

INVESTIGACIÓN ORIGINAL

Malestar psicológico en pacientes oncológicos en un hospital de atención terciaria en la costa de Karnataka, India: un estudio transversal

Psychological Distress Among Oncology Patients at a Tertiary Care Hospital in Coastal Karnataka, India: A Cross-Sectional Study

Sujatha R. Kannappan. Nitte Usha Institute of Nursing Sciences, India
Email: sujatha@nitte.edu.in, <https://orcid.org/0000-0003-3942-0849>

Recibido: 25 de marzo de 2025.

Aceptado: 2 de diciembre de 2025.

Conflictos de intereses: Ninguno.

DOI: <https://doi.org/10.71164/socialmedicine.v19i3.2026.2075>

Resumen

Contexto. El malestar psicológico es un problema psicosocial frecuente, aunque a menudo subestimado entre las y los pacientes oncológicos, que afecta su bienestar y calidad de vida. Comprender las dificultades psicosociales de estos pacientes es fundamental para brindarles apoyo específico y mejorar su bienestar general. **Objetivos.** Este estudio tiene como objetivo evaluar el nivel de angustia entre pacientes con afecciones oncológicas, utilizando el Termómetro de Angustia de la NCCN como medida. **Entorno y diseño.** Es de carácter transversal, encuestó a pacientes ingresados con afecciones oncológicas en un hospital específico de Mangalore. **Materiales y métodos.** Se reclutó una muestra total de 100 pacientes como participantes mediante una técnica de muestreo intencional y se utilizó el Termómetro de Angustia de la NCCN. Los datos se analizaron mediante estadística descriptiva. **Resultados.** El estudio incluyó a 100 pacientes, de los cuales 77% eran hombres. La mayoría (32%) tenía entre 36 y 40 años, y 65% estuvieron hospitalizados durante una semana. La mayoría (75%) tenía una duración de la enfermedad inferior a un año y 34% se había sometido a cirugía. Además, 78% eran miembros de familia que no aportaban ingresos. El cáncer de mama (33%) y el de ovario (14%) fueron los diagnósticos más comunes; 14% recibió radioterapia, mientras 58% se sometió a un ciclo de quimioterapia; 57% reportaron preocupaciones prácticas, 42% familiares, 53% emocionales, 23% físicas y 10% espirituales o religiosas. Los problemas financieros (81%) y de transporte (82%) fueron las preocupaciones prácticas más comunes, mientras que la tristeza fue el problema emocional más frecuentemente reportado (66%). **Conclusiones.** Los hallazgos ponen de manifiesto la importante carga de angustia que experimentan, con 65% que obtuvo una puntuación de cinco o superior en la escala de angustia. Estos resultados subrayan la necesidad de una evaluación integral y apoyo que aborde el bienestar psicosocial de las personas que afrontan desafíos oncológicos.

Palabras clave: estudios transversales, calidad de vida, adaptación, psicológico, actividades de la vida diaria, neoplasias

Abstract

Context. Distress is a prevalent yet often underrecognized psychosocial issue among patients with oncological conditions, impacting their well-being and quality of life. Understanding patients' psychosocial challenges is critical for providing targeted support and improving their overall well-being. **Aims.** This study aims to assess the level of distress among patients with oncological conditions, utilizing the NCCN Distress Thermometer as a measure. **Setting and Design.** As a cross-sectional analysis, this study surveyed patients admitted with oncological conditions at a designated hospital in Mangalore. **Materials & Methods.** A total sample of 100 patients were recruited as participants using purposive sampling technique and NCCN Distress Thermometer was used. Data were analyzed using descriptive statistics. **Results.** The study included 100 patients, of whom 77% were male. Most participants (32%) were aged 36–40 years, and 65% were hospitalized for one week. The majority (75%) had a duration of illness of less than one year, and 34% had undergone surgery. Additionally, 78% were non-earning members of their families. Breast cancer (33%) and ovarian cancer (14%) were the most common diagnoses. Radiotherapy was received by 14% of patients, while 58% underwent one cycle of chemotherapy. Practical concerns were reported by 57% of patients, family concerns by 42%, emotional concerns by 53%, physical concerns by 23%, and spiritual or religious concerns by 10%. Financial issues (81%) and transportation (82%) were the most common practical concerns, while sadness was the most frequently reported emotional issue (66%). **Conclusions.** The findings highlight a significant distress burden among patients, with 65% scoring five or higher on the distress thermometer. These results underscore the need for comprehensive evaluation and support to address the psychosocial well-being of individuals facing oncological challenges.

Keywords: Cross-sectional studies, quality of life, adaptation, psychological, activities of daily living, neoplasms



Introducción

El cáncer es una enfermedad compleja e incapacitante que no solo presenta enormes dificultades físicas, sino que también tiene un impacto negativo sustancial en la salud psicológica y emocional de una persona¹, derivado del tratamiento y la incertidumbre sobre su pronóstico.²

El malestar se manifiesta como una sensación desagradable que afecta negativamente a diversas facetas del bienestar, incluyendo las dimensiones mental, física, social y espiritual.³

El malestar psicológico dificulta significativamente la capacidad funcional y de afrontamiento en pacientes jóvenes con cáncer sometidos a quimio o radioterapia, lo que conlleva una menor calidad de vida.⁴ Comprender y manejar el sufrimiento es fundamental para una atención integral del paciente y una calidad de vida óptima en el ámbito de la oncología.⁵

La prevalencia del malestar psicológico entre las y los pacientes oncológicos es una preocupación importante a nivel mundial. Los resultados de las investigaciones indican que experimentan malestar psicosocial considerable. Por ejemplo, un estudio encontró que aproximadamente 32% de los recién ingresados son evaluados para la detección de este malestar y, de ellos, 47% presenta niveles de malestar de 5/10 o superiores.⁶ Los síntomas no controlados representan la mayoría de las hospitalizaciones de pacientes con cáncer, y estos casos terminan en alta domiciliaria (60.6%) o fallecimiento (26.5%).⁷ Algunas investigaciones indican que más de la mitad experimentaron malestar psicosocial significativo, y 23% acudió a servicios de psicooncología después de cuatro meses, influenciado por su percepción de las recomendaciones del oncólogo, la edad, el nivel educativo y las puntuaciones de malestar.⁸

En India se observan tendencias similares, donde los estudios revelan que aproximadamente 26.6% experimentan ansiedad significativa y 28.6% presentan síntomas depresivos. Además, se encontró una correlación significativa ($p=0.011$) entre las enfermedades oncológicas y mayores grados de ansiedad o depresión, así como puntuaciones de angustia más elevadas.^{9,10}

Además, los niveles de angustia están influenciados por diversos factores, como la edad, la educación y afecciones médicas específicas, observándose mayores niveles de ansiedad y depresión en enfermedades urogenitales, reumatológicas, oncológicas, neurológicas y respiratorias.¹¹ Estos datos subrayan la necesidad urgente de realizar evaluaciones psicológicas tempranas e intervenciones de apoyo personalizadas para abordar sus necesidades emocionales y de salud mental, tanto en la India como a nivel mundial.

Los profesionales de salud pueden atender mejor sus necesidades psicológicas al comprender el alcance y los efectos del malestar psicológico. Esto les permitirá ofrecer intervenciones y servicios de apoyo más individualizados. En la costa de Karnataka, el singular entorno costero añade complejidad a la atención oncológica, lo que puede afectar sus niveles de malestar. Factores como el acceso a los recursos, las normas culturales y la ubicación geográfica pueden influir en las estrategias de afrontamiento y sus niveles de malestar.¹²

Comprender las variaciones regionales es esencial para diseñar intervenciones personalizadas. Los estudios indican que, a pesar de niveles de angustia de moderados a extremos, las derivaciones a servicios de psicooncología son bajas. Se han identificado barreras como limitaciones de tiempo, sus actitudes y dependencia del juicio clínico en otras regiones. Al examinar estas variables en el contexto de la costa de Karnataka, podemos comprender mejor la angustia y su impacto en la prestación de atención oncológica. Hay datos limitados sobre la prevalencia y la gravedad de su angustia psicológica en esta región. Investigar estos factores en la costa de Karnataka es necesario para mejorar el aprovechamiento de los servicios de salud.¹³ El impacto de las creencias culturales y el estatus socioeconómico en los niveles de angustia y los mecanismos de afrontamiento entre las y los pacientes con cáncer en la costa de Karnataka está poco investigado. Explorar estos factores puede informar una atención culturalmente sensible.¹⁴ Al integrar la detección de la angustia en la atención oncológica de rutina, los proveedores de atención médica pueden garantizar intervenciones oportunas, mejorando en última instancia la adherencia al tratamiento, los resultados de salud y su calidad de

vida. El objetivo principal de este estudio es evaluar los niveles de angustia que experimentan quienes fueron diagnosticados con enfermedades oncológicas, utilizando el Termómetro de Angustia de la NCCN como medida estandarizada.

Materiales y métodos

Este estudio empleó un diseño transversal y descriptivo para examinar los niveles de angustia entre pacientes oncológicos ingresados en un hospital de tercer nivel en la costa de Karnataka. El estudio se realizó entre pacientes oncológicos que recibían tratamiento en un hospital de tercer nivel en Mangalore. La población de estudio consistió en pacientes diagnosticados con diversos tipos y estadios de cáncer. Se empleó una técnica de muestreo intencional para seleccionar pacientes elegibles que cumplieran con los criterios de inclusión, asegurando que la muestra representara adecuadamente a la población objetivo. Se incluyeron en el estudio aquellos participantes que tenían 18 años o más, habían sido diagnosticados con cualquier tipo o estadio de cáncer, recibían tratamiento activo o cuidados paliativos y en condiciones de dar su consentimiento informado y participar activamente en el estudio. Se excluyeron del estudio las y los que presentaban deterioro cognitivo grave o enfermedades psiquiátricas que impedían su participación, o aquellos que se encontraban en estado crítico y no podían responder a la encuesta o entrevista.

La recopilación de datos se realizó mediante entrevistas previamente concertadas con los participantes. Los investigadores utilizaron un Formulario de Datos Demográficos y Clínicos para recopilar su información, incluyendo edad, sexo, estatus socioeconómico, tipo de cáncer, estadio y detalles del tratamiento. Los niveles de angustia se evaluaron utilizando el Termómetro de Angustia de la NCCN, una herramienta de detección validada desarrollada por Roth *et al.* para evaluar la angustia psicológica en pacientes con cáncer. Este instrumento consiste en una escala analógica visual de un solo ítem que va de 0 (“ninguna angustia”) a 10 (“angustia extrema”), que mide la angustia general experimentada durante la última semana. Se sugiere un nivel de malestar clínicamente significativo y un mecanismo de derivación a servicios profesionales adecuados para la población

general con cáncer, con una puntuación de ≥ 5 en la escala analógica visual como punto de corte.¹⁵ Se utilizó una lista de verificación para identificar los dominios que contribuyen a la angustia, incluyendo problemas físicos (p.ej., dolor, fatiga), preocupaciones emocionales (p.ej., miedo, ansiedad), desafíos prácticos (p.ej., dificultades financieras) y problemas familiares o sociales.

La aprobación ética para este estudio fue otorgada por el Comité de Ética Institucional. Los participantes dieron su consentimiento informado antes de su participación. Se garantizó la confidencialidad y el anonimato para proteger la privacidad de los participantes. Se les informó sobre su derecho a retirarse del estudio en cualquier momento. Se ofreció apoyo emocional a quienes experimentaron altos niveles de angustia, y se les derivó a equipos de psicología o cuidados paliativos según fuera necesario.

Se hizo uso de estadística descriptiva, incluyendo frecuencias y porcentajes, para resumir las características demográficas y clínicas de los participantes. Se analizaron las puntuaciones del Termómetro de Angustia de la NCCN para determinar la prevalencia y gravedad de su angustia. El análisis estadístico se realizó con el software SPSS, y los resultados se evaluaron para identificar los factores que influyen en tales niveles de angustia.

Resultados

Características personales de pacientes con afecciones oncológicas

Los datos presentados en el Cuadro 1 muestran que el segmento más grande de pacientes por edad tenía entre 36 y 40 años (32%), con una edad media de 41.7 ± 5.75 años. Una proporción significativamente mayor de participantes fueron hombres (77%). La mayoría (65%) estuvieron hospitalizados durante una semana, con una duración media de 1.42 ± 0.65 semanas. En cuanto a su educación, 38% había alcanzado la educación media superior. Además, 75% habían sido diagnosticados con su enfermedad hacía menos de un año (duración media: 0.84 ± 0.65 años). En cuanto a los antecedentes quirúrgicos, 66% no se había sometido a cirugía, mientras que 34% sí. Cabe

destacar que solo 22% eran miembros económicamente activos de su comunidad.

Datos clínicos de pacientes con afecciones oncológicas

El tipo de cáncer más frecuente entre la población estudiada fue el de mama (33%), seguido del de ovario (14%). Los cánceres de mucosa bucal, pulmón, esófago y estómago representaron cada uno el 9% de los casos. Entre los cánceres menos frecuentes se encontraban los de cuello uterino, lengua, colon, útero, orofaringe, tiroides, cuero cabelludo (carcinoma de células escamosas), páncreas y riñón (entre 1% y 6% en cada uno). Esta distribución pone de manifiesto la diversidad de tipos de cáncer tratados en el centro de estudio y subraya la necesidad de un enfoque multidisciplinario para su atención.

En cuanto a la radioterapia, 14% recibió una sesión, 9% recibió dos, 6% recibió tres y el 1% recibió cuatro sesiones, mientras que una proporción considerable no recibió radioterapia.

En cuanto a la quimioterapia, 39% no recibió tratamiento, mientras que el 58% se sometió a un ciclo. Una proporción menor recibió dos (2%) o tres (1%) ciclos, lo que indica variabilidad en la utilización de la quimioterapia en la población estudiada.

Problemas a los que se enfrentan las y los pacientes que padecen enfermedades oncológicas

Los datos presentados en el Cuadro 2 y la Figura 1 revelan los múltiples desafíos que enfrentan, destacando el impacto generalizado del cáncer sobre los ámbitos práctico, emocional, familiar, espiritual y físico. Estos hallazgos subrayan la necesidad de un enfoque integral y centrado en el paciente.

Problemas prácticos: dificultades de transporte (82%) y preocupaciones financieras (81%) fueron los problemas más comunes, lo que indica importantes cargas logísticas y económicas.

Problemas familiares: preocupaciones relacionadas con la salud familiar (50%) y fertilidad (43%) reflejan el impacto más amplio del cáncer en la vida familiar.

Problemas emocionales: el malestar emocional fue prominente, y se reportaron con frecuencia tristeza (66%), preocupación (54%) y pérdida de interés en las actividades habituales (50%).

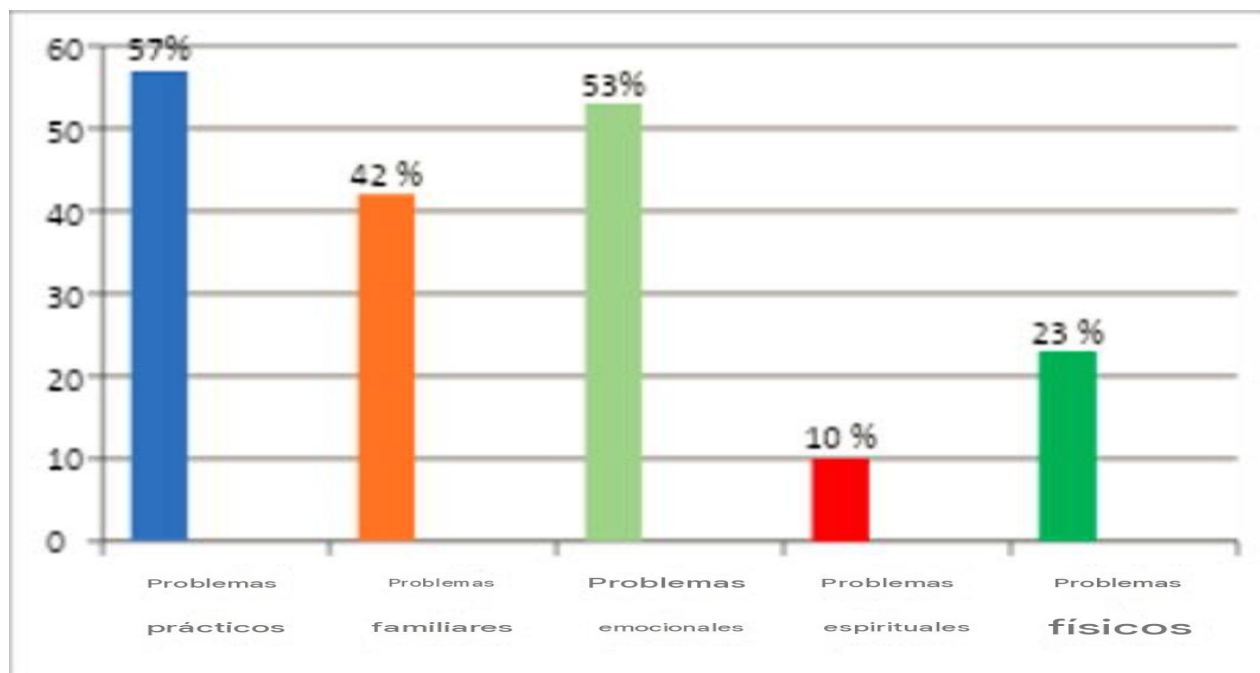
Preocupaciones espirituales o religiosas: si bien son reportadas por una proporción menor de pacientes (10%), las preocupaciones espirituales y religiosas representan una dimensión importante de la atención para aquellos que enfrentan desafíos existenciales.

Cuadro 1. Características personales de las y los pacientes (n=100)

Características personales		n	%
Género	Femenino	23	23.0
	Masculino	77	77.0
Educación	Titulado	12	12.0
	Media superior	38	38.0
	Media	21	21.0
	Primaria	29	29.0
Cirugía	Sí	34	34.0
	No	66	66.0
Económicamente activo	Sí	22	22.0
	No	78	78.0

Fuente: elaboración propia con los datos en todos los casos

Figura 1. Porcentajes del tipo de problemas que enfrentan las y los pacientes con afecciones oncológicas, medida mediante el Termómetro de Angustia de la NCCN



Cuadro 2. Problemas a los que se enfrentan las y los pacientes con afecciones oncológicas (n=100)

	Categoría	n	(%)
	Problemas prácticos		
1	Alojamiento	53	53.0
2	Seguros / Finanzas	81	81.0
3	Transporte	82	82.0
4	Decisiones de tratamiento	61	61.0
	Problemas familiares		
1	Capacidad para tener hijos	43	43.0
2	Problemas de salud familiar	50	50.0
	Problemas emocionales		
1	Depresión	52	52.0
2	Miedo	52	52.0
3	Nerviosismo	43	43.0
4	Tristeza	66	66.0
5	Preocuparse	54	54.0
6	Pérdida de interés en las actividades normales	50	50.0
	Preocupaciones espirituales/religiosas	10	10.0
	Problemas físicos		
1	Apariencia	54	54.0
2	Alimentación	42	42.0
3	Fatiga	60	60.0
4	Dolor	60	60.0

Discusión

El presente estudio examina los niveles de malestar psicológico entre pacientes con afecciones oncológicas utilizando el Termómetro de Malestar de la NCCN. Los niveles de malestar se analizaron en relación con factores como edad, modalidades de tratamiento, características del tumor y su localización.¹⁶ La muestra mostró un predominio de pacientes masculinos, que abarcaron 77% de la cohorte. Investigaciones previas habían reportado altos niveles de angustia entre las pacientes femeninas, con 76% que experimentaba angustia psicológica y 71.3% que expresaba un fuerte deseo de obtener una información más completa sobre su enfermedad.¹⁷

La mayoría (75%) presentaron una duración de la enfermedad inferior a un año, lo que sugiere que una gran proporción se encontraba en las primeras etapas posteriores al diagnóstico. Se informó de intervención quirúrgica en 34%, lo que indica que la cirugía constituyó un componente importante del tratamiento para un subgrupo de la cohorte. Investigaciones previas han demostrado que quienes presentan cánceres urológicos pueden experimentar niveles más bajos de ansiedad en comparación con otros grupos, mientras que las personas sometidas a procedimientos más invasivos, como la nefrectomía radical, pueden reportar mayores niveles de angustia.¹⁸ En cuanto a nivel educativo, 38% completó su educación media superior, mientras que 29% solo había terminado la primaria. Esta distribución revela variabilidad en el nivel educativo dentro de la población estudiada, lo que puede influir en su nivel de alfabetización en temas de salud y la adherencia a su tratamiento. Estudios previos han relacionado niveles educativos más bajos con peores resultados de salud, en parte debido a las dificultades para comprender la información sanitaria y adherirse a los protocolos de tratamiento.¹⁹

El panorama financiero muestra que 78% no perciben ingresos, lo que subraya su dependencia de apoyos financieros externos para su atención médica. Entre las pacientes con cáncer ginecológico y de mama, los mayores niveles de angustia se asocian a un mayor uso de servicios de salud de urgencia, como visitas a emergencias e ingresos hospitalarios.²⁰ El cáncer de mama sigue siendo la

neoplasia maligna más común entre mujeres, en parte debido a una mayor concientización y detección precoz.²¹ De manera alarmante, casi 48% experimentan angustia grave relacionada con el dolor, el agotamiento, los problemas de sueño y la preocupación.²² El malestar psicológico se correlaciona más fuertemente con variables clínicas como la autonomía del paciente y las comorbilidades psiquiátricas que con el tipo de cáncer.²³ Cabe destacar que 39% de las pacientes con cáncer de mama experimentan un malestar emocional grave, que afecta su funcionamiento.²⁴ Además, las pacientes que se preparan para la radioterapia suelen mostrar un mayor malestar, lo que puede dificultar el cumplimiento del tratamiento y aumentar los riesgos de hospitalización.²⁵

El estudio pone de relieve las variaciones en el tratamiento del cáncer, en particular en la quimioterapia y la radioterapia. Si bien 58% recibió al menos un ciclo de quimioterapia, un número significativo no lo hizo, posiblemente debido al estadio de la enfermedad, las comorbilidades o las preferencias del paciente. Cabe destacar que solo el 3% completó dos o más ciclos, lo que genera preocupación sobre la adecuación del tratamiento para los cánceres agresivos. Los sometidos a radioterapia experimentaron un alto nivel de angustia física y emocional, lo que afectó su adherencia al tratamiento y su salud en general. Los datos clínicos proporcionan información valiosa para la toma de decisiones sobre el tratamiento, la asignación de recursos y el apoyo al paciente.²⁶

La principal fuente de angustia provino de problemas prácticos (57%), particularmente problemas de vivienda (53%) relacionados con reubicaciones temporales para el tratamiento. Esto es especialmente frecuente entre pacientes urbanos provenientes de zonas rurales, con estudios que indican que 81% reporta dificultades financieras, exacerbadas por los altos costos del tratamiento y la cobertura limitada del seguro médico, particularmente en países de ingresos bajos y medios como la India. El acceso (82%) a los centros de tratamiento sigue siendo una barrera importante, 80% en el sur de la India experimentan problemas de transporte, lo que aumenta aún más su estrés.¹⁶ Abordar estos problemas a través de programas de apoyo al paciente y asesoramiento financiero podría

mejorar la adherencia al tratamiento y de calidad de vida.

Además, aproximadamente un tercio manifestaron inquietudes relacionadas con el manejo del dolor, transporte y finanzas, lo que pone de manifiesto las dificultades logísticas y económicas asociadas a la atención oncológica.^{27,28} Estudios realizados entre pacientes iraníes con cáncer también indican una importante tensión psicosocial, con un 50% que expresa preocupación por la salud de su familia.²⁹ El malestar emocional también es frecuente, con un alto porcentaje de pacientes que reportan depresión, miedo y tristeza. Estos hallazgos subrayan la significativa carga psicológica que experimentan y resaltan la necesidad de un apoyo psicosocial integral a lo largo de todo el proceso oncológico.

Las y los pacientes suelen expresar una preocupación significativa por la salud y el bienestar de sus familiares (50%), lo que agrava su carga emocional. Un estudio similar informó que 48% identificó la salud familiar como una preocupación importante, lo que subraya la tensión emocional experimentada en el contexto de la enfermedad.³⁰ La prevalencia de la depresión y miedo es notable, afectando a 52%. Un estudio encontró que 55% reporta síntomas depresivos atribuidos a la incertidumbre sobre el pronóstico y a los efectos secundarios del tratamiento.¹³ Además, la ansiedad se manifiesta en forma de nerviosismo (43%) y preocupación excesiva (54%), mientras que la tristeza (66%) se reporta con frecuencia como respuesta al diagnóstico y al tratamiento. Estas emociones se correlacionan con la fatiga, la pérdida de independencia y la percepción de falta de apoyo.¹⁶ La pérdida de interés en las actividades normales afecta a 50% y está estrechamente relacionada con la depresión y la fatiga, lo que resalta la necesidad de un apoyo psicosocial integral durante todo el proceso oncológico.

Los niveles más altos de angustia emocional están asociados a una menor adherencia al tratamiento y peores resultados de salud, lo que subraya la importancia de integrar el apoyo psicológico a través de asesoramiento, grupos de apoyo y servicios de salud mental.³¹ Aproximadamente, dos tercios de las y los adultos experimentan angustia psicosocial, especialmente las mujeres quienes residen en zonas rurales o utilizan seguros de salud comunitarios.³² Los servicios de salud mental,

incluyendo el asesoramiento individual e intervenciones basadas en la atención plena, pueden abordar eficazmente la angustia emocional y mejorar los mecanismos de afrontamiento. La dinámica familiar también se ve afectada, ya que 42% de los pacientes reportan problemas familiares, incluyendo estrés del cuidador y conflictos con familiares; 43.8% de los mayores mostraron signos de malestar psicológico.³³ El desgaste emocional y la presión financiera sobre los cuidadores pueden afectar negativamente su capacidad para apoyar al paciente, lo que lleva al agotamiento del cuidador y a relaciones tensas.³⁴ Si bien sólo 10% reportan preocupaciones espirituales, abordar este aspecto es crucial para una atención integral. La angustia espiritual, aunque menos frecuente, puede afectar significativamente el afrontamiento y la resiliencia.³⁵

Los proveedores de atención médica deben reconocer y apoyar las necesidades espirituales de sus pacientes, ya que estos problemas existenciales pueden afectar su experiencia general con su enfermedad.³⁶ Los cambios en su apariencia (54%), como la pérdida de cabello o las cicatrices quirúrgicas, afectan significativamente la autoestima, especialmente entre los más jóvenes. Aproximadamente 50 - 60% experimentan angustia relacionada con cambios en su apariencia.³⁰ Los problemas de alimentación (42%), como náuseas y pérdida de apetito, también afectan sus hábitos alimenticios. Además, 60% reportan fatiga y dolor, lo que a menudo conduce a una menor calidad de vida.¹⁶ El manejo del dolor sigue siendo un desafío crítico, y muchos pacientes experimentan un alivio inadecuado.

Los trastornos del sueño son frecuentes, casi 70% experimenta insomnio o sueño fragmentado debido al dolor, la ansiedad o los efectos secundarios del tratamiento.³⁰ Abordar estos problemas del sueño es fundamental para su recuperación y bienestar general. Los desafíos físicos son importantes para estos pacientes, incluyendo fatiga (60%) y dificultades para bañarse y vestirse (22%). El dolor y los cambios en la micción también son comunes, afectando a 60% y 11%, respectivamente. Estos síntomas multifacéticos impactan gravemente la calidad de vida, a menudo provocando tristeza e impotencia.³⁷ Además, 23% reportan una variedad de problemas físicos como dolor, fatiga, náuseas y

debilidad asociados con el cáncer y sus tratamientos.

Un enfoque holístico es fundamental para abordar sus desafíos. El programa de capacitación *Make It Training*, que combina la terapia de aceptación y compromiso con la reducción del estrés basada en la atención plena, busca disminuir la angustia en pacientes con cáncer.³⁸ Además, un programa de detección secuencial de angustia psicológica en pacientes oncológicos hospitalizados se muestra prometedor, aunque la baja participación en las consultas psiquiátricas sigue siendo un problema.³⁹

Si bien este estudio proporciona información valiosa sobre las características demográficas y de tratamiento de las y los pacientes oncológicos en Mangalore, es importante reconocer sus limitaciones. El estudio se realizó en un único hospital de tercer nivel, lo que limita la generalización de estos hallazgos a otros entornos. Futuras investigaciones deberían replicarlos en estudios multicéntricos más amplios para obtener una muestra más representativa de pacientes oncológicos en la región. Además, se necesitan estudios longitudinales para explorar los resultados a largo plazo y sus trayectorias de tratamiento, incluyendo tasas de supervivencia, toxicidad del tratamiento y calidad de vida.

Conclusión

Este estudio examina las características demográficas, perfiles clínicos y desafíos que enfrentan las y los pacientes oncológicos en un hospital de tercer nivel en Mangalore, Karnataka costera. Los hallazgos indican una población predominantemente masculina, aunque a pesar de ello el cáncer de mama es el diagnóstico más común. La población afectada experimenta desafíos en los ámbitos práctico, emocional, familiar, espiritual y físico, siendo las dificultades de transporte, las limitaciones financieras, el malestar emocional y los síntomas físicos los más frecuentes. Estos hallazgos resaltan la necesidad de un enfoque holístico y centrado en la o el paciente para la atención oncológica, que aborde sus necesidades multidimensionales mediante intervenciones psicosociales y de apoyo personalizadas, con el objetivo de mejorar su bienestar general y la calidad de la atención.

Referencias

1. Shaw ML. Navigating the mental health challenges of cancer diagnosis, treatment, and survivorship [Internet]. *Am J Manag Care*. 2024 Mar 12 [cited 2025 Mar 19]. Available from: <https://www.ajmc.com/view/navigating-the-mental-health-challenges-of-cancer-diagnosis-treatment-and-survivorship>
2. Center for Substance Abuse Treatment (US). Trauma-Informed Care in Behavioral Health Services. Rockville (MD): Substance Abuse and Mental Health Services Administration (US); 2014. (Treatment Improvement Protocol (TIP) Series, No. 57.) Chapter 3, Understanding the Impact of Trauma [Internet]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK207191/>
3. Belay AS, Guangul MM, Asmare WN, Mesafint G. Prevalence and associated factors of psychological distress among nurses in public hospitals, Southwest Ethiopia: A cross-sectional study. *Ethiop J Health Sci*. 2021 Nov;31(6):1247–56. doi: 10.4314/ejhs.v31i6.21
4. Ramathuba DU, Ramutumbu NJ. Psychosocial distress and the quality of life of cancer patients in rural hospitals in Limpopo Province: A qualitative study. *Curr Oncol*. 2025 Jan 16;32(1):43. doi: 10.3390/curroncol32010043
5. Dekker J, Graves KD, Badger TA, Diefenbach MA. Management of distress in patients with cancer—Are we doing the right thing? *Ann Behav Med*. 2020 Dec 1;54(12):978–84. doi: 10.1093/abm/kaa091
6. Götz A, Kröner A, Jenewein J, Spirig R. Evaluation of distress management in inpatients with cancer by means of the distress thermometer: A mixed methods approach. *Palliat Support Care*. 2024 Aug;22(4):734–41. doi: 10.1017/S1478951522001493
7. Numico G, Cristofano A, Mozzicafreddo A, Cursio OE, Franco P, Courthod G, et al. Hospital admission of cancer patients: avoidable practice or necessary care? *PLoS One*. 2015 Mar 26;10(3):e0120827. doi: 10.1371/journal.pone.0120827
8. Tondorf T. Comprehensive cancer care: cancer patients' and oncologists' perspectives on psycho-oncological support [dissertation]. Basel, Switzerland: University of Basel; 2018.
9. Rosselli M, Salimbeni MV, Bessi C, Nesi E, Caruso S, Arboretti D, et al. Screening of distress among hospitalized patients in a department of internal medicine. *Asian J Psychiatr*. 2015 Dec;18:91–6. doi: 10.1016/j.ajp.2015.08.003
10. Muzzatti B, Agostinelli G, Bomben F, Busato S, Flaiban C, Gipponi KM, et al. Intensity and prevalence of psychological distress in cancer inpatients: Cross-sectional study using new case-finding criteria for the Hospital Anxiety and Depression Scale. *Front Psychol*. 2022 Apr 26;13:875410. doi: 10.3389/fpsyg.2022.875410

12. McMullen M, Lau PKH, Taylor S, McTigue J, Cook A, Bamblett M, et al. Factors associated with psychological distress amongst outpatient chemotherapy patients: An analysis of depression, anxiety and stress using the DASS-21. *Appl Nurs Res.* 2018 Apr;40:45-50. doi: 10.1016/j.apnr.2017.12.002.
13. Ginex P, Dickman E, Elia MR, Burbage D, Wilson R, Koos JA, et al. Climate disasters and oncology care: a systematic review of effects on patients, healthcare professionals, and health systems. *Support Care Cancer.* 2023 Jun 20;31(7):403. doi: 10.1007/s00520-023-07842-z.
14. Normen M, Sahaya FE, Kulkarni K, Vidhubala E, Shewade HD, Kathiresan J. 'Patients with Cancer are Distressed!' Indian Healthcare Provider Perspectives on Distress Screening and Referrals to Psycho-oncology Services - A Mixed Methods Study. *Indian J Palliat Care.* 2021 Oct-Dec;27(4):561-70. doi: 10.25259/IJPC.142.21.
15. Veeraiah S, Kayser K, Sudhakar R. Psychosocial factors influencing distress among cancer patients in South India. *J Psychosoc Oncol Res Pract.* 2022 Jan 1;4(1):e067.
16. National Comprehensive Cancer Network (NCCN). Distress Thermometer Tool Translations [Internet]. [cited 2025 Mar 19]. Available from: <https://www.nccn.org/global/what-we-do/distress-thermometer-tool-translations>
17. Rossi A, Marconi M, Mannarini S, Minelli I, Fusi C, Anderboni M, et al. Profiling cancer-related distress and problems: A latent class analysis approach. *J Clin Oncol.* 2019;37(15 Suppl):e23191. doi: 10.1200/JCO.2019.37.15_suppl.e23191.
18. Ojewole FO, Madu AM, Nwozichi CU. Association between psychological distress and unmet information needs among female cancer patients in two selected teaching hospitals in South-West Nigeria. *Chrimed J Health Res.* 2018 Jan 1;5(1):11-7.
19. Pastore AL, Mir A, Maruccia S, Palleschi G, Carbone A, Lopez C, et al. Psychological distress in patients undergoing surgery for urological cancer: A single centre cross-sectional study. *Urol Oncol.* 2017 Dec;35(12):673.e1-7. doi: 10.1016/j.urolonc.2017.08.006.
20. Cutler DM, Lleras-Muney A. Education and health: evaluating theories and evidence. NBER Working Paper No. 12352. National Bureau of Economic Research; 2006.
21. Lim SY, Ke Y, Mok NK, Tan YY, Neo PSH, Chan A, et al. Factors associated with distress and the impact of distress on acute health-care service utilization among patients diagnosed with breast and gynecological cancers. *Palliat Support Care.* 2024 Aug;22(4):726-33. doi: 10.1017/S1478951522001444.
22. Sung H, Ferlay J, Siegel RL, Laversanne M, Soerjomataram I, Jemal A, et al. Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. *CA Cancer J Clin.* 2021 May;71(3):209-49. doi: 10.3322/caac.21660.
23. Funk-Lawler R, Munday KR. Understanding distress among patients with cancer receiving specialized, supportive care services. *Am J Hosp Palliat Care.* 2020 Oct;37(10):830-6. doi: 10.1177/1049909120905780.
24. Valdes-Stauber J, Bachthaler S. Differences in distress severity among oncology patients treated by a consultation-liaison service: A five-year survey in Germany. *Eur J Psychiatry.* 2017 Jul 1;31(3):105-12.
25. Saeedi-Saedi H, Shahidsales S, Koochak-Pour M, Sabahi E, Moridi I. Evaluation of emotional distress in breast cancer patients. *Iran J Cancer Prev.* 2015 Jan-Feb;8(1):36-41.
26. Anderson J, Slade AN, McDonagh PR, Burton W, Fields EC. The long-lasting relationship of distress on radiation oncology-specific clinical outcomes. *Adv Radiat Oncol.* 2018 Nov 14;4(2):354-61. doi: 10.1016/j.adro.2018.11.001.
27. Almigbal TH, Almutairi KM, Fu JB, Vinluan JM, Alhelih E, Alonazi WB, et al. Assessment of psychological distress among cancer patients undergoing radiotherapy in Saudi Arabia. *Psychol Res Behav Manag.* 2019 Aug 20;12:691-700. doi: 10.2147/PRBM.S209896.
28. Wallis CJD, Joyce DD, Klaassen Z, Luckenbaugh AN, Laviana AA, Penson D, et al. Out-of-pocket costs for commercially insured patients with localized prostate cancer. *Urol Oncol.* 2021 Dec;39(12):797-805. doi: 10.1016/j.urolonc.2021.08.026.
29. Ong'ondi M, Njuguna I, Obulumire R, Munyoro E, Okech V, Ann N, et al. Psychological distress in patients with cancer at the Kenyatta National Hospital in Nairobi, Kenya, during the COVID-19 pandemic. *J Psychosoc Oncol Res Pract.* 2023 Apr 1;5(2):00.
30. Fathollahzade A, Rahmani A, Dadashzadeh A, Gahramanian A, Esfahani A, Javanganji L, et al. Financial distress and its predicting factors among Iranian cancer patients. *Asian Pac J Cancer Prev.* 2015;16(4):1621-5. doi: 10.7314/apjcp.2015.16.4.1621.
31. Pooja S, Savatagi S, Sengupta A, Jayanna K. Assessment of psychological distress and its association with socio-demographic variables among cancer patients in a tertiary care hospital in Bengaluru, Karnataka: a cross-sectional study. *Int J Community Med Public Health.* 2023 Sep;10(9):3358.
32. Ramirez-Sola M. Distress management in cancer patients in Puerto Rico. *J Community Support Oncol.* 2017 Mar 1;15(2):68-73.
33. Baye AA, Bogale SK, Delie AT, Melak Fekadie M, Wondyifraw HG, Tigabu ME, et al. Psychosocial distress and associated factors among adult cancer patients at oncology: a case of Ethiopia. *Front Oncol.* 2023 Dec 21;13:1238002. doi: 10.3389/fonc.2023.1238002.
34. Hong JF, Zhang W, Song YX, Xie LF, Wang WL. Psychological distress in elderly cancer patients. *Int J Nurs Sci.* 2015 Mar 1;2(1):23-7.

35. Northouse LL, Katapodi MC, Song L, Zhang L, Mood DW. Interventions with family caregivers of cancer patients: meta-analysis of randomized trials. *CA Cancer J Clin.* 2010 Sep-Oct;60(5):317-39. doi: 10.3322/caac.20081.
36. Schultz M, Meged-Book T, Mashlach T, Bar-Sela G. Distinguishing between spiritual distress, general distress, spiritual well-being, and spiritual pain among cancer patients during oncology treatment. *J Pain Symptom Manage.* 2017 Jul;54(1):66-73. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2017.03.018.
37. Wattis J, Curran S. *Practical psychiatry of old age.* Boca Raton (FL): CRC Press; 2024 Nov 1.
38. Cha KM, Chung YK, Lim KY, Noh JS, Chun M, Hyun SY, et al. Depression and insomnia as mediators of the relationship between distress and quality of life in cancer patients. *J Affect Disord.* 2017 Aug 1;217:260-5. doi: 10.1016/j.jad.2017.04.020.
39. Bäuerle A, Martus P, Erim Y, Schug C, Heinen J, Krakowczyk JB, et al. Web-based mindfulness and skills-based distress reduction for patients with cancer: study protocol of the multicentre, randomised, controlled confirmatory intervention trial Reduct. *BMJ Open.* 2022 Jun 1;12(6):e056973. doi: 10.1136/bmjopen-2021-056973.
40. Hahn C, Joo SH, Chae JH, Lee CU, Kim TS. Feasibility of psychosocial distress screening and management program for hospitalized cancer patients. *Psychiatry Investig.* 2017 Nov;14(6):734-45. doi: 10.4306/pi.2017.14.6.734.



Social Medicine
Health For All

ISSN: 1557-7112