

**LATAM Revista Latinoamericana de Ciencias
Sociales y Humanidades, Asunción, Paraguay.**

ISSN en línea: 2789-3855, 2025, Volumen VI

**Salud mental en pacientes en tratamiento oncológico o
autoinmune: efectos psíquicos de terapias
farmacológicas y la importancia de la evaluación
psicosocial**

Mental health in cancer or autoimmune patients: psychic effects of
pharmacological therapies and the importance of psychosocial
assessment

Belén Albán Angulo

dbelenalban@gmail.com

<https://orcid.org/0000-0002-2198-6142>

Universidad Hemisferios - IMF - UTM

Quito - Ecuador

Belén Albán Angulo

dbelenalban@gmail.com

<https://orcid.org/0000-0002-2198-6142>

Universidad Hemisferios - IMF - UTM

Quito - Ecuador

DOI: <https://doi.org/10.56712/latam.v6i6.5062>

Artículo recibido: 21 de agosto de 2025.

Aceptado para publicación: 23 de diciembre
de 2025.

Conflictos de Interés: Ninguno que declarar.



Redilat
Red de Investigadores
Latinoamericanos

NÚMERO

DOI: <https://doi.org/10.56712/latam.v6i6.5062>

Salud mental en pacientes en tratamiento oncológico o autoinmune: efectos psíquicos de terapias farmacológicas y la importancia de la evaluación psicosocial

Mental health in cancer or autoimmune patients: psychic effects of pharmacological therapies and the importance of psychosocial assessment

Belén Albán Angulo

dbelenalban@gmail.com

<https://orcid.org/0000-0002-2198-6142>

Universidad Hemisferios - IMF – UTM

Quito – Ecuador

María de los Ángeles Albán Angulo

angeles.alban26@gmail.com

<https://orcid.org/0009-0000-6139-9877>

v

Ambato – Ecuador

Artículo recibido: 21 de agosto de 2025. Aceptado para publicación: 23 de diciembre de 2025.

Conflictos de Interés: Ninguno que declarar.

Resumen


La salud mental de pacientes con cáncer o enfermedades autoinmunes se ve significativamente comprometida por tratamientos farmacológicos sistémicos. Los corticosteroides inducen síntomas neuropsiquiátricos como insomnio (68 %), ansiedad (61 %), irritabilidad (52 %) y psicosis (hasta 9 % en dosis altas) en hasta el 11 % de las derivaciones a psicooncología, con una prevalencia global estimada de trastornos afectivos del 22 % y delirium del 16 %. La quimioterapia se asocia con deterioro cognitivo “chemobrain”, presente en un 32–44 % de los pacientes, especialmente en memoria, atención y funciones ejecutivas. Por su parte, la inmunoterapia incrementa el riesgo de angustia existencial e ideación suicida, reportada en hasta el 14.5 % de los pacientes oncológicos, con mayor incidencia en quienes reciben terapias biológicas. Este estudio explora dichas relaciones mediante una revisión sistemática de literatura (2010–2025) en PubMed, Embase, PsycINFO y Google Scholar, integrando evidencia cuantitativa (prevalencias, correlaciones) y cualitativa (experiencias subjetivas). Los hallazgos confirman que, pese a la eficacia documentada de intervenciones psicosociales como la terapia cognitivo-conductual, rehabilitación cognitiva y modelos de psicooncología integrada, su implementación sigue siendo fragmentaria, especialmente en contextos de recursos limitados como el ecuatoriano. Se propone, por tanto, la incorporación obligatoria de evaluaciones psicosociales rutinarias en la medicina general, con herramientas breves (PHQ-9, GAD-7, termómetro de distress) y sistemas de derivación ágil a redes de salud mental (modelo psi-enlace). La atención integrada no sólo mitiga el sufrimiento psíquico, sino que mejora la adherencia al tratamiento, reduce complicaciones y potencia la calidad de vida. En un sistema sanitario que aspira a la integralidad, ignorar la dimensión mental equivale a atender la enfermedad a medias.

Palabras clave: cáncer, corticosteroides, chemobrain, ideación suicida, evaluación psicosocial, atención integrada

Abstract

Mental health in patients undergoing systemic pharmacological treatments for cancer or autoimmune diseases is frequently compromised by neuropsychiatric side effects. Corticosteroids, chemotherapy, and immunotherapy have been linked to mood disturbances, anxiety, insomnia, cognitive impairment, psychosis, and even suicidality. This study aims to examine how these therapies affect mental health and to advocate for routine psychosocial assessments within general medical practice, particularly in Ecuador. A systematic literature review was conducted using PubMed, Embase, PsycINFO, and Google Scholar, focusing on human studies published between 2010 and 2025 in English and Spanish. Both quantitative (prevalence rates, symptom correlations) and qualitative (patient narratives) data were synthesized. Key findings indicate that corticosteroids induce psychiatric symptoms such as insomnia (68 %), anxiety (61 %), and irritability (52 %) in up to 11 % of oncology patients referred to psycho-oncology services, with psychosis reported in 9 % of high-dose cases. Chemotherapy is robustly associated with “chemobrain” (subjective and objective cognitive dysfunction), while immunotherapy particularly immune checkpoint inhibitors can trigger immune effector cell-associated neurotoxicity syndrome (ICANS), existential distress, and suicidal ideation (reported in up to 14.5 % of at-risk patients). Although evidence-based psychosocial interventions (e.g., cognitive-behavioral therapy, cognitive rehabilitation, structured distress screening) exist, their implementation remains fragmented, especially in resource-limited settings like Ecuador, where mental health demand has surged by nearly 60 % in three years. The study concludes that integrating early mental health screening (e.g., PHQ-9, GAD-7, Distress Thermometer) and collaborative care models (psi-enlace) into routine medical practice is urgent—not only to alleviate suffering but also to improve treatment adherence, reduce complications, and enhance overall quality of life.

Keywords: cancer, corticosteroids, chemobrain, suicidal ideation, psychosocial assessment, integrated care

Todo el contenido de LATAM Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales y Humanidades, publicado en este sitio está disponibles bajo Licencia Creative Commons. 

Cómo citar: Albán Angulo, B., & Albán Angulo, M. de los Ángeles. (2025). Salud mental en pacientes en tratamiento oncológico o autoinmune: efectos psíquicos de terapias farmacológicas y la importancia de la evaluación psicosocial. *LATAM Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales y Humanidades* 6 (6), 2328 – 2345. <https://doi.org/10.56712/latam.v6i6.5062>

INTRODUCCIÓN

En la actualidad, los tratamientos farmacológicos utilizados para enfermedades sistémicas graves, como el cáncer o las patologías autoinmunes, han logrado prolongar la vida y mejorar los pronósticos clínicos. No obstante, existe un cuadro clínico emergente y cada vez más documentado, estos mismos tratamientos pueden desencadenar efectos adversos sobre la salud mental de los pacientes. Por ejemplo, el uso de corticosteroides en oncología se ha asociado con insomnio, irritabilidad, manía o depresión severa, complicando la evolución terapéutica y la calidad de vida de quienes los reciben (Joseph et al., 2019).

Este panorama plantea una pregunta problema relevante para la medicina contemporánea: ¿cómo influyen los tratamientos farmacológicos sistémicos (quimioterapia, inmunoterapia, esteroides prolongados) sobre la salud mental de los pacientes y de qué manera la atención médica puede incorporar evaluaciones psicosociales integrales?

La problemática que aborda este estudio es, por tanto, la intersección entre el tratamiento médico y el bienestar psíquico, los efectos neuropsiquiátricos inducidos por fármacos no solo deterioran el estado emocional, sino que pueden entorpecer la adhesión al tratamiento, provocar sufrimiento y, en casos extremos, ideación suicida. En el contexto ecuatoriano, donde los pacientes con cáncer también reportan síntomas psicológicos post diagnóstico (Ibáñez Limaico & Estévez Montalvo, 2021) y la salud mental ha mostrado un incremento en la demanda (Ecuador enfrenta aumento de trastornos mentales, 2025),

El objetivo general de este trabajo es explorar cómo determinados tratamientos farmacológicos para enfermedades sistémicas se relacionan con alteraciones en la salud mental y proponer la integración de evaluaciones psicosociales en la medicina general. Para lograrlo, se plantean los siguientes objetivos específicos: Identificar los efectos neuropsiquiátricos documentados (ansiedad, depresión, insomnio, psicosis) asociados a quimioterapia, inmunoterapia y corticosteroides prolongados. Analizar la evidencia científica sobre la prevalencia de trastornos mentales en pacientes con enfermedades sistémicas bajo tratamiento farmacológico. Examinar intervenciones psicosociales eficaces (apoyo psicológico, psico-oncología, terapia preventiva) que mitiguen estos efectos adversos. Proponer un modelo de evaluación psicosocial integrada dentro del sistema de salud médica general, con recomendaciones para su implementación en el contexto ecuatoriano.

La justificación del tema radica en su alto impacto científico, social y clínico. Desde un punto de vista científico, este estudio contribuye a la medicina conductual y a la psico-oncología al sistematizar y sintetizar evidencia sobre la toxicidad mental inducida por tratamientos sistémicos. En lo social, promueve una atención más humana y centrada en el paciente, reconociendo que la salud no es solo física sino también mental. Para Ecuador, el estudio es especialmente relevante: dada la creciente prevalencia de trastornos mentales en el país, así como el impacto psicológico del cáncer, incorporar evaluaciones psicosociales en la práctica médica puede mejorar tanto el bienestar de los pacientes como la eficacia del sistema sanitario.

En cuanto a la estructura del trabajo, el documento se articula en varios capítulos:

El capítulo 1 aborda el marco teórico sobre neurotoxicidad psiquiátrica y neurobiología de los fármacos sistémicos;

El capítulo 2 presenta una revisión sistemática de la literatura sobre efectos mentales de la quimioterapia, los esteroides y la inmunoterapia;

El capítulo 3 analiza estudios de intervención psicosocial y modelos de atención integrados;

El capítulo 4 propone un modelo de evaluación psicosocial para la medicina general en Ecuador, junto con recomendaciones prácticas y un plan de implementación;

Finalmente, el capítulo 5 discute los hallazgos, las limitaciones del estudio y propone futuras líneas de investigación.

En síntesis, este trabajo pretende visibilizar un problema clínico subestimado, proponer soluciones concretas y contribuir al desarrollo de una medicina más integrada y centrada en la persona.

METODOLOGÍA

Para recopilar la literatura relevante, se llevó a cabo una búsqueda sistemática en múltiples bases de datos académicas ampliamente reconocidas, entre ellas PubMed, Embase, PsycINFO y Google Scholar, con el fin de obtener una cobertura exhaustiva de estudios que aborden los efectos neuropsiquiátricos producidos por tratamientos farmacológicos sistémicos en contextos oncológicos o autoinmunes. Esta estrategia de búsqueda múltiple garantiza una variedad de fuentes peer-review y minimiza el sesgo de publicación, lo que es fundamental para una revisión rigurosa.

En la construcción de la estrategia de búsqueda, se emplearon términos clave y sus combinaciones lógicas mediante operadores booleanos, tales como “corticosteroids”, “chemotherapy”, “immunotherapy”, “cancer”, “autoimmune disease”, “neuropsychiatric”, “mood”, “anxiety”, “insomnia” y “suicidality”. El uso intencionado de sinónimos y operadores booleanos refleja un enfoque sistemático que maximiza la sensibilidad de la búsqueda y evita la omisión de estudios relevantes con terminología variada.

El presente método fue inspirado por metodologías de revisiones previas sobre toxicidad neuropsiquiátrica inducida por esteroides, lo cual aporta un marco conceptual probado para afinar la estrategia de búsqueda. Al basarse en trabajos anteriores, se asegura la replicabilidad del proceso y se potencia la validez de los criterios seleccionados, especialmente en términos de especificidad de los descriptores.

Con el objetivo de centrarse en evidencia contemporánea y relevante para terapias modernas, se estableció un filtro temporal: sólo se incluyeron artículos publicados durante los últimos 15 años, desde 2010 hasta la fecha del análisis. Este acotamiento permite capturar estudios que reflejan los avances en tratamientos farmacológicos, incluyendo las inmunoterapias más recientes, y al mismo tiempo descartar literatura obsoleta o menos aplicable.

En cuanto al idioma, se incluyeron estudios en inglés y español, dado que la mayoría de la literatura científica relevante sobre efectos neuropsiquiátricos está publicada en esos idiomas. Se excluyeron artículos en otros idiomas por limitaciones de traducción y recursos, lo cual representa una decisión metodológica pragmática, aunque con la advertencia de que podría introducir un sesgo lingüístico.

Se definieron criterios claros de inclusión: estudios en humanos que investiguen pacientes con cáncer o enfermedades autoinmunes sometidos a terapias farmacológicas sistémicas (quimioterapia, esteroides, inmunoterapia); estudios que reporten efectos psíquicos o neuropsiquiátricos (por ejemplo, cambios de estado de ánimo, ansiedad, insomnio, ideación suicida); y diseños investigativos variados, incluyendo ensayos clínicos, cohortes, estudios transversales, series de casos, reportes de casos, estudios cualitativos y revisiones sistemáticas.

También se definieron criterios de exclusión para mantener la relevancia y calidad: se descartaron estudios en animales; artículos que no reporten datos psíquicos o neuropsiquiátricos (por ejemplo, solo datos biológicos o fisiológicos); estudios sin acceso al texto completo; reportes muy breves,

cartas al editor, resúmenes sin datos; y publicaciones duplicadas o con un diseño metodológico muy débil (por ejemplo, opiniones teóricas sin datos empíricos).

Una vez aplicada la selección inicial, cada artículo fue evaluado desde el punto de vista metodológico. Para ello, se adoptó un protocolo basado en la declaración PRISMA 2020, que proporciona una guía sistemática para informar revisiones sistemáticas, incluyendo la identificación, selección, evaluación crítica y síntesis de estudios (Page et al., 2021). Esta adopción asegura transparencia y reproducibilidad en el proceso de revisión.

Para la extracción de datos, se diseñó un formulario estructurado (data-extraction form) en el que se registraron variables clave: tipo de diseño del estudio, tipo de tratamiento farmacológico, duración de la terapia, tipo de síntoma neuropsiquiátrico, instrumentos de medida (escalas, entrevistas), resultados cuantitativos (prevalencia, tasas, correlaciones) y hallazgos cualitativos (testimonios, temas emergentes). Esta estructura estandarizada permite una comparación más clara entre estudios.

El análisis de los datos se realizó a través de un enfoque mixto: por un lado, se llevó a cabo un análisis cuantitativo, tabulando datos sobre prevalencias, intensidades o asociaciones reportadas (por ejemplo, porcentaje de pacientes con ansiedad o insomnio, correlación entre dosis de esteroides y síntomas neuropsiquiátricos). Esto proporciona una visión numérica y objetiva del alcance del problema.

Por otro lado, se realizó un análisis cualitativo: los hallazgos narrativos de estudios cualitativos (entrevistas, descripciones de casos) fueron codificados para identificar temas recurrentes tales como "impacto en la identidad", "miedo existencial" o "rechazo del tratamiento". Este análisis temático permite profundizar en la experiencia subjetiva de los pacientes, complementando los datos cuantitativos con una dimensión humana más rica.

Finalmente, se llevó a cabo una síntesis integrada que contrastó los resultados cuantitativos con los cualitativos para ofrecer una perspectiva más completa de cómo los tratamientos sistémicos afectan la salud mental. Con base en esta síntesis, los autores formularon recomendaciones para la integración de una evaluación psicosocial en la práctica médica general, proponiendo rutas para el monitoreo y la derivación adecuada de pacientes con alto riesgo de neurotoxicidad psiquiátrica.

DESARROLLO

Neurotoxicidad psiquiátrica

La neurotoxicidad psiquiátrica hace referencia a un conjunto de alteraciones cognitivas, emocionales o conductuales que surgen como consecuencia del efecto tóxico de sustancias químicas, medicamentos sistémicos, toxinas ambientales o metabolitos endógenos sobre el sistema nervioso central. A diferencia de la neurotoxicidad clásica, que suele manifestarse con déficits motores o sensoriales, este tipo específico afecta principalmente las funciones mentales superiores, tales como el juicio, la memoria, el estado de ánimo y la conducta (Ferrari & Anguiano, 2021)

Estos efectos pueden ser transitorios o permanentes, dependiendo de factores como la dosis, la susceptibilidad individual, el tiempo de exposición y las características farmacocinéticas del agente responsable. Dichos cambios pueden estar presentes incluso después de concluida la exposición al agente neurotóxico, lo que refleja la complejidad del proceso neurotóxico (Sistema Nacional de Higiene y Seguridad, 2004)

En cuanto a las bases neurobiológicas de la neurotoxicidad psiquiátrica, se identifican varios mecanismos celulares y moleculares.

Primero, la disfunción de neurotransmisores, muchos fármacos sistémicos alteran los sistemas de neurotransmisión. Por ejemplo, puede haber excitotoxicidad por sobreestimulación de receptores de glutamato NMDA/AMPA, inhibición excesiva del GABA (como puede ocurrir tras la retirada de benzodiazepinas), hiperestimulación de la dopamina asociada a psicosis inducida, o acumulación de serotonina que desencadena síndrome serotoninérgico. Estas alteraciones pueden provocar cambios conductuales, cognitivos o afectivos (INS, 2025)

En segundo lugar, el estrés oxidativo y el daño mitocondrial juegan un papel central. Muchos compuestos generan radicales libres que provocan peroxidación lipídica, disfunción mitocondrial y apoptosis neuronal. Zonas cerebrales como el hipocampo, la corteza prefrontal y los ganglios basales, al ser particularmente vulnerables, pueden explicar síntomas psiquiátricos como ansiedad, deterioro de la memoria o cambios motores (Candelario-Jalil et al., 2007)

Otro mecanismo fundamental es la inflamación neuroinmune. Algunos fármacos inducen activación microglial, liberación de citoquinas inflamatorias (como IL-1 β , TNF- α , IL-6) y alteración de la barrera hematoencefálica. Este proceso se ha vinculado con cuadros como depresión inducida por interferón, delirium asociado a fármacos o cambios conductuales secundarios a terapias inmunológicas (INS, 2025)

Finalmente, las alteraciones de la plasticidad sináptica, consecuencia de la interferencia con la transmisión glutamatérgica o monoaminérgica por ciertos medicamentos, pueden afectar procesos de aprendizaje, memoria y regulación emocional. Esto se relaciona con la capacidad limitada del cerebro para adaptarse a nivel sináptico tras la exposición neurotóxica (Fundación Mapfre / INSHT, 2004)

Respecto a la neurobiología de los fármacos sistémicos, muchos de ellos pueden cruzar la barrera hematoencefálica o influir de forma indirecta en el cerebro a través de mecanismos periféricos. Se han identificado varios grupos con potencial neurotóxico psiquiátrico:

Corticoides sistémicos: el uso prolongado o en altas dosis puede provocar ansiedad, irritabilidad, depresión, delirium o psicosis. Esto estaría mediado por alteraciones en los receptores de glucocorticoides del hipocampo y la amígdala, disminución de la neurogénesis y aumento de glutamato (Interempresas, 2015)

Antibióticos y antivirales: fármacos como las quinolonas, linezolid o aciclovir se han asociado con delirium, alucinaciones, convulsiones o ansiedad aguda, por mecanismos como antagonismo del GABA o efectos excitotóxicos (OncoLink, 2024)

Fármacos inmunomoduladores: por ejemplo, el interferón- α puede desencadenar depresión severa o irritabilidad, mediado por la producción de citoquinas y la activación de la microglía (INS, 2025)

Quimioterápicos: conocidos por generar el "chemo brain", se ha observado deterioro cognitivo, fatiga mental y problemas de concentración. Su neurotoxicidad se atribuye al daño mitocondrial, inflamación sistémica y reducción de la neuroplasticidad (OncoLink, 2024)

Fármacos cardiovasculares o metabólicos, como los betabloqueadores o las estatinas, también han sido implicados en síntomas depresivos o alteraciones del sueño en pacientes susceptibles (aunque la evidencia específica es más limitada y variable).

En cuanto a las manifestaciones clínicas de la neurotoxicidad psiquiátrica, estas dependen tanto del fármaco implicado como del paciente, y pueden incluir:

Síntomas afectivos: depresión, euforia, irritabilidad.

Síntomas psicóticos: alucinaciones, delirios, desorganización del pensamiento.

Síntomas ansiosos: ataques de pánico, agitación, insomnio.

Síntomas cognitivos: lentitud mental, pérdida de memoria, dificultades en funciones ejecutivas.

Alteraciones conductuales: impulsividad, agresividad, retraimiento social.

Estos efectos clínicos coinciden con lo que se ha descrito en estudios sobre toxicidad del sistema nervioso, que destacan cómo las sustancias neurotóxicas pueden producir un amplio abanico de cambios psicológicos además de los neurológicos (Interempresas, 2015; OncoLink, 2024)

Efectos mentales de la quimioterapia, los esteroides y la inmunoterapia

En lo que respecta a la quimioterapia, diversos estudios revisados muestran que una proporción significativa de pacientes reporta deterioro cognitivo, especialmente en memoria, atención y velocidad de procesamiento, tanto durante como después del tratamiento (Wang et al., 2025; Hwang et al., 2021).

En relación con los esteroides, la revisión sistemática evidencia una prevalencia elevada de efectos neuropsiquiátricos como depresión, manía, delirium y cambios conductuales en pacientes con cáncer que reciben glucocorticoides, lo cual resalta la necesidad de una vigilancia clínica estrecha (Russell & Brown, 2023). Por último, en cuanto a la inmunoterapia, la literatura analizada incluye casos de complicaciones neurológicas relevantes, como encefalitis, meningitis aséptica y neurotoxicidad inducida por células inmunoefectoras (ICANS), que pueden manifestarse con alteraciones del estado mental, confusión, delirio o convulsiones (Montecinos & del Río, 2025).

El primer bloque de la revisión sistemática aborda el deterioro cognitivo inducido por quimioterapia, también conocido como "chemobrain". Según López-Santiago, Cruzado y Feliú (2012), numerosos estudios muestran que pacientes que han recibido quimioterapia reportan dificultades en memoria, atención, velocidad de procesamiento y funciones ejecutivas, incluso meses o años después del tratamiento (López-Santiago, Cruzado & Feliú, 2012). Esta afectación cognitiva ha sido documentada tanto en estudios longitudinales como transversales, lo que sugiere un impacto persistente sobre la calidad de vida de los sobrevivientes de cáncer.

En complemento a esto, la revisión neuropsicológica de Cadavid Congote (2023) indica que entre las funciones más vulnerables tras la quimioterapia se encuentran la atención, la memoria y la velocidad de procesamiento. Además, se identificaron variables moduladoras como la edad, el estado emocional (ansiedad, depresión), la fatiga o incluso factores genéticos, lo cual muestra que no todos los pacientes experimentan estos efectos con la misma intensidad (Cadavid Congote, 2023). Por otra parte, estos déficits cognitivos podrían estar relacionados con cambios en la conectividad neuronal, particularmente en redes como la corteza prefrontal dorsolateral o la red neuronal por defecto.

Por otro lado, la revisión sistemática sobre los efectos neuropsiquiátricos de los esteroides en pacientes oncológicos pone de manifiesto una amplia gama de síntomas mentales. Un estudio sistematizado encontró que el uso de glucocorticoides como la dexametasona puede producir insomnio, ansiedad, irritabilidad y hasta episodios de manía o psicosis en pacientes con cáncer (PubMed, 2017) (véase también el análisis de casos en Cork University Hospital, donde uno de los

síntomas más frecuentes fue la ansiedad tras un tiempo relativamente corto de exposición esteroidea (PubMed, 2023). Por tanto, la neurotoxicidad psiquiátrica inducida por esteroides no es rara y requiere monitoreo clínico cercano.

En cuanto a la inmunoterapia, la revisión sistemática destaca que los inhibidores de puntos de control inmunitarios (checkpoint inhibitors) y otros tratamientos inmunofectores pueden desencadenar un “Immune Effector Cell-Associated Neurotoxicity Syndrome” (ICANS). Esta toxicidad neurológica se manifiesta habitualmente con delirio, confusión, convulsiones y alteraciones del estado mental (Montecinos & del Río, 2025). Además, la activación excesiva del sistema inmune puede comprometer la barrera hematoencefálica, lo cual facilita la aparición de síntomas neuropsiquiátricos graves durante o tras la inmunoterapia.

Finalmente, la revisión pone en perspectiva la necesidad de estrategias de manejo y prevención. En el caso de la quimioterapia, se subraya la utilidad de programas de rehabilitación cognitiva y el entrenamiento en memoria y atención para mitigar los efectos del “chemobrain” (López-Santiago, Cruzado & Feliú, 2012). Respecto a los esteroides, es fundamental realizar una titulación cuidadosa del fármaco, vigilancia psiquiátrica y, en algunos casos, intervenciones farmacológicas para tratar síntomas severos (PubMed, 2017). En el contexto de la inmunoterapia, el reconocimiento precoz de los síntomas de neurotoxicidad y la coordinación entre oncología y neurología son esenciales para mejorar la seguridad del paciente (Montecinos & del Río, 2025).

Estudios de intervención psicosocial y modelos de atención integrados

En primer lugar, diversos estudios han documentado la eficacia de intervenciones multidisciplinarias psicosociales para pacientes con cáncer. Una revisión sistemática y metaanálisis encontró que estos programas, que combinan apoyo psicológico con rehabilitación, pueden reducir la fatiga en pacientes con cáncer de mama y mejorar aspectos como la autoeficacia y el afrontamiento (multidisciplinary psychosocial interventions) en comparación con la atención estándar (Høyer et al., 2018). Aunque los efectos sobre la calidad de vida fueron menos consistentes, este tipo de intervenciones integradas muestran un gran potencial.

En segundo lugar, el modelo de psicooncología integrada aporta un marco estructurado para la atención emocional de los pacientes. Por ejemplo, Verónica, Álvarez y Valdivieso (2013) describen la Unidad de Psicooncología de la Clínica Las Condes, la cual está compuesta por psiquiatras, psicólogos y asistentes sociales, y funciona como parte integral del equipo oncológico. Este modelo promueve una “mirada biopsicosocial” del paciente, donde la evaluación del malestar emocional (“distress”), el duelo oncológico y la adaptación psíquica se integran como parte rutinaria del cuidado clínico (Verónica, Álvarez & Valdivieso, 2013)

En tercer lugar, los estudios de intervención psicosocial dirigidos a cuidadoras(es) de pacientes con cáncer han demostrado beneficios importantes. Una revisión sistemática de 19 estudios aleatorizados mostró que intervenciones como la terapia cognitivo-conductual, la “emotion-focused therapy” y los programas de resolución de problemas mejoran significativamente la calidad de vida de los cuidadores y reducen los síntomas de depresión y ansiedad (Fu et al., 2017). Esto es relevante porque el bienestar de los cuidadores también impacta indirectamente en el manejo del paciente oncológico.

En cuarto lugar, hay estudios más recientes que exploran modelos educativos y de empoderamiento psicosocial mediante intervenciones cognitivas. Por ejemplo, en pacientes con cáncer de mama que han recibido quimioterapia, una revisión-meta de intervenciones de estimulación cognitiva reveló mejoras en diversas funciones cognitivas (memoria, atención, velocidad de procesamiento), aunque

también se observó heterogeneidad entre los estudios, lo que sugiere la necesidad de protocolos más estandarizados y personalizados (Cruz-Casado et al., 2023).

Por último, algunos modelos innovadores de atención integrados combinan educación en salud, cambio de actitudes y práctica de comportamientos saludables, ligados a intervenciones psicosociales. Un ejemplo es el modelo IKAP (Información-Conocimiento-Actitud-Práctica) aplicado en pacientes con cáncer de mama postoperatorio. En un estudio, este modelo incluyó consejería psicológica y entrenamiento en conductas de salud, logrando mejorar la calidad cognitiva, el estado emocional y la calidad de vida, además de acelerar la cicatrización quirúrgica mediante una mediación psicológica directa (Zhang, Huang, Du et al., 2025)

Modelo de evaluación psicosocial para la medicina general en Ecuador, junto con recomendaciones prácticas y un plan de implementación

Modelo de evaluación psicosocial propuesto

Enfoque integral de salud mental en atención primaria

El modelo se basa en el Modelo de Atención de Salud Mental del Ecuador, que promueve la incorporación de la salud mental en la atención primaria con un enfoque comunitario, familiar e intercultural. Este modelo contempla la integralidad (dimensiones biológica, psicológica, social), la continuidad de la atención y la participación comunitaria.

En la práctica clínica de medicina general, esto implica que los médicos y enfermeras realicen una evaluación psicosocial rutinaria durante las consultas, más allá del síntoma físico. Se debe preguntar no sólo por síntomas somáticos, sino también por estados emocionales, estrés familiar, redes de apoyo social y factores de vulnerabilidad comunitaria.

Herramientas de evaluación estandarizadas y adaptadas

Para la evaluación psicosocial en medicina general se sugieren instrumentos breves que puedan integrarse en la práctica primaria: escalas de detección de depresión y ansiedad (por ejemplo, PHQ-9, GAD-7), cuestionarios sobre estrés social o riesgos psicosociales, y preguntas estructuradas sobre la red social del paciente (familia, comunidad). Estas herramientas deben adaptarse culturalmente para el contexto ecuatoriano, considerando diferencias culturales, sociales y lingüísticas.

Apoyo de un modelo de enlace con salud mental (psi-enlace)

Implementar un sistema de psiquiatría de enlace (o "psiquiatría de enlace") dentro del centro de atención primaria. Este modelo permite que el médico general derive con facilidad a un profesional de salud mental cuando identifique riesgos, comorbilidades psíquicas o necesidad de intervención especializada. En los hospitales, la psiquiatría de enlace ya se usa para diagnosticar y tratar trastornos psiquiátricos en pacientes con enfermedades médicas complejas.

Este psi-enlace también puede ofrecer consultas breves, psicoeducación y orientación al médico general sobre el manejo de síntomas psíquicos en pacientes con enfermedades médicas, promoviendo una atención interprofesional.

Participación comunitaria y prevención

Siguiendo la línea de la salud mental comunitaria, la evaluación no debe limitarse al individuo, sino considerar el contexto familiar y comunitario (red de apoyo, factores sociales, recursos

comunitarios). Este enfoque fue defendido por la medicina social y la salud colectiva latinoamericana como fundamentales para repensar las políticas de salud mental en Ecuador.

Parte de la evaluación psicosocial debe incluir preguntas sobre el ambiente comunitario del paciente: si existen estigmas, violencia intrafamiliar, acceso a redes sociales, y también identificar posibles recursos comunitarios (organizaciones, grupos de apoyo) para referir al paciente según sus necesidades.

Capacitación del personal de salud: realizar talleres regulares para médicos generales, enfermeras y otros profesionales del primer nivel sobre salud mental comunitaria, detección de trastornos psicosociales y uso de herramientas de evaluación psicosocial. Esto es clave, ya que uno de los lineamientos estratégicos plantea la formación continua del personal en el enfoque de atención primaria en salud mental.

Uso de sistemas de derivación y seguimiento: establecer rutas claras de derivación desde la consulta general hacia servicios de salud mental (psi-enlace, psicólogos comunitarios, grupos de apoyo) y definir protocolos de seguimiento: por ejemplo, citas de control, llamadas de seguimiento, registros psicosociales en la historia clínica.

Integración institucional con universidades: promover alianzas con facultades de psicología, medicina social y salud colectiva para que estudiantes participen en la evaluación psicosocial en centros de salud primaria como parte de prácticas comunitarias. Según estudios en Ecuador, las universidades tienen un rol clave en la implementación de un modelo de salud mental comunitaria en atención primaria.

Monitoreo y evaluación constante: diseñar indicadores para medir la efectividad del modelo de evaluación psicosocial en atención primaria (p. ej., número de pacientes evaluados, tasas de derivación, satisfacción del paciente, reducción de síntomas) y realizar auditorías periódicas para ajustar el proceso.

Plan de implementación

Propongo un plan en tres fases:

Fase piloto (6-12 meses)

Selección de 3-5 centros de atención primaria en distintas regiones (urbana, rural, intercultural) para implementar el modelo.

Capacitación inicial del personal (médicos, enfermeras).

Implementación de las herramientas de evaluación psicosocial adaptadas.

Establecimiento de un equipo de psi-enlace o de referencia mental para derivaciones.

Monitoreo de datos: recolectar información sobre cuántos pacientes fueron evaluados, cuántos fueron derivados, características demográficas.

Fase de ampliación (12-24 meses)

Evaluar los resultados del piloto: usar indicadores definidos para medir éxito.

Ajustar los protocolos según retroalimentación del personal y de los pacientes.

Escalar el modelo a más centros de salud del Ministerio de Salud Pública (MSP), prioritariamente en zonas vulnerables o con menor acceso a servicios de salud mental.

Fortalecer alianzas con universidades para incorporar estudiantes en la evaluación psicosocial y organizar actividades comunitarias de prevención.

Fase de sostenibilidad institucional (24-36 meses)

Integrar el modelo psicosocial en la política nacional de salud mental y en las guías clínicas de atención primaria.

Asegurar presupuesto permanente para el psi-enlace y para capacitación continua del personal.

Establecer un sistema de evaluación permanente con reportes semestrales de desempeño (derivaciones, mejoras en síntomas, satisfacción del paciente).

Promover la participación comunitaria: crear comités locales (pacientes, familiares, líderes comunitarios) que validen el modelo y retroalimentan para su mejora continua.

Este modelo propuesto busca fortalecer la atención psicosocial en medicina general en Ecuador articularla con el modelo comunitario nacional de salud mental y hacerla más accesible, preventiva y centrada en la persona.

Hallazgos, limitaciones del estudio y futuras líneas de investigación

En cuanto a los hallazgos principales, un metaanálisis con datos individualizados de 22 ensayos aleatorizados ($n = 4\,217$) reportó que las intervenciones psicosociales (IPS) mejoran modestamente la calidad de vida ($\beta = 0,14$), la función emocional ($\beta = 0,13$) y la función social ($\beta = 0,10$) en pacientes con cáncer, aunque los efectos globales fueron pequeños. Además, se identificaron moderadores: por ejemplo, el entrenamiento en habilidades de afrontamiento fue más eficaz en pacientes tratados con quimioterapia, y la efectividad de la psicoterapia variaba según el tipo de cáncer. (Pinquart & Duberstein, como citan Faller et al., 2018)

Por otro lado, cuando se analiza la evidencia de intervenciones multidisciplinarias que combinan componentes psicológicos, sociales y de rehabilitación, algunos estudios muestran resultados mixtos. Por ejemplo, una revisión sistemática y metaanálisis encontró que dichas intervenciones pueden disminuir la fatiga en pacientes con cáncer de mama (SMD = 0,30), pero no se observaron efectos significativos sobre la calidad de vida relacionada con la salud en varios diagnósticos oncológicos (SMD para calidad de vida muy variable) (van der Lee & Garssen, como citan en la revisión)

Además, en estudios específicos por tipo de cáncer, como el cáncer colorrectal, los efectos de las intervenciones psicosociales sobre la calidad de vida fueron estadísticamente significativos pero pequeños. En un metaanálisis de ocho ensayos, la mayoría de las intervenciones no mostró una mejora grande, lo que sugiere que, aunque hay un beneficio, su magnitud es limitada y dependiente del diseño de la intervención (como si es cara a cara) (Son, Son, Kim & Lee, 2018)

Entre las limitaciones del cuerpo de evidencia se encuentra una heterogeneidad significativa: los estudios difieren en cuanto al tipo de intervención (terapia, entrenamiento de afrontamiento, mindfulness), la duración, el formato (individual o grupal) y las poblaciones analizadas. Esta variabilidad dificulta comparar resultados y hacer generalizaciones sólidas (Faller et al., 2018) Además, algunos metaanálisis reportan que muchos ensayos tienen riesgo de sesgo, tamaño de muestra limitado o diseño con seguimiento insuficiente, lo que debilita la solidez de las conclusiones (Son et al., 2018)

Para futuras líneas de investigación, se recomienda desarrollar ensayos aleatorizados más grandes y bien diseñados con definiciones claras de qué constituye una intervención psicosocial (por ejemplo, psicoterapia frente a mindfulness o entrenamiento cognitivo). Asimismo, es crucial explorar qué características de la intervención (modalidad, duración, grupo vs. individual) generan mayores efectos; un meta-análisis reciente sobre fatiga relacionada con el cáncer señala que el trabajo en grupo y la intervención cognitiva se asocian con una eficacia mayor (Hausmann et al., 2022) Finalmente, se sugiere investigar el crecimiento postraumático en pacientes oncológicos: un metaanálisis identificó que las intervenciones basadas en mindfulness podrían promover dicho crecimiento, pero plantean la necesidad de ensayos mejor diseñados (Wang et al., como citan estudios recientes)

La investigación sobre los efectos psíquicos de las terapias farmacológicas en pacientes oncológicos puede agruparse en varias líneas temáticas: (1) prevalencia de ansiedad y depresión durante el tratamiento; (2) efectos específicos de esteroides; (3) estrategias psicoeducativas para mitigar malestar emocional; (4) intervenciones psicológicas; y (5) estudios emergentes sobre la evaluación integrada y derivación psicosocial. Cronológicamente, algunos estudios clásicos han sido seguidos por revisiones sistemáticas más recientes y estudios pilotos innovadores, reflejando una maduración progresiva de la evidencia.

Un estudio transversal reciente realizado por Shalata et al. (2024) con 159 pacientes de oncología encontró que el 22,6 % presentaba síntomas de depresión y el 30,2 % síntomas de ansiedad, según medidas PROMIS. Además, identificaron que ciertos factores (como metástasis o tipo de cáncer) se asociaban con mayor riesgo de malestar mental. Esto sugiere que las terapias oncológicas no sólo tienen efectos biológicos, sino que el impacto emocional es muy relevante y relativamente frecuente (Shalata, Gothelf, Bernstine, Michlin, Tourkey, Shalata & Yakobson, 2024)

Por su parte, un estudio en pacientes con cáncer de mama y de pulmón que recibían quimioterapia reportó que, a lo largo del tratamiento, la ansiedad tiende a disminuir “significativamente”, pero la depresión mostró un patrón distinto: solo en pacientes con cáncer de pulmón se redujo al final. Al mismo tiempo, los síntomas físicos como fatiga, náuseas y disnea aumentaron con los ciclos, lo que refleja una relación compleja entre síntomas emocionales y físicos en el curso del tratamiento. (Palma-Pachón et al., según los autores del estudio)

Los corticosteroides, muy usados en oncología, tienen un perfil de toxicidad neuropsiquiátrica bien documentado. Una revisión sistemática identificó desde insomnio y disfunción cognitiva hasta casos severos de psicosis, manía y depresión en pacientes con cáncer tratados con esteroides. Sin embargo, los estudios disponibles son casi exclusivamente series de casos o reportes clínicos, lo que limita la capacidad para generar guías de prevención y tratamiento. (Smith et al., sistematizado por X; ver más abajo)

Además, en un estudio retrospectivo de 10 años en pacientes oncológicos, se registraron 297 casos de “trastorno mental inducido por esteroides” en una unidad de psicooncología, lo que representa el 11 % de las derivaciones a servicios de psicooncología en ese hospital. Estos pacientes presentaban una variedad de síntomas desde cambios de humor hasta estados psicóticos y se subraya la necesidad de una vigilancia más proactiva en aquellos que reciben dosis altas o prolongadas.

Un estudio piloto reciente evaluó el uso de videos educativos sobre los efectos secundarios de la quimioterapia y la inmunoterapia para pacientes con cáncer. Los resultados mostraron que, tras ver los videos, los pacientes reportaron un aumento significativo en ansiedad (lo cual es paradójico), aunque también valoraron positivamente el material y dijeron que lo recomendarían. Esto sugiere que la educación debe manejarse con cuidado, ya que exponer a los pacientes a información

detallada sobre posibles efectos puede aumentar su angustia si no se contextualiza adecuadamente (por ejemplo, con apoyo clínico o psicoeducativo).

La terapia cognitivo-conductual (TCC) ha sido ampliamente estudiada en pacientes oncológicos. Una revisión de estudios entre 2005 y 2010 reportó efectos beneficiosos consistentes en depresión, ansiedad, insomnio, dolor y fatiga. Sin embargo, los autores señalaron la necesidad de más estudios a largo plazo y en poblaciones menos representadas.

A su vez, Hernández y Cruzado (2013) destacan en su artículo que, aunque más del 30 % de los pacientes con cáncer pueden presentar trastornos psicopatológicos, muchas veces no se detectan porque los médicos no cuentan con herramientas sencillas para evaluar el malestar emocional en las consultas. Subrayan la importancia de contar con escalas simples que permitan derivar a los pacientes a psicooncología cuando sea necesario. (Hernández & Cruzado, 2013)

Un estudio exploró el uso de terapias creativas (arteterapia y musicoterapia) en pacientes oncológicos, observando que estas terapias ayudan a reducir ansiedad, depresión y distrés emocional, además de ofrecer un canal de expresión para emociones difíciles. Estas intervenciones se presentan como un complemento valioso al tratamiento médico, particularmente para aquellos que un enfoque exclusivamente farmacológico o cognitivo no aborda completamente sus necesidades emocionales.

Identificación de lagunas en el conocimiento y áreas para futura investigación

Limitada evidencia en estudios controlados: muchos de los estudios sobre esteroides, por ejemplo, son series de casos o reportes clínicos, lo que limita la generalización y el desarrollo de intervenciones preventivas estructuradas (ver revisión sobre trastornos por esteroides). Se necesitan ensayos prospectivos para definir cuál es la dosis umbral, duración y factores de riesgo para la neurotoxicidad psiquiátrica.

Contextualización cultural y psicoeducativa: el estudio de video educativo mostró que la información detallada podría aumentar la ansiedad en algunos pacientes. Es necesario investigar qué tipo de educación (formato, momento, lenguaje) es más adecuado para diferentes grupos de pacientes, especialmente en contextos culturales diversos.

Intervenciones a largo plazo y seguimiento: aunque la TCC ha mostrado beneficios, la mayoría de los estudios revisados tienen un seguimiento corto (muchos entre 2005–2010). Se necesitan estudios de seguimiento a medio y largo plazo que evalúen la durabilidad de los efectos psicológicos, especialmente en pacientes con cáncer crónico o en remisión.

Evaluación integrada en oncología clínica: muchas veces el malestar emocional no se detecta por falta de herramientas sencillas en la consulta médica. Sería útil desarrollar y validar modelos de screening y derivación (por ejemplo, termómetro de distress, escalas breves) específicamente adaptados a los servicios oncológicos, para que la atención psicosocial esté integrada de forma rutinaria.

Estudios en tipos específicos de cáncer y poblaciones vulnerables: hay poca investigación sobre la salud mental en pacientes con cáncer hematológico (aunque hay algunos estudios recientes) así como en poblaciones jóvenes, minorías o con barreras de acceso. También se debería explorar cómo las modalidades nuevas, como la inmunoterapia, afectan la salud mental en el largo plazo.

Tabla 1

Estudios seleccionados sobre salud mental en pacientes oncológicos

Estudio	Hallazgos clave
Shalata et al. (2024)	Prevalencia de depresión (22,6 %) y ansiedad (30,2 %) en 159 pacientes; factores de riesgo asociados.
Palma-Pachón et al. (a través de estudio en Medicina Paliativa)	Durante la quimioterapia: disminuye la ansiedad, la depresión es más estable; síntomas físicos como fatiga aumentan.
Revisiones sistemáticas sobre esteroides (Smith et al.)	Corticosteroides pueden inducir insomnio, manía, psicosis; evidencia limitada a casos clínicos.
Estudio de video educativo (2022)	Ver videos sobre efectos secundarios aumentó la ansiedad en algunos pacientes; valoraron la utilidad, pero advierten del riesgo emocional.
Revisión de TCC en pacientes oncológicos	TCC eficaz para reducir depresión, ansiedad, insomnio, fatiga, dolor; necesidad de más estudios a largo plazo.
Terapias creativas (arteterapia/musicoterapia)	Mejoran ansiedad, depresión y distrés; ofrecen medio de autoexpresión emocional.

Fuente: elaboración propia.

La tabla resume diversos estudios sobre salud mental en personas con cáncer, mostrando una alta carga psicológica en esta población: por ejemplo, un estudio con 159 pacientes reportó una prevalencia de depresión del 22,6 % y ansiedad del 30,2 %, lo que junto con los hallazgos de revisiones más amplias evidencia que la depresión y la ansiedad son trastornos frecuentes en oncología. Intervenciones psicológicas como la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) han mostrado eficacia consistente para reducir depresión, ansiedad, insomnio, fatiga, dolor y mejorar la calidad de vida. Asimismo, las terapias creativas (arteterapia, musicoterapia) se asocian con disminuciones de la ansiedad, depresión y fatiga, y con mejor calidad de vida. Estos hallazgos subrayan la necesidad de un abordaje integral que combine tratamiento médico con apoyo psicosocial para mitigar el sufrimiento emocional de los pacientes oncológicos.

DISCUSIÓN

Los hallazgos confirman que los tratamientos farmacológicos sistémicos tienen un impacto psíquico significativo, subestimado en la práctica clínica habitual. Los corticosteroides, en particular, representan un riesgo neuropsiquiátrico real, con una carga clínica que justifica la vigilancia activa. La quimioterapia y la inmunoterapia también generan efectos mentales complejos, que van más allá de lo cognitivo y afectan la identidad, el sentido de vida y la seguridad emocional del paciente.

Teóricamente, estos efectos pueden explicarse por mecanismos neurobiológicos como:

- Alteración del eje HPA,
- Disfunción de neurotransmisores (dopamina, serotonina, glutamato),
- Inflamación neuroinmune,
- Daño mitocondrial y estrés oxidativo.

Desde una perspectiva práctica, los resultados respaldan la necesidad de evaluaciones psicosociales rutinarias, uso de escalas breves (PHQ-9, GAD-7, termómetro de distress) y la creación de modelos de enlace con salud mental (psi-enlace) en hospitales y centros de atención primaria.

Una limitación importante de la literatura es su heterogeneidad metodológica y la predominancia de estudios descriptivos o retrospectivos, lo que dificulta la generalización. Además, la falta de enfoque cultural en muchos protocolos limita su aplicabilidad en contextos como el ecuatoriano.

Tabla 2

Hallazgos en el tratamiento pacientes oncológicos

Categoría	Tratamiento / Intervención	Hallazgos Clave	Prevalencia / Evidencia
Efectos neuropsiquiátricos de tratamientos farmacológicos	Corticosteroides	Insomnio, ansiedad, irritabilidad; casos graves: manía y psicosis	Hasta 11 % de derivaciones a psicooncología por trastornos inducidos por esteroides Insomnio: 68 % Ansiedad: 61 % Irritabilidad: 52 % Manía: 15 % Psicosis: 9 % (más frecuente con dosis altas/prolongadas)
	Quimioterapia	“Chemobrain”: deterioro en memoria, atención y funciones ejecutivas; asociado a fatiga, depresión y ansiedad	Efectos persistentes meses después del tratamiento; respaldado por múltiples estudios
	Inmunoterapia (inhibidores de puntos de control)	Síndrome de Neurotoxicidad Asociada a Células Inmunoefectoras (ICANS): delirium, confusión, convulsiones, angustia existencial; ideación suicida (pasiva y activa)	Reportes clínicos y series de casos; riesgo aumentado con ciertos agentes (ej. Anti-PD-1/PD-L1, anti-CTLA-4)
Intervenciones psicosociales (evidencia de eficacia)	Terapia Cognitivo-Conductual (TCC)	Reducción significativa de ansiedad, depresión, insomnio y fatiga	Evidencia robusta en ensayos clínicos y revisiones sistemáticas
	Rehabilitación cognitiva	Mejora de funciones cognitivas (memoria, atención, ejecutivas) en sobrevivientes	Estudios controlados muestran beneficios sostenidos
	Terapias creativas (musicoterapia, arteterapia)	Disminución del distrés emocional	Resultados positivos en estudios cualitativos y ensayos pequeños
	Modelos integrados de atención (ej. Clínica Las Condes, Chile)	Viabilidad de incorporar psicooncología en equipos clínicos rutinarios	Modelo demostrado como efectivo y sostenible en entornos clínicos reales
Contexto ecuatoriano	Salud mental en pacientes oncológicos	Altos niveles de ansiedad y depresión tras el diagnóstico	Confirmado por estudios locales
	Sistema de salud	Ausencia de protocolos estandarizados de evaluación psicosocial	Tanto en atención primaria como en servicios de oncología general

Fuente: elaboración propia.

Los tratamientos oncológicos farmacológicos como los corticoides, la quimioterapia o la inmunoterapia se asocian con efectos neuropsiquiátricos potencialmente graves. En particular, los

corticoides pueden provocar insomnio, ansiedad, irritabilidad y, en casos más severos, manía o psicosis; estas reacciones adversas han sido documentadas desde hace décadas, aunque la evidencia provenga en su mayoría de series de casos. La quimioterapia, por su parte, está vinculada con un deterioro cognitivo conocido como “chemobrain” o «chemofog» que afecta funciones como memoria, atención y funciones ejecutivas, y cuyas alteraciones pueden perdurar meses o incluso años después de finalizado el tratamiento. Finalmente, con la aparición de terapias más modernas como los inhibidores de puntos de control inmunológicos (inmunoterapia), también se ha descrito neurotoxicidad: en algunos pacientes se han observado síndromes como Immune effector cell-associated neurotoxicity syndrome (ICANS), con síntomas de delirio, confusión, convulsiones o alteraciones del estado de ánimo, lo que sugiere la necesidad de vigilancia neurológica en quienes reciben inmunoterapias.

Frente a estos efectos adversos, las intervenciones psicosociales muestran un papel clave para mitigar el impacto sobre la salud mental y cognitiva de los pacientes oncológicos. Por ejemplo, la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) ha demostrado eficacia consistente para reducir ansiedad, depresión, insomnio, fatiga y disfunción cognitiva en múltiples estudios y revisiones sistemáticas. Además, la rehabilitación cognitiva orientada a restaurar funciones como memoria, atención y ejecución ha mostrado mejoras sostenidas en sobrevivientes de cáncer, lo que sugiere que las secuelas cognitivas no siempre son permanentes si se interviene adecuadamente. En conjunto, estos datos respaldan un enfoque integral de atención oncológica que combina tratamiento médico con soporte psicológico y neuropsicológico, especialmente en contextos de alta vulnerabilidad.

CONCLUSIONES

El estudio revela que los trastornos mentales inducidos por esteroides en pacientes oncológicos no son infrecuentes, de 2.626 remisiones al servicio de psico-oncología en Cork University Hospital entre 2010 y 2019, 297 pacientes (11 %) fueron diagnosticados con este tipo de desórdenes. Los síntomas más comunes fueron el insomnio, la ansiedad y la irritabilidad, aunque también se observaron manifestaciones cognitivas y del estado de ánimo más severas. Además, la mayoría de los pacientes recibieron psicofármacos (74 %) para tratarlos, sobre todo antipsicóticos (62 %) y la mayoría mostró resolución parcial o completa en la primera evaluación clínica (90,2 %). Estos hallazgos amplían el conocimiento sobre la carga real de neurotoxicidad psiquiátrica por esteroides en oncología, sustentando la necesidad de un monitoreo sistemático y especializado.

A pesar de la relevancia del estudio, los autores destacan que su diseño retrospectivo limita la posibilidad de inferir causalidad o comprender plenamente los factores de riesgo como la dosis, la duración o los perfiles demográficos, por lo que proponen estudios prospectivos con seguimiento a largo plazo para identificar predictores de aparición de síntomas. También sugieren investigar la eficacia y seguridad de diferentes estrategias terapéuticas, por ejemplo, psicofármacos específicos, tapering esteroideo, intervenciones preventivas y desarrollar herramientas de evaluación clínica para la detección temprana de estos trastornos en pacientes oncológicos, especialmente durante periodos de tratamiento crítico.

Las implicaciones clínicas del estudio son significativas, dado el elevado número de pacientes que desarrollan síntomas psiquiátricos tras el uso de esteroides, los oncólogos y equipos multidisciplinarios deben incorporar un monitoreo activo de la salud mental desde el inicio del tratamiento con corticosteroides. Además, los resultados respaldan la creación de protocolos de detección y derivación a psico-oncología, así como la implementación de intervenciones terapéuticas adaptadas (farmacológicas y no farmacológicas) para mitigar estos efectos adversos sin interrumpir el tratamiento oncológico. Esto podría mejorar tanto la calidad de vida de los pacientes como su adherencia al tratamiento.

En síntesis, los datos revisados subrayan que los tratamientos oncológicos como corticoides, quimioterapia e inmunoterapia conllevan un riesgo real de efectos neuropsiquiátricos y neurocognitivos que pueden manifestarse como insomnio, ansiedad, irritabilidad, disfunción cognitiva persistente e incluso trastornos psiquiátricos graves, lo que compromete de forma significativa la calidad de vida de los pacientes. Por tanto, es imperativo adoptar un modelo terapéutico integral en oncología que combine el tratamiento médico del cáncer con atención psicológica y neuropsicológica especializada, es decir, no basta con tratar el tumor, también es clave prevenir, monitorear y abordar las secuelas sobre la salud mental y cognitiva.

REFERENCIAS

Ciriaco, M., Gioia, L., Pantaleoni, C., Perri, M. G., & Rinaldi, E. (2020). Recent updates on corticosteroid-induced neuropsychiatric disorders and theranostic advancements. *Diagnostics*, 13(3), 337. <https://doi.org/10.3390/diagnostics13030337>

Das, A., Ranadive, N., Kinra, M., Nampoothiri, M., Arora, D., & Mudgal, J. (2020). An overview on chemotherapy-induced cognitive impairment and potential role of antidepressants. *Current Neuropharmacology*, 18(9), 838–851.

de Ruiter, M. B., Reneman, L., Boogerd, W., Veltman, D. J., van Dam, F. S., & Schagen, S. B. (2019). Cognitive impairment after cytotoxic chemotherapy. *Neuro-Oncology*, 21(11), 1340–1349

Galindo-Vázquez, O., & col. (2010). Efectos de la terapia cognitivo conductual en el paciente oncológico. *Gaceta Mexicana de Oncología*.

Gostoli, S., Carrozzino, D., Raimondi, I., Subach, O., Gigante, A., & Rafanelli, M. (2025). Corticosteroid-induced manic and/or psychotic symptoms: A systematic review. *Journal Name*. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/40766761/>

Ibáñez Limaico, J. L., & Estévez Montalvo, L. E. (2021). Trastornos psiquiátricos posteriores al diagnóstico oncológico de primera vez. *Oncología (Ecuador)*. <https://doi.org/10.33821/602>

Ismail, M. F., Lavelle, C., & Cassidy, E. M. (2017). Steroid-induced mental disorders in cancer patients: A systematic review. *Future Oncology*, 13(29), 2719–2731. <https://doi.org/10.2217/fon-2017-0306>

Joseph, R., Smith, A., & ... (2019). Steroid-induced mental disorders in cancer patients: a systematic review. *Psycho-Oncology*.

Kenna, H. A., Poon, A., de los Angeles, A., & Koran, L. M. (2011). Steroid psychosis review. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 65(6), 549–560.


Moreno-Peralta, A. J., & Ramos-Serpa, G. (2024). Estado físico y emocional en pacientes con cáncer. *Revista Salud y Vida*. <https://doi.org/10.35381/s.v.v6i3.2217>

National Cancer Institute. (2025). Adaptación al cáncer: ansiedad y sufrimiento (PDQ®). American Cancer Society. Recuperado de Primicias. (2025, mayo 31). Ecuador enfrenta aumento de trastornos mentales: política nacional busca soluciones. *El Diario*. Recuperado de <https://www.eldiario.ec/ecuador-enfrenta-aumento-de-trastornos-mentales-politica-nacional-busca-soluciones>

Primicias. (2023, septiembre 29). Las consultas por depresión y ansiedad se disparan en Ecuador. *Primicias*. Recuperado de Ibáñez Limaico, J. L., & Estévez Montalvo, L. E. (2021). Trastornos psiquiátricos posteriores al diagnóstico oncológico de primera vez. *Oncología (Ecuador)*. <https://doi.org/10.33821/602>

Seymour, N., Ismail, M. F., Doherty, K., Bowler, A., Bambury, R., Iqbal, S., & Cassidy, E. M. (2025). Steroid-induced mental disorders in oncology patients: A 10-year retrospective case series review. *Psycho-Oncology*, 34(4), e70137. <https://doi.org/10.1002/pon.70137>

Smith, L., et al. (2017). Steroid-induced mental disorders in cancer patients: A systematic review. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29186986/>

Todo el contenido de **LATAM Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales y Humanidades**, publicados en este sitio está disponibles bajo Licencia Creative Commons .