

PACIENTES ONCOLÓGICOS: EFECTOS DE LA ENFERMEDAD EN SU CAPACIDAD PSICOFÍSICA PARA TESTIFICAR

(ONCOLOGY PATIENTS: EFFECTS OF THE DISEASE ON THEIR PSYCHOPHYSICAL ABILITY TO STAND TRIAL)

RESUMEN

En este documento se abordan las dificultades que enfrentan los pacientes oncológicos en procesos judiciales debido a las limitaciones médicas y cognitivas derivadas de su enfermedad y consiguiente tratamiento. En nuestro país, la ausencia de un marco legal específico genera desigualdad procesal, afectando el derecho a la justicia de estos individuos. Se describe cómo la quimioterapia, la radioterapia y la inmunoterapia pueden provocar efectos secundarios como neuropatías, deterioro cognitivo, fatiga extrema y alteraciones emocionales, compromiéndole la capacidad física y psíquica de cada paciente para participar activamente en un juicio de manera lúcida. Se detalla un síndrome neurocognitivo que afecta la memoria, la concentración y la velocidad de procesamiento denominado "quimiocebrebro"; y se identifican factores como el dolor crónico, el debilitamiento físico y los trastornos psiquiátricos, los cuales pueden agravar la dificultad de testificar.

Se proponen herramientas de evaluación que permitan cuantificar el impacto de estos síntomas, proporcionando información técnica a las dependencias judiciales para garantizar un proceso más equitativo. Se sugieren medidas como la adaptación de los interrogatorios, la posibilidad de declarar por videoconferencia y la colaboración interdisciplinaria entre médicos, abogados y jueces. La investigación concluye con la importancia de sensibilizar a la comunidad jurídica sobre esta problemática y avanzar hacia una legislación que contemple estas necesidades, asegurando el respeto por la dignidad y los derechos de los pacientes oncológicos.

PALABRAS CLAVE: *Oncología, Psiquiatría forense, Fatiga relacionada con el cáncer, Capacidad para estar en juicio.*

ABSTRACT: This article addresses the difficulties faced by oncology patients in legal proceedings due to the medical and cognitive limitations derived from their disease and consequent treatment. In our country, the absence of a specific legal framework generates procedural inequality, affecting the right to justice of these individuals. The study describes how chemotherapy, radiotherapy and immunotherapy can cause side effects such as neuropathies, cognitive impairment, extreme fatigue and emotional disturbances, compromising each patient's physical and psychological ability to actively and lucidly participate in a trial. A neurocognitive syndrome affecting memory, concentration and speed of processing called 'chemo-brain' is described. Factors such as chronic pain, physical debilitation and psychiatric disorders, which can aggravate the difficulty of testifying, are identified.

The article proposes evaluation tools to quantify the impact of these symptoms, providing technical information to the judicial unit to ensure a more equitable proceeding. It also suggests the implementation of measures such as the adaptation of questioning procedures, the possibility of testifying by videoconference, and the interdisciplinary collaboration between doctors, lawyers and judges. The study concludes with the importance of sensitizing the legal community on this problem and moving towards legislation that addresses these needs, ensuring respect for the dignity and rights of oncology patients.

KEYWORDS: *Oncology, Forensic psychiatry, Cancer-related fatigue, fit to stand trial.*

*Romina Marin¹,
Darío A. Gámez²,
Mariana Martínez
Álvarez³, María Elina
Grecco⁴*

¹*Médica Oncóloga, Médica Legista del Cuerpo Médico Forense*

²*Médico Oncólogo, Perito Médico del Cuerpo Médico Forense.*

³*Médica Neurológa, Médica Legista del Cuerpo Médico Forense.*

⁴*Médica Psiquiatra, Perito Médico del Cuerpo Médico Forense. Centro de Asistencia Judicial Federal, Corte Suprema de Justicia de la Nación.*

Contacto:
temromina@gmail.com

INTRODUCCIÓN

El acceso a la justicia es un derecho fundamental, pero en el caso de los pacientes oncológicos, las exigencias de un proceso judicial pueden representar un obstáculo insuperable. La falta de legislación específica que contemple sus limitaciones médicas y cognitivas plantea un problema de desigualdad procesal, que podría vulnerar sus derechos.

En Argentina, este tema cobra especial relevancia debido a la creciente incidencia de la enfermedad y a la necesidad de garantizar los derechos de los pacientes en todos los ámbitos, incluido el judicial¹.

El proceso judicial exige que los pacientes oncológicos presenten declaración en diversas circunstancias, sin que exista un marco normativo que contemple sus particulares dificultades físicas y cognitivas.

Si bien la Capacidad para estar en Juicio es un tema que ha sido abordado por otras especialidades médicas en ediciones previas de los Cuadernos de Medicina Forense² y otras publicaciones Nacionales e Internacionales, nuestro trabajo tiene como objetivo dar visibilidad a estos obstáculos y proponer un método de evaluación que permita cuantificar su impacto de manera objetiva en los pacientes oncológicos. Esto no solo facilitaría una valoración más precisa por parte de los profesionales intervinientes, sino que también proporcionaría a los jueces un fundamento técnico sólido al momento de ponderar la capacidad de estos pacientes para declarar, garantizando así un proceso más equitativo y ajustado a sus derechos.

DESARROLLO

La quimioterapia, la radioterapia y la inmunoterapia pueden generar efectos secundarios como náuseas, vómitos, neuropatías y dolor crónico. Además,

algunos tratamientos pueden alterar el estado de conciencia, provocando somnolencia, confusión o episodios de delirio.

Uno de los efectos más significativos en el contexto judicial es el llamado "quimio-cerebro", un síndrome neurocognitivo caracterizado por:

- Dificultad para recordar fechas, nombres o palabras.
- Demoras en la finalización de tareas.
- Falta de concentración y atención.
- Problemas para asimilar ideas nuevas.
- Lentitud para procesar información o responder preguntas.
- Problemas para realizar varias tareas simultáneamente (*multitasking*).
- Sensación de "niebla mental".

Los factores que pueden aumentar el riesgo de problemas de memoria en los sobrevivientes de cáncer incluyen los siguientes:

- Cáncer de cerebro
- Cáncer que se disemina (metastatiza) al cerebro
- Dosis más altas de quimioterapia o radiación
- Radioterapia para el cerebro
- Edad más joven en el momento del diagnóstico y tratamiento del cáncer
- Edad avanzada, asociado a comorbilidades.

La gravedad y duración de los síntomas que a veces se describen como "quimio-cerebro" difieren de una persona a otra. La mayoría de los sobrevivientes de cáncer volverán a trabajar, pero algunos encontrarán que las tareas requieren más concentración o tiempo. Otros pueden ser incapaces de regresar al trabajo. Esto explica el impacto que puede acarrear el tratamiento con quimioterapia en la calidad de vida de pacientes con antecedentes de patología neoplásica³. Sato y cols, informan que en pacientes con cáncer de mama que han sido

sometidas a cirugía, también puede surgir un cuadro de disfunción cognitiva luego de la intervención⁴.

Entre los factores de riesgo asociados a este síndrome, se encuentran:

- duración de la anestesia
- complejidad de la intervención quirúrgica
- complicaciones en la cirugía
- edad avanzada
- antecedentes de deterioro cognitivo

Este síndrome, descrito como deterioro cognitivo post-quirúrgico, ha sido caracterizado por la *International Study of Post-Operative Cognitive Dysfunction* como el deterioro de dos o más funciones cognitivas que surge como resultado de la afectación de múltiples dominios cognitivos. Algunos autores sostienen que dicha disfunción se asocia a la acción de factores como la anestesia y procesos inflamatorios.

Rogiers et al. (2020)⁵, a su vez, también señala la aparición de disfunción en la esfera cognitiva en pacientes con diagnóstico de melanoma tratados con ipilimumab, así como también altos niveles de ansiedad y fatiga persistente.

Estos síntomas pueden agravarse con el estrés del proceso judicial, lo que puede derivar en un deterioro significativo del bienestar general del paciente. Estudios médicos han identificado que estos efectos pueden persistir aún después de finalizado el tratamiento oncológico, lo que refuerza la necesidad de protecciones procesales adecuadas. El cáncer y sus tratamientos, pueden generar una serie de efectos secundarios que comprometen la capacidad cognitiva, física y emocional⁶. Algunos de los factores que pueden influir en su capacidad para declarar son, entre los más frecuentes, la Fatiga relacionada al Cáncer (FRC), el dolor, los efectos secundarios de los tratamientos, los aspectos emocionales vinculados a los diferentes estadios de la enfermedad y el debilitamiento físico, entre otros.

Fatiga relacionada al Cáncer (FRC)

La fatiga relacionada al cáncer es un síntoma común en pacientes oncológicos, lo que puede dificultar la concentración y la memoria durante una declaración.

Se asocia fundamentalmente con la presencia de un tumor primario o metastásico, provocando un aumento del nivel de las citoquinas.

Schubert et al. publicaron un metaanálisis en 2007 con 1.037 pacientes, en el que describen una relación estadísticamente significativa entre los niveles de IL-6, IL-1ra y la astenia en pacientes oncológicos.

La FRC es una sensación abrumadora y persistente de agotamiento físico, emocional y mental que no se alivia con el descanso habitual. Se diferencia del cansancio común en que es persistente, no desaparece después de dormir o descansar, es desproporcionada ya que no se corresponde con el nivel de actividad física realizada y afecta múltiples áreas. No solo impacta en el cuerpo, sino que también lo hace con las emociones y la capacidad de pensar con claridad.

La quimioterapia, la radioterapia, especialmente si se aplica en áreas extensas, así como las terapias biológicas (inmunoterapia) como efecto secundario suelen ser las principales causas del desarrollo de la FRC.

Las cirugías oncológicas, en el proceso de recuperación postoperatoria también suele asociarse a este síntoma.

Otros factores vinculados al cáncer o a sus tratamientos como trastornos del sueño, dolor, la ansiedad o los efectos de los medicamentos coadyuvantes pueden a su vez tener implicancia en el aumento de FRC. La relación entre la fatiga y la aparición de sintomatología depresiva es compleja, ya que, por un lado, la fatiga constituye uno de los síntomas de aparición frecuente en los cuadros depresivos, pero, por otro lado, el hecho de experimentar una disminución en la energía

puede exacerbar los síntomas depresivos⁷.

Algunos autores postulan que, en pacientes oncológicos, tanto la depresión como la fatiga comparten una fisiopatología común⁸.

Las condiciones socioambientales y los factores psicosociales actúan como coadyuvantes en la fisiopatología de la fatiga en pacientes oncológicos. El confinamiento, la disminución de la actividad física y los trastornos nutricionales, junto con los trastornos hematológicos y el estrés psicológico, contribuyen a la exacerbación de este síntoma.

La prevalencia de la FRC es alta, variando entre el 59% y el 100% según el tipo de cáncer y la etapa del tratamiento. Los pacientes con cánceres hematológicos (como leucemia y linfoma) y aquellos sometidos a tratamientos intensivos como el trasplante de células hematopoyéticas tienen un mayor riesgo de experimentar FRC severa⁹.

Para la evaluación de la FRC podemos utilizar 2 tipos de escalas, las que miden la astenia primaria exclusivamente y las que realizan una evaluación multidimensional. (Por ejemplo: Escala Unidimensional: Escala Visual Análoga de Fatiga (EVA-F) y Escala Multidimensional: Cuestionario de Fatiga de Piper (*PFS - Piper Fatigue Scale*)).

Las primeras solo evalúan el aspecto físico de la astenia, mientras que las multidimensionales tienen en cuenta también todas las demás dimensiones (física, psicológica y emocional).

FACIT-F

La escala completa consta de 5 dominios: el físico, el social, el emocional, el funcional y por último el específico de astenia (www.facit.org). Es por definición una escala para pacientes con cáncer, con buena consistencia interna. Es fácil y rápida de completar y puede utilizarse también en pacientes que no han tenido

astenia previa y se encuentra validada al idioma castellano.

Brief fatigue inventory (BFI)

Esta [escala](#), compuesta por 9 ítems, es una herramienta versátil empleada en diversos perfiles de pacientes oncológicos. Su principal función es cuantificar el nivel de fatiga y su intensidad, proporcionando una visión clara del estado de astenia del paciente. Además, aporta valiosa información sobre cómo esta afecta sus relaciones sociales y su percepción subjetiva del cansancio. Su sencillez y claridad la convierten en un instrumento de fácil aplicación, y su sólida consistencia interna y validación en múltiples idiomas respaldan su confiabilidad.

Dentro de las denominadas **escalas multidimensionales**, en general, son escalas que miden la calidad de vida y en ellas se incluyen ítems que miden la astenia.

EORTC QLQ-C30

Es uno de los [instrumentos de referencia](#) para evaluar la calidad de vida de los pacientes. Con sus 30 ítems, entre los que se incluye una subescala específica de 3 para medir la astenia, ofrece una visión integral del estado de bienestar. Esta escala de tipo Likert (“medir opiniones, actitudes y sentimientos de las personas”) explora dimensiones clave como lo físico, lo social, lo emocional, lo cognitivo y lo funcional, convirtiéndola en una herramienta invaluable en la práctica clínica. No es recomendable en pacientes en cuidados paliativos.

ESAS

Esta escala destaca por su sencillez y rapidez de aplicación (aproximadamente 5 minutos). Diseñada para pacientes oncológicos avanzados, ha sido empleada en diversas poblaciones desde su creación. Consta de 9 ítems fundamentales que abarcan los síntomas más

comunes en este tipo de pacientes, más un espacio abierto para que el paciente exprese otros síntomas relevantes. Seis de estos ítems se centran en el aspecto físico, mientras que los tres restantes exploran la dimensión psicológica. La intensidad de cada síntoma se evalúa mediante una escala visual analógica, asignando un puntaje del 0 al 10, lo que permite una cuantificación precisa de la astenia. (Versión española revisada del *Edmonton Symptom Assessment System* (ESAS-r)).

Dolor relacionado al Cáncer (DRC): El dolor oncológico es un síntoma altamente prevalente, afectando entre el 40% y el 80% de los pacientes con cáncer. Su etiología es multifactorial, siendo las causas más comunes: la compresión tumoral de tejidos sanos, la invasión ósea, la compresión medular, las secuelas de procedimientos quirúrgicos, el dolor neuropático (incluyendo la neuropatía periférica inducida por tratamientos), así como los efectos secundarios de la quimioterapia y radioterapia, pudiendo afectar la capacidad de atención y la expresión verbal.

La evaluación y cuantificación del dolor es de vital importancia, especialmente en casos de dolor crónico asociado a enfermedades como el cáncer. Un dolor intenso y mal controlado puede influir significativamente en las funciones cognitivas, como la atención, la memoria y la capacidad de concentración. Estas alteraciones cognitivas pueden dificultar significativamente la capacidad de un individuo para recordar detalles precisos, construir una narrativa coherente y responder preguntas de manera clara y concisa durante un proceso judicial. Además, el dolor puede generar fatiga, ansiedad y depresión, lo que puede afectar su capacidad para participar en procedimientos prolongados como un juicio, dificultando su traslado al juzgado y

su concentración durante las audiencias.

El dolor relacionado al cáncer, presenta una variada fenomenología, pudiendo clasificarse en tres categorías principales: agudo, crónico e intercurrente. El dolor agudo, de aparición súbita e intensidad variable, suele asociarse a lesiones agudas y tiende a remitir una vez resuelta la causa. Por otro lado, el dolor crónico, de duración superior a tres meses, puede ser persistente o intermitente, y se caracteriza por interferir significativamente con la calidad de vida del paciente. Finalmente, el dolor intercurrente se manifiesta como exacerbaciones agudas del dolor crónico, a pesar del tratamiento analgésico de base y suele desencadenarse por factores específicos o aparecer de forma espontánea.

En la cuantificación del dolor existen escalas y cuestionarios de utilidad para la práctica profesional.

Entre ellos destacan por su uso habitual diversas escalas que permiten cuantificar y comparar la intensidad de la experiencia dolorosa. Se describen tres:

-La escala visual analógica (EVA), representada por una línea de 10 cm, permite al paciente señalar el punto que mejor refleja su dolor, se utiliza para evaluar el grado de un síntoma específico, como el dolor en una zona determinada.

-La escala numérica (EN) asigna un valor numérico del 0 al 10, siendo 0 la ausencia de dolor y 10 el dolor más intenso imaginable.

-La escala categórica (EC) utiliza descriptores verbales como "leve", "moderado" o "intenso" para clasificar el dolor.

Dentro de los llamados cuestionarios citamos al Cuestionario de Dolor de McGill (MPQ): cuestionario que consta de 78 adjetivos distribuidos en 20 categorías, evaluando las 4 dimensiones del dolor (sensorial, afectiva, valorativa y miscelánea). Cuestionario de Dolor en Español (CDE Cuestionario Breve del Dolor (*Brief Pain Inventory*): Se trata de un cuestio-

nario validado en castellano que evalúa la intensidad y la interferencia del dolor en las actividades de la vida diaria, entre otros.

Efectos secundarios de los tratamientos

La neurotoxicidad central, consecuencia de tratamientos oncológicos como la quimioterapia, radioterapia holocraneal, y radio cirugías, provoca daños en el sistema nervioso central que se traducen en una amplia gama de síntomas. Entre ellos destacan los déficits cognitivos, caracterizados por confusión, dificultades para concentrarse y problemas de memoria, tanto a corto como a largo plazo. Además, pueden surgir trastornos motores, dificultades en el equilibrio y en la coordinación y convulsiones. Las alteraciones neurocognitivas pueden comprometer significativamente la capacidad de un individuo para declarar de manera precisa y coherente, pudiendo afectar su testimonio en un proceso legal.

El diagnóstico tiene su pilar en el examen físico neurológico, el cual consiste en la evaluación de los nervios craneales, del tono y trofismo muscular, evaluación de la fuerza muscular, de la motricidad, de evaluación de la sensibilidad y de los reflejos, también se puede realizar una valoración neurocognitiva.

En lo referente a la neuropatía periférica inducida por quimioterapia (CIPN, por sus siglas en inglés) es una complicación frecuente y a menudo debilitante del tratamiento oncológico. Los síntomas, que pueden aparecer durante o después del tratamiento, incluyen dolor neuropático, entumecimiento, debilidad muscular y trastornos autonómicos.

La CIPN afecta principalmente a las fibras sensoriales, causando sensaciones anormales como hormigueo, ardor y pérdida de sensibilidad. La gravedad y el patrón clínico varían según el agente quimioterápico utilizado, pero en general, la recuperación es parcial y los déficits

residuales pueden persistir a largo plazo, afectando significativamente la calidad de vida de los pacientes.

Para diagnosticar la CIPN y determinar su gravedad, se realiza un examen neurológico y estudios neurofisiológicos (electromiografía y potenciales evocados).

La electromiografía mide la actividad eléctrica de los músculos y de los nervios, así como también valora la velocidad de conducción motora y sensitiva de aquellos. Los potenciales evocados, complementan a la electromiografía, midiendo la actividad eléctrica generada en el cerebro y en la médula espinal en respuesta a estímulos. Se realiza para evaluar el estado de las vías sensitivas (visual, auditiva y táctil) y detectar daños en las mismas. La CIPN puede limitar significativamente las actividades diarias, como caminar o escribir, y afectar la calidad de vida de los pacientes al causar dolor crónico y reducir su independencia. Además, puede generar ansiedad y depresión, lo que afecta su bienestar emocional.

Los síndromes neurológicos paraneoplásicos, aunque poco frecuentes, pueden representar una complicación significativa del cáncer y afectar la capacidad de una persona para declarar en un proceso judicial. Esto se debe a que suelen estar asociados con alteraciones cognitivas y de la memoria. En algunos pacientes con cáncer en sus etapas iniciales, como el de pulmón, mama o linfoma, el sistema inmunológico detecta la presencia de células tumorales y desencadena una respuesta para eliminarlas. Sin embargo, en ciertos casos, esta respuesta inmune ataca erróneamente el sistema nervioso, generando una amplia variedad de síntomas neurológicos. Entre ellos se incluyen trastornos de la memoria y el comportamiento, crisis epilépticas, alteraciones sensitivas o motoras, problemas de equilibrio y dificultades visuales. Debido a estas manifestaciones, estos

síndromes pueden ser altamente invalidantes y comprometer la capacidad del paciente para afrontar un proceso judicial en condiciones óptimas.

Aspectos emocionales: La ansiedad, la depresión y el miedo son emociones frecuentes en pacientes con cáncer, lo que puede afectar su capacidad para comunicarse de manera efectiva. En estos pacientes, la prevalencia de trastornos psiquiátricos es alta y la comorbilidad es frecuente. En aquellos que se encuentran en etapas avanzadas de la enfermedad, la prevalencia de afecciones psiquiátricas puede llegar al 50% y la comorbilidad con otros trastornos psicopatológicos puede variar entre un 7,5% hasta un 35%. El trastorno adaptativo, uno de los más frecuentes, puede acompañarse de síntomas ansiosos o depresivos y la intensidad de los mismos puede fluctuar en el tiempo. El dolor y la preocupación acerca de temáticas como la evolución de la enfermedad, la repercusión en el área laboral, en la vida social y familiar, la pérdida de la independencia y aspectos relacionados con el fin de la vida pueden exacerbar dichos síntomas¹⁰.

Entre los trastornos afectivos más frecuentes en pacientes con patología oncológica, se encuentran el trastorno depresivo mayor y el trastorno distímico. En ambos trastornos, pueden observarse síntomas y signos tales como afecto depresivo, enlentecimiento psicomotriz, insomnio o hipersomnias, alteraciones en el apetito, irritabilidad, retracción social, llanto, sentimientos de minusvalía, culpa, indefensión, desesperanza e ideación suicida. El compromiso en las esferas volitiva y afectiva puede influir significativamente en el área cognitiva, en las distintas habilidades.

En esta población, también se han detectado trastornos de ansiedad, tales como trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de pánico y trastorno por estrés postraumático. La ansiedad puede influir

en el rendimiento cognitivo, en especial en funciones como atención y memoria. En pacientes que desarrollan cuadros de estrés postraumático, suelen aparecer reexperimentación del hecho traumático, recuerdos intrusivos, *flashbacks*, marcada ansiedad, conductas y estados de hipervigilancia, evitación de estímulos que recuerdan el evento traumático, malestar emocional si se expone a estímulos relacionados con el evento traumático, dificultades en el sueño como insomnio y pesadillas, crisis de pánico, síntomas depresivos (Miovic y Block, 2007)¹⁰. Puede surgir asimismo un consumo de sustancias psicoactivas comórbido. La recidiva de patología neoplásica, así como el dolor pueden gatillar y/o exacerbar los síntomas de estrés postraumático, especialmente en personas que tienen antecedentes de exposición a eventos traumáticos y falta de apoyo psicosocial.

Es necesario indagar acerca del consumo de sustancias psicoactivas en pacientes con patología neoplásica, en especial de sustancias como benzodiacepinas y derivados de opioides. En esta población, el uso de determinadas sustancias psicoactivas puede apuntar a aliviar otros síntomas de su cuadro de base, tales como el dolor, el insomnio o la ansiedad (Miovic y Block, 2007)¹⁰. Resulta también de fundamental importancia, investigar acerca de antecedentes previos de consumo de sustancias psicoactivas, así como la duración y patrón de ese consumo. El consumo de sustancias, además de la signo-sintomatología ansiosa y depresiva señalada anteriormente también puede impactar en el rendimiento cognitivo, tanto en períodos de intoxicación aguda como en períodos de abstinencia.

Debilitamiento físico: El debilitamiento es una condición caracterizada por la pérdida de masa muscular y fuerza, siendo una complicación frecuente en pacientes con cáncer pudiendo ser causado por el propio

tumor, los tratamientos, o una combinación de ambos.

La evaluación del debilitamiento asociado a la patología oncológica se suele realizar con Escalas como la de Karnofsky y ECOG que permiten cuantificar el grado y su impacto en la capacidad funcional de los pacientes, si bien presentan limitaciones en la especificidad y sensibilidad, son las herramientas con las que se cuentan hoy en día, mientras que se validen nuevas y mejores.

La escala de [Karnofsky](#) (KPS) es un sistema de puntuación numérica que va del 0 al 100, utilizado para evaluar la capacidad funcional de un paciente. Un puntaje más alto indica un mejor estado de salud y capacidad para realizar actividades diarias.

La escala ECOG (*Eastern Cooperative Oncology Group*) es otra herramienta utilizada para evaluar el estado funcional de los pacientes con cáncer. A diferencia de la KPS, la escala ECOG utiliza descriptores más específicos y va del 0 al 5, además permite determinar si el paciente puede realizar actividades como trabajar, cuidar de sí mismo o realizar tareas domésticas.

Si bien algunas de las herramientas mencionadas de evaluación no cuentan aún con una validación formal para Argentina, son presentadas para su mejor conocimiento y consideración.

Desafíos legales en los Procesos judiciales

Actualmente, no existe una legislación específica en Argentina que contemple las limitaciones físicas, cognitivas y emocionales de los pacientes oncológicos en los juicios. En consecuencia, estos pacientes pueden enfrentarse a:

- Dificultad para declarar debido a su estado de salud.
- Impacto negativo del estrés judicial en su bienestar.

- Desigualdad en el trato judicial frente a testigos o acusados en mejores condiciones de salud.

El principio de igualdad ante la ley (art. 16 de la Constitución Nacional) exige que todas las personas sean tratadas equitativamente, pero en este caso, la falta de regulación generaría una situación de desventaja. Además, el principio *pro homine*, reconocido en el derecho internacional de los derechos humanos, establece que, ante la duda, debe aplicarse la norma más favorable a la persona, lo que justificaría la adopción de medidas protectoras.

Si bien no existen leyes específicas, algunos fallos judiciales han considerado la salud del declarante para ajustar las condiciones del juicio, lo que podría servir como base para futuras reformas legislativas.

El Rol del Médico Forense en la Evaluación del Estado del Paciente

El médico forense, conforme al art. 77/78 del Código Procesal Penal de la Nación, juega un papel clave en la determinación de la capacidad física y psíquica del paciente para declarar. Su evaluación podría aportar a la construcción del criterio de la autoridad judicial para definir la modalidad de testificación, asegurando que no se vulnere la salud del paciente en el proceso.

Recomendaciones

Entendemos que, para dar fundamento al examen psicofísico de las personas con cáncer llamadas a declarar, debemos conocer como legistas, los síntomas incapacitantes y las escalas que facilitan y documentan estos síntomas que permiten realizar un dictamen claro y con mayor precisión, garantizando así los derechos de estas personas y adaptando los procedimientos a sus necesidades. Una evaluación neurocognitiva, permite conocer detalladamente la disfunción de los

dominios intelectuales y el grado de deterioro cognitivo de los pacientes, lo que nos permitirá conocer su capacidad cognitiva para declarar y así como también establecer si con el transcurso del tiempo y con la rehabilitación neuropsicológica, han mejorado o empeorado los dominios cognitivos deficitarios, determinando de esta manera el momento más adecuado para declarar. Cabe aclarar, que no existe una evaluación neurocognitiva exclusiva para pacientes que padecen una enfermedad oncológica, cada profesional (neuropsicólogos, neurólogos, psiquiatras, entre otros) elige los exámenes neuropsicológicos que considere más adecuados para evaluar a cada paciente en particular.

Para garantizar el debido proceso y el respeto por la dignidad de los pacientes oncológicos en el ámbito judicial, se proponen las siguientes medidas:

- Interrogatorios más breves y adaptados a la capacidad del paciente.
- Peritajes médicos previos que determinen si el paciente está en condiciones de declarar.
- Uso de preguntas claras y precisas, evitando redundancias o presiones innecesarias.
- Posibilidad de declarar por videoconferencia para evitar traslados innecesarios.
- Flexibilidad en los plazos y métodos de testificación.
- Colaboración interdisciplinaria entre jueces, médicos y abogados para garantizar un proceso equitativo.

CONCLUSIONES

La ausencia de un marco normativo específico puede generar obstáculos para los pacientes oncológicos en los procesos judiciales, afectando su derecho a una participación equitativa y adecuada a su condición. Nuestro trabajo busca visibilizar estas dificultades y proponer un método

de evaluación que permita cuantificar su impacto de manera objetiva, brindando a los jueces herramientas técnicas que favorezcan una valoración más precisa. La implementación de medidas de adaptación procesal contribuiría no solo a garantizar el debido proceso, sino también a resguardar la salud y dignidad de estos pacientes. En este sentido, resulta fundamental el trabajo conjunto entre legisladores, profesionales del derecho y del ámbito médico para desarrollar normativas que contemplen estas realidades.

La sensibilización, el reconocimiento de esta problemática y la creación de un marco legal adecuado representan pasos clave para avanzar hacia un sistema judicial más inclusivo y humano.

BIBLIOGRAFÍA

- 1- Argentina, Ministerio de Salud de la Nación. (2024). Incidencia de cáncer en Argentina, 2022 (1a ed.). Instituto Nacional del Cáncer. <https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/incidencia-de-cancer-argentina-2022-pdf.pdf>.
- 2- Silva, D. H., & Miotto, N. G. (2010). Capacidad psicofísica para estar en juicio: Incapacidad sobreviniente y prisión domiciliaria. Cuad. Argent. Med. For. V.2T.2 pág. 77-82.
- 3- Boykoff, N., Moieni, M. and Subramanian, S.K. (2009) Confronting Chemobrain: An In-Depth Look at Survivors' Reports of Impact on Work, Social Networks, and Health Care Response. Journal of Cancer Survivorship, 3, 223-232.
- 4- Sato, C., Sekiguchi, A., Kawai, M. et al.(2015). Postoperative Structural Brain Changes and Cognitive Dysfunction in Patients with Breast Cancer. PloS one, 10(11), e0140655.

- 5- Rogiers, A., Leys, C., Lauwyck, J. et al.(2020). Neurocognitive Function, Psychosocial Outcome, and Health-Related Quality of Life of the First-Generation Metastatic Melanoma Survivors Treated with Ipilimumab. *Journal of immunology research*, 2020, 2192480.
- 6- Hernández-Pérez F., Fernández-Rodríguez, E (2023). CHEMOBRAIN: estudio descriptivo sobre la función cognitiva en personas con una condición de salud oncológica en tratamiento quimioterapéutico. *Revista Terapia Ocupacional Galicia*, 20(2), 178-185.
- 7- de Jong, N., Candel, M. J., Schouten, H. C., Abu-Saad, H. H., & Courtens, A. M. (2005). Course of mental fatigue and motivation in breast cancer patients receiving adjuvant chemotherapy. *Annals of oncology* 16(3), 372–382.
- 8- Portela, M.A., Sanz, A., Martínez, M., & Centeno, C.. (2011). Astenia en cáncer avanzado y uso de psicoestimulantes. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 34(3), 471-479.
- 9- The Leukemia & Lymphoma Society. (2022). Fatiga relacionada con el cáncer. Recuperado de https://www.lls.org/sites/default/files/2022-11/FS3S_Cancer_Related_Fatigue_October2022_Spanish.
- 10- Miovic, M., & Block, S. (2007). Psychiatric disorders in advanced cancer. *Cancer*, 110(8), 1665–1676.