



Crisis psicoemocional en respuesta al diagnóstico de cáncer: una perspectiva psicooncológica

Tania Laris-Pérez,* Ulises Rodríguez-Wong**

* Licenciada en Psicología. Maestranda en Psicología Clínica.

** Cirujano Gastroenterólogo y Coloproctólogo. Hospital Ángeles Health System. Maestro en Ciencias de la Salud. Doctor en Ciencias Sociales y Administrativas.

Psycho-emotional crisis in response to a cancer diagnosis: A psycho-oncological perspective

REVISTA MEXICANA DE CIRUGÍA DEL APARATO DIGESTIVO / Vol. 15 Núm. 1 / Enero-Marzo, 2026 / p. 17-24

RESUMEN

El diagnóstico de cáncer constituye un evento vital altamente estresante que genera un impacto profundo en la esfera psicoemocional del paciente. Desde el momento en que se comunica el diagnóstico, los individuos experimentan una amplia gama de reacciones emocionales que incluyen ansiedad, depresión, miedo, incertidumbre y alteraciones en la percepción de la identidad personal y del futuro. Este impacto influye en la calidad de vida y en la adherencia terapéutica, la toma de decisiones clínicas y la evolución global de la enfermedad.

El presente artículo revisa de manera narrativa la evidencia científica sobre el impacto psicoemocional del diagnóstico de cáncer, los factores moduladores de la respuesta emocional, las principales alteraciones psicológicas asociadas y la importancia de la intervención psicooncológica temprana como parte del abordaje integral del paciente oncológico.

Palabras clave. Cáncer, diagnóstico, impacto psicológico, crisis psicoemocional, psicooncolología, ansiedad, depresión.

ABSTRACT

A cancer diagnosis is a highly stressful life event that profoundly impacts the patient's psycho-emotional well-being. From the moment of receiving the diagnosis, individuals experience a wide range of emotional reactions, including anxiety, depression, fear, uncertainty, and alterations in their perception of personal identity and the future. This impact not only influences quality of life but also therapeutic adherence, clinical decision-making, and the overall course of the disease. This article presents a narrative review of the scientific evidence on the psycho-emotional impact of a cancer diagnosis, the factors that modulate the emotional response; the main associated psychological disturbances, and the importance of early psycho-oncological intervention as part of the comprehensive approach to cancer patients.

Keywords. Cancer, diagnosis, psychological impact, psycho-emotional crisis, psycho-oncology, anxiety, depression.

INTRODUCCIÓN

El cáncer constituye una de las principales causas de morbilidad a nivel mundial y representa un desafío

sanitario, social y humano de gran magnitud. De acuerdo con estimaciones recientes, se diagnostican anualmente más de 20 millones de nuevos casos en el mundo, con una tendencia creciente asociada al envejecimiento poblacional, cambios

Correspondencia:

Dr. Ulises Rodríguez-Wong
Tepic Núm. 113, Int. 611. Col. Roma Sur. C.P. 06760. Alcaldía Cuauhtémoc, CDMX, México
Correo electrónico: ulisesromed@prodigy.net.mx

en los estilos de vida y mejoras en los métodos diagnósticos.¹ No obstante, más allá de su impacto epidemiológico y clínico, el cáncer se configura como una experiencia profundamente disruptiva para la persona que lo padece, particularmente desde el momento en que se comunica el diagnóstico.

El momento en que se informa a un individuo que padece cáncer suele marcar un punto de quiebre en su biografía personal, pues es confrontado de manera súbita con la posibilidad de enfermedad grave, sufrimiento, discapacidad y muerte. Este evento activa una respuesta emocional intensa que puede influir de forma determinante en la manera en que el paciente afronta la enfermedad, se relaciona con el equipo de salud y participa en la toma de decisiones terapéuticas.^{2,3}

En las últimas décadas, la atención oncológica ha experimentado avances significativos en términos de diagnóstico temprano, tratamientos dirigidos y supervivencia. Sin embargo, estos progresos no siempre han ido acompañados de un abordaje integral del impacto psicoemocional asociado al diagnóstico. La evidencia científica demuestra que el sufrimiento emocional es frecuente en pacientes oncológicos y que su adecuada identificación y manejo influyen de manera directa en la calidad de vida, la adherencia al tratamiento y los resultados clínicos.⁴

En este contexto, la psicooncología ha emergido como una disciplina fundamental dentro del cuidado integral del paciente con cáncer, enfocada en comprender y atender las respuestas emocionales, cognitivas y sociales que surgen a lo largo del proceso oncológico. El presente artículo tiene como objetivo revisar de manera narrativa el impacto psicoemocional del diagnóstico de cáncer, analizando las reacciones emocionales iniciales, los trastornos psicológicos asociados, los factores moduladores, el papel de la comunicación diagnóstica y la importancia de la intervención psicooncológica temprana como componente esencial de la atención centrada en la persona.

REACCIONES EMOCIONALES INICIALES AL DIAGNÓSTICO

Comunicar al paciente el diagnóstico de cáncer suele desencadenar una respuesta emocional inmediata e intensa, que puede describirse como una crisis psicológica aguda. En este periodo inicial, los pacientes experimentan una amplia variedad de reacciones emocionales que reflejan el intento de la persona por: 1) procesar una amenaza real a su supervivencia; y 2) por reorganizar su comprensión del presente y del futuro.⁵

Entre las reacciones más frecuentemente reportadas se encuentran el shock emocional, caracterizado por sensación de irrealidad o entumecimiento afectivo; el miedo, particularmente

relacionado con la muerte, el dolor y la pérdida de autonomía; la ansiedad anticipatoria ante los tratamientos y el pronóstico; así como tristeza profunda, ira e incredulidad.⁶ Estas respuestas son consideradas, en la mayoría de los casos, reacciones adaptativas normales ante una situación altamente estresante.

Durante esta fase inicial, la capacidad del paciente para procesar información compleja suele estar comprometida. Estudios han demostrado que muchos pacientes retienen solo una parte limitada de la información proporcionada al recibir el diagnóstico; lo que subraya la importancia de repetir la información, utilizar un lenguaje claro y ofrecer apoyo emocional continuo.⁷

La intensidad y duración de estas reacciones emocionales iniciales varían considerablemente entre individuos. Mientras algunos pacientes logran una adaptación emocional progresiva en las semanas posteriores al diagnóstico, otros desarrollan síntomas persistentes de ansiedad, depresión o distrés emocional que pueden interferir con el inicio del tratamiento y el funcionamiento cotidiano.⁸

Factores como la percepción del pronóstico, las experiencias previas con la enfermedad, los recursos personales para afrontar la enfermedad y el apoyo social disponible influyen de manera significativa en la respuesta emocional temprana del paciente con cáncer. La identificación oportuna de reacciones emocionales intensas o prolongadas permiten implementar intervenciones tempranas orientadas a prevenir la cronificación del malestar psicológico.⁹

TRASTORNOS PSICOLÓGICOS ASOCIADOS AL DIAGNÓSTICO DE CÁNCER

El diagnóstico de cáncer se asocia a una elevada carga de morbilidad psicológica, que puede manifestarse por medio de reacciones emocionales transitorias hasta trastornos psiquiátricos claramente definidos. Diversos estudios han demostrado que los pacientes oncológicos presentan una prevalencia significativamente mayor de trastornos psicológicos en comparación con la población general, especialmente durante las fases iniciales posteriores al diagnóstico.³

Ansiedad

La ansiedad es uno de los trastornos psicológicos más frecuentes tras el diagnóstico de cáncer, con prevalencias reportadas que oscilan entre 20 y 40 %, dependiendo del tipo de cáncer, el estadio de la enfermedad y el momento de la evaluación.⁸ Se manifiesta habitualmente como ansiedad anticipatoria, preocupación excesiva por el pronóstico, temor a los tratamientos y miedo a la progresión o recurrencia de la enfermedad.

En muchos pacientes, la ansiedad se exacerba durante periodos clave del proceso oncológico, como la espera de

resultados diagnósticos, el inicio del tratamiento o las evaluaciones de seguimiento. Cuando no es identificada ni tratada adecuadamente, puede interferir con la toma de decisiones clínicas, el sueño, el apetito y la adherencia terapéutica.^{8,9}

Depresión

La depresión clínica constituye otro trastorno altamente prevalente en el contexto oncológico, afectando aproximadamente al 15-25% de los pacientes con cáncer.^{10,11} A diferencia de la tristeza reactiva, la depresión se caracteriza por síntomas persistentes como anhedonia, desesperanza, fatiga extrema, alteraciones cognitivas y, en casos severos, ideación suicida.

La presencia de depresión en pacientes con cáncer se ha asociado de manera consistente con peor calidad de vida, mayor percepción de síntomas físicos, menor adherencia al tratamiento y aumento de la mortalidad global.¹² Factores como el dolor no controlado, la discapacidad funcional, el aislamiento social y el pronóstico desfavorable incrementan el riesgo de desarrollar depresión mayor.¹¹

Trastornos de adaptación

Los trastornos de adaptación con estado de ánimo ansioso, depresivo o mixto son particularmente comunes durante las primeras etapas tras el diagnóstico de cáncer. Estos trastornos se caracterizan por una respuesta emocional desproporcionada ante un estresor identificable —en este caso, el diagnóstico oncológico— y afectan el funcionamiento social, laboral o familiar del paciente.¹³

Aunque suelen considerarse entidades “menos graves”, los trastornos de adaptación pueden evolucionar hacia cuadros de ansiedad o depresión mayor si no se interviene oportunamente. Su detección temprana es fundamental para prevenir la cronificación del malestar emocional.¹³

Distrés emocional y sufrimiento existencial

El concepto de distrés emocional ha adquirido relevancia en oncología como un término paraguas que engloba una amplia gama de experiencias psicológicas negativas, incluyendo miedo, tristeza, incertidumbre, desesperanza y sufrimiento existencial.⁴ El distrés no siempre cumple criterios diagnósticos de un trastorno psiquiátrico, pero tiene un impacto clínico significativo.

Estudios han demostrado que una proporción sustancial de pacientes oncológicos presenta niveles clínicamente relevantes de distrés emocional en algún momento de su enfermedad.^{14,36} Este sufrimiento se asocia con mayor utilización de servicios de salud, menor satisfacción con la atención médica y deterioro del funcionamiento psicosocial.

Trastorno de estrés postraumático y síntomas relacionados

En un subgrupo de pacientes, el diagnóstico y tratamiento del cáncer pueden actuar como un evento traumático, dando lugar a síntomas compatibles con trastorno de estrés postraumático (TEPT) o estrés postraumático subclínico. Estos incluyen recuerdos intrusivos, hipervigilancia, evitación y alteraciones del sueño.^{15,16}

Si bien la prevalencia del TEPT completo es relativamente baja, los síntomas parciales son frecuentes y clínicamente relevantes, especialmente en pacientes jóvenes, con diagnósticos agresivos o experiencias previas traumáticas.^{15,16}

Integración clínica

El reconocimiento de los trastornos psicológicos asociados al diagnóstico de cáncer es esencial para ofrecer una atención integral y centrada en el paciente. La detección sistemática mediante instrumentos validados y la derivación oportuna a servicios de psicooncología permiten mitigar el impacto emocional, mejorar la calidad de vida y optimizar los resultados terapéuticos.^{4,17}

FACTORES MODULADORES DEL IMPACTO PSICOEMOCIONAL

El impacto psicoemocional del diagnóstico de cáncer no es homogéneo y varía ampliamente entre individuos. Esta variabilidad responde a la interacción compleja de factores personales, clínicos, sociales y contextuales, los cuales influyen en la forma en que el paciente percibe la enfermedad, procesa la información diagnóstica y desarrolla estrategias de afrontamiento.^{13,18}

Factores relacionados con el paciente

Las características individuales del paciente desempeñan un papel central en la respuesta emocional al diagnóstico oncológico. La edad es un factor determinante; los pacientes jóvenes suelen experimentar mayor angustia emocional, asociada a la interrupción de proyectos vitales, roles familiares y expectativas futuras, mientras que los adultos mayores tienden a mostrar mayor aceptación, aunque no están exentos de sufrimiento emocional.¹⁸

El sexo también influye en la expresión emocional, con una mayor prevalencia de ansiedad y depresión reportada en mujeres, lo cual puede relacionarse tanto con factores biológicos como socioculturales.¹⁸ Asimismo, el nivel educativo y el alfabetismo en salud condicionan la comprensión del diagnóstico y del tratamiento, influyendo en el grado de incertidumbre y temor experimentado.¹⁹

La presencia de antecedentes psiquiátricos previos, como trastornos de ansiedad o depresión, constituye uno de los predictores más consistentes de distrés psicológico significativo tras el diagnóstico de cáncer.¹⁸ De igual forma, las estrategias de afrontamiento individuales, ya sean adaptativas (afrontamiento activo, búsqueda de apoyo) o desadaptativas (evitación, negación persistente), modulan de manera importante la respuesta emocional.⁵

Factores relacionados con la enfermedad

Las características propias del cáncer influyen directamente en el impacto psicoemocional. El tipo de neoplasia, su estadio al diagnóstico y el pronóstico percibido son variables clave. Los cánceres con mal pronóstico, evolución agresiva o asociados a estigmatización social se relacionan con mayor sufrimiento emocional.⁶

La carga sintomática inicial, particularmente el dolor, la fatiga y otros síntomas físicos incapacitantes, se asocia con mayores niveles de ansiedad y depresión. Además, la complejidad y agresividad de los tratamientos oncológicos, así como la anticipación de efectos secundarios, incrementan la percepción de amenaza y pérdida de control.²⁰

Factores relacionados con el entorno social y familiar

El apoyo social constituye uno de los factores protectores más relevantes frente al impacto psicoemocional del diagnóstico de cáncer. La presencia de una red de apoyo sólida, integrada por familiares, amigos y cuidadores, se asocia con menores niveles de distrés, mejor adaptación emocional y mayor adherencia terapéutica.²¹

Por el contrario, el aislamiento social, los conflictos familiares o la sobrecarga del cuidador incrementan la vulnerabilidad psicológica del paciente. La dinámica familiar puede verse profundamente alterada tras el diagnóstico, generando cambios en los roles, dependencia emocional y tensiones interpersonales que repercuten negativamente en el bienestar psicológico.²²

Factores relacionados con el sistema de salud y la comunicación clínica

La calidad de la relación médico-paciente y la forma en que se comunica el diagnóstico desempeñan un papel determinante en la respuesta emocional del paciente. Una comunicación clara, empática y centrada en el paciente se asocia con menor ansiedad, mayor confianza y mejor adaptación psicológica.²³

La falta de información, el uso de lenguaje técnico incomprendible o la percepción de deshumanización en la atención pueden exacerbar el miedo, la incertidumbre y la sensación de

abandono. Asimismo, el acceso oportuno a servicios de apoyo psicosocial y psicooncología modula significativamente el impacto emocional del diagnóstico.^{4,24}

Factores culturales y espirituales

Las creencias culturales y espirituales influyen en la manera en que los pacientes interpretan el diagnóstico de cáncer y afrontan la enfermedad.⁶ La espiritualidad y la religiosidad pueden actuar como factores protectores, proporcionando sentido, esperanza y recursos de afrontamiento ante la adversidad.⁶

Integración clínica

La identificación de los factores moduladores del impacto psicoemocional permite al equipo de salud estratificar el riesgo psicológico, personalizar las intervenciones y priorizar la derivación a servicios especializados. Un enfoque integral que considere estas variables es esencial para optimizar la atención oncológica centrada en la persona.^{4,18}

COMUNICACIÓN DEL DIAGNÓSTICO Y SU INFLUENCIA EMOCIONAL

El comunicar el diagnóstico de cáncer al paciente constituye uno de los momentos más críticos del proceso oncológico y tiene un impacto profundo y duradero en la esfera emocional del paciente. La forma, el contexto y el contenido con que se transmite la información diagnóstica influyen de manera determinante en la respuesta psicológica inicial, en la adaptación posterior a la enfermedad y en la relación terapéutica a largo plazo.²³

Diversos estudios han demostrado que una comunicación inadecuada del diagnóstico se asocia con mayores niveles de ansiedad, depresión, desconfianza hacia el equipo de salud y menor adherencia al tratamiento, mientras que una comunicación empática y centrada en el paciente actúa como un factor protector frente al distrés emocional.²⁴

Elementos clave de una comunicación eficaz

Informar al paciente el diagnóstico oncológico debe hacerse mediante una comunicación eficaz, de modo que ésta debe ser clara, honesta y progresiva, adaptada al nivel de comprensión, necesidades emocionales y preferencias informativas del paciente. Entre los elementos fundamentales se incluyen:^{23,24}

- Preparación adecuada del entorno (privacidad, tiempo suficiente, ausencia de interrupciones).
- Uso de lenguaje claro y comprensible, evitando tecnicismos innecesarios.
- Verificación de la comprensión del paciente.

- Reconocimiento y validación de las emociones expresadas.
- Disponibilidad para responder preguntas y ofrecer apoyo continuo.

Reacciones emocionales durante la comunicación diagnóstica

Durante la comunicación del diagnóstico, los pacientes pueden experimentar una respuesta emocional inmediata caracterizada por shock, incredulidad, miedo intenso y dificultad para procesar la información. En este contexto, la capacidad cognitiva para retener detalles técnicos suele estar disminuida, lo que refuerza la necesidad de repetir la información y proporcionar apoyo emocional.⁷

La percepción (por parte del paciente) de falta de empatía o frialdad (de parte del profesional de la salud), se asocia con mayor sufrimiento emocional y puede afectar negativamente la confianza del paciente en el tratamiento propuesto.²³

Modelos estructurados para la comunicación de malas noticias

Con el objetivo de mejorar la comunicación del diagnóstico oncológico, se han desarrollado modelos estructurados que guían al profesional de la salud en la entrega de malas noticias. El más ampliamente utilizado es el protocolo SPIKES.²⁵

1. **Setting.** Preparar el entorno.
2. **Perception.** Explorar la percepción del paciente.
3. **Invitation.** Identificar cuánto desea saber.
4. **Knowledge.** Proporcionar la información.
5. **Emotions.** Abordar las emociones con empatía.
6. **Strategy and Summary.** Definir los siguientes pasos.

La aplicación sistemática de este protocolo se ha asociado con menor ansiedad, mayor satisfacción del paciente y mejor comprensión del diagnóstico y plan terapéutico.^{28,31}

Influencia de la comunicación en la adaptación emocional

La calidad de la comunicación diagnóstica afecta la reacción emocional inmediata, y la adaptación psicológica a mediano y largo plazo. Una comunicación adecuada favorece el desarrollo de estrategias de afrontamiento adaptativas, reduce la incertidumbre y fortalece la alianza terapéutica.^{27,33} Por el contrario, una comunicación deficiente puede contribuir a la aparición de trastornos de ansiedad, depresión y desconfianza persistente.³²

Comunicación centrada en el paciente y toma de decisiones compartida

El enfoque de comunicación centrada en el paciente promueve la participación activa del individuo en la toma de decisiones clínicas, respeta sus valores, preferencias y contexto personal. Este modelo se asocia con menor distrés emocional, mayor sensación de control y mejor adherencia al tratamiento.^{29,30}

Rol del equipo multidisciplinario

La comunicación del diagnóstico no debe recaer exclusivamente en un solo profesional. La participación coordinada de médicos, enfermeras, psicólogos y trabajadores sociales permite ofrecer información coherente, apoyo emocional continuo y seguimiento del impacto psicoemocional del diagnóstico.^{34,38}

Integración clínica

La comunicación del diagnóstico de cáncer debe considerarse una intervención terapéutica en sí misma. Capacitar a los profesionales de la salud en habilidades de comunicación y establecer protocolos institucionales para la entrega de malas noticias son estrategias fundamentales para reducir el impacto psicoemocional negativo del diagnóstico y mejorar la experiencia global del paciente.^{28,31}

IMPACTO EN LA CALIDAD DE VIDA Y ADHERENCIA TERAPÉUTICA

El impacto psicoemocional del diagnóstico de cáncer se refleja de manera directa en la calidad de vida relacionada con la salud, concepto multidimensional que abarca aspectos físicos, emocionales, sociales y funcionales. La presencia de ansiedad, depresión y distrés emocional se ha asociado consistentemente con un deterioro significativo de la calidad de vida en pacientes oncológicos.²⁰

Los pacientes con síntomas depresivos presentan mayor percepción de dolor, fatiga y otros síntomas somáticos, lo que amplifica el sufrimiento global y reduce la capacidad funcional. Asimismo, el distrés emocional se relaciona con dificultades en el funcionamiento social, aislamiento, pérdida de roles laborales y alteraciones en la dinámica familiar.^{20,36}

Desde el punto de vista terapéutico, el impacto psicológico tiene implicaciones clínicas relevantes. Se ha demostrado que la depresión se asocia con menor adherencia a diversos tratamientos médicos.³⁵ La falta de adherencia puede mani-

festarse como retrasos en el inicio del tratamiento, omisión de dosis, abandono prematuro o incumplimiento de las recomendaciones médicas.

La adherencia terapéutica se ve además influida por factores cognitivos y emocionales, como la desesperanza, el miedo a los efectos secundarios y la percepción de falta de control sobre la enfermedad. En este contexto, el abordaje del impacto psicoemocional mejora la experiencia del paciente y constituye una estrategia indirecta para optimizar los resultados clínicos y la supervivencia.¹²

INTERVENCIÓN PSICOONCOLÓGICA TEMPRANA

La intervención psicooncológica temprana, idealmente desde el momento del diagnóstico, ha demostrado ser una estrategia eficaz para mitigar el impacto emocional del cáncer y prevenir la cronificación del sufrimiento psicológico. Guías internacionales recomiendan la evaluación sistemática del distrés emocional como parte integral de la atención oncológica.⁴

Entre las intervenciones psicooncológicas más utilizadas se encuentran la psicoeducación, la terapia cognitivo-conductual, las intervenciones de apoyo emocional y las técnicas de manejo del estrés. Estas estrategias han mostrado beneficios significativos en la reducción de ansiedad y depresión, mejora de la calidad de vida y fortalecimiento de las estrategias de afrontamiento.^{17,37}

La psicoeducación permite al paciente comprender mejor su enfermedad y tratamiento, lo que reduce la incertidumbre y el miedo en el paciente. La terapia cognitivo-conductual se enfoca en identificar y modificar pensamientos disfuncionales relacionados con el diagnóstico, mientras que las intervenciones basadas en *mindfulness* y relajación han demostrado eficacia en la regulación emocional y el control del estrés.³⁷

La intervención temprana es especialmente relevante en pacientes con factores de riesgo para distrés severo, como antecedentes psiquiátricos, bajo apoyo social o diagnóstico de cáncer avanzado. La integración de la psicooncología desde etapas iniciales del proceso oncológico favorece una atención más humana, personalizada y centrada en la persona.^{17,38}

Rol del equipo de salud

El abordaje del impacto psicoemocional del diagnóstico de cáncer requiere una intervención coordinada y multidisciplinaria. El equipo de salud desempeña un papel fundamental en la identificación temprana del sufrimiento emocional, la comunicación empática y la implementación de estrategias de apoyo adecuadas.^{34,38}

DISCUSIÓN

El diagnóstico de cáncer representa un punto de inflexión vital que trasciende el ámbito estrictamente biomédico y se configura como una experiencia de crisis psicológica con repercusiones profundas y sostenidas en la vida del paciente. La evidencia revisada en este trabajo confirma que el impacto psicoemocional del diagnóstico oncológico es frecuente, multifactorial y clínicamente relevante, pues influye de manera directa en la calidad de vida, la adherencia terapéutica y, potencialmente, en los desenlaces clínicos.^{3,12,20}

Uno de los hallazgos más consistentes en la literatura es la elevada prevalencia de ansiedad, depresión y distrés emocional durante las fases iniciales posteriores al diagnóstico. Estas manifestaciones no deben interpretarse únicamente como reacciones emocionales esperables, sino como condiciones que, cuando alcanzan una intensidad clínica significativa, requieren identificación y abordaje oportunos. La dificultad para distinguir entre respuestas adaptativas normales y trastornos psicológicos establecidos sigue siendo un reto en la práctica clínica cotidiana, lo que subraya la necesidad de herramientas sistemáticas de detección del distrés emocional en oncología.^{4,14,36}

La discusión actual también pone en relieve la importancia de los factores moduladores en la respuesta emocional al diagnóstico. Variables individuales, como antecedentes psiquiátricos y estrategias de afrontamiento, interactúan con factores relacionados con la enfermedad, el entorno social y el sistema de salud, configurando trayectorias psicológicas heterogéneas entre pacientes. Este enfoque refuerza la necesidad de abandonar modelos uniformes de atención y avanzar hacia una atención oncológica personalizada, que incorpore la evaluación psicosocial como parte del proceso diagnóstico inicial.^{5,18}

Un aspecto central en el impacto psicoemocional es la comunicación del diagnóstico, reconocida como un acto informativo y como una intervención terapéutica en sí misma. La literatura demuestra de forma consistente que una comunicación empática, estructurada y centrada en el paciente reduce el distrés emocional y fortalece la alianza terapéutica, mientras que una comunicación deficiente puede convertirse en un factor iatrogénico con consecuencias emocionales duraderas.^{23,25,33} En este sentido, la capacitación formal de los profesionales de la salud en habilidades de comunicación debería considerarse un componente esencial de la calidad asistencial en oncología.^{28,31}

Desde una perspectiva clínica, el impacto psicoemocional del diagnóstico de cáncer adquiere especial relevancia por su relación con la adherencia terapéutica. La evidencia sugiere que la depresión se asocia con menor cumplimiento de los tratamientos y peor evolución en múltiples condiciones

médicas,³⁵ y en oncología se relaciona con mayor carga de síntomas y peor pronóstico.¹² Por lo tanto, el abordaje del sufrimiento emocional tiene implicaciones humanísticas y también consecuencias clínicas y pronósticas.

La intervención psicooncológica temprana emerge como una estrategia clave para mitigar el impacto emocional del diagnóstico y prevenir la cronificación del distrés psicológico. Estudios controlados y metaanálisis han mostrado que las intervenciones psicológicas estructuradas, implementadas desde etapas iniciales, mejoran la calidad de vida, reducen la sintomatología ansioso-depresiva y fortalecen los recursos de afrontamiento del paciente.^{17,37,38} Sin embargo, a pesar de esta evidencia, la integración sistemática de la psicooncología en muchos sistemas de salud sigue siendo limitada.

El rol del equipo de salud es fundamental en este escenario. La atención del impacto psicoemocional del diagnóstico de cáncer no puede recaer exclusivamente en el psicólogo o psiquiatra, sino que debe entenderse como una responsabilidad compartida de todo el equipo multidisciplinario.^{34,38}

CONCLUSIONES

El impacto psicoemocional en el paciente, al ser informado sobre su diagnóstico de cáncer, es profundo, complejo y multifactorial. La ansiedad, la depresión y los trastornos de adaptación son frecuentes y tienen consecuencias clínicas relevantes. La detección temprana del distrés emocional y la implementación de intervenciones psicooncológicas deben considerarse componentes esenciales del manejo integral del paciente con cáncer.

REFERENCIAS

- Sung H, Ferlay J, Siegel RL, Laversanne M, Soerjomataram I, Jemal A, Bray F. Global cancer statistics 2020: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide. *CA Cancer J Clin* 2021; 71(3): 209-49.
- Holland JC, Weiss TR. The psychological impact of cancer diagnosis. *Cancer* 1984; 54 (11 Suppl): 2561-7.
- Mitchell AJ, Chan M, Bhatti H, Halton M, Grassi L, Johansen C, Meader N. Prevalence of depression, anxiety, and adjustment disorder in oncological settings: a meta-analysis. *Lancet Oncol* 2011; 12(2): 160-74.
- Holland JC, Andersen B, Breitbart WS, Buchmann LO, Compas B, Deshields TL, et al. Distress management. *J Natl Compr Canc Netw* 2013; 11(2): 190-209.
- Lazarus RS, Folkman S. *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer; 1984.
- Grassi L, Caruso R, Mitchell AJ, et al. Psychiatric morbidity in cancer patients: epidemiology and management. *Crit Rev Oncol Hematol* 2004; 52(2): 135-46.
- Ptacek JT, Eberhardt TL. Breaking bad news: a review of the literature. *JAMA* 1996; 276(6): 496-502.
- Stark D, House A. Anxiety in cancer patients. *Br J Cancer* 2000; 83(10): 1261-7.
- Carlson LE, Bultz BD. Cancer distress screening: needs, models, and methods. *J Psychosom Res* 2004; 57(1): 19-27.
- Mehnert A, Brähler E, Faller H, Härter M, Keller M, et al. Prevalence of mental disorders, psychosocial distress and unmet needs in cancer patients. *J Clin Oncol* 2014; 32(31): 3540-6.
- Krebber AMH, Buffart LM, Kleijn G, Riepma IC, de Bree R, Leemans CR, et al. Prevalence of depression in cancer patients: a meta-analysis. *Psychooncology* 2014; 23(2): 121-30.
- Satin JR, Linden W, Phillips MJ. Depression as a predictor of mortality in cancer patients: a meta-analysis. *Cancer* 2009; 115(22): 5349-61.
- Mitchell AJ, Hussain N, Grainger L. Adjustment disorder in oncology: prevalence and clinical relevance. *Cancer* 2007; 110(7): 1540-7.
- Zabora J, BrintzenhofeSzoc K, Curbow B, Hooker C, Piantadosi S. The prevalence of psychological distress by cancer site. *Psychooncology* 2001; 10(1): 19-28.
- Cordova MJ, Riba MB, Spiegel D. Post-traumatic stress disorder and cancer. *J Consult Clin Psychol* 2007; 75(1): 19-27.
- Kangas M, Henry JL, Bryant RA. Posttraumatic stress disorder following cancer diagnosis. *Clin Psychol Rev* 2002; 22(4): 499-524.
- Faller H, Schuler M, Richard M, Heckl U, Weis J, Küffner R. Effects of psycho-oncological interventions on emotional distress and quality of life. *J Clin Oncol* 2013; 31(6): 782-93.
- Linden W, Vodermaier A, MacKenzie R. Anxiety and depression after cancer diagnosis. *Cancer* 2012; 118(14): 3672-81.
- Nutbeam D. Health literacy as a public health goal. *Health Promot Int* 2000; 15(3): 259-67.
- Montazeri A. Quality of life in cancer patients: an overview. *Eur J Cancer* 2009; 45(14): 2341-7.
- Helgeson VS, Cohen S. Social support and adjustment to cancer. *J Consult Clin Psychol* 1996; 64(3): 448-56.
- Northouse LL, Katapodi MC, Song L. Interventions with family caregivers of cancer patients. *CA Cancer J Clin* 2012; 62(5): 337-57.
- Fallowfield L, Jenkins V. Communicating sad, bad, and difficult news in medicine. *BMJ* 2004; 329(7476): 1143-7.
- Epstein RM, Street RL Jr. Patient-centered communication in cancer care. Bethesda: National Cancer Institute; 2007.
- Baile WF, Buckman R, Lenzi R, et al. SPIKES —a six-step protocol for delivering bad news. *Oncologist* 2000; 5(4): 302-11.
- Levinson W, Roter DL, Mullooly JPDull VT, Frankel RM. Physician-patient communication. *JAMA* 1997; 277(7): 553-9.
- Parker PA, Baile WF, de Moor C, Lenzi R, Kudelka AP, Cohen L. Breaking bad news about cancer. *J Clin Oncol* 2001; 19(7): 2049-56.

28. Back AL, Arnold RM, Baile WF, *et al.* Approaching difficult communication tasks in oncology. *J Clin Oncol* 2007; 25(24): 3656-62.
29. Elwyn G, Frosch D, Thomson R, *et al.* Shared decision making: a model for clinical practice. *J Gen Intern Med* 2012; 27(10): 1361-7.
30. Stacey D, Légaré F, Lewis K, Barry MJ, Bennett CL, Eden KB, *et al.* Decision aids for people facing health treatment decisions. *Cochrane Database Syst Rev* 2017; 4: CD001431.
31. Fujimori M, Shirai Y, Asai M, Kubota K, Katsumata N, Uchitomi Y. Communication skills training in oncology. *J Clin Oncol* 2014; 32(20): 2166-72.
32. Street RL Jr, Makoul G, Arora NK, Epstein RM. How does communication heal? *Patient Educ Couns* 2009; 74(3): 295-301.
33. Parker PA, Baile WF, de Moor C. Communication and psychosocial outcomes. *Psychooncology* 2007; 16(4): 321-31.
34. Grassi L, Spiegel D, Riba M. Advancing psychosocial care in cancer. *Lancet Psychiatry* 2017; 4(8): 644-56.
35. DiMatteo MR, Lepper HS, Croghan TW. Depression and non-compliance with medical treatment. *Arch Intern Med* 2000; 160(14): 2101-7.
36. Carlson LE, Angen M, Cullum J. High levels of untreated distress and fatigue in cancer patients. *J Clin Oncol* 2004; 22(15): 3104-12.
37. Carlson LE, Speca M, Faris P, Tamagawa R, Drysdale E, Speca M. Randomized controlled trial of Mindfulness-based stress reduction in cancer patients. *J Clin Oncol* 2013; 31(25): 3119-26.
38. Holland JC, Andersen B, Breitbart WS, *et al.* The role of psycho-oncology in cancer care. *Cancer* 2015; 121(10): 1653-58.