

El rol del psicólogo en el abordaje integral del cáncer

The role of the psychologist in the integral approach to cancer

Marlí Judit Fernández Dávila

Correspondencia: maferdav01@gmail.com
Universidad de San Martín de Porres, Perú

Recibido: 26 de setiembre de 2024

Aceptado: 25 de noviembre de 2024

Resumen

En el presente trabajo se describe la competencia de los psicólogos en el abordaje del cáncer, desde un punto de vista integral y multidisciplinario. Asimismo, se señalan los trabajos de la psicooncología en sus distintos niveles de intervención: nivel primario, nivel secundario y nivel terciario; se muestran las principales respuestas psicológicas y emocionales de los pacientes en las diferentes etapas de la evolución mórbida; antes, durante y después del diagnóstico, incluyendo las fases de tratamiento, remisión, recaídas y fase terminal, y el impacto en los cuidadores. Además, es importante conocer acerca de las técnicas y herramientas utilizadas en la evaluación psicológica y las diferentes psicoterapias que se utilizan en la atención terciaria; presentando ideas centrales sobre los cuidados paliativos y el acompañamiento al final de la vida. Finalmente, se hace hincapié en la importancia de la investigación para perfeccionar las metodologías preventivas y de intervención, con el objetivo de reducir la incidencia del cáncer, aumentar el nivel de supervivencia y mejorar la calidad de vida de los pacientes y sus cuidadores.

Palabras clave: cáncer, psicología, cuidados paliativos, pacientes terminales, muerte.

Para citar este artículo:

Fernández, M. J. (2024). El rol del psicólogo en el abordaje integral del cáncer. *Actualidad Psicológica*, 2(3), 9-35. <https://cpsplimaycallao.org.pe/revista-actualidad-psicologica/>

Esta obra está bajo una Licencia Creative Commons Atribución-CompartirIgual 4.0 Internacional (CC BY-SA 4.0).



Abstract

This paper describes the competence of psychologists in the approach to cancer, from an integral and multidisciplinary point of view. The work of psycho-oncology at different levels of intervention: primary level, secondary level and tertiary level, is also highlighted; shows the main psychological and emotional responses of patients at different stages of morbid evolution; before, during and after diagnosis, including the phases of treatment, remission, relapse and terminal phase, and the impact on caregivers. In addition, it is important to know about the techniques and tools used in psychological assessment and the different psychotherapies used in tertiary care; presenting central ideas about palliative care and end-of-life support. Finally, emphasis is placed on the importance of research to improve preventive and intervention methodologies, with the aim of reducing the incidence of cancer, increasing the level of survival and improving the quality of life of patients and their caregivers.

Keywords: cancer, psychology, palliative care, terminal patients, death.

Introducción

En los últimos años, la epidemiología del cáncer se ha incrementado considerablemente y es una de las principales causas de muerte en el mundo, según lo reporta la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2024), en su sitio web.

Las enfermedades oncológicas desgastan física y emocionalmente a las personas; generando trastornos que nacen de la propia enfermedad y de los efectos secundarios del tratamiento (Carrillo-Sierra & Rivera-Porras, 2019; Rojas & Gutiérrez, 2016). Alcanzando, no solo al paciente, sino también a los familiares y círculo cercano, con implicaciones emocionales, interpersonales y económicas; es decir, trastorna la vida individual, familiar y social de las personas afectadas con este mal (Carrillo-Sierra & Rivera-Porras, 2019; Demateis et al., 2024; Diz et al., 2019).

En efecto, las fases de diagnóstico e intervención del cáncer conllevan situaciones adversas, con sintomatología acompañada de estados de depresión y ansiedad (Dai et al., 2023; Ilce et al., 2022; Sierra-Murguía et al., 2022). Un panorama desalentador para los pacientes y familiares, que requiere ser abordado mediante un enfoque multidisciplinario.

Desde la psicología se destacan los trabajos realizados en prevención y en terapia psicológica dirigidos a mejorar la calidad de vida durante todo el proceso mórbido en pacientes, familiares y personal de salud; con tratamientos psicoterapéuticos, psicofarmacológicos y algunas terapias alternativas (Carrillo-Sierra & Rivera-Porras, 2019).

En esa línea, Díaz (2010), enfatiza en que la psicología, como ciencia del comportamiento, desde su nacimiento se ocupa de estudiar y tratar las enfermedades mentales. Inicialmente, su campo de acción se limitó a colaborar en el campo médico y luego se consolidó como psicología de la salud, con un espacio propio de aplicación. Desde la década de los 60, aborda también los procesos de salud-enfermedad ante la notable necesidad de apoyo psicoemocional en pacientes con enfermedades crónicas (Sanz & Modolell, 2004, como se cita en Caycho-Rodríguez et al., 2017).

Posteriormente, en los años 70, aparece la psicooncología en Estados Unidos, centrando su acción en el estudio de los factores psicológicos, conductuales y sociales asociados al cáncer (Rojas & Gutiérrez, 2016). Sus representantes, enfocaron sus objetivos en el abordaje de respuestas emocionales en pacientes, y también en las personas involucradas con el paciente (García-Conde et al., 2008, como se cita en Caycho-Rodríguez et al., 2017).

En el Perú, el cáncer representa un gran problema de salud pública, pues repercute en la vida individual, familiar y social de las personas. En 2006 se funda la Sociedad Peruana de Psicooncología; y, en 2009, la Asociación Peruana de Psicología Oncológica (Ruda, 2013, como se cita en Caycho-Rodríguez et al., 2017). Estas organizaciones se destacan por promover jornadas y espacios de diálogo entre los profesionales que trabajan y se interesan por esta especialidad (Caycho-Rodríguez et al., 2017).

Por otra parte, una serie de ideas preconcebidas se relacionan con el cáncer debido a la falta de conocimientos, tanto en los profesionales de la salud, como en la población en general (Rojas & Gutiérrez, 2016). Son insuficientes los estudios científicos para establecer las bases en la formulación de políticas públicas; además, se requiere de más profesionales de la salud para atender, de manera integral a toda la población (Caycho-Rodríguez et al., 2017).

En este contexto, el propósito del presente estudio es analizar y establecer la labor del psicólogo en el abordaje del cáncer; desde la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, hasta la intervención psicoterapéutica de los efectos del cáncer en el paciente y sus cuidadores en todas las etapas de la enfermedad, incluyendo la fase terminal y el acompañamiento al final de la vida. Es fundamental, conocer los factores psicológicos, conductuales y sociales del cáncer; así como la efectividad de las acciones implementadas en los diferentes programas de promoción, prevención e intervención.

Desarrollo del tema

Promoción de la salud y prevención de la enfermedad

La psicooncología, como especialidad, es producto del reconocimiento de la conducta como un factor determinante en la etiología, evolución y pronóstico del cáncer; y donde el abordaje psicológico ha demostrado su eficacia (Díaz, 2010). El accionar del psicólogo de la salud en esta área comprende la prevención primaria, secundaria y terciaria (Olivari, 2016). Entendiendo a la prevención como un conjunto de acciones orientadas a identificar y actuar sobre los factores de riesgo que favorecen la aparición, desarrollo y mantenimiento del cáncer (Díaz, 2010).

La prevención primaria busca reducir la incidencia del cáncer, interviniendo sobre los factores de riesgo con la promoción de estilos de vida saludables y conductas de salud, por ejemplo, las vacunas contra el virus del papiloma humano; prevención de hábitos nocivos, por ejemplo, el consumo de alcohol y tabaco (Díaz, 2010; Noval, 2022). Bajo esta perspectiva, Olivari (2016) sostiene que el cáncer es entendido como una enfermedad, que reúne múltiples elementos que actúan sinérgicamente.

Amigo-Vásquez (2014, como se cita en Olivari, 2016) señala que el componente conductual determina el 70% del riesgo. Por ello, los trabajos preventivos deben enfocarse en reducir las conductas nocivas y mejorar las condiciones de salud física, psíquica y social de los individuos (Díaz, 2010).

La prevención secundaria se centra en la detección y despistaje temprano del cáncer, en su fase asintomática, para retrasar su desarrollo y mejorar su pronóstico (Noval, 2022; Olivari, 2016). Además, se identifican las conductas que impiden la realización de *creenings* y el grado en que los programas de salud están siendo efectivos (Olivari, 2016). Ante lo cual, el psicólogo debe integrarse a un equipo multidisciplinario dentro de las distintas unidades hospitalarias (Díaz, 2010). Asimismo, se identifican variables psicológicas asociadas a la evitación del autoexamen y/o los exámenes médicos. Según Olivari (2016), el psicólogo de salud tiene la labor de ejecutar una alfabetización sobre despistaje de cáncer, para disminuir las barreras psicológicas que impiden su realización.

El despistaje primario corresponde a detectar el riesgo de cáncer antes de la aparición de los síntomas; mientras que el despistaje secundario, al momento cuando se descubre la patología (Ogden, 2008). En cuanto al autodespistaje, es el individuo quien ejecuta el examen por sí solo, siguiendo las instrucciones del personal de salud, técnica aplicable para el cáncer de mama o cáncer de testículos (Olivari, 2016).

Los trabajos de prevención incluyen programas de educación y modificación de creencias, actitudes y conductas que favorecen la aparición del cáncer y/o evitan su detección temprana; bajo teorías psicológicas que proporcionan la base para el diseño y desarrollo de intervenciones preventivas (Olivari, 2016). El modelo de creencias en salud de Rosenstock (1974, como se cita en Olivari, 2016) se centra en promover despistajes periódicos en mujeres con antecedentes de cáncer de mama. El Modelo de Aproximación de Procesos a la Acción Saludable (APAS), de Schwarzer (2008), promueve adoptar y mantener conductas saludables, depende de la autoeficacia o la capacidad percibida para realizar cambios en la vida. La Teoría de la Conducta Planificada, de Mason y White (2008), enfatiza la intención del sujeto para cambiar sus hábitos y conductas, lo cual predice la realización de despistajes (Ajzen, 1991).

Continúa siendo un desafío para la psicología desarrollar intervenciones de prevención efectivas; los psicólogos de la salud deben trabajar, de manera conjunta, con otros profesionales y actuar sobre los factores de riesgo para reducir las estadísticas de cáncer (Olivari, 2016).

Efectos psicoemocionales en el paciente con cáncer

La prevención terciaria consiste en la rehabilitación y el tratamiento al malestar psicológico derivado de la enfermedad, luego de que el cáncer se ha instalado en el organismo, brindando cuidados paliativos en todas sus etapas, incluida la fase terminal (Díaz, 2010; Noval, 2022; Olivari, 2016).

Es claro que el impacto del cáncer recae no solo en el paciente, sino también en su familia y círculo cercano; por tanto, las respuestas emocionales dependen del avance de la enfermedad, de las circunstancias personales y familiares, de las experiencias previas y del sistema de apoyo presente (Noval, 2022). Dicha carga emocional puede generar la falta de adherencia al tratamiento, según la intensidad y duración de la respuesta y su impacto en la funcionalidad del paciente (Castillo et al., 2017).

El proceso oncológico acarrea diferentes respuestas a nivel psicológico y emocional, dependiendo de la etapa en que se encuentre (Zorrilla, 2000, como se cita en Noval, 2022). La fase prediagnóstica incluye la sospecha de la enfermedad y el miedo a lo desconocido, generando la pérdida de autonomía en la persona (Fernández, 2023). Durante las constantes visitas al hospital, surgen síntomas de hipervigilancia por la incertidumbre y angustia que causa imaginar un posible diagnóstico, es muy probable que se desarrollen conductas desadaptativas, por ejemplo, alteración del sueño, hipocondría y preocupación excesiva (Castillo et al., 2017; Noval, 2022).

Esta fase de diagnóstico se consolida con la confirmación del cáncer, que genera reacciones diversas, como sorpresa, estupefacción y/o incredulidad (Alonso & Bastos, 2011; Castillo et al., 2017; Villalonga, 2020). El impacto psicológico del duelo o *shock* para el paciente y su familia puede ir acompañado de reacciones intensas de miedo, tristeza, rabia y mucha tensión; como fruto de las ideas catastróficas asociadas a la muerte (Fernández, 2023; Noval, 2022). El paciente adopta una actitud negacionista,

no aceptando el diagnóstico, por la incertidumbre que implica afrontar los cambios drásticos que implica su tratamiento, lo que interfiere en las acciones que deben tomarse oportunamente (Alonso & Bastos, 2011; Noval, 2022; Villalonga, 2020).

En este sentido, durante el curso de la enfermedad es frecuente observar altos niveles de ansiedad en los pacientes, con tendencia a anticiparse a lo que ocurrirá, por lo que su ánimo se torna más irritable, con sentimiento de culpa, tomando la enfermedad como un castigo de malas acciones (Noval, 2022). Las etapas por las que atraviesa: negación, ira, pacto, depresión, culminan con la aceptación o asimilación del diagnóstico. Sin embargo, como indica Noval (2022), la evolución depende de las particularidades de cada caso. Castillo et al. (2017) consideran que cada persona vive su experiencia de modo distinto y no necesariamente todos pasan por las etapas de duelo y tampoco en el orden señalado. Desde esta perspectiva, el diagnóstico no representa solo un momento específico, sino que constituye un proceso con sus momentos y particularidades (Kaufmann, 1989, como se cita en Alonso & Bastos, 2011).

Luego del diagnóstico, se inicia la fase de tratamiento con los cuidados y medicaciones asignadas (Fernández, 2023). Trae consigo, además del sufrimiento por la enfermedad, los efectos secundarios de las intervenciones médicas que repercuten en la vida del paciente y su familia (Alonso & Bastos, 2011; Castillo et al., 2017). Estos tratamientos empeoran su condición física y emocional, sin brindar la certeza de una curación definitiva, solo una esperanza de mejora (Alonso & Bastos, 2011). También impacta en su estilo de vida, interfiriendo en sus actividades y requiriendo una reorganización de sus agendas, para dar espacio a citas médicas, hospitalizaciones y tratamientos (Noval, 2022). En consecuencia, dejan de lado sus actividades familiares, laborales, sociales y de otra índole que acostumbraban; con la pareja se pueden generar desacuerdos o problemas en la comunicación y sexualidad, por lo que pueden llegar a la separación o el divorcio (Castillo et al., 2017).

En esta fase son comunes las reacciones de ansiedad y miedo, pues surgen sentimientos de indefensión, pérdida de control e inutilidad (Alonso & Bastos, 2011). Este tipo de respuestas varían entre los pacientes; depende de la personalidad, de los fármacos administrados y el tratamiento elegido

(Castillo et al., 2017). Otro factor determinante es el tipo de cáncer, la condición económica y el apoyo familiar y social (Cabrera et al., 2017).

Como se ha indicado, los efectos psicoemocionales dependen también del tipo de tratamiento o terapia recibida. Por ejemplo, tener que enfrentar cirugías, puede desatar temores a la anestesia, a la cirugía misma y al dolor después de una intervención quirúrgica (Noval, 2022). En otros casos, puede experimentarse disminución o pérdida de la funcionalidad del organismo, o pérdida de alguna parte del cuerpo, al ser necesario realizar una amputación; limitando sus actividades diarias, básicas, y sus relaciones interpersonales (Alonso & Bastos, 2011; Castillo et al., 2017).

En los casos que reciben quimioterapia, suele observarse una alteración de la imagen corporal; pueden aparecer síntomas de ansiedad, falta de concentración y depresión, asociados a los efectos secundarios de algunos medicamentos administrados (Noval, 2022). Además, el autoestima y desenvolvimiento del paciente se ven afectados por los cambios físicos, como la pérdida de cabello y de peso; sumado a fatiga, náuseas y vómitos (Alonso & Bastos, 2011; Castillo et al., 2017).

Las personas que son sometidas a radioterapia, suelen tener miedo a las máquinas utilizadas o a los fallos en su manipulación (Alonso & Bastos, 2011). Pueden experimentar ansiedad e incluso desarrollar una fobia al tratamiento, a la duración de las sesiones, a estar solos durante la intervención y a los efectos secundarios luego de exposición (Noval, 2022). Algunas investigaciones observaron síntomas de depresión y ansiedad, antes del tratamiento y durante el tratamiento, disminuyendo sus efectos positivos en la remisión del cáncer (Castillo et al., 2017).

La fase de postratamiento o remisión aparece luego de finalizar las intervenciones médicas, en un periodo donde se considera al paciente libre del cáncer (Alonso & Bastos, 2011). A nivel físico, se da inicio a la recuperación lenta y progresiva del organismo (Alonso & Bastos, 2011). Según Novoa (2022) a nivel psicológico, la persona que ya no está enferma, necesita adaptarse a su nueva normalidad y pueden suscitarse sentimientos de vulnerabilidad, incertidumbre y, sobre todo, un miedo intenso a la recaída. Koocher y O'Malley (1981) se refieren al síndrome de Damocles que surge como una

condición psicológica que experimentan los supervivientes, quienes temen que la enfermedad regrese, que los incapacite o los lleve a la muerte, desencadenando un estrés crónico además de otras patologías psiquiátricas como ansiedad y depresión (Castillo et al., 2017). Es muy común en quienes no elaboraron un adecuado proceso de duelo (Alonso & Bastos, 2011).

En los casos donde la enfermedad reaparece, entran a la fase de recaída o recidiva, después de un periodo de recuperación (Alonso & Bastos, 2011). Es posible que la persona pase nuevamente por las fases anteriores, mencionan Castillo et al. (2017), con graves consecuencias físicas y psicológicas, al advertir que los tratamientos posibles se vuelven cada vez más limitados (Alonso & Bastos, 2011). Asimismo, puede sentir decepción, enfado, culpa y furia consigo mismo, al verse derrotado por el cáncer; también con el personal médico, por no haberlo curado (Alonso & Bastos, 2011; Noval, 2022). En esta etapa, la adaptación del paciente es más compleja, en comparación con las etapas anteriores, ya que las respuestas de tristeza, miedo, rabia, angustia, incertidumbre e indefensión son más intensas, lo cual puede conducirlo a cuadros psicopatológicos de ansiedad, depresión e insomnio (Alonso & Bastos, 2011; Castillo et al., 2017; Noval, 2022).

A nivel terapéutico, esta es una de las etapas más complejas de manejar; dado el sentimiento de fracaso que mantiene la persona (Alonso & Bastos, 2011). No obstante, con una adecuada intervención, el paciente logra afrontar la situación y readaptarse al cáncer, reduciendo notablemente su malestar emocional y psíquico (Alonso & Bastos, 2011).

Conforme la enfermedad se agrava, reaparecen las dificultades psicoemocionales que empeoran la condición física del individuo (Castillo et al., 2017) consolidándose la fase de progresión del cáncer. Aparece el cansancio oncológico, que limita su motivación y funcionalidad haciendo que busque tratamientos alternativos, tratando de obtener un mejor pronóstico (Cabrera et al., 2017; Noval, 2022).

En la fase terminal, el paciente tiene una percepción consciente de su situación (Castillo et al., 2017). El temor a lo desconocido en torno al proceso de muerte, suele transitarlo con confusión, miedo al dolor y al abandono (Noval, 2022). En un inicio, las respuestas emocionales que aparecen en torno

al impacto de la situación presente desencadenan ansiedad y mecanismos de negación con ánimo depresivo, y respuestas de miedo, ira y tristeza; para luego pasar a la adaptación, donde disminuye el malestar psicológico y emocional, dando paso a la aceptación de la muerte (Alonso & Bastos, 2011). Este proceso, se puede tornar muy complejo y doloroso, haciéndose indispensable el apoyo psicoterapéutico y asistencial para el paciente y su familia (Alonso & Bastos, 2011).

El paciente que superó el cáncer inicia una fase de supervivencia con notables dificultades para adaptarse, dadas las secuelas físicas y psicológicas que dejó la enfermedad (Castillo et al., 2017). Se hace muy complejo que vuelva a tener la misma vida de antes, sobre todo en términos laborales, pues se dieron cambios a nivel psíquico que se mantienen (Noval, 2022). Aquellos que tuvieron cuadros de ansiedad, pueden continuar experimentando insomnio, hipervigilancia, nerviosismo e hiperactividad; lo cual limita su calidad de vida (Castillo et al., 2017). Del mismo modo, la depresión puede seguir presente, aunque con menor frecuencia e intensidad; está directamente asociada con los síntomas y mortalidad de las personas oncológicas (Noval, 2022). También, es frecuente que persista el miedo a las recaídas, dando lugar a conductas desadaptativas, como evitar al personal médico, e hipervigilancia al notar cambios corporales o ante la percepción real o imaginaria de nuevos síntomas (Castillo et al., 2017).

La opción de suicidio puede estar latente en todas las fases de progresión del cáncer, por lo que se debe permanecer atento a detectar y prevenir. La incertidumbre, la falta de sentido de vida, las alteraciones psicoemocionales, psicopatologías, el nivel de depresión, pueden conducir a pensamientos autolesivos o suicidas, para terminar con el sufrimiento, acelerando lo inevitable (Rojas & Gutiérrez, 2016).

Efectos psicológicos en los cuidadores del paciente con cáncer

Los cuidadores de personas con enfermedades crónicas o terminales pueden diferenciarse de acuerdo a tres tipos perfiles (Gil, 2015):

- El cuidador principal o informal, es la persona que, sin recibir un pago económico, se dedica al cuidado del paciente durante la mayor parte del

tiempo (Galindo et al., 2023). En la mayoría de los casos, suelen ser mujeres familiares del paciente, quienes también enfrentan dificultades emocionales como efecto indirecto de la enfermedad (Gil, 2015). Estas personas suelen presentar cambios en su conducta, tristeza, sentimientos negativos y daños en su salud mental, además de síntomas de depresión, aislamiento social, fatiga, sobrecarga y disminución de su rendimiento laboral y financiero (Fernández, 2023; Galindo et al., 2023).

- El cuidador secundario es quien reemplaza al cuidador principal cuando tiene que desempeñar otras labores y no puede cuidar del paciente, por lo general son familiares varones (Gil, 2015).
- El cuidador formal lo constituyen los profesionales de salud: médicos, enfermeras, terapeutas físicos, neurólogos, psicólogos, trabajadores sociales, etc. (Gil, 2015) los mismos que también son proclives a sufrir efectos psicológicos adversos, como el síndrome de despersonalización; caracterizado por la irritabilidad, desmotivación y actitudes negativas; así como el síndrome de Burnout, con dificultades para iniciar la rutina laboral, falta de energía, insatisfacción y desilusión, cambios en el sueño y apetito, aumento de consumos de alcohol, etc. (Fernández, 2023). Es común observar en el personal médico la naturalización del sufrimiento del paciente, lo cual puede conducir a la falta de empatía que afecta la calidad de la atención brindada (Rojas & Gutiérrez, 2016).

El hecho de acompañar a una persona con cáncer, durante todo su proceso de recuperación, es una tarea extenuante. Al respecto, Moral-Fernández et al. (2018) presentan una serie de fases por las que pasan los cuidadores de los pacientes oncológicos:

- La fase de transición y adaptación suele ser un momento muy complejo para cuidador, ya que exige un gran esfuerzo para reorganizar su vida a los cuidados, rutinas y necesidades del paciente; generando estrés, preocupación e incertidumbre al asumir las nuevas responsabilidades y ante el progreso de la enfermedad (Noval, 2022).
- La fase de incertidumbre y sufrimiento aparece luego de que el cuidador ha pasado un tiempo cuidando al paciente, lidiando con sentimientos

de inseguridad ante la calidad del cuidado que está brindando; también puede sentirse culpable por descuidar a sus otros seres queridos, abandonar sus actividades y su rutina previo al diagnóstico; comienza a prestar atención a las consecuencias del cuidado que ofrece frente a las necesidades del enfermo, y sobre sí mismo, interpretando esta fase como duradera e incluso indefinida o eterna (Noval, 2022).

- En la fase normalización de la atención, el cuidador ha logrado reunir los recursos necesarios para ofrecer una buena atención, con estrategias de afrontamiento, logrando regular sus emociones y disminuyendo su estrés y presión; a percibir esta etapa desde la normalidad, adaptándose satisfactoriamente a los cambios que iniciaron en las fases anteriores; puede tener una visión más clara y expectativas más precisas sobre el tiempo y las necesidades que el paciente tendrá a futuro (Noval, 2022).

Evaluación psicológica dentro del proceso oncológico

La intervención psicológica del cáncer comienza a partir de una rigurosa evaluación, donde se delimita la problemática, las necesidades y se diseña un plan de tratamiento, que debe revisarse constantemente para registrar los alcances y logros (Cruzado 2013; Mejía-Castrejón et al., 2011).

Existen variables y objetivos en el paciente que median su adaptación y adherencia al tratamiento, y que son de utilidad para considerar el pronóstico. De acuerdo con Cruzado (2013) son variables sociodemográficas, como edad, sexo, nivel educativo, relaciones familiares y sociales del paciente (Fernández, 2023). Otras, son las variables médicas, la historia clínica y antecedentes de la salud del paciente, tratamientos a los que fue sometido, síntomas físicos y efectos secundarios de los tratamientos (Fernández, 2023). Respecto a su estado mental, se deben considerar los antecedentes psicológicos y psiquiátricos, percepción de sí mismo y comportamiento, nivel de consciencia, orientación, atención, memoria, pensamiento y lenguaje; capacidad para manejar emociones y grado de resiliencia (Cruzado, 2013; Fernández, 2023; Rivero et al., 2008).

De igual modo, es importante conocer el nivel de comprensión del paciente sobre su condición información y la información con la que cuenta;

su satisfacción con la atención recibida; su relación con el cuidador principal y el apoyo familiar y social, emocional y económico (Cruzado, 2013; Rivero et al., 2008). Explorar la incidencia de situaciones que alteraron su tranquilidad, como duelos, accidentes, jubilación, separaciones, etc. y la forma de afrontar la enfermedad, de manera activa, evitativa, o centrándose en el problema o la emoción (Cruzado, 2013; Fernández, 2023).

Es de consideración, también, la adaptación del paciente a la enfermedad, hospitalización, tratamientos, sus reacciones emocionales, ideas preconcebidas sobre el cáncer; si tiene problemas de comunicación y de toma de decisiones. No menos importante son sus necesidades espirituales, lo que significa la enfermedad y qué propósito considera que tiene la enfermedad; su necesidad de conectar con un ente superior y trascendente; siempre respetando las creencias de cada paciente y su familia (Cruzado, 2013; Fernández, 2023).

Evaluación ambiental y variables en los familiares

Las condiciones físicas y material del paciente también influyen en su calidad de vida, así como el estado emocional de quienes están cerca y viven con él; en general, los problemas y repercusiones familiares, laborales, sociales y de ocio pueden agravar el cuadro (Cruzado, 2013). Con la pareja también pueden suscitarse reacciones emocionales desadaptativas, problemas de concentración, irritabilidad, insomnio, sensación de impotencia e incompetencia, y aislamiento; pudiendo quedar afectada su capacidad de resolver problemas, organización y autocuidado (Cruzado, 2013). Con los hijos, es común observar dificultades en su independencia, organización y cuidado personal; acompañadas de sentimientos de culpa y problemas para brindar apoyo al padre enfermo (Cruzado, 2013). Los niños más pequeños, no entienden lo que sucede, pero se sienten tristes al percibir la ausencia de los padres, mostrándose reacios a dejarse cuidar por otra persona (Cruzado, 2013). Es común el enfado y rechazo hacia los progenitores y a los cambios que observan en ellos, generando dificultades académicas y regresiones en su desarrollo (Cruzado, 2013).

Técnicas e instrumentos de evaluación en pacientes con cáncer

La entrevista permite la observación del paciente y contacto directo para registrar las necesidades, problemas y elementos causales de la patología; el protocolo de entrevista debe contemplar aspectos de la enfermedad; el estado emocional, la afectación familiar; aspectos psicológicos y la observación conductual recoger información para la evaluación, los objetivos y tipo de abordaje que la persona necesita (Cruzado, 2013; Mejía-Castrejón et al., 2011).

El autorregistro y observación, brindan información precisa en el momento exacto en que suceden los eventos, sin estar condicionados al recuerdo (Cruzado, 2013). Son útiles para identificar síntomas y signos, determinando su duración, intensidad y frecuencia, para analizar los antecedentes y consecuentes de la conducta (Cruzado, 2013). Los objetivos del autorregistro se establecen según la necesidad de instaurar conductas y hábitos saludables (Mejía-Castrejón et al., 2011). Permiten controlar la adherencia a la medicación; registrando la cantidad, frecuencia y momentos en la toma de medicamentos, también sobre la aparición de síntomas; anotando su localización, intensidad, duración y frecuencia (Cruzado, 2013).

Para finalizar, se aplican test psicométricos para complementar el proceso de evaluación, facilitando el diagnóstico y la toma de decisiones sobre el tratamiento (Rivero et al., 2008). Se pueden aplicar instrumentos de medición para evaluar la calidad de vida y necesidades del paciente; identificar síntomas físicos y psicopatología asociada; detectar síntomas de ansiedad y depresión; reconocer la necesidad de cuidados paliativos; observar el estado cognoscitivo, mental y psicológico del paciente, de sus estrategias de afrontamiento y espiritualidad.

Atención psicológica en pacientes con cáncer

La intervención psicológica en pacientes con cáncer constituye una necesidad prioritaria que se inicia a partir del diagnóstico, antes de que se manifiesten síndromes o trastornos psiquiátricos, para evitar la exacerbación de la enfermedad (Dermateis et al., 2024; Diz et al., 2019). Es importante considera ciertos puntos que repercuten en el estado de salud: actividad física, expresión emocional, buena alimentación, hábitos de sueño, sexualidad, pensamiento, creatividad y necesidad espiritual (Cabrera et al., 2017).

De este modo, como establece Rivero et al. (2008), la prevención terciaria rehabilita y brinda cuidados paliativos con los siguientes objetivos: asegurarse de que el paciente cumpla la prescripción médica y siga su tratamiento de manera estricta; psicoeducar y entrenar al personal de salud en la prevención de trastornos ansiosos y depresivos; acompañar en la comunicación del diagnóstico; preparar al paciente para resistir los tratamientos o para el proceso de la muerte; readaptarlo a su nueva normalidad luego de superar el cáncer. Abordar, mediante técnicas psicológicas, alteraciones mentales o somatizaciones que surgen como efecto de la enfermedad (Bayés, 1991, como se cita en Rivero et al., 2008).

Estas intervenciones en pacientes oncológicos son complejas, pues requieren un enfoque multidimensional biopsicosocial y multidisciplinario, que tiene como finalidad mejorar la calidad de vida y facilitar la toma de decisiones, velando por el cumplimiento de los principios bioéticos que protegen la dignidad y autonomía del individuo (Alonso & Bastos, 2011; Cabrera et al., 2017; Rojas & Gutiérrez, 2016).

El estrés, que es una respuesta natural ante el diagnóstico, se aborda por medio de intervenciones individuales, grupos de apoyo, inoculación al estrés y adaptación exhaustiva (Cabrera et al., 2017). La pérdida de sentido de la vida y desesperanza mejoran con psicoterapia grupal, logoterapia y algunas terapias alternativas como la musicoterapia (Cabrera et al., 2017). Para los problemas de ansiedad en pacientes terminales, se recomienda la terapia cognitivo conductual; para tratar alteraciones psíquicas, la hipnosis; y para manejar el dolor, mejorar la confianza e instaurar hábitos saludables la técnica de relajación de Benson (Cabrera et al., 2017). Es indispensable lograr la disposición del paciente para reestructurar sus pensamientos y modificar las conductas que no favorecen su recuperación, el locus de control es el más indicado, ya que los pacientes interpretan el cáncer como un evento independiente de su voluntad y responsabilidad personal (Dermateis et al., 2024).

El abordaje psicoterapéutico puede ser individual o grupal, reeducativo o reconstructivo, todo ello de acuerdo a los objetivos propuestos. Se busca mejorar la sensación de control; superar el miedo al abandono, a la dependencia de los cuidadores y a la idea de la muerte; también, controlar

los efectos colaterales del tratamiento a nivel físico y psíquico (Cabrera et al., 2017). Es preciso considerar las múltiples situaciones clínicas, a nivel médico y psicológico, para adaptar las técnicas psicoterapéuticas a cada caso (Alonso & Bastos, 2011). Algunos autores como Kangas y Gross (2017, como se cita en Dermateis et al., 2024) refieren que la intervención debe diseñarse de acuerdo a las respuestas y necesidades del paciente para mejorar su efectividad y potenciar sus efectos positivos (Cabrera et al., 2017).

Como se puede observar son múltiples y diversas las técnicas que se aplican en situaciones de cáncer (Alonso & Bastos, 2011). El *counselling*, es una modalidad terapéutica de tipo social, centrada en el presente, dejando de lado la vida pasada de la persona (Medina, 2011). El *counselling* permite que las personas mejoren su comunicación y sus relaciones sociales, al entender sus problemas y encontrar alternativas de solución; mejorando su actitud y motivación para afrontar los cambios que conlleva la enfermedad (Alonso & Bastos, 2011).

De acuerdo con los postulados de Alonso y Bastos (2011), la relación terapéutica se caracteriza por la empatía, la congruencia y la aceptación incondicional libre de juicios de valor; basada en la dinámica de elección, más no del control, donde se explora, informa y reflexiona sobre las decisiones que el paciente considere más adecuadas. Es una interacción que motiva el cambio por respeto a sí mismo y a los demás, para desarrollar una vida digna por medio del amor y la reconciliación con la vida (Alonso & Bastos, 2011).

La intervención psicoeducativa, además de facilitar el conocimiento sobre el cáncer, se centra en la experiencia de vida del paciente, buscando el modo más efectivo de transmitir la información al receptor (Dermateis et al., 2024). Los datos sobre la enfermedad que se brindan, dependen de sus características psicológicas, educativas y socioculturales, sin dejar de lado su derecho de conocer su padecimiento, el cual debe ser explicado de forma clara, mostrando las opciones de tratamiento y recursos con los que cuenta para su recuperación (Cabrera et al., 2017).

La terapia cognitivo conductual es una intervención que modifica patrones cognitivos y comportamentales distorsionados, que subyacen a las dificultades de la persona con cáncer, para mejorar la forma de interpretar

su realidad (Diz et al., 2019; Trull & Phares, 2003, como se cita en Galindo et al., 2023). Puede ayudar en la rehabilitación y adaptación a los cambios y aplacar los síntomas físicos que genera el tratamiento, fomentando su adherencia (Cabrera et al., 2017). Tiene dos objetivos: abordar las complicaciones psicológicas vinculadas al diagnóstico y manejar los efectos colaterales del tratamiento (Galindo et al., 2023). Es reconocida su eficacia para reducir la ansiedad, estrés, fatiga, dolor, depresión e insomnio, pues mejora la adaptación del paciente, por medio de adecuadas estrategias de afrontamiento (Galindo et al., 2023).

El *mindfulness* o atención plena, es un conjunto de estrategias derivadas del Budismo Zen y sus prácticas de meditación (Pousa et al., 2015, como se cita en Diz et al., 2019). En este caso, se practica una atención particular y deliberada al momento presente; logrando desarrollar una consciencia plena de la situación actual, dejando de lado los ruidos, juicios y prejuicios del pasado (Diz et al., 2019).

La intervención psicológica individual, abarca las diferentes técnicas y psicoterapias que se aplican al paciente de forma personalizada. Entre ellas, la terapia cognitivo conductual, que reestructura los esquemas de creencias del paciente, y es muy efectiva para la depresión; las técnicas de relajación y terapias de imaginación que reducen el estrés, la ansiedad y mejoran el sistema inmunológico; la autotransferencia espiritual que contrarresta los efectos nocivos de la ansiedad y depresión, por medio de una cosmovisión trascendente que le brinda significado al cáncer (Diz et al., 2019).

La intervención psicológica familiar y social, toma en consideración que el cáncer también afecta a la familia del paciente; quienes constituyen su mayor fuente de soporte social, personal, afectivo y económico. Por ende, es necesario intervenir los posibles conflictos familiares, reacciones emocionales desadaptativas, estrés, etc.; y su vez, fomentar elementos protectores como la integración y apoyo mutuo (Fuchs et al., 2013, como se cita en Diz et al., 2019). Se puede abordar a la familia, por medio de terapia grupal o grupos de apoyo, y terapia individual de ser necesario (Diz et al., 2019).

La terapia grupal mejora la comunicación por medio del aprendizaje social, haciendo a las personas más receptivas al apoyo externo, con menos

indefensión (Cabrera et al., 2017). Las experiencias compartidas, cambian las actitudes hacia el cáncer; mejorando los modos de afrontamiento al reducir la desconfianza, el retraimiento cognitivo y la depresión (Cabrera et al., 2017). También, puede aliviar el sufrimiento psíquico que surge como efecto secundario de las intervenciones médicas (Cruzado, 2013). Se pueden utilizar técnicas de respiración y relajación, meditación, imaginación guiada y expresión de emociones para facilitar la creencia de control y reducir síntomas de dolor, fatiga e insomnio (Cabrera et al., 2017).

Con respecto a la intervención psicológica en niños y adolescentes con cáncer, esta debe iniciarse de manera inmediata luego de confirmarse la enfermedad para lograr las metas evolutivas y evitar en lo posible problemas en su desarrollo (Cabrera et al., 2017). Con el tratamiento psicológico se busca estimular el aspecto social y físico del niño, por medio de juegos estructurados; asimismo, se trabaja para incrementar el contacto familiar y reforzar la confianza hacia el personal sanitario (Cabrera et al., 2017).

Cuidados paliativos y acompañamiento terapéutico al final de la vida

El cáncer, en una etapa avanzada, impacta física y emocionalmente al paciente y sus seres queridos aumentando la necesidad de implantar atenciones psicológicas especializadas y cuidados paliativos (Ascencio-Huertas et al., 2023; Noval, 2022). En estos casos, los objetivos giran en torno a la necesidad de evitar y/o tratar las psicopatológicas asociadas y paliar los síntomas físicos que pueden afectar el proceso terapéutico (Ascencio-Huertas et al., 2023).

La atención debe ser activa e integral, sobre todo en enfermedades avanzadas, cuando las posibilidades de una curación son casi nulas (Sociedad Española de Cuidados Paliativos, como se cita en Noval, 2022). En este sentido, los cuidados paliativos deben seguir un enfoque desarrollado para mejorar la calidad de vida, ante la presencia de enfermedades que amenazan la existencia; previniendo y aliviando el sufrimiento al identificar y tratar el dolor y otros problemas físicos, psicológicos, espirituales y éticos (OMS, 2020).

Noval (2022) considera que en la etapa paliativa se proporcionan cuidados básicos a las necesidades del paciente, ya sea en el hospital o en su domicilio,

buscando en todo momento afirmar la vida y tratar la muerte como un proceso natural. Mientras Cabrera et al. (2017) indica que es fundamental la autonomía del paciente, a partir de un consentimiento informado, para direccionar los cuidados paliativos y mantener su calidad de vida sin prolongar o acortar su subsistencia. Como señala Noval (2022) estos cuidados deben impartirse al enfermo de cáncer, a sus familiares y las personas de su entorno; de manera interdisciplinaria, con la participación de los profesionales de salud que se requieran.

La competencia del psicólogo es identificar y atender las necesidades y creencias del paciente y familiares; proporcionarles estrategias de afrontamiento; evaluar y manejar psicopatologías derivadas o previas al cáncer (Ascencio-Huertas et al., 2013). Al equipo de salud puede asistirlo con psicoeducación y psicoterapia; así como desarrollar investigaciones psicológicas sobre el cáncer (Fernández, 2023).

Por consiguiente, se hace imprescindible la aplicación de herramientas diseñadas para reconocer, valorar y tratar los síntomas; brindar soporte emocional y facilitar una comunicación franca y honesta con la familia y el personal de salud (Fernández, 2023). En este sentido, es necesario establecer cambios en la organización de los cuidados y tratamientos de acuerdo a las necesidades cambiantes y nuevos objetivos del paciente; un trabajo multidisciplinar donde se involucran profesionales con formación especializada (Noval, 2022).

Estas necesidades del paciente van cambiando de acuerdo a las etapas paliativas en las que se encuentre. Según Noval (2022) la etapa de estabilidad inicial, presenta síntomas leves y sus necesidades son similares a las fases anteriores del cáncer; en la etapa sintomática surgen las complicaciones iniciales que alteran el bienestar general, afectando su autonomía y autocuidado; la etapa de declive trae consigo complicaciones graves que requieren atención en urgencias y hospitalizaciones, haciéndolo depender del cuidado de otras personas; la etapa final o agonía, abarca el final de la vida, con signos y síntomas que presagian la muerte.

El acompañamiento al final de la vida, requiere una comunicación emocional particular y especial, permitiendo al paciente la expresión plena

de lo que siente en cada una de las etapas por las que transita (Ascencio-Huertas et al., 2013). Es imprescindible la escucha activa, con miradas y gestos no verbales significativos; una actitud cariñosa, sincera, abierta y flexible ante las necesidades observadas y sensibilidad frente a lo que piensa o siente la persona (Noval, 2022). Asimismo, es fundamental responder con honestidad, ante sus dudas y preguntas, sobre su recuperación o muerte; así como, elaborar una despedida adecuada con sus seres queridos, donde primen el perdón y la reconciliación (Noval, 2022).

La regulación emocional del paciente y sus cuidadores puede facilitarse siguiendo los siguientes pasos: identificando sus emociones, experimentando y aceptando dichas emociones, enseñándoles a no identificarse con sus emociones o pensamientos catastróficos; a ser sinceros y optimistas, y a expresar y liberar lo que sienten (Noval, 2022).

El abordaje psicológico dentro de los cuidados paliativos; incluye la psicoeducación, como un aprendizaje experiencial del cáncer y sus formas de afrontamiento; la expresión y regulación emocional, para liberar el miedo y el enojo reprimido; técnicas de relajación, para aliviar síntomas de estrés y ansiedad; terapia de solución de problemas, para identificar problemas y soluciones; psicoterapia de apoyo, para estimar sus fortalezas y promocionar estrategias de afrontamiento (Ascencio-Huertas et al., 2013).

Importancia de la investigación psicológica del cáncer

El área de la psicología de la salud, que se encarga de estudiar los factores de riesgo del cáncer, es la psicooncología, que explora las variables protectoras en el manejo de síntomas y psicopatologías durante el proceso oncológico (Cabrera et al., 2017). En decir, la psicooncología se dedica al estudio científico de la dimensión psicobiológica, relacionada a los aspectos conductuales, psicológicos y sociales de la aparición del cáncer, y a la dimensión psicosocial, que abarca las respuestas emocionales de los pacientes, su familia y el personal médico (Caycho-Rodríguez et al., 2017).

Las investigaciones en oncología y psicología, proporcionan la base para nuevos estudios en este campo, lo cual refuerza el carácter multidisciplinar de los estudios psicooncológicos, pues sus hallazgos estarán siempre ligados

a otras especialidades médicas y a diferentes disciplinas psicológicas (Holland, 2010, como se cita en Gaycho-Rodríguez et al., 2017). Esto, permite desarrollar intervenciones basadas en la evidencia, utilizando guías clínicas, metodologías y experimentos apegados al código ético del psicólogo (Mejía-Castrejón et al., 2011).

La importancia de investigar se fundamenta en el aporte de la ciencia en el desarrollo y evaluación de programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad (Rojas & Gutiérrez, 2016). Se reconoce la eficacia de las intervenciones psicoterapéuticas que disminuyan la morbilidad psicológica y promueven la calidad de vida del paciente y su entorno (Cabrera et al., 2017).

Como evidencia de ello, existen estudios sobre la relación entre el factor psicosocial y la etiología del cáncer, que han permitido desarrollar un enfoque psico-neuroinmunológico de la asociación existente entre el estrés y esta enfermedad (Llantá et al., 2012; Mejía-Castrejón et al., 2011). Otras investigaciones realizadas descubrieron las conductas, creencias y estilos de vida que promueven el cáncer, e impiden su diagnóstico y tratamiento temprano; favoreciendo la disminución de la incidencia del cáncer y aumento de los índices de supervivencia (Llantá et al., 2012). Es imperioso, continuar investigando de manera continua el contexto vital y los factores socioculturales, psicosociales y espirituales que influyen en la aparición y evolución del cáncer (Cabrera et al., 2017).

Bajo esta premisa, la Asociación Americana Contra el Cáncer (1983) propuso una serie de temas sociales y conductuales, divididos en tres líneas de investigación. En primer lugar; la experiencia subjetiva de las personas con cáncer, en términos de respuestas psicósomáticas de ansiedad y depresión, y síntomas físicos, como el dolor, náuseas, vómitos y dificultades sexuales. Luego, se recomienda estudiar el entorno sociocultural y su influencia en funcionamiento social y familiar, en relación al cáncer. Por último, se consideran todas las variables asociadas al tratamiento antineoplásico; la adhesión terapéutica, la percepción y satisfacción con el cuidado recibido; la calidad de vida y la comunicación entre el enfermo y personal sanitario (Rivero et al., 2008).

Para explorar adecuadamente en el tema del cáncer es necesario hacerlo a través del método científico; es decir, formulando hipótesis; revisando la bibliografía especializada e investigaciones en diferentes ámbitos; contar con los instrumentos adecuados para estimar las variables objetivo y controlar variables extrañas; seleccionar la muestra, según criterios de inclusión y exclusión; recopilar los datos con el uso de instrumentos válidos y fiables adaptados a la población de estudio; analizar e interpretar los datos encontrados; y contrastar las hipótesis iniciales (Rivero et al., 2008).

Como fruto de las diversas investigaciones en cáncer surge la psico-neuro-endocrino-inmunología, demostrándose el impacto del estrés en el sistema nervioso simpático (SNS) que favorece la proliferación de células tumorales malignas en el organismo (Mejía-Castrejón et al., 2011). Otros estudios médicos de corte conductual y psicológico, descubrieron que las intervenciones psicoterapéuticas tempranas, pueden reducir el nivel de cortisol en mujeres con cáncer de mama (Crues, como se cita en Mejía-Castrejón et al., 2011). También se puso a prueba la efectividad del *mindfulness*, para contrastar los niveles de estrés en pacientes oncológicos; observándose una reducción casi total del estrés y otras manifestaciones periféricas y neurológicas asociadas al miedo, depresión, irritabilidad, fatiga y desorganización cognitiva (Carlson & Garland, como se cita en Mejía-Castrejón et al., 2011). Del mismo modo, se estudió la eficacia de las técnicas conductuales de tipo educativo-informativo, aplicadas de forma individual y grupal; encontrándose que el conocimiento de la enfermedad genera un mejor ajuste y afrontamiento, promueve conductas de autocuidado, mejora el estado afectivo e inmunitario, y potencia la calidad de vida (Font-Guiteras, como se cita en Mejía-Castrejón et al., 2011).

Como se puede apreciar, son muchas las investigaciones realizadas para ampliar el cuerpo de conocimientos y mejorar las metodologías aplicadas en el abordaje del cáncer. No obstante, se requiere de mayor número de investigaciones en Perú, ya que la mayoría corresponden a otros ámbitos; dado el aumento de la epidemiología oncológica en este país se hace imperante la necesidad de intervenciones eficaces y oportunas. Frente a ello, la investigación psicooncológica nacionales son escasas (Gaycho-Rodríguez et al., 2017); dado que, en el periodo 2003-2015 fueron desarrollados pocos estudios sobre la depresión y ansiedad, cuidados paliativos y calidad de vida

(Morena de Diago & Morena e Diago, 2016, como se cita en Gaycho-Rodríguez et al., 2017). En este sentido, cabe preguntarse si los profesionales implicados, sobre todo los psicólogos, están dedicando la suficiente atención a generar evidencias empíricas que desarrollen el campo de la psicooncología en el Perú.

Discusión y conclusiones

El cáncer es un problema de salud pública de gran envergadura, debido a su alta prevalencia y mortalidad a nivel mundial y nacional (OMS, 2024). Su abordaje, desde luego, debe darse desde un punto de vista multidisciplinario. La psicooncología contempla varios niveles de atención, desde la prevención primaria, para promover la salud con la adopción de estilos de vida saludables, sustituyendo los hábitos nocivos para reducir la morbilidad; prevención secundaria, para fomentar el *screening* o despistaje del cáncer, interviniendo sobre los factores cognitivos, conductuales y sociales que evitan su ejecución; prevención terciaria, para tratar el malestar psicoemocional derivado de la enfermedad y prevenir posibles psicopatologías.

El impacto psicológico, emocional, social y espiritual del cáncer es mayor según la etapa y el grado de su evolución. En todas las fases, es común observar sentimientos de incertidumbre, reacciones emocionales y conductuales desadaptativas; ansiedad y depresión, mecanismos de defensa y dificultades familiares y sociales.

Los efectos de la morbilidad también alcanzan a los cuidadores del paciente. El cuidador principal suele mantenerse abatido, estresado, agotado y culpable por sentirse así o por verse afectado social y económicamente. También, se presentan dificultades emocionales y psicológicas en el cuidador formal o personal de salud; es común la naturalización del sufrimiento, falta de empatía, síndrome de despersonalización y síndrome de Burnout.

La prevención terciaria, comienza con una adecuada evaluación, donde se identifican variables personales, familiares y sociales asociadas a la condición actual del paciente. Busca recolectar información sobre los problemas y necesidades de la persona, para tomar decisiones en cuanto a la intervención, por medio de la entrevista, observación, autorregistro y aplicación de pruebas

psicométricas. Este proceso de evolución culmina con la formulación clínica del caso y el diagnóstico psicológico y/o psicopatológico.

La intervención psicológica se realiza en todas las fases de la enfermedad; preferiblemente inmediatamente después del diagnóstico, sin esperar la aparición de trastornos psicopatológicos. Se busca la adherencia al tratamiento, la psicoeducación de las personas implicadas; acompañar al paciente en los eventos difíciles de su proceso y abordar los problemas mentales y psicosomáticos derivados de la morbilidad.

Entre las técnicas y psicoterapias más utilizadas que cuentan con evidencia sobre su efectividad se encuentran la terapia cognitivo conductual, terapia de aceptación y compromiso, *counselling*, *mindfulness*, terapia grupal, técnicas de relajación, técnicas en imaginación, terapia cognitiva y la psicoeducación. Todas estas intervenciones tienen como base una relación terapéutica empática, dinámica y flexible, que permite al paciente tomar sus propias decisiones.

Los cuidados paliativos deben brindarse durante todo el proceso de la enfermedad; sin embargo, en la fase terminal, son mucho más necesarios y especializados. Estos cuidados buscan mantener la calidad de vida del paciente, brindándoles información clara y honesta, reduciendo sus síntomas físicos, dando soporte psicoemocional, animándolo a expresar lo que piensa y siente, mejorando su comunicación con familiares y personal de salud y, finalmente, permitiendo que se despidan de sus seres queridos.

La investigación en psicooncología es de suma importancia porque aporta más información científica sobre los factores psicológicos, conductuales y sociales asociados al cáncer, para mejorar la metodología de intervención en la prevención del cáncer, permitiendo evaluar y mejorar las intervenciones psicoterapéuticas, incluyendo los cuidados paliativos y el acompañamiento al final de la vida.

Finalmente, todos los niveles de atención en psicooncología tienen un carácter interdisciplinario y especializado; es decir, se trabaja en conjunto con todos los profesionales de salud involucrados, para brindar una atención integral a las necesidades del paciente y sus cuidadores. Esto, también incluye a las actividades de investigación, dado que la práctica y resultados

requieren de una interpretación relacionada con otros campos médicos y especialidades de la psicología.

Conflicto de intereses

El autor declara no tener conflicto de intereses.

Responsabilidad ética

La información contenida en este artículo es fidedigna; no ha sido plagiada, distorsionada, manipulada o inventada.

Referencias

- Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational behavior and human decision processes*, 50(2), 179-211. [https://doi.org/10.1016/0749-5978\(91\)90020-T](https://doi.org/10.1016/0749-5978(91)90020-T)
- Alonso, C., & Bastos, A. (2011). Intervención Psicológica en Personas con Cáncer. *Clínica Contemporánea*, 2(2), 187-207. <https://doi.org/10.5093/cc2011v2n2a6>
- Ascencio-Huertas, L., Rangel-Domínguez, N. E., & Allende, L. (2013). Proceso de atención psicológica en el programa de atención y cuidados en oncología del Instituto Nacional De Cancerología. *Psicooncología*, 10(2-3) 393-406. https://doi.org/10.5209/rev_PSIC.2013.v10.n2-3.43457
- Asociación Americana Contra el Cáncer. (1983). Proceedings of the working conference on methodology in behavioural and psychosocial cancer research. *Cancer*, 53, 2217-2384.
- Cabrera, Y., López, J. E., López, E., & Arredondo, B. (2017). La psicología y la oncología: en una unidad imprescindible. *Revista Finlay*, 7(2), 1-13. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2221-24342017000200007
- Carrillo-Sierra, S.-M., & Rivera-Porras, D. (2019). Actualización en psicología oncológica. *Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica*, 38(5), 434. <https://www.redalyc.org/journal/559/55962867010/html/>
- Castillo, C., Mañas, C., Moralejo, A. M., & Ahijado, G. (2017, 5 a 7 de abril). *Impacto psicosocial en el paciente oncológico* [Presentación de escrito]. XXXIV Congreso Nacional de Enfermería de Salud Mental. CODEM Colegio Oficial de Enfermería de Madrid. <https://www.codem.es/ponencias/impacto-psicosocial-en-paciente-oncologico>
- Caycho-Rodríguez, T., Barboza-Palomino, M., Arias, W. L., Ventura, J. L., & Jara, E. N. (2017). La investigación psicooncológica en el Perú: un estudio bibliométrico de artículos publicados en revistas científicas peruanas (2006-2016). En C. Rojas & Y. Gutiérrez (Eds.), *Psicooncología. Enfoques, Avances e Investigación*. <https://www.researchgate.net/publication/321081665>
- Cruzado, J. A. (Coord.). (2013). *Manual de psicooncología: Tratamientos psicológicos en pacientes con cáncer* (5.ª ed.). Pirámide.
- Dai, D., Coetzer, H., Zion, S., & Malecki, M. (2023). Anxiety, Depression, and Stress Reaction/Adjustment Disorders and Their Associations With Healthcare Resource Utilization and Costs in Patients With Newly Diagnosed Breast Cancer. *Journal of health economics and outcomes research*, 10(1), 68-76. <https://doi.org/10.36469/jheor.2023.70238>

- Demateis, M., Llull, D., & Castañeiras, C. (2024). Diseño de un modelo de intervención psicooncológica para el peridiagnóstico: Estudio piloto con adultos. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 29(1), 83-92. <https://doi.org/10.5944/rppc.37453>
- Díaz, V. E. (2010). La psicología de la salud: Antecedentes, definición y perspectivas. *Revista de Psicología Universidad de Antioquía*, 2(1), 57-71. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4865221>
- Diz, R. R. F., Garza, C. A., Olivas V. E. K., Montes, E. J. G., & Fernández, L. G. S. (2019). Cáncer y depresión: una revisión. *Psicología y Salud*, 29(1), 115-124. <https://doi.org/10.25009/pys.v29i1.2573>
- Fernández, L. (2023). Evolución y surgimiento de la psicooncológica. *NPunto*, 6(69), 93-113. <https://www.npunto.es/revista/69/evolucion-y-surgimiento-de-la-psicooncolologia>
- Galindo, O., Flores, M., Hernández, J., & Costas, R. (2023). La importancia de la psico-oncología como parte integral del tratamiento en oncología. *Revista Digital Universitaria*, 24(6), 1-12. <http://doi.org/10.22201/cuaieed.16076079e.2023.24.6.5>
- Gil, F. L. (2015). *Counselling y psicoterapia en cáncer*. Elsevier.
- Ilice, H., Vargol, S., Halis, H., & Yazici, E. (2022). Psychiatric Symptoms in Oncological Patients at Nuclear Medicine Department. *Macedonian Journal of Medical Sciences*, 10(A), 734-739. <https://doi.org/10.3889/oamjms.2022.8832>
- Koocher, G. P., & O'Malley, J. E. (1981). *The Damocles syndrome: Psychological consequences of surviving childhood cancer*. McGraw-Hill.
- Llantá, M. C., Grau, J., & Massip, C. (2012). *La psicología de la salud y la lucha contra el cáncer*. <https://instituciones.sld.cu/psicosaludhabana/files/2012/03/Psicolog%C3%ADa-de-la-salud-y-cancer.pdf>
- Mason, T. E., & White, K. M. (2008). Applying an extended model of the theory of planned behaviour to breast self-examination. *Journal of Health Psychology*, 13(7), 946-955. <https://doi.org/10.1177/1359105308095069>
- Medina, S. A., & Alvarado, S. (2011). Psicooncológica. *Revista médica HJCA*, 3(2), 190-196. <https://revistamedicahjca.iess.gob.ec/ojs/index.php/HJCA/article/view/577>
- Mejía-Castrejón, J., Rojas-Castillo, E., Balarezo-Jaramillo, V., Núñez-Valencia, C., & Carrillo-Navarrete, G. (2011). Avances hacia una psicología científica en oncología. *GAMO Gaceta Mexicana de Oncología*, 10(3), 150-155. <https://www.elsevier.es/es-revista-gaceta-mexicana-oncologia-305-pdf-X1665920111242451>
- Moral-Fernández, L., Frías-Osuna, A., Moreno-Cámara, S., Palomino-Moral, P. A., & del Pino-Casado, R. (2018). Primeros momentos del cuidado: el proceso de convertirse en cuidador de una familiar mayor dependiente. *Atención Primaria*, 50(5), 282-290. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2017.05.008>
- Noval, A. (2022). Impacto psicológico del paciente con cáncer. *NPunto* 5 (56), 30-51. <https://www.npunto.es/content/src/pdf-articulo/6387598098d75art2.pdf>
- Ogden, J. (2008). *Psychologie de la santé: A textbook*. De Boeck Supérieur.
- Olivari, C. (2016). Aportes de la psicología de la salud en la prevención del cáncer. En C. Rojas & Y. Gutiérrez (Eds.), *Psicooncológica, Aportes a la Comprensión y la Terapéutica* (pp. 46-61). Nueva Mirada Ediciones. https://www.academia.edu/28805554/Psicooncolog%C3%ADa_Aportes_a_la_Comprensi%C3%B3n_y_la_Terap%C3%A9utica
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2020, 20 de agosto). *Cuidados paliativos*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2024, 1 de febrero). *Crece la carga mundial de cáncer en medio de una creciente necesidad de servicios*. <https://www.who.int/es/news/item/01-02-2024-global-cancer-burden-growing—amidst-mounting-need-for-services>

- Rivero, R., Piqueras, J. A., Ramos, V., García, L. J., Martínez, A. E., Oblitas, L. A. (2008). Psicología y Cáncer. *Suma Psicológica*, 15(1), 171-198. <https://dialnet.unirioja.es/metricas/documentos/ARTREV/2563874>
- Rojas, C., & Gutiérrez, Y. (2016). Aproximaciones en psicooncología: una breve revisión. En C. Rojas & Y. Gutiérrez (Eds.), *Psicooncología. Aportes a la Comprensión y la Terapéutica* (pp. 27-47). Nueva Mirada Ediciones.
- Schwarzer, R. (2008). Modeling health behavior change: how to predict and modify the adoption and maintenance of health behaviors. *Applied Psychology*, 57(1), 1-29. <https://doi.org/10.1111/j.1464-0597.2007.00325.x>
- Sierra-Murguía, M., Navarro-Contreras, G., Guevara-Sanginés, M. L., & Padrós, F. (2022). Análisis de las respuestas cognitivas relacionadas con el diagnóstico de cáncer en pacientes mexicanos. *Interdisciplinaria*, 39(1), 143-161. <https://doi.org/10.16888/interd.2022.39.1.9>
- Villalonga, J. (2020, 7 de agosto). *El estado de ánimo en cada fase del cáncer*. Psicología en cáncer. <https://psicologiaencancer.com/es/estado-de-animo-fases-cancer/>
-

MarlÍ Judit Fernández Dávila

Universidad de San Martín de Porres, Perú.

Licenciada en psicología por la Universidad de San Martín de Porres, cursa actualmente una maestría en psicología clínica infantil. Con capacitaciones en metodología de investigación científica, intervención cognitivo conductual en trastornos ansioso-depresivos, peritaje y entrevista forense. Con experiencia en Recursos Humanos, Defensoría Municipal del Niño, Niña y Adolescente, y programas sociales dirigidos a personas con discapacidad y la primera infancia, evocados a reducir las brechas en el desarrollo cognitivo, social, físico y emocional de los niños en situación de extrema pobreza.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8058-6413>

marli_fernandez@usmp.pe

maferdav01@gmail.com