



Artículo de revisión

Intervención neuropsicológica y psicooncológica en pacientes con tumoración

Neuropsychological and Psycho-oncological Intervention in Patients with Tumor

Charles Y. da Silva Rodrigues^{1,2}  
Paula A. Carvalho de Figueiredo^{1,3} 

¹Universidad de Guanajuato. Guanajuato, México.

²Sistema Nacional de Investigadores (SIN). Ciudad de México, México.

³Universidad Abierta de Lisboa, Centro de Estudos das Migrações e das Relações Interculturais (CEMRI). Lisboa, Portugal.

Recibido: 17/1/2021
Aceptado: 28/8/2021

RESUMEN

Introducción: En situaciones de desarrollo normal y patológico la modificación adaptativa del comportamiento humano es posible gracias a la plasticidad cerebral.

Objetivo: Efectuar una revisión de la bibliografía sobre las formas de intervención psicológica más comunes en pacientes oncológicos, considerando la intervención neuropsicológica y psicooncológica.



Método: Se revisaron artículos, libros, manuales y documentos especializados de producción científica publicados entre los años 2010 y 2021 en las bases de datos: Ebscohost, Scopus, Springer, BioOne, Cambridge Journals Collection, Elsevier Science Direct, Wiley Online Library, Nature y Emerald, además se utilizaron bases de datos de acceso libre: Google Bocks, Google Scholar, PubMed, Dialnet, SciELO, DOAJ, Latindex y REDIB, empleando descriptores en inglés, portugués o español.

Desarrollo: Por medio del programa para análisis de datos cualitativos ATLAS.ti, versión 9.1.3, fue posible realizar una clasificación por familia de las categorías “intervención no farmacológica” y “enfermedad oncológica”. Las redes relacionales obtenidas permitieron realizar la revisión bibliográfica.

Conclusiones: Se ha verificado que tanto la intervención neuropsicológica como psicooncológica son eficaces en el mejoramiento de pacientes con enfermedad oncológica, desde lo cerebral hasta al bienestar subjetivo. Estas ayudan al manejo de síntomas cognitivos, conductuales y las alteraciones emocionales, productos del proceso de la enfermedad. En ocasiones, el terapeuta adopta el rol de interlocutor, útil en la comunicación paciente-familia-personal de salud.

Palabras clave: intervención; neuropsicología; psicooncología; cáncer; oncología.

ABSTRACT

Introduction: In situations of normal and pathological development, the adaptive modification of human behavior is possible due to brain plasticity.

Objective: Carry out a literature review on the most common forms of psychological intervention in cancer patients, considering neuropsychological and psycho-oncological interventions.

Method: Articles, books, manuals and specialized documents of scientific production published between 2010 and 2021 were reviewed in the following databases: Ebscohost, Scopus, Springer Protocols, Springer Journals, BioOne, Cambridge Journals Collection, Elsevier Science Direct, Wiley Online Library, Nature, Emerald, Google Bocks, Google Scholar, PubMed, Dialnet, SciELO, DOAJ, Latindex and REDIB, using descriptors in English, Portuguese or Spanish.

Development: It was possible to make a classification by family of the categories “non-pharmacological intervention” and “oncological disease”, using the qualitative data analysis program ATLAS.ti, version 9. The relational networks obtained allowed to carry out this literature review.

Conclusion: It has been verified that both neuropsychological and psycho-oncological intervention are effective in improving patients with oncological disease, from the brain to subjective well-being of the person. These interventions help to manage cognitive,



Este material es publicado según los términos de la Licencia Creative Commons Atribución–NoComercial 4.0. Se permite el uso, distribución y reproducción no comerciales y sin restricciones en cualquier medio, siempre que sea debidamente citada la fuente primaria de publicación.

behavioral symptoms and emotional disorders, as a result of the disease process. Sometimes, the therapist adopts the role of interlocutor which is useful in patient-family-health personnel communication.

Keywords: intervention; neuropsychology; psycho-oncology; cancer; oncology

Introducción

La modificación adaptativa de la conducta humana es posible gracias a la plasticidad cerebral. En una situación natural, sin afectación, las neuronas, a través de su arquitectura dendrítica, tienen una excepcional capacidad de reconfiguración de sus redes que a su vez permiten direccionar la acción hacia las necesidades de la persona. Este proceso tiene características propias para cada fase del desarrollo; en la infancia, por ejemplo, se genera con la ontogenia que proviene a la elaboración de nuevos circuitos; en la adultez se ve fortalecida por la neurogénesis, consolidando las redes que con mayor frecuencia se activan en el cerebro; y en el envejecimiento se gestiona la reserva cognitiva con base en el desarrollo celular de toda una vida.^(1,2)

El proceso de flexibilidad de las redes neuronales depende de los estímulos que existen por millones en el entorno de cada persona. Están los naturales, a saber, dados por el entorno e interacción social y que producen un desarrollo celular y adaptativo indispensable para adecuarse a la vida; pero además están los estímulos operados por profesionales de la salud, entre otros, el neuropsicólogo, quien propone reajustes en regiones que presentan daño. En el campo de la psicología se podría hablar de la estimulación cognitiva que tiene como objetivo desarrollar redes que al momento no se encuentran con la destreza natural esperada para determinado paciente y en determinadas circunstancias.^(2,3)

Así, el desarrollo cerebral requiere un entorno enriquecido y acompañado de actividades estimulantes que provean al individuo un buen proceso de adaptabilidad conductual y afectiva. Para que el desarrollo humano sea normal, es importante evitar situaciones de tensión y angustia, porque la sintomatología asociada al estrés perjudica el proceso de plasticidad, esencialmente en el ámbito de la neurogénesis. De hecho, en los casos de la neurogénesis se ha podido verificar que casi la mitad de las nuevas células pasan por un proceso natural de necrosis y otra gran parte, destinadas a la migración neuronal, frente al estrés también mueren.^(1,4)

En lo que concierne a la plasticidad poslesional, se puede decir que se presenta como la capacidad de regeneración o cambio que sigue a la recuperación clínica parcial o completa posterior a lesiones periféricas o centrales del sistema nervioso. Las neuronas funcionales sustituirán, en parte, las funciones de neuronas perdidas por daño; sin embargo, si bien hay determinadas redes que comparten axones y dendritas de neuronas



establecidas funcionalmente por actividad similar, también es cierto que después de una lesión las funciones no pueden retomar la misma eficacia que tenían antes.^(5,6)

Al igual que en las situaciones naturales de desarrollo, el proceso de plasticidad posterior a un trauma o lesión puede ser natural, dependiendo únicamente de los estímulos del entorno; puede ser controlado por un programa neuropsicológico con gran capacidad de normalización en los primeros seis meses; pero es posible también que el proceso se prolongue hasta un año después de la lesión. Cabe apuntar que la recuperación depende mucho de factores como edad, estado de salud, área comprometida, cantidad de tejido dañado, rapidez con la que se produjo o se desarrolló el daño, existencia de otras enfermedades concomitantes además de los factores ambientales y psicosociales.^(3,5)

En el caso de la rehabilitación realizada por un neuropsicólogo, primero evaluará las necesidades, diseñará un programa específico para el restablecimiento adaptativo de las redes funcionales más afectadas y trabajará enfocado en el logro de los objetivos del programa. Es fundamental saber que lesiones similares pueden implicar actividades radicalmente diferentes; lo importante de la evaluación es detectar las funciones básicas y complejas que pueden estar afectadas por lesión subcortical o por afectación cortical y, a partir de ese análisis, priorizar las actividades con más posibilidades de contribuir al restablecimiento de las funciones, adaptándolas al funcionamiento de un cerebro en recuperación.^(6,7)

En el proceso de evaluación, las pruebas deben ser aplicadas de manera que los resultados revelen los trastornos responsables de los síndromes neurológicos o neuropsicológicos, comorbilidades y toda afectación que contribuya directa o indirectamente a las alteraciones neurocognitivas. Así, deben valorarse los efectos fisiológicos ausentes y prominentes para entender las disfuncionalidades focalizadas y las funciones que dependen del procesamiento de dos o más regiones corticales o subcorticales. Deben considerarse las alteraciones premórbidas que quedarían en un segundo plano de la intervención, principalmente por cuestiones de temporalidad y eficacia de la rehabilitación sobre una afectación que tenga ya mucho tiempo.^(4,7)

La psicooncología es una especialidad psicológica que procura, en lo esencial, tratar al paciente como un todo, como un individuo biopsicosocial que cuenta con las capacidades para afrontar su enfermedad. Dentro de esta, se considera que el modelo de intervención más eficiente es el cognitivo-conductual, esto debido a los logros conseguidos en el tratamiento de pacientes oncológicos con hábitos y pensamientos nocivos para la salud. Además se ha comprobado su efectividad en la aplicación de técnicas y herramientas terapéuticas para el alivio de los síntomas cognitivos, afectivos y conductuales e incluso para la minimización del dolor y maximización del bienestar subjetivo, a través de la relajación y del enfoque mental.⁽⁸⁾

En este sentido, se realizó una revisión bibliográfica con el objetivo de describir las principales características de la intervención neuropsicológica, así como de las técnicas y herramientas más importantes en la atención psicooncológica.



Métodos

Se establecieron como criterios de elegibilidad para la presente revisión bibliográfica, la fecha de publicación a partir del 2010, el idioma de los estudios escritos en inglés, portugués o español; y que el método de las investigaciones fuera de tipo: estudio de caso y controles, estudios de cohorte y estudios trasversales que presentaran intervención neuropsicológica o psicooncológica en pacientes con tumoración. De esta manera, se identificaron y revisaron publicaciones científicas de entre los años 2010 y 2021 en población adulta, hombres y mujeres de entre los 30 y 60 años de edad que padecieran de enfermedad oncológica y que hubieran sido sujetos a intervención neuropsicológica o psicooncológica.⁽⁹⁾

Los artículos, libros, manuales y documentos especializados de producción científica se recopilaron a través de una comprobación en las bases de datos electrónicas, considerando las palabras claves más mencionadas en la bibliografía y recomendadas por expertos en el área. La búsqueda se realizó en las fuentes de información disponibles en el Sistema Bibliotecario de la Universidad de Guanajuato y que permitían el acceso integral de las publicaciones seleccionadas: Ebscohost, Scopus, Springer, BioOne, Cambridge Journals Collection, Elsevier Science Direct, Wiley Online Library, Nature y Emerald, además se utilizaron bases de datos de acceso libre: Google Books, Google Scholar, PubMed, Dialnet, SciELO, DOAJ, Latindex y REDIB, durante el primer semestre de 2021, siendo que la última pesquisa se realizó el día 30 de junio de 2021.⁽⁹⁾

Resultado del análisis

Los datos recogidos se procesaron a través del programa para análisis de datos cualitativos ATLAS.ti, versión 9, siendo posible codificar la información de cada uno de los documentos analizados, creando categorías objetivas y sistemáticas.^(10,11) En este caso, se realizó una clasificación por familia de categoría para intervención no farmacológica, considerando las subcategorías: características de la intervención neuropsicológica y técnicas y herramientas de la intervención psicooncológica; y la categoría de enfermedad oncológica. Las redes relacionales obtenidas de este proceso permitieron codificar, organizar e identificar referencias cruzadas de los conceptos, así como la realización de esta revisión bibliográfica.⁽¹¹⁾

Intervención neuropsicológica

En la fase inicial de la intervención, el neuropsicólogo debe participar de manera activa, ayudando y proporcionando pistas al paciente para que sea capaz de realizar las actividades y que, además, vaya incrementando su motivación y confianza; por eso, la



Este material es publicado según los términos de la Licencia Creative Commons Atribución–NoComercial 4.0. Se permite el uso, distribución y reproducción no comerciales y sin restricciones en cualquier medio, siempre que sea debidamente citada la fuente primaria de publicación.

dificultad de las actividades debe incrementarse de manera progresiva. Posteriormente, la intervención del neuropsicólogo en el proceso de rehabilitación del paciente tendrá que ir disminuyendo pero al principio su apoyo es esencial para que este no se aburra o se sienta incapaz de realizar las actividades.^(6,11,12)

Lo más importante del programa de rehabilitación es que debe estar fundado teóricamente; su base científica debe ser consistente y permitir una jerarquización de las actividades, de los propósitos de esas actividades y del incremento de dificultad del programa; de la sistematización de las tareas y de su importancia terapéutica. La teoría avala el propósito de cada tarea o actividad.^(2,13,14)

El trabajo multidisciplinario es otro factor que se debe considerar porque los trastornos cognitivos, emocionales y conductuales son posteriores a la morbilidad oncológica, lo que de por sí genera un nivel de complejidad muy alto para la intervención. En gran parte de las situaciones de rehabilitación es importante que exista un acompañamiento psicológico simultáneo, considerando que la intervención psicológica podría incrementar la motivación y el éxito terapéutico de la rehabilitación del paciente. Es evidente que en cada caso se debe proponer el apoyo multidisciplinario más conveniente y eficaz para la situación del paciente.^(15,16)

La temporalidad y disponibilidad son dos factores de suma importancia para el tratamiento. Sobre la temporalidad hay que resaltar que cuanto antes el paciente inicie su rehabilitación, mejores resultados obtendrá. Se ha podido verificar clínicamente que cuando un paciente empieza la rehabilitación inmediatamente después de su alta médica los resultados de la rehabilitación son mucho mejores que cuando acude al neuropsicólogo luego de meses desde su recuperación médica. La diferencia puede verificarse con un menor éxito en una rehabilitación tardía de entre seis meses y un año; y aun menor cuando la rehabilitación se aplica después del año.^(1,2,17)

La disponibilidad del paciente se refiere al tiempo de las sesiones y del mismo programa de rehabilitación. Es frecuente que los neuropsicólogos realicen un plan de actividades contemplando una sesión diaria de 45 minutos. No obstante, muchos pacientes, por cuestiones económicas, se integran a programas con sesiones de dos a tres veces por semana o, en casos más complejos, de una vez a la semana. Lo idóneo es que se trabaje durante varias horas al día; con sus debidas pausas, se puede llegar a trabajar hasta seis horas diarias. Los cambios más evidentes se reflejan en el tiempo de rehabilitación, cuantas más horas de trabajo menos sesiones; y la eficacia funcional, que aumenta en función de las horas de trabajo.^(18,19,20)

La rehabilitación neuropsicológica tiene un costo superior al que implica el acompañamiento psicológico u otras terapias de especialidad; la diferencia estriba en el tiempo que el neuropsicólogo dedica a su plan de intervención. La creación del programa de rehabilitación puede llevar el doble de tiempo del necesario para su implementación, además, después de cada sesión es necesario realizar un análisis del desarrollo y los avances del paciente, lo que en ciertos casos implica un reajuste del programa con cambios efectivos en las actividades que estaban propuestas. El proceso



de rehabilitación incluye una evaluación progresiva del enfermo oncológico, de manera que este y los demás aspectos son los que encarecen la intervención neuropsicológica.^(3,4,7,21)

Algo que resulta fundamental explicar es que, independientemente del trabajo que el paciente realice diariamente, es necesario que destine un tiempo para establecer y consolidar las estrategias aprendidas y que las redes neuronales se adapten a una nueva forma de funcionamiento. Este proceso depende mucho del conocimiento previo del paciente, escolaridad, capacidades cognitivas antes de la afectación y de la velocidad de procesamiento de la información que, por la tumoración, comúnmente no es la misma. Entonces, deben tomarse en cuenta el tiempo y los recursos del paciente para que el proceso de rehabilitación tenga los mejores resultados; y es por esta razón, entre otras, que cada plan de trabajo se aplica en tiempos distintos.^(12,14,22)

Los programas neuropsicológicos de rehabilitación inciden esencialmente en tres mecanismos neurocognitivos que en la enfermedad oncológica cerebral casi siempre aparecen afectados y, por lo mismo, deben ser trabajados de manera muy específica: la atención, considerando que es un déficit crucial y como tal debe ser de los primeros, si no es que el primer mecanismo de intervención, porque resulta muy difícil integrar habilidades o competencias más complejas en el programa sin que la atención esté respondiendo de manera favorable; la memoria, indispensable para la comprensión y el aprendizaje, considerando esencialmente la adaptación al entorno con el apoyo de estrategias, utilización de mnemónicas y sistemas de memoria preservados.^(5,13,23)

El tercer mecanismo es probablemente el más dinámico: las funciones ejecutivas; y es que, debido a su implicación en el comportamiento, requieren de un planeamiento y de la elaboración y concretización de acciones, así como de la organización de los estados mentales necesarios para que el paciente pueda tener claridad y consistencia de sus objetivos a mediano y largo plazo. En este sentido, su rehabilitación debe orientarse al control y monitoreo del comportamiento a partir del entendimiento de situaciones en determinados momentos y orientar la acción, definir objetivos y ajustarlos a su estado de salud, realizar ensayos para la solución de problemas a partir de sus limitaciones y generar alternativas, lo mismo que un buen estado de supervisión de las acciones y de sus resultados.^(8,17,20)

Los programas siempre están orientados a la restauración, compensación o sustitución de los procesos cognitivos en los cuales se interviene; a nivel de la restauración se trabaja la recuperación del proceso que se encuentra disfuncional, a partir del entrenamiento; en la compensación, se reorganizan los procesos con el objetivo de que las capacidades preservadas pueden ejercer una minimización de los déficits a recuperar y la sustitución, que se aplica cuando las técnicas anteriores no se pueden implementar o no responden a la intervención como se esperaba. Se encarga, entonces, de generar estrategias para que el paciente pueda utilizar medios externos para minimizar la afectación, como es la tecnología o las técnicas de comunicación, entre otros.^(1,17,24)



En los programas de rehabilitación, el paciente oncológico debe desarrollar actividades que mejoren su funcionalidad a partir de tareas diseñadas por el neuropsicólogo donde se utilizan materiales comunes y, al mismo tiempo, para que mejore sus habilidades cognitivas debe tener un entrenamiento realizado con material tecnológico, más concretamente con software específico. Existen *softwares* y plataformas de rehabilitación que se trabajan desde la computadora y que son precisos para la readaptación neurocognitiva frente al daño cerebral, ejemplo: RehaCom, CogniPlus, Scientific Brain Training PRO, NeuronUP, entre otros.^(20,22,25)

Considerando la tecnología en situaciones donde se registren trastornos muy importantes en la conducta del paciente o la regulación de determinados estados fisiológico, se puede utilizar el *neurofeedback* con apoyo de la realidad virtual. Este equipo permite condicionar las conductas con base en la verificación de los cambios fisiológicos frente a determinados estímulos que comúnmente son visuales o auditivos, no obstante, puede ser cualquier tipo de estímulo sensorial. Es un tipo de actividad no invasiva que consiste en la colocación de electrodos en las regiones que se consideren de mayor importancia para trabajar la conducta además de que, mientras se trabaja el condicionamiento, se van obteniendo informaciones de tipo biológico que permiten monitorear el estado del paciente.^(8,16,20)

Intervención psicooncológica

El psicólogo debe proporcionar al paciente oncológico un entorno terapéutico seguro en el cual pueda exponer sus preocupaciones, dudas y expresar sus emociones libremente y sin juicios de valor; el psicólogo debe construir una relación terapéutica capaz de proporcionar a su paciente la sensación de estabilidad; debe también centrarse en una orientación teórica flexible y adaptativa para facilitar el proceso de cambios constantes por el cual pasa la persona en apoyo psicológico o psicoterapia; debe trabajar con base en la empatía mostrando al paciente que es capaz de ver la situación desde su propia perspectiva y, finalmente, en los casos que lo ameriten, ser un interlocutor activo entre el paciente y el restante equipo multidisciplinario que le acompaña.^(1,25)

El tipo de intervención psicológica depende, en gran parte, del momento o etapa que esté viviendo el paciente, de ocho principales, a saber: 1) cuando el individuo tienen un diagnóstico reciente de enfermedad oncológica; 2) pacientes que se encuentran en tratamiento oncológico activo; 3) pacientes que se encuentran en situación de remisión tumoral parcial o total; 4) pacientes en los que la enfermedad a recaído (recidiva) y tienen que, una vez más, pasar por todos los procesos terapéuticos; 5) pacientes que reciben un segundo diagnóstico oncológico; 6) pacientes que por la tumoración adquieren alguna comorbilidad incapacitante; 7) pacientes que debido a la tumoración presenten alteraciones mentales o cognitivas y 8) pacientes en cuidados paliativos o fase terminal.^(1,2,26)



Independientemente de las técnicas, el psicólogo necesita conocer y explorar diversos aspectos relativos al paciente: su estado anímico y emocional; la forma como se va desarrollando su enfermedad oncológica, las representaciones mentales que el paciente tenga o que pueda ir creando sobre su enfermedad; sus mecanismos y capacidad de afrontamiento frente a la salud y las consecuencias que haya generado su padecimiento; el apoyo social y familiar del que dispone; si tiene algún tipo de enfermedad psiquiátrica; los niveles de desesperanza y tristeza con los que vive diariamente; entre otros, muy útiles para el mejor desarrollo de las sesiones.^(25,26)

A continuación, se detallan las técnicas y herramientas psicooncológicas más utilizadas en los documentos analizados para esta revisión:

Terapia de orientación a la realidad

Trabaja con mecanismos atencionales al nivel de la orientación para situar al paciente en su realidad actual a través de tiempo y espacio, y su acción inmersa ahí. La conexión del paciente a su tiempo actual, pensando en la situación que vive desde diferentes perspectivas, logra que mantenga un vínculo con la realidad; potencia un proceso de descarga emocional que puede realizarse a través de la escritura, lectura o grabación de audios; permite que el paciente orientado pueda retomar sus habilidades sociales para participar activamente en los procesos terapéuticos; desarrolla el sentido de comunicación y evita un aislamiento mental que resulta en desesperanza y desánimo.^(25,27,28)

Terapia de validación

Se aplica para mejorar el tipo de comunicación de los cuidadores y familiares con relación a pacientes con alteraciones cognitivas y tiene el propósito de reducir los síntomas de ansiedad o de otros trastornos en la regulación emocional, por esta razón el enfoque está direccionado hacia el contenido emocional e incide, sobre todo, en el estableciendo de la escucha activa y de la empatía. El proceso amerita un tono de voz tranquilo, bajo y con una forma de expresión lingüística clara y objetiva; las preguntas no deben parecer amenazantes o intimidatorias; es mejor evitar preguntas como las siguientes: ¿cuándo? ¿quién? ¿cómo? ¿por qué? y reformularlas como afirmaciones siempre que se valore necesario y enfatizar las palabras clave; mantener el contacto visual con el paciente y el contacto físico, este último, también cuando se considere necesario.^(26,29,30)



Descubrimiento guiado o discurso socrático

Se realiza a partir de un conjunto de preguntas abiertas y determinadas que pretenden indagar sobre estilos de afrontamiento que puedan ser los más adecuados, útiles y adaptativos para el paciente. Las preguntas se plantean en un contexto específico de relación entre psicólogo y paciente, donde el profesional de la salud trabaja con base en empatía, aceptación y congruencia.^(1,27,31)

Relación terapéutica de apoyo y colaboración

Pretende asegurar la confianza y cooperación del paciente oncológico, lo cual permite que pueda tener esperanza en que tanto su cuadro sintomatológico como sus signos emocionales irán disminuyendo a lo largo de las sesiones e, incluso, en que podrán disiparse.^(1,32,33)

Aprendizaje de estrategias de afrontamiento cognitivo-conductual

Debe considerarse, sin ningún margen de dudas, que el paciente es el verdadero conocedor de sus propias emociones y patrones conductuales; el psicólogo debe aprovechar este conocimiento para ayudarlo a modificar pensamientos distorsionados y comportamientos inadecuados o de riesgo.^(34,35,36)

Reestructuración cognitiva

Se aplica en la argumentación psicológica de una determinada situación trabajando los cambios emocionales, de comportamiento y fisiológicos del paciente; en la enfermedad oncológica es muy utilizada para la identificación de pensamientos negativos que se presentan en el transcurso del padecimiento. El psicólogo debe transformar paulatinamente esos pensamientos disruptivos y desmotivadores en ideas claras que apoyen al paciente en la adaptación sistemática de nuevos procesos terapéuticos, alteraciones sintomatológicas, procesos de entendimiento con la familia, entre otros factores que implican que el paciente esté motivado y preparado para los cambios.^(37,38,39)

Técnicas de comunicación y validación

Así como la terapia de validación, esta técnica está dirigida a los familiares, personas cercanas, cuidadores y todos aquellos que interactúan de manera constante con el paciente. El objetivo es adecuar la comunicación verbal hacia el enfermo trabajando la



Este material es publicado según los términos de la Licencia Creative Commons Atribución–NoComercial 4.0. Se permite el uso, distribución y reproducción no comerciales y sin restricciones en cualquier medio, siempre que sea debidamente citada la fuente primaria de publicación.

repetición de respuestas, la entonación, la interpretación del mensaje y el apoyo con pistas para que el paciente no pierda el hilo de la conversación; la comunicación no verbal se trabaja a partir de expresiones faciales, posturas corporales y actitud tranquila y pacificadora. (26,33,37)

La psicooncología contribuye al bienestar general del paciente: es un apoyo en la lucha contra la tumoración; induce cambios en las conductas de riesgo, encamina al paciente hacia un estilo de vida saludable; disminuye la vulnerabilidad emocional del enfermo en la fase terapéutica o en fases de mayor desesperanza; informa el paciente y a su familia de su estado, desarrollo de la enfermedad y posibles pronósticos; trabaja la autonomía de la persona enferma a través de un proceso motivacional; evita o controla las comorbilidades emocionales; en los casos de fallecimiento inminente, contribuye preparando al paciente para la muerte, así como a su familia incluso en la etapa de duelo, entre otros. (25,26)

La importancia de que el psicólogo tenga una formación especializada en la enfermedad oncológica es porque ejerce una serie de funciones con alto grado de responsabilidad, tales como el manejo del estado emocional del paciente en terapéutica y en cuidados paliativos; manejo de situaciones que impliquen la solución de dilemas éticos; tomar decisiones compartidas con el equipo multidisciplinario; manejo de situaciones de alto nivel de estrés y ansiedad tanto por parte del paciente como de los familiares; supervisión, asesoría y/o acompañamiento en aspectos asociados a la enfermedad como disfunción eréctil, adherencia terapéutica, percepción de riesgo, ideación suicida. También apoyan y asesoran a grupos de autoayuda. (1,2,25)

Un factor que debe ser siempre contemplado en la persona con enfermedad oncológica es el dolor que aparece en la mayor parte de los casos por la invasión tumoral a estructuras circundantes (elementos vasculares, nerviosos, estructuras óseas) y que, se podría decir, representan 70 % de las situaciones de dolor oncológico; 20 % de los demás dolores pueden surgir por procedimientos relacionados con el diagnóstico o las intervenciones terapéuticas (efectos secundarios); menos de 10 % de los dolores oncológicos se generan por síndromes inducidos por la neoplasia; y el resto se atribuye a las causas indirectas de la tumoración como son artrosis, osteoporosis, cardiopatía isquémica e infarto de miocardio, entre otras. (3,26,40)

En este sentido es importante referir que el dolor genera una serie de consecuencias psicológicas, principalmente sintomatología depresiva, insomnio, ansiedad, baja autoestima, problemas relacionales con los familiares, cuidadores, pareja, aislamiento social, disminución de la actividad física, de las actividades de ocio, reducción de la autonomía del paciente y, en determinados casos, es causa de baja laboral, incapacidad y un incremento en los gastos sanitarios. En el ámbito de la psicología se pueden aplicar técnicas de relajación, terapia de aceptación y compromiso, entre otras actividades cognitivo-conductuales. (1,25,26)



Relajación muscular

Es una técnica de reconocimiento corporal y de identificación de sensaciones; el paciente reconoce las regiones corporales afectadas y a partir del cambio de sensaciones intenta disminuir la intensidad del dolor. La técnica consiste en ejercicios isométricos que contraen el músculo sin que tenga que existir movimiento, a través del tensionamiento muscular focalizado en la región donde se presenta el dolor. Evidentemente, esta técnica no debe ser utilizada en pacientes con dolencias motoras específicas o en situaciones posquirúrgicas. ^(25,41)

Respiración diafragmática

Se trata de una técnica que permite establecer un patrón rítmico de respiración; se respira lentamente a partir de la inspiración nasal, llenando los pulmones y elevando el abdomen, el aire se retiene por algunos segundos y, posteriormente, se expulsa poco a poco por la boca. Está indicado para situaciones de crisis, aunque no debe ser utilizado en pacientes con problemas pulmonares o insuficiencia respiratoria. ^(26,42,43,45)

Respiración atencional

La intención de este ejercicio es encontrar mayor tranquilidad mental; busca que el paciente logre focalizar toda su atención en los aspectos mecánicos de la misma respiración. Es decir, mientras el paciente inspira y expira el aire por la nariz, piensa en el recorrido que realiza el aire dentro de su cuerpo. Se pretende que el paciente centre su atención en la actividad y no en el dolor. ^(26,44)

Relajación pasiva

Se presenta como un combinado de técnicas que exige un determinado nivel de concentración. Se utiliza la sugestión mental a través de la descripción de lugares pacificadores y sus características como pueden ser una cascada, una playa, un bosque, entre otros. Es importante conocer los criterios de bienestar del paciente, saber a qué sitios le gusta ir y que tipo de escenario es el más indicado para él; lo que se pretende con este proceso es que la persona enferma viva una situación creada en su imaginación y, consecuentemente, que logre relajarse dentro de su escenario real. ^(1,25,43)



Relajación por evocación

El procedimiento es bastante similar al de la relajación pasiva; en este ejercicio el paciente debe recordar una sensación placentera y durante el proceso ir describiendo cada sensación vivida, como son colores, olores, el cantar de los pájaros o algo similar. No quiere decir que la situación deba ser alusiva a la naturaleza, puede ser cualquier cosa que el paciente desee recordar, siempre y cuando sea placentera y evoque las sensaciones que más le agradaron en aquella vivencia. El objetivo de esta técnica es que el paciente alcance un estado de completa relajación.^(26,42,45)

Terapia de aceptación y compromiso

Tiene como propósito generar un repertorio de acciones dirigido a objetivos. La terapia está asociada al lenguaje, esencialmente cuando este es el responsable de pensamientos y sensaciones negativas. Es necesario que el patrón lingüístico se redirija al bienestar. Su enfoque se determina en la disfunción cognitiva, en el sentido de cambiar imágenes mentales, pensamientos y recuerdos a favor del paciente; se explica a la persona enferma la importancia de la aceptación, de lo contrario, la falta de control del malestar solo causa sufrimiento; conexión con la realidad, pensar en las situaciones del aquí y del ahora, en vez de realizar juicios de valor sobre los acontecimientos; orientación de los valores para que el paciente establezca prioridades; y el compromiso con sus valores, fijación de metas y objetivos guiados hacia acciones que sean realistas, posibles de alcanzar.^(1,25,46)

Terapias cognitivo-conductuales

Este modelo terapéutico tiene como propósito, en sus diferentes técnicas, generar cambios en el patrón de pensamiento del paciente, en su estado emocional, conductas y respuestas fisiológicas disfuncionales. La falta de una mayor explicación es porque tiene que ser aplicada por un profesional de la salud, psicólogo, especialista en terapias cognitivo-conductuales o psicoterapeuta. De otra forma, además, de no presentar los resultados esperados, puede perjudicar seriamente al paciente.^(1,26,47)

Conclusiones

A partir de la revisión de artículos, libros, manuales y documentos especializados de producción científica se puede concluir que la intervención neuropsicológica beneficia a los pacientes oncológicos que presenten alteraciones cerebrales tanto en el ámbito



Este material es publicado según los términos de la Licencia Creative Commons Atribución–NoComercial 4.0. Se permite el uso, distribución y reproducción no comerciales y sin restricciones en cualquier medio, siempre que sea debidamente citada la fuente primaria de publicación.

funcional como neurocognitivo. Estas afectaciones o masas tumorales, con frecuencia ocurren en el cerebro por influencia de la tumoración primaria o secundaria, y afectan por compresión o infiltración a los tejidos nerviosos sanos. El abordaje neuropsicológico pretende en lo esencial, minimizar, disminuir o extinguir ciertos déficits que puedan haberse desarrollado durante la enfermedad, la curación o incluso, después, como comorbilidad o consecuencia de la dolencia o de los mismos tratamientos.

En lo que concierne a la intervención psicooncológica, se ha podido corroborar que es esencial para la intervención en crisis, regulación emocional, afrontamiento, estimulación cognitiva, relajación, adherencia terapéutica y todo aquello que se conceptualice a partir de la definición de bienestar general. Así siendo, parece fundamental y necesario una mayor intervención por parte de los neuropsicólogos y psicooncólogos en el tratamiento de las enfermedades oncológicas.

Referencias bibliográficas

1. Da Silva CYR. Neuropsicología de la Enfermedad Oncológica. México: Amazon. 2021.
2. Lubrini G, Martín-Montes A, Díez-Ascaso O, Díez-Tejedor, E. Enfermedad cerebral, conectividad, plasticidad y terapia cognitiva. Una visión neurológica del trastorno mental - Revisión. Neurología. 2018;33(3):187-91. DOI: [10.1016/j.nrl.2017.02.005](https://doi.org/10.1016/j.nrl.2017.02.005)
3. Warraich Z, Kleim JA. Neural Plasticity: The Biological Substrate for Neurorehabilitation. PM&R. 2018; 2: 208-219.
4. Gómez-Cruz M. Déficit neuropsicológicos asociados a alteraciones cerebrales secundarias a tratamientos oncológicos. Psicooncología. 2011;8(2):215-29. DOI: [10.5209/rev_PSIC.2011.v8.n2-3.37878](https://doi.org/10.5209/rev_PSIC.2011.v8.n2-3.37878)
5. Lezak M. Neuropsychological Assessment. (4ª ed.). Nueva York: Oxford University Press; 2004.
6. Heimans JJ, Reijneveld J. Factors affecting the cerebral network in brain tumor patients. Journal of Neurooncology. 2012;108:231-7. DOI: [10.1007/s11060-012-0814-7](https://doi.org/10.1007/s11060-012-0814-7)
7. Peterson K. Brain tumors. Neurologic Clinics Journal. 2001;19:887-90. DOI: [10.1016/S0733-8619\(05\)70052-9](https://doi.org/10.1016/S0733-8619(05)70052-9)



8. Quintero MF, Finck C. Intervenciones psicológicas eficaces en pacientes con cáncer de mama en Latinoamérica y España: una revisión sistemática. *Psicooncología*. 2018;15(1):49-64. DOI: [10.5209/PSIC.59174](https://doi.org/10.5209/PSIC.59174)
9. Hernández R, Fernández C, Del Pilar M. *Metodología de la Investigación*. (6ª ed). México: McGraw Hill; 2014.
10. Glaser B, Strauss A. *The Discovery of Grounded Theory: strategies for qualitative research*. Chicago: Aldine; 1967.
11. Strauss AL, Corbin JM. *Basics of qualitative research: Grounded theory procedures and techniques* (2ª ed.). Newbury Park, CA: SAGE Publications, Inc.; 1990.
12. Saldaña J. *The Coding Manual for Qualitative Researchers*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications, Inc.; 2009.
13. Cela JLS, Herreras EB. Rehabilitación Neuropsicológica. *Papeles del Psicólogo*. 2005;26(90):15-21.
14. Cortés AS, Crespo M E O, Albacar JAB. Aspectos Neuropsicológicos en Pacientes Diagnosticados de Tumores Cerebrales. *Revista Clínica y Salud*. 2011;22(2):139-55. DOI: [10.5093/cl2011v22n2a4](https://doi.org/10.5093/cl2011v22n2a4)
15. Fernández-Guinea S. Estrategias a seguir en el diseño de los programas de rehabilitación neuropsicológica para personas con daño cerebral. *Revista de Neurología*. 2001;33(4):373-7.
16. García-Molina A, Enseñat A. La rehabilitación neuropsicológica en el siglo XX. *Revista de Neurología*. 2019;69(9):383-91. DOI: [10.33588/rn.6909.2019247](https://doi.org/10.33588/rn.6909.2019247)
17. Hassler MR, Elandt K, Preusser M, Lehrner J, Binder P, Dieckmann K, *et al*. Neurocognitive training in patients with high-grade glioma: A pilot study. *Journal of Neurooncology*. 2010;97:109-15. DOI: [10.1007/s11060-009-0006-2](https://doi.org/10.1007/s11060-009-0006-2)
18. Locke DE, Cerhan JH, Wu W, Malec JF, Clark MM, Rummans TA, Brown PD. Cognitive rehabilitation and problem-solving to improve quality of life of patients with primary brain tumors: A pilot study. *The Journal of Supportive Oncology*. 2008;6:383-391.
19. Muñoz-Céspedes JM, Tirapu J. *Rehabilitación Neuropsicológica*. Madrid: Editorial Síntesis; 2001.
20. Murga FM, León-Carrión J, Martín JMB. Eficacia de la rehabilitación neuropsicológica de inicio tardío en la recuperación funcional de pacientes con daño cerebral. *Revista Española de Neuropsicología*. 2006;8(3):81-103.



21. Paúl-Lapiedra N, Bilbao-Bilbao A, Ríos-Lago M. Rehabilitación Neuropsicológica en Tirapu, J., Ríos-Lago, M., y Maestú, F. - Manual de Neuropsicología. (2ª ed.). Barcelona: Viguera; 2011.
22. Lubrini G, Martín-Montes A, Díez-Ascaso O, Díez-Tejedor, E. Enfermedad cerebral, conectividad, plasticidad y terapia cognitiva. Una visión neurológica del trastorno mental - Revisión. Neurología. 2018;33(3):187-91. DOI: [10.1016/j.nrl.2017.02.005](https://doi.org/10.1016/j.nrl.2017.02.005)
23. Meyers CA, Hess KR, Yung WK, Levin VA. Cognitive function as a predictor of survival in patients with recurrent malignant glioma. Journal of Clinical Oncology. 2000;18:646-50.
24. Pop F, Postolica R, Lupău C, Dégi CL. Clinical Practice Guide in Psycho-oncology. *Cognition, Brain, Behavior*. An interdisciplinary Journal. 2016;20(4):283-308.
25. Taphoorn M, Klein HM. Cognitive deficits in adult patients with brain tumors. Lancet Neurol. 2004;3:159-68.
26. Schagen SB, Klein M, Reijneveld JC, Brain E, Deprez S, Joly F, Scherwath A, Schrauweg W, Wefel JS. Monitoring and optimising cognitive function in cancer patients: present knowledge and future directions. European Journal of Cancer Care. 2014;12(1):29-40.
27. Holland JC, Breitbart WS, Jacobsen PB, Lederberg M.S, Loscalzo MJ, Mccorkle RS. Psycho-Oncology. (2ª ed.). Nueva York: Oxford University Press, Inc.; 2010.
28. Watson M, Kissane DW. Handbook of psychotherapy in cancer care. West Sussex: John Wiley & Sons, Ltd., Publication; 2011.
29. Cabrera MY, López GE, López CE, Arredondo AB. La psicología y la oncología: en una unidad imprescindible. Revista Finlay. 2017; 7(2): 115-127.
30. Díaz FEM, Gattas N.ES, López C.EJC, Tapia MEA. Enfermería oncológica: estándares de seguridad en el manejo del paciente oncológico. Revista Médica Clínica Las Condes. 2013;24(4):694-704 DOI: [10.1016/S0716-8640\(13\)70209-8](https://doi.org/10.1016/S0716-8640(13)70209-8)
31. Molina VR. El paciente oncológico del siglo XXI: maridaje terapéutico Nutrición-Oncología. Nutrición Hospitalaria. 2016;33(1):3-10.
32. Galindo VO, Muñoz MM, Campos US, Rojas CE, Maya VMC, Alvarado AS. Tamizaje de aspectos psico-oncológicos: validación de una lista de chequeo. Psicooncología. 2013;10(2-3):407-15.
33. Partarrieu A. Diálogo socrático en psicoterapia cognitiva. III Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XVIII Jornadas de Investigación Séptimo Encuentro de Investigadores en Psicología del



MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires; 2011.

34. Barrientos ED, Coronado AMS. Intervención cognitiva en pacientes con deterioro cognitivo ligero y demencia leve. MEDISAN. 2010;4(6):1-7.
35. Chu BC, Millis S, Arango-Lasprilla JC, Hanks R, Novack T. Hart Measuring recovery in new learning and memory following traumatic brain injury: A mixed-effects modeling approach. Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology. 2007;29:617-25. DOI: [10.1080/13803390600878893](https://doi.org/10.1080/13803390600878893)
36. Andersen BL, Farrar WB, Golden-Kreutz D, Emery CF, Glaser R, Crespin, T. Distress reduction from a psychological intervention contributes to improved health for cancer patients. Brain, Behavior and Immunity. 2007;21:953-61.
37. Giovagnoli A. Investigation of cognitive impairments in people with brain tumors. Journal of Neurooncology. 2012;108:277-83. DOI: [10.1007/s11060-012-0815-6](https://doi.org/10.1007/s11060-012-0815-6)
38. Langenbahn DM, Ashman T, Cantor J, Trott C. An evidence-based review of cognitive rehabilitation in medical conditions affecting cognitive function. Archives of Physical Medicine and Rehabilitation. 2013;94:271-86. DOI: [10.1016/j.apmr.2012.09.011](https://doi.org/10.1016/j.apmr.2012.09.011)
39. Pelletier G, Verhoef MJ, Khatri N, Hagan N. Quality of life in brain tumor patients: The relative contributions of depression, fatigue, emotional distress, an existential issues. Journal of Neurooncology. 2002;57:41-9.
40. Ustárroz JT, Arboiés AC, Ugarteburu I, Ferreras AA. Modificación de conducta y daño cerebral. Psiquis. 2002;23(2):33-44.
41. Watson NV, Breedlove SM. The Mind's Machine: Foundations of Brain and Behavior. Estados Unidos: Sinauer Associates; 2012.
42. Reyes CD, González OJC, Mohar BA, Meneses GA. Epidemiología del dolor por cáncer. Revista de la Sociedad Española de Dolor. 2011;18(2):118-34.
43. Davis M, McKay M, Eshelman ER. Técnicas de autocontrol emocional. Barcelona: Martínez Roca; 1985.
44. Cautela JR, Groden J. Técnicas de relajación (Manual práctico para adultos, niños y educación especial). Barcelona: Martínez Roca; 1985.
45. García-Trujillo MR, Rivera JL. Cambios fisiológicos durante los ejercicios de meditación y relajación profunda. Psiquis. 1992;13(6-7):279-86.
46. Soriano MCL, Salas MSV. La terapia de aceptación y compromiso (act)1. fundamentos, características y evidencia. Papeles del Psicólogo. 2006;27(2):79-91.



47. Lira NAH. Revisión de la situación actual de la Terapia Cognitivo Conductual.
Revista Psicología.com. 2013;17(5):1-12.

Conflicto de intereses

Los autores declaran que no tienen conflicto de intereses.



Este material es publicado según los términos de la Licencia Creative Commons Atribución–NoComercial 4.0. Se permite el uso, distribución y reproducción no comerciales y sin restricciones en cualquier medio, siempre que sea debidamente citada la fuente primaria de publicación.