

# Trastornos psiquiátricos posteriores al diagnóstico oncológico de primera vez: Revisión sistemática.

\*Correspondencia:

[klyeli84@gmail.com](mailto:klyeli84@gmail.com)

Zamora y 4ta Transversal, Urbanización nueva vida Lote 58 (Valle de los chillos). Teléfono 593 0960043500

**Conflicto de intereses:** Los autores declaran no tener conflictos de intereses.

**Recibido:** 16 de Enero, 2022

**Aceptado:** 9 de Marzo, 2022

**Publicado:** 4 de Abril, 2022

**Editor:** Dra. Evelyn Valencia Espinoza.

## Membrete bibliográfico:

Vivanco K, Ibañez J, Estévez L. Trastornos psiquiátricos posteriores al diagnóstico oncológico de primera vez: Revisión sistemática. Rev. Oncol. Ecu 2022;32(2):55-70.

ISSN: 2661-6653

**DOI:** <https://doi.org/10.33821/602>



Copyright Vivanco K, et al. Este artículo es distribuido bajo los términos de [Creative Commons Attribution License](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/), el cual permite el uso y redistribución citando la fuente y al autor original.

## Psychiatric disorders after first-time cancer diagnosis: A systematic review.

**Karla Elizabeth Vivanco Muñoz**<sup>\*1</sup> , **José Luis Ibañez Limaico**<sup>1</sup>, **Luis Edmundo Estévez Montalvo**<sup>1</sup>

1. Posgrado de Psiquiatría, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Central del Ecuador, Quito, Ecuador.

## Resumen

**Introducción:** Los pacientes oncológicos tienen un mayor riesgo de desarrollar signos, síntomas y trastornos psiquiátricos y suicidio. El objetivo de la presente revisión sistemática fue recopilar evidencia respecto de los trastornos psiquiátricos posteriores al primer diagnóstico oncológico, para obtener información de calidad sobre su frecuencia, impacto en el paciente y tratamiento en el mundo.

**Metodología:** Revisión sistemática de la literatura publicada desde enero de 2016 hasta marzo de 2021. Las fuentes de información fueron artículos de revistas indexadas en bases de datos, como Pubmed, Wiley Online Library, y Google académico. Se incluyeron artículos científicos sobre trastornos psiquiátricos después del diagnóstico oncológico; desde 2016 hasta marzo de 2021; en idioma castellano o inglés, originales, con diseño observacional, analítico, prospectivo, retrospectivo, transversal, de series de casos, revisiones sistemáticas y metaanálisis, con un nivel de calidad de la evidencia según el sistema GRADE "Alto y Moderado" y un grado de cumplimiento de CONSORT, PRISMA-p, o STROBE  $\geq 75\%$ .

**Resultados:** Se incluyeron 19 artículos; con una población total de 6 377 483 pacientes adultos. Dentro de los trastornos mentales más frecuentes se encontraron ansiedad (1.8 %-78.8 %); depresión (4.2 %-61.1 %) y estrés (1.9 %-56.1 %). La aparición de estos trastornos se relacionó con mayor sintomatología y peor pronóstico, aumentando las visitas al hospital y con esto mayor mortalidad ( $P < 0.05$ ). El abordaje psicoterapéutico debe ser personalizado, enfocado en fortalecer la resiliencia, autoestima, afrontamiento y resolución de crisis.

**Conclusión:** Los trastornos psiquiátricos después del primer diagnóstico oncológico son frecuentes, tienen un impacto negativo en el pronóstico y calidad de vida de los pacientes, por lo que es necesario un diagnóstico y tratamiento oportuno, mediante un esquema psicoterapéutico personalizado a cada paciente.

## Palabras claves:

**DeCS:** Neoplasias, Depresión, Ansiedad, estrés, psicoterapia, Cuestionario de Salud del Paciente, Revisión Sistemática.

DOI: 10.33821/602

---

## Abstract

**Introduction:** Cancer patients are at increased risk of developing signs, symptoms, psychiatric disorders, and suicide. The objective of this systematic review was to collect evidence regarding psychiatric disorders after the first oncological diagnosis and obtain quality information on their frequency, impact on the patient, and treatment in the world.

**Methodology:** Systematic review of the literature published from January 2016 to March 2021. The sources of information were articles from journals indexed in databases, such as PubMed, Wiley Online Library, and Google Scholar. Scientific papers on psychiatric disorders after cancer diagnosis were included; from 2016 to March 2021; in Spanish or English, original, with an observational, analytical, prospective, retrospective, cross-sectional, case series, systematic review, and meta-analysis design, with a level of quality of evidence according to the GRADE system "High and Moderate" and a grade of compliance with CONSORT, PRISMA-p, or STROBE  $\geq 75\%$ .

**Results:** Nineteen articles were included, with a total population of 6,377,483 adult patients. Among the most frequent mental disorders were anxiety (1.8%-78.8%), depression (4.2%-61.1%), and stress (1.9%-56.1%). The appearance of these disorders was related to more significant symptoms and worse prognosis, increased hospital visits, and higher mortality ( $P < 0.05$ ). The psychotherapeutic approach must be personalized and strengthen resilience, self-esteem, coping, and crisis resolution.

**Conclusion:** Psychiatric disorders after the first oncological diagnosis are frequent; they hurt patients' prognosis and quality of life. Timely diagnosis and treatment are necessary through a personalized psychotherapeutic scheme for each patient.

**Keywords:**

**MESH:** Neoplasms, Depression, Anxiety, stress, psychotherapy, Patient Health Questionnaire, Systematic Review

DOI: 10.33821/602

---

## Introducción

### Descripción de la condición

La angustia es común entre los pacientes oncológicos. Se ha informado que alrededor de un tercio de estos pacientes tienen trastornos del estado de ánimo en el entorno hospitalario. Más allá de la carga de vivir con cáncer y sus tratamientos, recibir un diagnóstico oncológico es un evento muy estresante. Una reacción psicológica excesiva o prolongada frente al diagnóstico puede estar asociada a otras consecuencias graves para la salud, incluidos diversos trastornos psiquiátricos y, en casos graves, incluso suicidio poco después del diagnóstico oncológico [1].

Se sabe que los pacientes oncológicos tienen un mayor riesgo de signos, síntomas y trastornos psiquiátricos, enfermedades cardiovasculares y suicidio. Históricamente, las comorbilidades graves entre los pacientes con cáncer se han atribuido en gran medida a los

efectos adversos de los tratamientos del cáncer, la fisiopatología compleja de la neoplasia maligna subyacente o simplemente la carga de vivir con una enfermedad progresiva y potencialmente mortal. Vivir con cáncer no solo induce un trastorno de estrés agudo y crónico, sino que el diagnóstico oncológico en sí, es también muy estresante [2].

Los pacientes que desarrollan trastornos comunes del estado de ánimo, ansiedad y abuso de sustancias después de su primer diagnóstico de cáncer, experimentan un mayor riesgo de muerte específica por cáncer; por lo que la presencia de un trastorno psiquiátrico puede estar fuertemente asociado con la perspectiva de supervivencia de los pacientes, después de haber sido diagnosticados con cáncer [3].

Las comorbilidades psiquiátricas, como depresión, ansiedad, abuso de sustancias, trastorno somatomorfo de conversión y trastornos de adaptación, son comunes entre los pacientes oncológicos y pueden reflejar el espectro más amplio de angustia psicológica que experimentan estos pacientes [4].

En este sentido, señalaremos que la angustia emocional termina por ser una respuesta normal después del diagnóstico oncológico que, para gran parte de personas, se resuelve espontáneamente. Sin embargo, para algunos, persiste durante años después del tratamiento. Por ejemplo, la prevalencia anual de depresión mayor o trastorno de ansiedad generalizada sigue siendo del 22 % en el cuarto año después del diagnóstico de cáncer de mama, y la prevalencia de por vida del trastorno de estrés postraumático relacionado con el cáncer (TEPT) es del 10 % al 12 % para el cáncer de mama y 20 % para otros cánceres [5].

Para manejar y tratar eficazmente los trastornos psiquiátricos entre las personas con cáncer, primero se deben identificar los signos y síntomas. Sin embargo, se han informado varias barreras sociales y clínicas. Un tema clave es la falta de tiempo del médico para evaluar los síntomas. También una normalización de la angustia y la atribución de los síntomas somáticos de depresión y ansiedad al cáncer [6]. Es posible que los pacientes no revelen síntomas psiquiátricos debido al estigma que rodea a los trastornos mentales. La detección de la depresión y la ansiedad entre los pacientes con cáncer es importante solamente si conduce a un tratamiento y apoyo eficaces que puedan mejorar los resultados de los pacientes [7].

El problema que da origen a esta investigación surge de la necesidad de contar con evidencia reciente sobre los trastornos psiquiátricos más frecuentes después del primer diagnóstico de enfermedades oncológicas; su diagnóstico y enfoque terapéutico según las guías internacionales. Es importante indagar sobre este tema, pues la salud mental de los pacientes oncológicos, puede afectar directamente su recuperación y adherencia al tratamiento, resulta imprescindible identificar y tratar oportunamente cualquier trastorno psiquiátrico que aparezca como consecuencia de un evento tan impactante para la vida de las personas, como es el diagnóstico de cáncer.

Teniendo en cuenta la creciente evidencia de la asociación entre primer diagnóstico oncológico y trastornos mentales, el objetivo de esta investigación es recopilar evidencia acerca de los trastornos psiquiátricos posteriores al primer diagnóstico oncológico, mediante una revisión sistemática de la literatura publicada desde enero de 2016 hasta marzo de 2021; para obtener información de calidad sobre su frecuencia, impacto en el paciente y tratamiento en el mundo.

La necesidad de realizar esta revisión surge de la ausencia de un resumen actualizado sobre la evidencia disponible al respecto y la falta de guías de manejo nacionales actualizadas, que faciliten al personal médico, en especial del área de psiquiatría, el manejo adecuado y bajo

protocolos de los pacientes que han sido recientemente diagnosticados con cáncer. Esto será beneficioso porque facilitará la toma de decisiones, basada en la evidencia, sobre los trastornos psiquiátricos más frecuentes después de un diagnóstico de cáncer, sus manifestaciones, las principales estrategias necesarias para el diagnóstico y tratamiento, y todas guiadas en normas internacionales, de acuerdo con los conocimientos actuales sobre el tema.

Los resultados de este trabajo permitirán a los profesionales de la psiquiatría, contar con elementos que apoyen el diagnóstico oportuno y tratamiento de los trastornos psiquiátricos en los pacientes con reciente diagnóstico de una enfermedad oncológica, permitirán el uso adecuado de guías de acuerdo con las directrices de diferentes países del mundo; contribuyendo a mejorar las necesidades de salud mental en estos pacientes.

---

## Materiales y métodos

### Tipo de estudio:

El presente estudio es una revisión sistemática.

### Fuentes de información:

Como fuentes de información primaria se utilizaron los artículos de revistas indexadas. Las fuentes secundarias de información fueron las bases de datos, de información científica de calidad, como Pubmed, Medes, Lilacs, Scopus, APA Psycnet y Google académico.

### Estrategias de búsqueda:

Para realizar la búsqueda, se utilizaron los siguientes términos descriptores de ciencias de la salud: "Cancer diagnosis" OR "new onset cancer" OR "new cancer diagnosis" OR "recent cancer diagnosis" AND "Mental disorders" OR "Psychiatric illness" OR "Psychiatric disorder" OR "Mental health problems" OR "Anxiety disorders" OR "Mood disorders" OR "Depressive disorders" OR "Sleep wake disorders" OR "Trauma and stressor related disorders" OR "Behavioral symptoms" OR "Suicidal ideation" OR "Suicide attempt" AND "English (lang)" OR "Spanish (lang)".

### Criterios de Inclusión

Se incluyeron artículos científicos sobre trastornos psiquiátricos después del diagnóstico oncológico, publicados desde enero 2016 hasta marzo 2021, en idioma español o inglés. Los artículos originales incluidos tuvieron cualquiera de los siguientes diseños: diseño observacional, analítico, prospectivo, retrospectivo, transversal, de series de casos, revisiones sistemáticas y metaanálisis. Se determinó el nivel de calidad de la evidencia según el sistema GRADE de "Alto y Moderado", con un grado de cumplimiento de CONSORT, PRISMA-p, o STROBE  $\geq 75\%$ .

### Criterios de Exclusión

Se excluyeron publicaciones duplicadas, resúmenes ejecutivos, publicaciones de acceso pagado, artículos sin declaración de consideraciones bioéticas, publicaciones sin declaraciones de conflicto de intereses.

### Estrategia PICO

P: Pacientes con diagnóstico oncológico por primera vez.

I: Revisión de la evidencia sobre trastornos psiquiátricos después del diagnóstico oncológico.

C: No aplica.

O: Trastornos psiquiátricos posteriores al diagnóstico oncológico de primera vez: tipos, factores de riesgo, diagnóstico, tratamiento, impacto en el pronóstico y sobrevida de los pacientes.

### Preguntas de investigación

- ¿Cuáles son los principales trastornos psiquiátricos después del primer diagnóstico oncológico?
- ¿Cómo influyen los trastornos psiquiátricos en el pronóstico y la evolución de los pacientes oncológicos?
- ¿Qué intervenciones psicoterapéuticas se recomiendan para el tratamiento de estos pacientes?

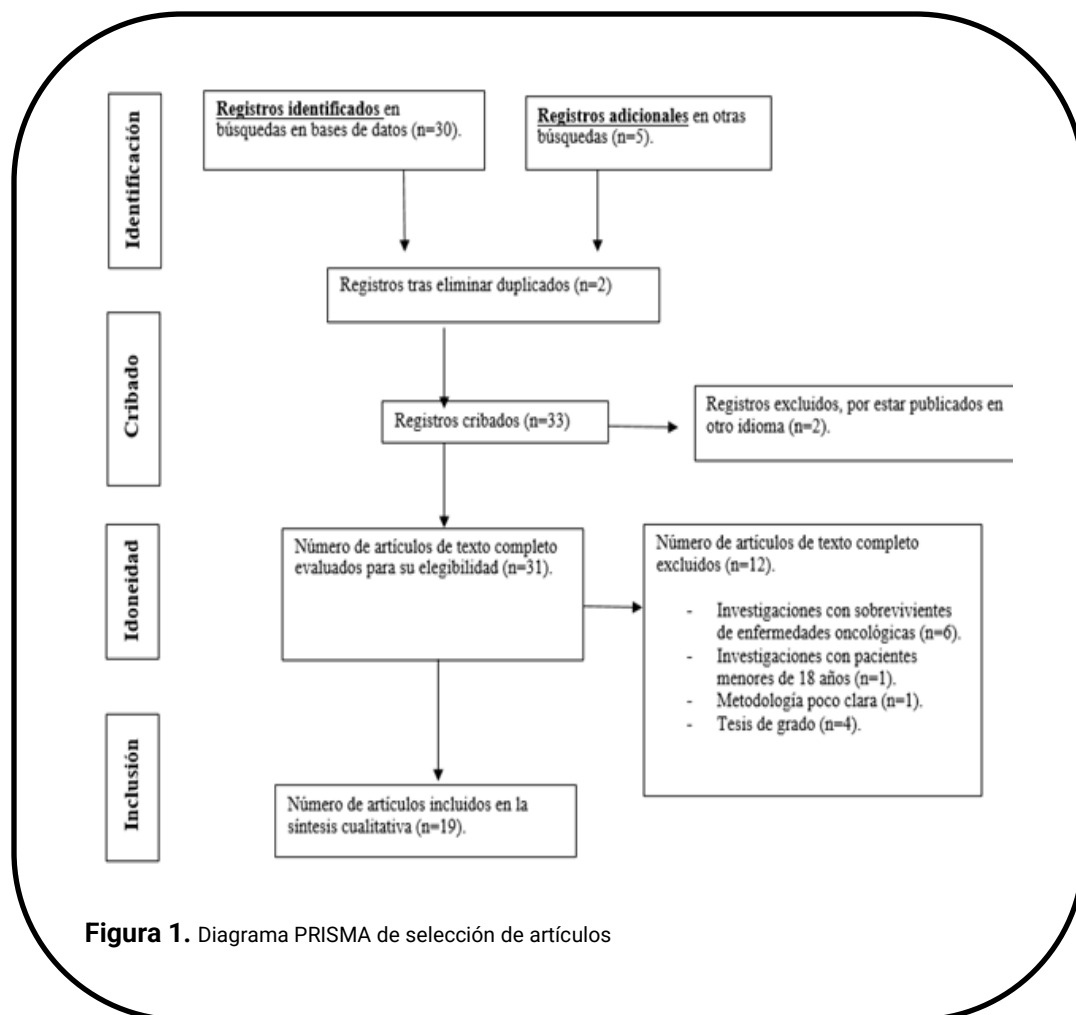
### Técnicas y procedimientos

Se siguió la metodología Prisma-p para revisiones sistemáticas. En un primer momento, se realizó la búsqueda y selección de los artículos, en las bases de datos especializadas, utilizando los términos MESH antes descritos. Se seleccionaron los artículos que cumplieron con los criterios de selección mencionados. Después de haber seleccionado los artículos, se procedió a elaborar una base de datos, recopilando la siguiente información: título, año, autores, base de datos donde se encontró, trazabilidad, palabras clave, diseño del estudio, población analizada, intervención, resultados y conclusiones. Para el análisis de la calidad de la evidencia, se utilizó el sistema GRADE. Para la estimación del riesgo de sesgo, se utilizó la metodología Cochrane. Después de esto, se procedió a la síntesis de la información obtenida, para la redacción del artículo

---

## Resultados

Se identificaron 35 artículos, de los que se eliminaron 2 por estar duplicados; otros dos por haber sido publicados en otros idiomas diferentes al castellano o inglés; 6 por haber sido realizado con pacientes sobrevivientes de enfermedades oncológicas; 1 por incluir pacientes menores de 18 años; 4 tesis de grado y 1 por tener una metodología poco clara y no reproducible. Al finalizar este proceso, quedaron 19 artículos, que formaron parte de esta revisión. Ver figura [1](#).



De los 19 artículos analizados, el 68.4 % fue identificado en Pubmed, el 10.5 % en Wiley Online Library y BMC respectivamente y, el 5.3 % fue encontrado en Elsevier y Researchgate respectivamente. Ver tabla [1](#).

Tabla 1. Trazabilidad

Autor (año)	Revista	Factor de impacto	Repositorio	% de lista de chequeo	Riesgo de sesgo	Calidad de evidencia	URL
Niedzwiedz (2019)	BMC cancer	3.211	Pubmed	89.47 %	Intermedio	Media	<a href="#">BMC/12885</a>
Hu (2020)	BMC Med	6.782	Pubmed	95.45 %	Bajo	Alta	<a href="#">PMID32900363</a>
Wang (2020)	Transl. Psychiatry	5.182	Elsevier	90.91 %	Bajo	Alta	<a href="#">nature00950</a>
Harris (2017)	J Behav Med	2.988	Pubmed	100 %	Bajo	Alta	<a href="#">PMC5733144</a>
Zedron (2018)	Clinics	1.435	Pubmed	95.45 %	Bajo	Alta	<a href="#">PMC6224708</a>
Lee (2019)	JAMA ORL	3.848	Pubmed	100 %	Bajo	Alta	<a href="#">PMID30816930</a>
Caruso (2017)	Acta Oncol	3.701	Pubmed	89.47 %	Intermedio	Media	<a href="#">PMID28140731</a>
Klaasen (2019)	Cancer	5.742	Pubmed	100 %	Bajo	Alta	<a href="#">PMID31021430</a>
Zhu (2017)	Ann Oncol	18.274	Pubmed	95.45 %	Bajo	Alta	<a href="#">PMID28525559</a>
Yang (2017)	Int J Cancer	5.145	Wiley onl	95.45 %	Bajo	Alta	<a href="#">wiley/10.1002/3</a>
Ludolph (2019)	Dtsch arztebl int	5.046	Pubmed	89.47 %	Intermedio	Media	<a href="#">PMC6976915</a>
Lu (2016)	JAMA Oncology	24.799	Pubmed	95.45 %	Bajo	Alta	<a href="#">PMID27124325</a>
Zhu (2018)	BMC Cancer	3.211	Pubmed	100 %	Bajo	Alta	<a href="#">PMID29580232</a>
Schell (2019)	Cochrane	7.89	Pubmed	100 %	Bajo	Alta	<a href="#">PMC6436161</a>
Saad (2019)	Cancer	5.742	Pubmed	100%	Bajo	Alta	<a href="#">PMID30613943</a>
Ng (2017)	Plos One	2.74	Pubmed	90.91%	Bajo	Alta	<a href="#">PMID28296921</a>
Trudel (2018)	Health Psychol	3.53	Pubmed				<a href="#">PMC5837921</a>
Salm (2021)	Psycho-Oncology	3,455	Wiley	95.45 %	Bajo	Alta	<a href="#">wiley/10.1002/5</a>
Shejila (2017)	Indian J Public Health Res Dev	0.124	Re-search gate	90.91 %	Bajo	Media	<a href="#">researchgate/3</a>

Los artículos que formaron parte de esta revisión fueron publicados entre 2016 y marzo de 2021; incluyeron una población total de 6 377 483 pacientes adultos, que fueron diagnosticados con un proceso oncoproliferativo, en un periodo máximo de seis meses previos. De los artículos seleccionados, el 42.1 % analizaba las enfermedades oncológicas en general [4; 8-13]; mientras que el 26.3 % de los artículos se centraban en el cáncer de mama [14-18].

### ¿Cuál es el comportamiento de los principales trastornos mentales después del diagnóstico?

Al analizar los principales trastornos mentales que se presentaron después de haber recibido el diagnóstico oncológico; la mayoría de las investigaciones consultadas mencionaban la ansiedad, con una prevalencia entre 1.8 % hasta 78.8 %; la depresión con cifras que oscilaban entre 4.2 % hasta 61.1 %. Otros trastornos mentales frecuentes fueron los relacionados con el estrés, desde 1.88 % hasta 56.1 %, el riesgo de suicidio (4.8 %) y el suicidio, hasta 8.2 casos por cada 1000 diagnósticos oncológicos [8-13;15;17-21; 24]. Ver tabla 2.

Para Yang et al., (2017) el riesgo de desarrollar trastornos mentales fue OR: 4.22 (IC 95 %: 3.44-5.19) en los primeros seis meses del diagnóstico y, las mujeres más jóvenes tenían más riesgo de desarrollar estos trastornos mentales ( $P < 0.05$ ); mientras que Lu et al., (2016) determinaron que el riesgo de desarrollar trastornos mentales se incrementó hasta 6.7 veces en la primera semana después del diagnóstico. (HR: 6.7; IC 95 %: 6.1-7.4). Ver tabla 2.

Saad et al., (2019) observaron que el suicidio en los primeros seis meses después del diagnóstico (0.16 %); además, el riesgo de cometer suicidio fue hasta 3.2 veces en el primer semestre después del diagnóstico. El suicidio se relacionó de forma significativa con el tipo de cáncer (páncreas, y pulmón) y el pronóstico ( $P < 0.05$ ). Ver tabla 2.

Adicionalmente, Caruso et al., (2017) describe los factores de riesgo de desarrollar trastornos mentales relacionados con la depresión después de recibir un diagnóstico oncológico; categorizándolos en factores individuales, como la presencia de antecedentes familiares de trastornos del estado de ánimo, antecedentes de trastornos del estado de ánimo, adicción al alcohol o las drogas, rasgos de personalidad tipo D (represión emocional, mecanismos deficientes de afrontamiento, como rasgos de desesperanza e impotencia); factores sociales, como el historial de eventos estresantes de la vida (especialmente pérdidas) Soledad, Aislamiento social, Nivel socioeconómico bajo, Falta de apoyo social y, factores biológicos, dentro de los que incluyen el diagnóstico en estado avanzado o metástasis. Tipo de neoplasia (cabeza y cuello, páncreas, cerebro, pulmones). Síntomas difíciles de controlar: vómito, dolor, fatiga. Ver tabla 2.

**Tabla 2.** Principales trastornos mentales después del diagnóstico oncológico

Autor (año)	Depresión	Ansiedad	Estrés pos-trauma	Hostilidad	Riesgo Suicidio	Otros
Niedzwiedz (2019)	17 %	27 %	-	-	-	
Hu (2020)	1.8 %	1.8 %	1.8 %	-	-	
Wang (2020)	17.7 %	23.4 %	9.3 %	13.5 %	-	
Zedron (2018)	6.8 %	10.8 %	-	-	4.8 %	Alcoholismo 2.8%
Klaasen (2019)	NR	NR	NR	-	0.82 %	8.2 Suicidios X 1000
Zhu (2017)	42.97 %	28.48 %	11.5 %	-	-	Abuso sustancias 12.8%
Yang (2017)	4.2 %	4.6 %	1.9 %	-	-	OR 4.22 (3.44-5.19)
Ludolph (2019)	NR	NR	NR	-	-	HR 6.7 (6.1-7.4)
Zhu (2018)	1.8%	1.8%	1.8%	-	-	
Saad (2019)	NR	NR	NR	-	0.19%	
Ng (2017)	-	-	51.6%	-	-	
Trudel (2018)	38.9%	61.1%	-	-	-	
Salm (2021)	31.1%	11.2 %	9.2 %	-	-	
Shejila (2017)	-	6.2%	16%	-	-	

### ¿Cómo influyen los trastornos mentales en el pronóstico de los pacientes oncológicos?

En una investigación realizada por Harris et al., (2017); se determinó que las mujeres que experimentaron trastornos relacionados con trauma y factores de estrés después del diagnóstico, tuvieron mayores síntomas molestos, como dolor y fatiga ( $P < 0.05$ ). Ver tabla 3.

Por otra parte, Zhu et al., (2017, 2018) establecieron que la aparición de trastornos mentales después del diagnóstico, se relacionó significativamente con la mortalidad por cáncer ( $P < 0.05$ ); de igual manera, que los pacientes con factores de estrés relacionados con el diagnóstico oncológico tuvieron mayores tasas de ingresos hospitalarios (por otras causas), en los primeros tres meses después del diagnóstico. Los hombres y los pacientes más jóvenes sufrieron con mayor frecuencia trastornos relacionados con trauma y factores estrés después del diagnóstico oncológico. Ver tabla 3.

En otro trabajo realizado por Ng et al., (2017) se observó que la ansiedad y la depresión contribuyeron a la sensación de angustia en el cáncer de mama en mujeres recién diagnosticadas ( $P < 0.05$ ). Para Trudel et al., (2018) los altos niveles de ansiedad se relacionaron con



estilos de vida no saludables, por lo que mencionan que, entre las mujeres con cáncer colorrectal, los síntomas más altos de ansiedad y depresión se asociaron con un estilo de vida menos saludable en los 10 años posteriores al diagnóstico. Ver tabla 3.

Salm et al., (2021) determinaron que los hombres fueron menos propensos a recibir un diagnóstico o tratamiento adecuados para trastornos mentales después del diagnóstico oncológico ( $P < 0.05$ ); mientras que Shejila et al., (2017) observaron que la duración del diagnóstico por más de dos semanas, se asoció de forma significativa con los niveles de estrés y ansiedad ( $P < 0.05$ ). Ver tabla 3.

**Tabla 3.** Influencia de los trastornos mentales en el pronóstico

Autor (año)	Impacto de los trastornos mentales en pacientes oncológicos
Harris (2017)	Las mujeres que experimentaron episodios de estrés crónico o episódico después del diagnóstico, tuvieron mayores síntomas molestos, como dolor y fatiga ( $P < 0.05$ ).
Zhu (2017)	La aparición de trastornos mentales después del diagnóstico, se relacionó significativamente con la mortalidad por cáncer ( $P < 0.05$ ).
Zhu (2018)	Los pacientes con trastorno por estrés relacionados con el diagnóstico oncológico tuvieron mayores tasas de ingresos hospitalarios (por otras causas), en los primeros tres meses después del diagnóstico. Los hombres y los pacientes más jóvenes sufrieron con mayor frecuencia trastornos relacionados con estrés después del diagnóstico oncológico.
Ng (2017)	La ansiedad y la depresión contribuyeron a la sensación de angustia en el cáncer de mama en mujeres recién diagnosticadas ( $P < 0.05$ ). Los niveles de ansiedad en el momento del diagnóstico en este estudio justificarían la detección de ansiedad, la identificación temprana y la terapia para mantener el bienestar psicológico de los pacientes con cáncer de mama.
Trudel (2018)	Altos niveles de ansiedad se relacionaron con estilos de vida no saludables. Entre las mujeres con cáncer colorrectal, los síntomas más altos de ansiedad y depresión se asociaron con un estilo de vida menos saludable en los 10 años posteriores al diagnóstico.
Salm (2021)	Los hombres fueron menos propensos a recibir un diagnóstico o tratamiento adecuados para trastornos mentales después del diagnóstico oncológico ( $P < 0.05$ ).
Shejila (2017)	La duración del diagnóstico por más de dos semanas, se asoció de forma significativa con los niveles de estrés y ansiedad ( $P < 0.05$ ).

### ¿Qué intervenciones psicoterapéuticas pueden desarrollarse con los pacientes que han recibido un diagnóstico oncológico reciente?

Al indagar sobre la importancia de las intervenciones psicoterapéuticas en estos pacientes, se evidenció la necesidad de incluir la consulta psiquiátrica, dentro de los protocolos de manejo de los pacientes oncológicos [4]. Ver tabla 4.

Niedziedz et al., (2019) recomiendan el uso de psicoterapia, psicoeducación, técnicas de relajación, mejora de la calidad de vida y terapia cognitivo conductual; aclarando que debe ser un abordaje personalizado, a partir de las necesidades individuales de los pacientes. Ver tabla 4.

Además, Ludolph et al., (2019) describen una serie de posibilidades en las intervenciones para desarrollar la resiliencia en los pacientes con un diagnóstico oncológico reciente; dentro de las que destacan el desarrollo de la flexibilidad cognitiva, la autoeficacia, el apoyo social, las habilidades de afrontamiento activo, el fortalecimiento de las emociones positivas, del optimismo, el sentido de coherencia, el refuerzo del sentido de la vida, así como aspectos relacionados con el desarrollo de la autoestima y la espiritualidad. Ver tabla 4.

Por otra parte, Schell et al., (2019) mencionan que la reducción del estrés basado en Mindfulness (MBSR) reduce la depresión, la fatiga y la ansiedad y probablemente mejora la calidad del sueño en pacientes con diagnóstico oncológico reciente. Estos resultados se mantuvieron hasta seis meses después de haber terminado el programa de intervención, pero este

impacto fue disminuyendo después de los primeros dos años de haber recibido el diagnóstico oncológico. Ver tabla 4.

**Tabla 4.** Intervenciones psicoterapéuticas en pacientes oncológicos de diagnóstico reciente con trastornos mentales

Autor (año)	Impacto de los trastornos mentales en pacientes oncológicos
Niedziedz, (2019)	Abordaje personalizado. Psicoterapia Psicoeducación. Técnicas de relajación. Mejora de la calidad de vida. Terapia cognitivo conductual).
Lu., (2016)	Se incluyó la consulta psiquiátrica, dentro de los protocolos de manejo de los pacientes oncológicos.
Ludolph, (2019)	Estrategias de desarrollo de resiliencia en pacientes oncológicos: - Flexibilidad cognitiva: Reevaluación positiva al identificar y reevaluar los pensamientos disfuncionales y reemplazarlos con pensamientos más funcionales / positivos. - Autoeficacia: Mejora de la capacidad para manejar expectativas y miedos de eventos futuros (como recurrencias, tratamientos, problemas sociales y económicos) mediante ejercicios de la terapia racional emotiva conductual. - Apoyo social: Ejercicios de comunicación para mejorar la expresión de emociones y experiencias relacionadas con la enfermedad; establecimiento de relaciones recíprocas y no jerárquicas con los terapeutas. - Afrontamiento activo: Apoyar el control de los síntomas mediante la educación y el entrenamiento de, por ejemplo, ejercicios de respiración y meditación. - Emociones positivas: Ejercicios para aumentar la atención a los momentos positivos de la terapia de atención e interpretación. - Optimismo: Discusiones grupales, juegos de roles, promoción del estilo de atribución positivo. - Sentido de coherencia: Construir una narrativa individual para integrar la experiencia de la enfermedad en la historia de la vida, por ejemplo, usando escritura expresiva. - El sentido de la vida: discusiones acerca de las actitudes y valores que se han modificado desde el diagnóstico de la enfermedad. - Autoestima: Identificación de las fortalezas personales. - Religiosidad, espiritualidad: Ejercicios de meditación.
Schell, (2019).	Reducción del estrés basado en Mindfulness (MBSR) reduce la depresión, probablemente reduce ligeramente la fatiga y la ansiedad y probablemente mejora la calidad del sueño. Hasta seis meses después, MBSR probablemente reduce ligeramente la ansiedad y mejora ligeramente la calidad del sueño y reduce ligeramente la depresión. Hubo un beneficio sobre la fatiga al final de la intervención, pero no hasta seis meses después.

## Discusión

El diagnóstico oncológico trae consigo muchos desafíos para el bienestar del paciente, con un impacto importante en los sentimientos de miedo, aislamiento, pérdida de la autoestima y la independencia. La forma en que los profesionales sanitarios se relacionan con los usuarios del servicio, antes, durante y después del diagnóstico, también tiene un impacto en la salud mental de los pacientes, ya que la buena comunicación y la adecuada relación médico-paciente permite promover el bienestar. El soporte efectivo debe construirse en torno a iniciativas personalizadas y basadas en la necesidad de garantizar que el soporte adecuado esté disponible en el momento justo [22].

En esta revisión, se observó que los principales trastornos mentales que se asocian al primer diagnóstico oncológico; fueron la ansiedad, depresión y los trastornos relacionados con

estrés; con cifras de prevalencia variables [8; 10-13; 15; 17-21; 23; 24]; lo que pudiera explicarse por la heterogeneidad de los sujetos y los diseños de los estudios analizados; así como por la diversidad de los instrumentos utilizados para diagnosticar los trastornos depresivos.

La experiencia de recibir un diagnóstico de cáncer, especialmente si se ha retrasado, puede ser una fuente importante de angustia y puede afectar la aceptación de la enfermedad. Los sentimientos de desesperanza, pérdida de control e incertidumbre en torno a la supervivencia y la muerte también puede tener un impacto perjudicial, especialmente en pacientes con mal pronóstico [25].

La ansiedad en torno al diagnóstico oncológico también puede provocar alteraciones del sueño, lo que puede aumentar el riesgo de depresión. El estigma que rodea tanto a las enfermedades psiquiátricas como a ciertos tipos de cáncer, como el cáncer de pulmón, puede provocar sentimientos de culpa y vergüenza, contribuyendo a la aparición de la depresión [26]. Por ejemplo, el vínculo entre el trastorno por consumo de tabaco y el cáncer de pulmón puede llevar a que algunos pacientes se culpen a sí mismos de su enfermedad y experimenten estigma si han fumado [27].

Por otra parte, Klaessen et al., (2019) determinaron que en los pacientes que tenían antecedentes de uso de los servicios de psiquiatría antes del diagnóstico de una enfermedad neoplásica, existe mayor probabilidad de experimentar afectaciones importantes del estado de ánimo y de la salud mental, lo que además se asocia con mayor mortalidad específica por cáncer, y mortalidad general por cualquier causa; por lo que, se hace especial énfasis en la atención psiquiátrica personalizada y específica para estos pacientes, después del diagnóstico de cáncer.

Otro hallazgo importante en esta investigación se relacionó con el incremento del riesgo de suicidio en los primeros meses después de haber recibido un diagnóstico oncológico [23]. Estos resultados, pueden sustentarse en los reportes de otros investigadores como O'Hea (2020), que determinaron que hasta el 20 % de los nuevos pacientes oncológicos, desarrollan ideas suicidas, con un incremento significativo del riesgo de suicidio y de los actos de suicidio consumados. Estos investigadores identificaron factores específicos que caracterizan a las personas con mayor riesgo de suicidio. Los tipos de cáncer asociados con riesgos particularmente elevados son el mesotelioma, neoplasias de páncreas, pulmón, esófago y estómago; que suelen caracterizarse por un mal pronóstico.

En relación con la influencia de la aparición de estos trastornos mentales en la evolución de los pacientes oncológicos, las investigaciones consultadas indican que se relaciona con mayor presencia de síntomas como el dolor, náuseas, vómitos; con un incremento de la mortalidad, de estilos de vida poco saludables y del uso de los servicios médicos por causas ajenas a la enfermedad oncológica [13-15; 17; 28].

Acerca de esto, puede decirse que el diagnóstico y el tratamiento del cáncer pueden provocar un aumento de la angustia psicológica en muchas personas. Los cambios en la calidad de vida, la ansiedad y la depresión son todas consecuencias del diagnóstico y tratamiento oncológicos.

En cuanto a opciones de tratamiento e intervenciones psicoterapéuticas, para el manejo de los trastornos psiquiátricos en los pacientes oncológicos; la literatura consultada indica que debe tener un enfoque personalizado; con técnicas de psicoterapia enfocadas en el desarrollo de la resiliencia, la autoestima, el afrontamiento y la resolución de crisis [4; 20; 29].

Estos resultados ponen de manifiesto la necesidad de incluir la atención psiquiátrica en el equipo de atención a los pacientes oncológicos; ya que existe evidencia que relaciona el diagnóstico de una enfermedad neoplásica con la aparición de ansiedad, estrés y angustia; lo que a su vez se ha asociado a peor pronóstico, y presencia de síntomas importantes que afectan la calidad de vida de estos pacientes.

Así, es preciso diagnosticar y tratar de forma oportuna estos trastornos; utilizando estrategias de intervención psicoterapéutica personalizadas, en dependencia de la experiencia del terapeuta y, de la calidad de la evidencia disponible.

La detección y el diagnóstico adecuados de los trastornos de ansiedad y trastornos relacionados con traumas y factores de estrés en pacientes oncológicos, puede mejorar de forma crucial el resultado del paciente. Especialmente con respecto a las diferencias de género, existe consenso en que los hombres son más propensos a no buscar atención especializada por esta causa y, a sufrir de mayores afectaciones por la presencia de altos niveles de ansiedad, depresión y trastornos relacionados con el estrés [11].

Esto concuerda con las afirmaciones de Unseld et al., (2019) que explican estas diferencias porque las mujeres son más propensas a percibir y articular síntomas de estrés emocional; mientras que los hombres, tienen una tendencia a enmascarar o negar la presencia de estos síntomas, lo que resulta en un infradiagnóstico y un tratamiento insuficiente de las comorbilidades psiquiátricas. Esta posible falta de diagnóstico y tratamiento podría contribuir a una menor calidad de vida y a un peor resultado en pacientes con enfermedades oncológicas.

En consecuencia, los resultados de esta investigación, evidencian la necesidad de profundizar en el estudio de los trastornos mentales de nueva aparición en los pacientes oncológicos; así como la necesidad de poner en funcionamiento estrategias para el diagnóstico precoz y el abordaje psicoterapéutico adecuado de estos trastornos.

Como limitación a esta investigación, puede mencionarse que no se realizó un análisis cuantitativo (metaanálisis) de la evidencia disponible, por lo que los resultados muestran solamente el análisis cualitativo de la información.

---

## Conclusión

En los pacientes que han recibido un diagnóstico oncológico reciente; es frecuente la aparición de trastornos relacionados con ansiedad, trastornos relacionados con traumas y factores de estrés y trastornos depresivos, con prevalencias variables, en dependencia del tipo de neoplasia, de la población, el pronóstico y gravedad de la enfermedad. Cuando aparecen, estos trastornos tienen un impacto negativo en la calidad de vida, sintomatología, estilo de vida y la supervivencia de los pacientes oncológicos; por esta razón, es preciso garantizar un diagnóstico y tratamiento oportunos, mediante un abordaje psicoterapéutico personalizado; de acuerdo con las necesidades de los pacientes, encaminado a fortalecer las habilidades de resiliencia, la autoestima; el afrontamiento y la resolución de crisis.

---

## Agradecimientos

No aplica.

---

## Información administrativa

### Abreviaturas

No declaradas

---

### Archivos Adicionales

Ninguno declarado por los autores.

---

### Nota del Editor

La Revista Oncología Ecu permanece neutral con respecto a los reclamos jurisdiccionales en mapas publicados y afiliaciones institucionales.

### Fondos

Los fondos de la investigación fueron propios del autor del presente artículo.

---

### Disponibilidad de datos y materiales

Existe la disponibilidad de datos bajo solicitud al autor de correspondencia. No se reportan otros materiales.

---

### Contribuciones de los autores

Karla Elizabeth Vivanco Muñoz: Conceptualización, Conservación de datos, análisis formal, Adquisición de fondos, Investigación, Redacción - borrador original, Recursos,

José Luis Ibañez Limaico: Metodología, Administración de proyecto, software, Supervisión, Validación, Visualización.

Luis Edmundo Estévez Montalvo: Escritura: revisión y edición, Supervisión, Validación.

Todos los autores leyeron y aprobaron la versión final del artículo.

---

### Consentimiento para publicación

No aplica para una revisión sistemática.

---

## Referencias

1. Zhu J, Fang F, Sjölander A, Fall K, Adami HO, Valdimarsdóttir U. First-onset mental disorders after cancer diagnosis and cancer-specific mortality: a nationwide cohort study. Ann Oncol. 2017 Aug 1;28(8):1964-1969. doi: 10.1093/annonc/mdx265. PMID: [28525559](#)

2. Ahn MH, Park S, Lee HB, Ramsey CM, Na R, Kim SO, Kim JE, Yoon S, Hong JP. Suicide in cancer patients within the first year of diagnosis. *Psychooncology*. 2015 May;24(5):601-7. doi: 10.1002/pon.3705. Epub 2014 Oct 21. PMID: [25336020](#)
3. Bidstrup PE, Christensen J, Mertz BG, Rottmann N, Dalton SO, Johansen C. Trajectories of distress, anxiety, and depression among women with breast cancer: Looking beyond the mean. *Acta Oncol*. 2015 May;54(5):789-96. doi: 10.3109/0284186X.2014.1002571. Epub 2015 Mar 11. PMID: [25761086](#).
4. Lu D, Andersson TM, Fall K, Hultman CM, Czene K, Valdimarsdóttir U, Fang F. Clinical Diagnosis of Mental Disorders Immediately Before and After Cancer Diagnosis: A Nationwide Matched Cohort Study in Sweden. *JAMA Oncol*. 2016 Sep 1;2(9):1188-96. doi: 10.1001/jamaoncol.2016.0483. Erratum in: *JAMA Oncol*. 2016 Sep 1;2(9):1244. PMID: [27124325](#).
5. Cook SA, Salmon P, Dunn G, Holcombe C, Cornford P, Fisher P. The association of metacognitive beliefs with emotional distress after diagnosis of cancer. *Health Psychol*. 2015 Mar;34(3):207-15. doi: 10.1037/hea0000096. Epub 2014 Aug 18. PMID: [25133826](#); PMCID: PMC4321533.
6. May FP, Yano EM, Provenzale D, Steers WN, Washington DL. Race, Poverty, and Mental Health Drive Colorectal Cancer Screening Disparities in the Veterans Health Administration. *Med Care*. 2019 Oct;57(10):773-780. doi: 10.1097/MLR.0000000000001186. PMID: [31415338](#).
7. Götze H, Friedrich M, Taubenheim S, Dietz A, Lordick F, Mehnert A. Depression and anxiety in long-term survivors 5 and 10 years after cancer diagnosis. *Support Care Cancer*. 2020 Jan;28(1):211-220. doi: 10.1007/s00520-019-04805-1. Epub 2019 Apr 18. PMID: [31001695](#).
8. Hu K, Sjölander A, Lu D, Walker AK, Sloan EK, Fall K, Valdimarsdóttir U, Hall P, Smedby KE, Fang F. Aspirin and other non-steroidal anti-inflammatory drugs and depression, anxiety, and stress-related disorders following a cancer diagnosis: a nationwide register-based cohort study. *BMC Med*. 2020 Sep 9;18(1):238. doi: 10.1186/s12916-020-01709-4. PMID: [32900363](#); PMCID: PMC7487710.
9. Klaassen Z, Wallis CJD, Chandrasekar T, Goldberg H, Sayyid RK, Williams SB, Moses KA, Terris MK, Nam RK, Urbach D, Austin PC, Kurdyak P, Kulkarni GS. Cancer diagnosis and risk of suicide after accounting for pre-diagnosis psychiatric care: A matched-cohort study of patients with incident solid-organ malignancies. *Cancer*. 2019 Aug 15;125(16):2886-2895. doi: 10.1002/cncr.32146. Epub 2019 Apr 25. PMID: [31021430](#).
10. Saad AM, Gad MM, Al-Husseini MJ, AlKhayat MA, Rachid A, Alfaar AS, Hamoda HM. Suicidal death within a year of a cancer diagnosis: A population-based study. *Cancer*. 2019 Mar 15;125(6):972-979. doi: 10.1002/cncr.31876. Epub 2019 Jan 7. PMID: [30613943](#).
11. Salm S, Blaschke K, Ihle P, Schubert I, Dresen A, Pfaff H, Scholten N. Mental disorders and utilization of mental health services in newly diagnosed cancer patients: An analysis of German health insurance claims data. *Psychooncology*. 2021 Mar;30(3):312-320. doi: 10.1002/pon.5579. Epub 2020 Oct 30. PMID: [33089560](#).
12. Wang Y, Duan Z, Ma Z, Mao Y, Li X, Wilson A, Qin H, Ou J, Peng K, Zhou F, Li C, Liu Z, Chen R. Epidemiology of mental health problems among patients with cancer during COVID-19 pandemic. *Transl Psychiatry*. 2020 Jul 31;10(1):263. doi: 10.1038/s41398-020-00950-y. PMID: [32737292](#); PMCID: PMC7393344.
13. Zhu J, Sjölander A, Fall K, Valdimarsdóttir U, Fang F. Mental disorders around cancer diagnosis and increased hospital admission rate - a nationwide cohort study of Swedish cancer patients. *BMC Cancer*. 2018 Mar 27;18(1):322. doi: 10.1186/s12885-018-4270-4. PMID: [29580232](#); PMCID: PMC5870174.
14. Harris LN, Bauer MR, Wiley JF, Hammen C, Krull JL, Crespi CM, Weihs KL, Stanton AL. Chronic and episodic stress predict physical symptom bother following breast cancer diagnosis. *J Behav Med*. 2017 Dec;40(6):875-885. doi: 10.1007/s10865-017-9855-x. Epub 2017 May 20. PMID: [28528393](#); PMCID: PMC5733144.

15. Ng CG, Mohamed S, Kaur K, Sulaiman AH, Zainal NZ, Taib NA; MyBCC Study group. Perceived distress and its association with depression and anxiety in breast cancer patients. *PLoS One*. 2017 Mar 15;12(3):e0172975. doi: 10.1371/journal.pone.0172975. PMID: [28296921](#); PMCID: PMC5351853.
16. Schell LK, Monsef I, Wöckel A, Skoetz N. Mindfulness-based stress reduction for women diagnosed with breast cancer. *Cochrane Database Syst Rev*. 2019 Mar 27;3(3):CD011518. doi: 10.1002/14651858.CD011518.pub2. PMID: [30916356](#); PMCID: PMC6436161.
17. Shejila, C. H., Pai, M. S., Fernandes, D. J., Mathew, S., Chakrabarty, J., Devi, E. S., & George, A. (2017). Psychological impact of cancer diagnosis in newly diagnosed breast cancer patients. *Indian Journal of Public Health Research and Development*, 8(3), 91–96. doi: [10.5958](#)
18. Yang H, Brand JS, Fang F, Chiesa F, Johansson AL, Hall P, Czene K. Time-dependent risk of depression, anxiety, and stress-related disorders in patients with invasive and in situ breast cancer. *Int J Cancer*. 2017 Feb 15;140(4):841-852. doi: 10.1002/ijc.30514. Epub 2016 Nov 25. PMID: [27859142](#).
19. Lee JH, Ba D, Liu G, Leslie D, Zacharia BE, Goyal N. Association of Head and Neck Cancer With Mental Health Disorders in a Large Insurance Claims Database. *JAMA Otolaryngol Head Neck Surg*. 2019 Apr 1;145(4):339-344. doi: 10.1001/jamaoto.2018.4512. PMID: [30816930](#); PMCID: PMC6481424.
20. Niedzwiedz CL, Knifton L, Robb KA, Katikireddi SV, Smith DJ. Depression and anxiety among people living with and beyond cancer: a growing clinical and research priority. *BMC Cancer*. 2019 Oct 11;19(1):943. doi: 10.1186/s12885-019-6181-4. PMID: [31604468](#); PMCID: PMC6788022.
21. Trudel-Fitzgerald C, Tworoger SS, Poole EM, Zhang X, Giovannucci EL, Meyerhardt JA, Kubzansky LD. Psychological symptoms and subsequent healthy lifestyle after a colorectal cancer diagnosis. *Health Psychol*. 2018 Mar;37(3):207-217. doi: 10.1037/hea0000571. Epub 2017 Nov 20. PMID: [29154605](#); PMCID: PMC5837921.
22. Mental Health Foundation Scotland. (2018). Supporting the emotional and mental health needs of people with cancer. SU: [mentalhealth.org](#)
23. Klaassen Z, Wallis CJD, Goldberg H, Chandrasekar T, Sayyid RK, Williams SB, Moses KA, Terris MK, Nam RK, Urbach D, Austin PC, Kurdyak P, Kulkarni GS. The impact of psychiatric utilisation prior to cancer diagnosis on survival of solid organ malignancies. *Br J Cancer*. 2019 Apr;120(8):840-847. doi: 10.1038/s41416-019-0390-0. Epub 2019 Mar 6. PMID: [30837680](#); PMCID: PMC6474265.
24. Zendron M, Zequi SC, Guimarães GC, Lourenço MTC. Assessment of suicidal behavior and factors associated with a diagnosis of prostate cancer. *Clinics (Sao Paulo)*. 2018 Nov 14;73:e441. doi: 10.6061/clinics/2018/e441. PMID: [30462755](#); PMCID: PMC6224708.
25. Cook SA, Salmon P, Hayes G, Byrne A, Fisher PL. Predictors of emotional distress a year or more after diagnosis of cancer: A systematic review of the literature. *Psychooncology*. 2018 Mar;27(3):791-801. doi: 10.1002/pon.4601. Epub 2018 Jan 10. PMID: [29318702](#); PMCID: PMC5873392.
26. Ball H, Moore S, Leary A. A systematic literature review comparing the psychological care needs of patients with mesothelioma and advanced lung cancer. *Eur J Oncol Nurs*. 2016 Dec;25:62-67. doi: 10.1016/j.ejon.2016.09.007. Epub 2016 Oct 12. PMID: [27865254](#).
27. Williamson TJ, Kwon DM, Riley KE, Shen MJ, Hamann HA, Ostroff JS. Lung Cancer Stigma: Does Smoking History Matter? *Ann Behav Med*. 2020 Jun 12;54(7):535-540. doi: 10.1093/abm/kaz063. PMID: [31942920](#); PMCID: PMC7291332.
28. Trudel-Fitzgerald C, Tworoger SS, Poole EM, Zhang X, Giovannucci EL, Meyerhardt JA, Kubzansky LD. Psychological symptoms and subsequent healthy lifestyle after a colorectal cancer diagnosis. *Health Psychol*. 2018 Mar;37(3):207-217. doi: 10.1037/hea0000571. Epub 2017 Nov 20. PMID: [29154605](#); PMCID: PMC5837921.

29. Ludolph P, Kunzler AM, Stoffers-Winterling J, Helmreich I, Lieb K. Interventions to Promote Resilience in Cancer Patients. Dtsch Arztebl Int. 2019 Dec 23;51-52(51-52):865-872. doi: 10.3238/arztebl.2019.0865. PMID: [31941574](#); PMCID: PMC6976915.