías vestibulo-tálamo-corticales, que emergen desde estas proyecciones vestibulares y del tálamo hacia la corteza cerebral, están involucradas en la influencia que tiene el sistema vestibular sobre distintas funciones cognitivas (Aedo et al., 2016; Hitier et al., 2014; Kaufman et al., 1996).

En este sentido, el sistema vestibular correlaciona con déficits en la memoria espacial (Brandt et al., 2005), las funciones ejecutivas, la atención, la memoria a corto plazo (Eraslan et al., 2022 Grimm et al., 1989) y la denominada neblina cerebral. Esta neblina puede ser definida como la percepción y experiencia de fatiga mental, asociada a déficits cognitivos leves (debido a la ausencia de recursos cognitivos disponibles) (Bigelow & Agrawal, 2015; Ocon, 2013; Rizk et al., 2019; ver figura 5).

Figura 5.

Modelo patología vestibular y cognición (adaptado de Bigelow & Agrawal, 2015)



La pérdida vestibular bilateral puede tener consecuencias en la atención, ya que las personas desvían sus recursos cognitivos para mantener el equilibrio, lo que disminuye

su capacidad cognitiva para otras funciones, especialmente en tareas duales (Nascimbeni et al., 2010). En este contexto, diversos estudios señalan que los individuos pueden presentar menos precisión y mayor latencia de respuesta en situaciones que implican el control del equilibrio y el sistema vestibular (Teasdale et al., 1996). Este detrimento en la ejecución estaría asociado a respuestas adaptativas que generan los individuos con déficits vestibulares, utilizando sus recursos cognitivos para priorizar el control del equilibrio sobre la ejecución de otras tareas cognitivas (Bigelow & Agrawal, 2015).

Igualmente, existen asociaciones entre función vestibular, memoria y funciones ejecutivas. En estudios realizados con pacientes con fístula perilinfática se ha observado un menor rendimiento en pruebas neuropsicológicas de aprendizaje por asociación, memoria auditiva, cálculo y habilidades visoespaciales/visuoconstructivas (Risey & Briner, 1991). De igual manera, el mareo perceptual postural persistente correlaciona con disfunciones en los procesos cognitivos superiores de construcción espacial que requieren mayor complejidad, respetando funciones visoespaciales de menor orden como la memoria de trabajo (Alarcón et al., 2023). Además de las alternaciones neuropsicológicas que pueden estar implicadas en la enfermedad de Ménière, estas se han de sumar a las implicaciones relacionadas con los trastornos emocionales comórbidos como la depresión. La presencia de trastornos de ansiedad y depresión de manera comórbida a la enfermedad de Ménière parece ser un escenario habitual en el contexto clínico (Kirby & Yardley, 2008; Lahiji et al., 2022; Ovalle et al., 2021). A su vez, numerosos estudios ponen en valor el hecho de que los pacientes con enfermedad de Ménière experimentan un estado de tensión y ansiedad constantes y que este estado puede agravar los síntomas físicos (círculo vicioso), afectando significativamente a su calidad de vida (Orji, 2014). En este sentido, la depresión es un factor a tener en cuenta en las alteraciones cognitivas relacionadas con el rendimiento (Roca et al., 2015).

Sobre el impacto funcional en la esfera laboral

La capacidad ocupacional de una persona implica la calidad de ejecución de su desempeño laboral en áreas como la comunicación, la interacción, las habilidades motoras y el procesamiento. En el caso presente coexisten numerosos factores que pueden comprometer el desarrollo eficiente de la peritada en cualquier puesto de trabajo ya que se tratan de déficits globales que afectan a las diferentes áreas de ejecución, es decir, son

limitaciones funcionales de gran interferencia en el escenario laboral. En primer lugar, cabe destacar que tanto la depresión como la ansiedad y los síntomas de la enfermedad de Ménière (neblina mental) pueden implicar alteraciones cognitivas leves que comprometen el rendimiento de la peritada en tareas de ejecución. Esto implica un compromiso de la memoria de trabajo, la flexibilidad, la atención dividida y la velocidad de procesamiento.

El estudio neuropsicológico practicado ha dado como resultado un rendimiento por debajo de lo esperado en tareas relacionadas con la memoria de trabajo y la velocidad de procesamiento (englobadas en el supradominio de las funciones ejecutivas). Esto implica que la peritada, en comparación con su grupo poblacional de referencia, es más lenta, puede cometer más fallos y puede presentar mayor fatiga.

Como resultado, la peritada experimenta dificultades en la concentración y un entecimiento que la hace menos eficiente, además de fatigarse antes, aspecto contrario a unos mínimos criterios de empleabilidad y rendimiento en cualquier tipo de trabajo. La psicopatología compromete la capacidad laboral en la medida en que se ven afectadas las siguientes áreas: variables físicas y biomecánicas, carga mental, requerimientos auditivos y visuales y condiciones psicofísicas.

Independientemente de las múltiples crisis que pueden limitar su funcionamiento laboral (en el presente informe no se aborda la cuestión médica), a nivel cognitivo la peritada presenta un funcionamiento afectado en términos de rendimiento laboral, aspecto que comprometería su desempeño en cualquier tipo de trabajo (Dujo et al., 2022; Vicente-Pardo, 2014).

Además, la ansiedad experimentada durante la ejecución de las tareas, queda comprometida a su vez por indicadores fisiológicos (posibles mareos, sensibilidad psicofísica a estímulos del entorno, etc.) que afectan a los procesos atencionales, aspecto que retroalimenta su respuesta de ansiedad. Cualquier tipo de tarea que requiera de un tiempo de ejecución o una demanda de esfuerzo y rendimiento se vería condicionada por los trastornos de ansiedad y depresión, interfiriendo en su desempeño laboral y agravando el cuadro emocional.

La peritada no podría soportar la disciplina que requiere cualquier tipo de trabajo sin verse afectada la esfera afectiva, lo que imposibilita que pueda desarrollar su ocupación laboral con un mínimo de rendimiento y eficacia (Terre et al., 1999; Vicente-Pardo, 2014). Como se ha podido observar en el análisis funcional, la peritada tiene una respuesta de ansiedad asociada a los síntomas de la enfermedad de Ménière. En la medida en que estos persisten, la respuesta de hipervigilancia y ansiedad fisiológica también persiste.

Tanto la ansiedad como la depresión suponen un cuadro clínico, grave, persistente y progresivo incompatible con el desempeño de cualquier actividad laboral. Además, la peritada lleva en tratamiento 6 años, existiendo un primer diagnóstico de trastorno adaptativo, pero cristalizando con el paso de los años en un trastorno depresivo persistente con episodios depresivos mayores. Es decir, existen alteraciones psicopatológicas refractarias al tratamiento, produciéndose un agotamiento de las posibilidades terapéuticas al estar la sintomatología emocional asociada a la enfermedad de Ménière (hasta el día de hoy sin remisión ni mejora sintomatológica).

Por lo tanto, los indicadores psicopatológicos de naturaleza emocional y las alteraciones cognitivas asociadas son incompatibles con el desempeño laboral en cualquier puesto de trabajo con un mínimo de profesionalidad, rendimiento y eficacia. Tanto por las repercusiones conductuales de la enfermedad de Ménière como por la depresión y la ansiedad, sería inviable para la peritada salir de su domicilio para trabajar o desarrollar jornadas laborales, aunque fuera desde su casa. La intermitencia de la funcionalidad asociada al Ménière junto a la ansiedad y la depresión (y sus alteraciones cognitivas) no permiten una dedicación y diligencia en términos de competitividad profesional, rendimiento y empleabilidad. Además, desarrollar cualquier tipo de trabajo (bajo presión) sería perjudicial para su esfera emocional. La introducción de escenarios o tareas con demandas de rendimiento físico o cognitivo aumentarían significativamente la respuesta de ansiedad, ya que la incontrolabilidad de las crisis compromete la dimensión cognitiva de la autoeficacia, lo que genera una respuesta de ansiedad más elevada ante la imposibilidad de hacer frente a lo que se le pide.

CONCLUSIONES

1. En el momento actual la peritada cumple los siguientes criterios diagnósticos: 300.4 (F34.1). Trastorno depresivo persistente (distimia) grave con ansiedad reactiva a enfermedad médica. Con episodios intermitentes de depresión mayor, sin episodio actual. 300.01 (F41.0). Trastorno de pánico/ 300.22 (F40.00) Agorafobia.
2. Se aprecia un cuadro depresivo de larga duración caracterizado por falta de energía, tristeza, desesperanza, baja autoestima, apatía, anhedonia y dificultades para concentrarse y tomar decisiones. La sintomatología depresiva va acompañada de una elevada respuesta de ansiedad, hipervigilancia de síntomas y activación, sobre todo con relación a las crisis de Ménière, eventos sociales y la exposición a estímulos aversivos como salir de casa (vivencia más intensa de lo que cabría esperar como reacción a la enfermedad).
3. A nivel neuropsicológico, las pruebas practicadas muestran resultados por debajo de lo esperado en memoria de trabajo y velocidad de procesamiento: atención sostenida, control inhibitorio, alternancia y concentración (funciones ejecutivas). Tanto por la depresión y la ansiedad como por la enfermedad de Ménière (alteraciones cognitivas asociadas) la peritada presenta un peor rendimiento en tareas de ejecución con tiempo (enlentecimiento). Esto implica que la peritada en comparación con su grupo poblacional de referencia, es más lenta, puede cometer más fallos y puede presentar mayor fatiga. (Aspectos contrarios a unos mínimos criterios de empleabilidad y rendimiento en cualquier tipo de trabajo).
4. Tanto la ansiedad como la depresión suponen un cuadro clínico, grave, persistente y progresivo incompatible (junto con los problemas médicos señalados) con el desempeño de cualquier actividad laboral. La peritada no podría soportar la disciplina que requiere cualquier tipo de trabajo sin verse afectada la esfera afectiva, lo que imposibilita que pueda desarrollar su ocupación laboral con un mínimo de rendimiento y eficacia. Existen alteraciones psicopatológicas refractarias al tratamiento, produciéndose un agotamiento de las posibilidades terapéuticas al estar la sintomatología emocional asociada a la enfermedad de Ménière.

5. Por lo tanto, junto con los problemas médicos señalados, los indicadores psicopatológicos de naturaleza emocional y las alteraciones cognitivas asociadas son incompatibles con el desempeño laboral en cualquier puesto de trabajo con un mínimo de profesionalidad, rendimiento y eficacia.

REFERENCIAS

- Adler, D. A., McLaughlin, T. J., Rogers, W. H., Chong, H., Lerner, D. & Lapitsky, L. (2006). Job performance deficits due to depression. *American Journal of Psychiatry*, *163*, 1569–1576
- Aedo, C., Collao, J.P. & Délano, P. (2016). Anatomía, fisiología y rol clínico de la corteza vestibular. *Revista de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello* *76*: 337-46.
- Alarcón, K., Arévalo-Romero, C., Villarroel, K., Lavín, C., Faúndez, F., Garrido, R. & Breinbauer, H. (2023). Perfil cognitivo en el Mareo Perceptual Postural Persistente: Implicancias sobre su fisiopatología como disfunción cognitiva visovestibular superior. *Revista de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello*, *83*(4), 346-358.
- Bigelow, R.T. & Agrawal, Y. (2015). Vestibular involvement in cognition: Visuospatial ability, attention, executive function, and memory. *Journal of Vestibular Research*, *25*: 73-89.
- Brandt, T., Schautzer, F., Hamilton, D.A., Bruning, R., Markowitsch, H.J. & Kalla, R. (2005). Vestibular loss causes hippocampal atrophy and impaired spatial memory in humans. *Brain*, *128*: 2732-41.
- Burton, W. N., Pransky, G., Conti, D. J., Chen, C. Y. & Edington, D. (2004). The association of medical conditions and presenteeism. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, *46*, S38–S45.
- Domínguez-Muñoz, A., Pérez, R. L., León, F. G., Álvarez, A. G. & de la Fuente Madero, J. L. (2013). Distorsión clínica y simulación en la incapacidad temporal: Un estudio preliminar. *Psicopatología Clínica Legal y Forense*, *13*(1), 29-45.

- Dujo, V., González-Trijueque, D. & Gómez-Graña, J.L. (2022). *Manual de Psicología Forense en el ámbito laboral. Conceptos, metodología y aplicaciones*. Pirámide.
- Dujo, V. & Horacjo-Gil, P. J. (2016). Informe pericial psicológico: Agorafobia, funcionamiento laboral y extinción laboral. *Psicopatología Clínica Legal y Forense*, 16(1), 129-143.
- Dubovsky, S. L., Davies, R. & Dubovsky, A. N. (2003). Mood disorders. En R. E. Hales y S. C. Yudofsky (Eds.), *The American Psychiatric Publishing Textbook of Clinical Psychiatry* (pp. 439–542). Washington, DC: American Psychiatric Publishi
- Elinson, L., Houck, P., Marchus, S. C. & Pincus, H. A. (2004). Depression and the ability to work. *Psychiatric Services*, 55, 29–34.
- Eraslam, H. B., Kırkim, G., Koçoğlu, K., Akkoyun, M., Güneri, E. A. & Akdal, G. (2022). Cognitive function in Meniere's disease. *Psychology, Health & Medicine*, 1-11.
- Furukawa, M., Kitahara, T., Hori, A., Uno, A., İmai, T., Ohta, Y., Morihana, T., Inohara, H., Mishiro, Y. & Sakagami, M. (2013). Psychological condition in patients with intractable Meniere's disease. *Acta Oto-laryngologica*, 133(6), 584–589. <https://doi.org/10.3109/00016489.2012.759274>
- Gold, L. H. & Shuman, D. W. (2009). *Evaluating mental health disability in the workplace*. Springer.
- Grimm, R.J., Hemenway, W.G., Lebray, P.R. & Black, F.O. (1989). The perilymph fistula syndrome defined in mild head trauma. *Acta Oto-Laryngologica, Supplementum*, 464: 1-40.
- Hitier, M., Besnard, S., & Smith, P.F. (2014). Vestibular pathways involved in cognition. *Frontiers in Integrative Neuroscience*, 8: 1-16.
- Kaufman, G.D., Netts, B.A., & Perachio, A. A. (1996). Vestibular and prepositus nuclei projections to the cerebral cortex labelled trans-synaptically by a-herpes virus. *Journal of Vestibular Research*, 6, 4S:S4.
- Kessler, R. C., Akiskal, H. S., Ames, M., Birnbaum, H., Greenberg, M. A. & Hirschfeld, R. M. (2006). Prevalence and effects of mood disorders on work performance in

- a nationally representative sample of U.S. workers. *American Journal of Psychiatry*, *163*, 1561–1568
- Kessler, R. C., Chiu, W. T., Demler, O. & Walters, E. E. (2005). Prevalence, severity, and comorbidity of the 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, *62*, 617–627.
- Kirby, S. E. & Yardley, L. (2008). Understanding psychological distress in Meniere's disease: a systematic review. *Psychology, Health and Medicine*, *13*(3), 257-273.
- Lahiji, M. R., Akbarpour, M., Soleimani, R., Asli, R. H., Leyli, E. K., Saberi, A. & Nemati, S. (2022). Prevalence of anxiety and depression in Meniere's disease; a comparative analytical study. *American Journal of Otolaryngology*, *43*(5), 103565.
- Liu, P. M. & Van Liew, D. A. (2003). Depression and burnout. En J. P. Kahn y A. M. Langlieb (Eds.), *Mental Health and Productivity in the Workplace: A Handbook for Organizations and Clinicians* (pp. 433–457). San Francisco: John Wiley & Sons.
- Moffat, D. A. & Ballagh, R. H. (1997). Menière's disease. En A. G. Kerr y J. B. Booth (Eds.), *Scott Brown's otolaryngology* (3th ed., Vols. 3, ch 19, pp. 1–50). Butterworth-Heinemann.
- Muñoz, J. M. (2013). La evaluación psicológica forense del daño psíquico: propuesta de un protocolo de actuación pericial. *Anuario de Psicología Jurídica*, *23*(1), 61-69.
- Mutlu, B., Kırkım, G., Mungan Durankaya, S., Gürkan, S., Başokçu, T. O. & Güneri, E. A. (2018). The reliability and validity of “Dokuz Eylul University Meniere's Disease Disability Scale”. *The Journal of International Advanced Otology*, *14*(2), 304–311. <https://doi.org/10.5152/iao.2017.4386>
- Nascimbeni, A., Gaffuri, A., Penno, A. & Tavoni, M. (2010). Dual task interference during gait in patients with unilateral vestibular disorders. *Journal of NeuroEngineering and Rehabilitation*; *7*: 47. doi: 10.1186/1743-0003-7-47
- Ocon, A.J. (2013). Caught in the thickness of brain fog: exploring the cognitive symptoms of Chronic Fatigue Syndrome. *Frontiers in Physiology*, *4*: 63.

- Orji, F. T. (2014). The influence of psychological factors in Meniere's disease. *Annals of Medical and Health Sciences Research*, 4(1), 3-7.
- Ovalle, R., Machuca, M., Moreira, P., Barría, T., Durán, M. & Osorio, J. (2021). Prevalencia de comorbilidad depresiva en la enfermedad de Ménière. *Revista de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello*, 81(2), 175-180.
- Puerto-Barrio, A.M. (2017). *La incapacidad psiquiátrica en la incapacidad permanente* [Tesis Doctoral]. Universidad de Extremadura.
- Risey, J., & Briner, W. (1991). Dyscalculia in patients with vertigo. *Journal of Vestibular Research: Equilibrium & Orientation*, 1: 31-7.
- Rizk, H. G., Sharon, J. D., Lee, J. A., Thomas, C., Nguyen, S. A. & Meyer, T. A. (2020). Cross-sectional analysis of cognitive dysfunction in patients with vestibular disorders. *Ear and Hearing*, 41(4), 1020-1027.
- Roca, M., Vives, M., López-Navarro, E., García-Campayo, J. & Gili, M. (2015). Alteraciones cognitivas y depresión: una revisión crítica. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 43(5), 187-93.
- Saenz M. (2002). Enfermedad de Ménière. *Revista de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello*, 62, 289-298.
- Stewart, W. F., Ricci, J. A., Chee, E., Hahn, S. R. & Morganstein, D. (2003). Cost of lost productive work among US Workers with depression. *Journal of the American Medical Association*, 289, 3135–3144.
- Teasdale, N., Bard, C., Larue, J. & Fleury, M. (1993). On the cognitive penetrability of posture control. *Experimental Aging Research*, 19: 1-13.
- Terrer, M., Molins, J. & Fernández, L. J. (1999). La incapacidad laboral en pacientes con trastornos psíquicos. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra* (Vol. 22, No. 1, pp. 71-79).
- Vicente-Pardo, J.M. (2014). La valoración de la profesión, del trabajo, de la ocupación, y de las tareas en el procedimiento de valoración de la capacidad laboral en materia de seguridad social. *Medicina y seguridad del Trabajo*, 60(237), 660-674.

Wang, P. S., Beck, A. L., Berglund, P., McKenas, D. K., Pronk, N. P. & Simon, G. E. (2004). Effects of major depression on moment-in-time work performance. *American Journal of Psychiatry*, *161*, 1885–1891