

UNIVERSIDAD PERUANA UNIÓN

ESCUELA DE POSGRADO

Unidad de Posgrado de Psicología



**El impacto psicológico de la revelación del diagnóstico oncológico
en adultos mayores: una revisión sistemática**

Trabajo Académico para obtener el Título de Segunda Especialidad
Profesional en Psicooncología y Cuidados Paliativos

Autor:

Andrea Eliana Figueroa Castillo
Silvana del Rosario Encinas Copa

Asesor:

Mag. Nikolai Martin Rodas Vera

Lima, enero de 2026

DECLARACIÓN JURADA DE ORIGINALIDAD DEL TRABAJO ACADÉMICO

Yo Nikolai Martin Rodas Vera, docente de la Unidad de Posgrado de la Escuela de Posgrado de la Universidad Peruana Unión.

DECLARO:

Que la presente investigación titulada: **“El impacto psicológico de la revelación del diagnóstico oncológico en adultos mayores: una revisión sistemática”** de los autores Andrea Eliana Figueroa Castillo y Silvana del Rosario Encinas Copa tiene un índice de similitud de 3 % verificable en el informe del programa Turnitin, y fue realizada en la Universidad Peruana Unión bajo mi dirección.

En tal sentido asumo la responsabilidad que corresponde ante cualquier falsedad u omisión de los documentos como de la información aportada, firmo la presente declaración en la ciudad de Lima, a los 13 días del mes de julio del año 2026



Mag. Nikolai Martin Rodas Vera

**“El impacto psicológico de la revelación del diagnóstico oncológico
en adultos mayores: una revisión sistemática”**

TRABAJO DE ACADÉMICO

Presentado para optar el Título de Segunda Especialidad Profesional en
Psicooncología y Cuidados Paliativos



Msc. Neira Suaña Merida Emma

Dictaminador

Lima, 12 de Julio de 2026 (Aprobación)

Resumen

El siguiente estudio analizó la literatura científica para demostrar los efectos psicológicos que tiene comunicar un diagnóstico de cáncer a la población de edad avanzada. El enfoque metodológico se fundamentó en la revisión sistemática de investigaciones procedentes de diversas bases de datos, incluyendo SCIELO, Pubmed, Dialnet y Scopus. Se emplearon términos clave como "revelación de la verdad", "diagnóstico", "adulto mayor", "neoplasia" y "psicooncología"; se identificaron mediante estrategias de búsqueda que utilizaban operaciones booleanas OR, AND y NOT. Se incorporaron investigaciones en inglés y español con el objetivo de obtener una revisión completa. Los hallazgos hasta el mes de agosto de 2025, se registraron 77 investigaciones en Scopus, 4 en Web Of Science, 9 en Pubmed, 9 en Scielo y 15 en Dialnet. Tras la revisión, se incorporaron un total de siete artículos; uno de ellos fue un estudio cualitativo, tres estudios transversales, uno cuantitativo, una investigación de encuesta y un ensayo clínico aleatorizado. En resumen, se postula que una comunicación precisa, empática y ajustada a las necesidades del adulto mayor contribuye a atenuar el impacto adverso del diagnóstico, minimizando el riesgo vinculado a los antecedentes clínicos y las dificultades psicológicas del paciente.

Palabras Claves: revelación de la verdad, diagnostico, adulto mayor, neoplasia, psicooncología.

Abstract

The following study analyzed the scientific literature to demonstrate the psychological effects of communicating a cancer diagnosis to the elderly population. The methodological approach was based on a systematic review of research from various databases, including SCIELO, PubMed, Dialnet, and Scopus. Key terms such as “truth-telling,” “diagnosis,” “older adult,” “neoplasm,” and “psycho-oncology” were used; they were identified through search strategies employing the Boolean operators OR, AND, and NOT. Studies in English and Spanish were included to ensure a comprehensive review. As of August 2025, 77 studies were recorded in Scopus, 4 in Web of Science, 9 in PubMed, 9 in SciELO, and 15 in Dialnet. Following the review, a total of seven articles were included; one was a qualitative study, three were cross-sectional studies, one was a quantitative study, one was a survey study, and one was a randomized clinical trial. In summary, it is posited that accurate, empathetic communication tailored to the needs of older adults helps mitigate the adverse impact of the diagnosis, minimizing the risk associated with the patient’s medical history and psychological difficulties.

Keywords: disclosure of the truth, diagnosis, older adults, neoplasm, psycho-oncology.

1. Introducción

En las últimas décadas, el cáncer se ha convertido en una de las principales razones de fallecimiento entre las personas mayores alrededor del mundo. En 2020, más del 60 % de los nuevos casos y más del 70 % de las muertes por cáncer en el mundo ocurrieron en individuos mayores de 60 años, y las proyecciones para 2050 anticipan una triplicación de los casos en personas de 80 años o más (He et al., 2024; Pilleron et al., 2020).

En Perú, el cáncer representa una de las principales causas de mortalidad prematura y las inequidades en el acceso a servicios oncológicos persisten en regiones como Tacna y Junín, donde los diagnósticos en etapas avanzadas son frecuentes (Cachicatari-Vargas et al., 2022; OCDE, 2014). En este contexto, la forma en que se transmite el diagnóstico no solo inicia el proceso terapéutico, sino que determina en gran medida las respuestas emocionales, cognitivas y conductuales del paciente mayor y de su entorno familiar.

La literatura disponible ha documentado que la comunicación del diagnóstico oncológico puede adoptar distintas modalidades: divulgación total y directa, divulgación parcial o gradual, y no divulgación o mediación familiar (Friedrichsen et al., 2011; Surbone et al., 2012; Wang et al., 2018). Cuando se realiza de manera empática y adaptada a las capacidades cognitivas del adulto mayor, esta comunicación se asocia con mayor sensación de control, confianza en el equipo de salud y participación en las decisiones terapéuticas (Khalfi et al., 2022; Kim et al., 2020).

Por el contrario, las prácticas de ocultación o revelación fragmentada, frecuentemente justificadas como estrategias de protección emocional, se relacionan con incremento de ansiedad, confusión, desesperanza y desconfianza (Farhat et al., 2015; Geovanini & Braz, 2013; Muzzatti et al., 2023). Asimismo, se ha evidenciado que una comunicación deficiente genera sobrecarga emocional en los profesionales de salud y tensiones éticas derivadas de la llamada “doble lealtad” entre la autonomía del paciente y las demandas familiares de no revelación (Die Trill, 2016; Ilowite et al., 2017; Puerto & Gamba, 2015).

En contextos culturales donde predomina la estructura familiar extensa, estas tensiones se expresan frecuentemente bajo la forma de “conspiración del silencio”, fenómeno que priva al paciente mayor del derecho a la información y a la toma de decisiones informadas (Barbero, 2006; Castro-Osorio et al., 2022; Surbone et al., 2012).

A pesar de la acumulación de evidencia sobre los efectos psicológicos de la comunicación del diagnóstico, persisten importantes vacíos de conocimiento. La mayor parte de los estudios se ha realizado en contextos anglosajones y asiáticos, con escasa representación de América Latina y, particularmente, de Perú.

Las revisiones existentes no han integrado de manera sistemática las dimensiones psicológicas del afrontamiento del adulto mayor, los factores socioculturales que modulan las preferencias de revelación y las consecuencias a corto y largo plazo de las distintas modalidades comunicativas. Además, la heterogeneidad metodológica de los estudios primarios —en términos de población, estadio de la enfermedad y estrategias de medición del impacto psicológico— dificulta la comparación de resultados

y la identificación de intervenciones efectivas (Miller et al., 2022; Sutar & Chaudhary, 2022). En el ámbito peruano, las investigaciones locales se han centrado predominantemente en la evaluación geriátrica oncológica, sin abordar el impacto emocional derivado de la comunicación del diagnóstico (Oscanoa et al., 2024).

La presente revisión sistemática se justifica, por tanto, por la necesidad de sintetizar de forma rigurosa y actualizada la evidencia disponible sobre el impacto psicológico de la comunicación del diagnóstico oncológico en personas mayores, identificando patrones consistentes, contradicciones y lagunas que orienten tanto la práctica clínica como la investigación futura en psicooncología geriátrica. Este ejercicio resulta especialmente pertinente en un país como Perú, donde las inequidades en el acceso a servicios oncológicos y las características culturales de las relaciones familiares exigen respuestas contextualizadas que minimicen el sufrimiento evitable y fortalezcan la participación del paciente mayor en su proceso de atención.

La revisión permitirá, además, fundamentar el diseño de intervenciones de capacitación en competencias comunicativas dirigidas a profesionales de salud y la formulación de lineamientos éticos adaptados a las realidades socioculturales de la región.

2. Metodología

Este estudio consistió en una revisión sistemática de la evidencia científica disponible sobre los efectos psicológicos de la divulgación del diagnóstico oncológico en adultos mayores, desde la perspectiva de la psicooncología gerontológica. El proceso se guió por las recomendaciones PRISMA 2020 (Page et al., 2021), con el propósito de garantizar transparencia, reproducibilidad y rigor en la identificación, selección y síntesis de los estudios.

La búsqueda bibliográfica se realizó en agosto de 2025 en las bases de datos PubMed/MEDLINE, Scopus, Web of Science, SciELO y Dialnet. Se combinaron términos controlados del vocabulario MeSH y DeCS con términos libres según el Anexo A, adaptando las estrategias a las características de cada base.

Las ecuaciones de búsqueda principales incluyeron, por ejemplo, en PubMed/MEDLINE: (((("Truth Disclosure"[Mesh] OR "Disclosure"[Mesh]) AND "Neoplasms"[Mesh]) AND "Diagnosis"[Mesh]) AND ("Aged"[Mesh] OR "Elderly"[Mesh]) AND ("Psycho-Oncology" OR Psicooncología). En Scopus se empleó TITLE-ABS-KEY (("truth disclosure" OR disclosure OR "bad news" OR "diagnosis disclosure") AND (neoplasms OR cancer) AND (aged OR "older adults" OR elderly) AND (psycho-oncology OR psicooncología)), mientras que en Web of Science se utilizó TS=("Truth Disclosure" OR Disclosure) AND TS=(Neoplasms OR Cancer) AND TS=(Aged OR "Older Adults") AND TS=(Psycho-Oncology OR Psicooncología). Para SciELO y Dialnet se recurrió a combinaciones en español como ("revelación del diagnóstico" OR "comunicación del diagnóstico" OR "divulgación de malas noticias") AND (cáncer OR neoplasia) AND

(adulto mayor OR anciano) AND (psicooncología). Los operadores booleanos AND, OR y NOT se aplicaron para refinar los resultados, limitando la búsqueda preferentemente a título, resumen y palabras clave, y excluyendo términos irrelevantes como pediatría.

Los criterios de inclusión abarcaron estudios empíricos originales de tipo cuantitativo, cualitativo o mixto, publicados entre enero de 2010 y julio de 2025, centrados en personas de 60 años o más con diagnóstico de cáncer que analizaran de forma directa el impacto psicológico o emocional derivado de la revelación del diagnóstico, disponibles en texto completo, en inglés o español y publicados en revistas con revisión por pares.

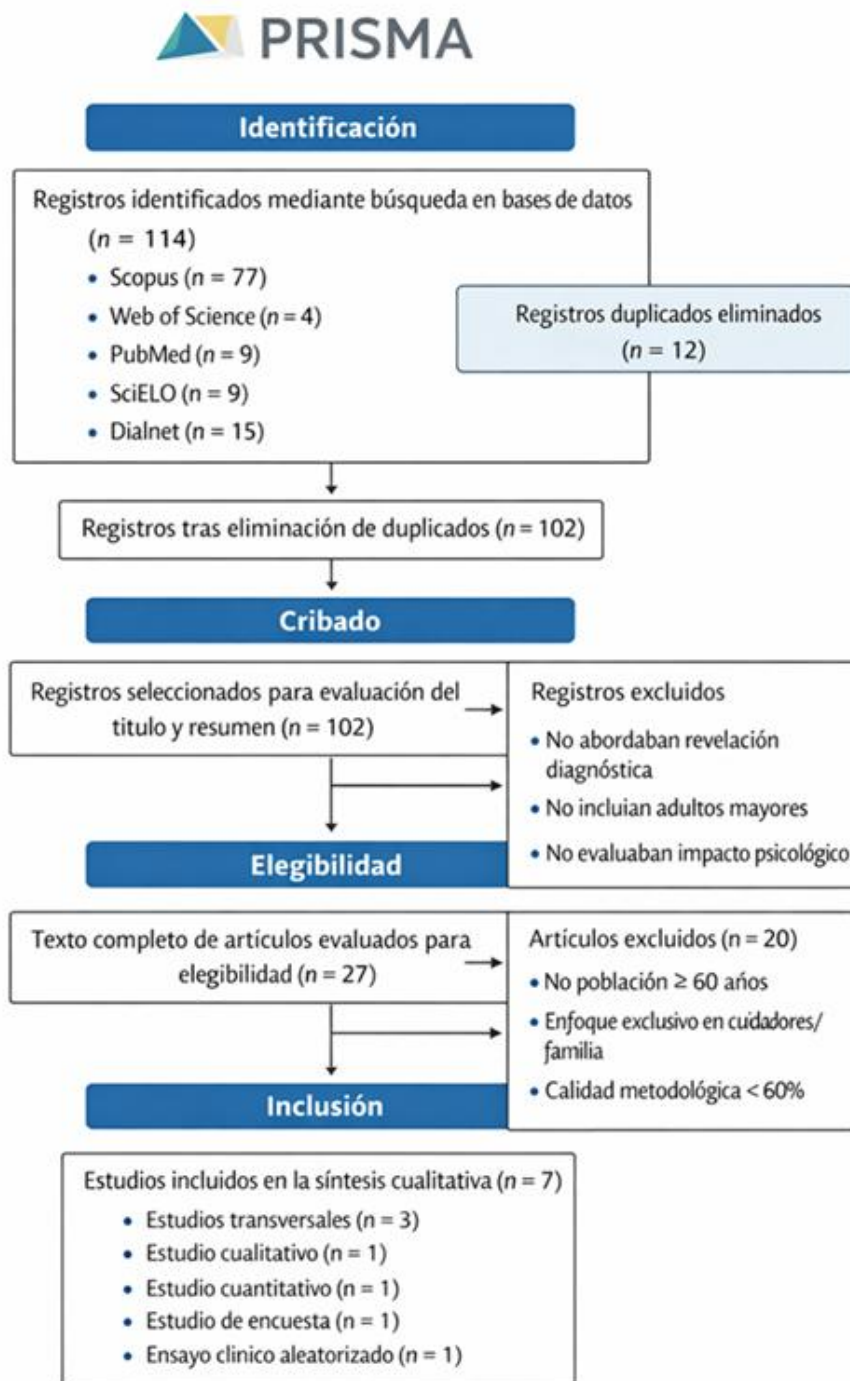
Por su parte, se excluyeron las revisiones sistemáticas, metaanálisis y artículos de revisión narrativa, así como aquellos estudios centrados exclusivamente en cuidadores, familiares o profesionales de la salud sin datos directos del paciente mayor, y las investigaciones que no abordaran el impacto psicológico de la comunicación del diagnóstico.

El proceso de selección se desarrolló en tres etapas sucesivas. En primer lugar se eliminaron los duplicados. Posteriormente, dos revisoras evaluaron de manera independiente los títulos y resúmenes según los criterios preestablecidos. Finalmente, se procedió a la lectura completa de los artículos preseleccionados para confirmar su elegibilidad definitiva.

Las discrepancias entre las revisoras se resolvieron mediante discusión y consenso. Los artículos incluidos se organizaron en una matriz de extracción de datos que recogía información sobre autor, año, país, diseño, población, modalidad de divulgación, reacciones psicológicas, contexto cultural y conclusiones principales.

La evaluación de la calidad metodológica se realizó mediante la herramienta JBI para los estudios cuantitativos y la lista de verificación CASP para los cualitativos (Anexo D), incorporando únicamente aquellos que alcanzaron una calificación igual o superior al 60 %.

Figura 1 Diagrama de flujo PRISMA de selección de estudios



Nota. Adaptado de "The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews," por Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., Moher, D., et.al, 2021, www.prisma-statement.org.

Licencia CC BY-NC 4.0 (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>).

3. Resultados

Tras la revisión sistemática se incorporaron un total de siete investigaciones que cumplieran con los criterios de elegibilidad. Según su diseño metodológico, se incluyó un estudio cualitativo (Geovanini & Braz, 2013), tres estudios transversales (Khalifi et al., 2022; Yu et al., 2023; Farhat et al., 2015), un estudio cuantitativo (Kim et al., 2020), un estudio de encuesta (Wang et al., 2018) y un ensayo clínico aleatorizado (Friedrichsen et al., 2011). Esta variedad de diseños permitió capturar tanto aproximaciones numéricas al impacto psicológico como experiencias subjetivas de los participantes.

Las investigaciones seleccionadas mostraron una amplia distribución geográfica. En el contexto europeo se incluyeron estudios realizados en Suecia (Friedrichsen et al., 2011) e Italia (Surbone et al., 2012; Muzzatti et al., 2023). En el contexto asiático se incorporaron investigaciones provenientes de India (Oommen et al., 2024), China (Wang et al., 2018) y Corea del Sur (Kim et al., 2020). Dentro del contexto de Medio Oriente se integró un estudio realizado en Líbano (Farhat et al., 2015). Además, se consideró un estudio llevado a cabo en Estados Unidos (Mohile et al., 2019) y otro en Brasil (Geovanini & Braz, 2013).

Respecto a la distribución geográfica, los siete estudios provienen de contextos nacionales muy diversos. Esta dispersión internacional, si bien amplia, pone de manifiesto la ausencia de investigaciones realizadas en América Latina de habla hispana y, particularmente, en el contexto peruano. Dicha laguna geográfica limita la transferibilidad cultural de los hallazgos a la realidad de los pacientes oncológicos adultos mayores en la región.

La población estudiada también presentó variabilidad. La mayoría de las investigaciones se centraron en pacientes con diagnóstico de cáncer, con edades que superaban predominantemente los 60 años, aunque algunas incluyeron también a profesionales de la salud o a familiares para explorar perspectivas múltiples.

En cuanto al tipo de cáncer, predominaron muestras heterogéneas que abarcaban diversos tumores (mama, pulmón, gastrointestinal y otros), sin que la mayoría realizara análisis diferenciados por tipo de neoplasia o estadio de la enfermedad. Solo algunos estudios se enfocaron específicamente en cáncer avanzado o terminal, lo que refleja la complejidad de estudiar esta etapa en la población geriátrica.

La Tabla 1 resume las características principales de los artículos incluidos (autor/año, objetivo, diseño, instrumentos, población y resultados principales).

Los estudios evidenciaron patrones consistentes en torno al impacto psicológico de la revelación del diagnóstico. En primer lugar, se observó que una comunicación deficiente caracterizada por falta de tiempo, escasa empatía o exclusión del paciente en la conversación se asocia de manera significativa con mayores niveles de ansiedad, depresión, desesperanza y malestar emocional general (Khalfi et al., 2022; Farhat et al., 2015). Por ejemplo, Khalfi et al. (2022) reportaron que la insatisfacción con el momento y la forma del anuncio aumentaba 5,4 veces el riesgo de depresión mayor. En contraste, una divulgación empática, progresiva y adaptada a las capacidades cognitivas y emocionales del adulto mayor se relacionó con mayor sensación de control, confianza en el equipo de salud y mejor disposición para participar en las decisiones terapéuticas (Kim et al., 2020; Friedrichsen et al., 2011).

Un hallazgo recurrente fue la utilización, por parte de los pacientes, de diferentes “modos de verdad” (objetiva, parcial o deseada) como estrategias de afrontamiento ante la información recibida (Friedrichsen et al., 2011).

Esto subraya que la respuesta psicológica no depende únicamente del contenido informativo, sino también de la forma y el contexto relacional en que se entrega. Asimismo, varios estudios destacaron el rol central de la familia en la toma de decisiones sobre la revelación, especialmente en contextos culturales colectivistas, donde la “conspiración del silencio” puede generar mayor confusión y sufrimiento emocional en el paciente al privarlo de información veraz y de la posibilidad de planificar su proceso (Wang et al., 2018; Farhat et al., 2015; Surbone et al., 2012).

La valoración de la calidad metodológica de los estudios reveló limitaciones comunes, tales como tamaños de muestra relativamente reducidos en algunos casos, ausencia frecuente de grupos de comparación y heterogeneidad importante en los instrumentos utilizados para medir el impacto psicológico. Estas características dificultaron la comparación directa entre estudios y la realización de síntesis cuantitativa, por lo que los hallazgos se presentan fundamentalmente de manera narrativa.

No obstante, la consistencia cualitativa de los resultados permite identificar patrones relevantes que orientan la comprensión del fenómeno en población adulta mayor.

Tabla 1
Resumen de artículos seleccionados

N°	Autor	Objetivo	Diseño de investigación	Instrumentos	Población	Resultados Principales
1	Khalfi et al. (2022)	Evaluar sentimientos e impacto psicológico del anuncio del diagnóstico.	Transversal, mono céntrico	Escala MINI (Mini International Neuropsychiatric Interview).	203 pacientes recién diagnosticados (Marruecos).	El 72% consideró insuficiente el tiempo del anuncio; el 68.5% no se sintió involucrado. La insatisfacción aumenta 5.4 veces el riesgo de depresión mayor.
2	Kim et al. (2020)	Identificar preferencias de comunicación y diferencias según la etapa del cáncer.	Cuantitativo.	Measure of Patients' Preferences, Mini-MAC, ISI, HADS.	312 pacientes en 5 centros oncológicos (Corea del Sur).	Las preferencias varían según la etapa. En casos de metástasis, prefieren explicaciones médicas claras y que se informe a la familia
3	Yu et al., 2023	Evaluar actitudes hacia la revelación del diagnóstico y su relación con la resiliencia.	Transversal.	Cuestionarios autoadministrados .	1016 participantes (parejas paciente-familiar) (China).	La resiliencia se asocia positivamente con la preferencia de ser informado. Es crucial considerar el nivel de resiliencia al revelar la noticia.
4	Farhat et al. (2015)	Identificar actitudes de diversos actores sobre la revelación del diagnóstico.	Transversal.	Cuestionario de 9 ítems.	343 participantes (médicos, enfermeras, pacientes y familiares) (Líbano).	La revelación es un dilema mayor para los médicos libaneses. Se destaca el rol de la religión y la familia en la percepción del proceso.
5	Wang et al. (2018)	Investigar opiniones de médicos sobre la revelación y sus bases culturales.	Estudio de encuesta.	Encuesta estructurada.	180 médicos en la provincia de Shandong (China).	El 98% informa a la familia antes que al paciente (influencia cultural). Sin embargo, el 81% de los médicos desearía saber la verdad si fueran pacientes.
6	Geovanini & Braz (2013)	Identificar conflictos éticos de oncólogos al comunicar malas noticias.	Cualitativo.	Entrevistas semiestructuradas .	15 oncólogos clínicos y quirúrgicos (Brasil).	Dificultades por falta de formación en comunicación. Los conflictos surgen de relaciones paternalistas que limitan la autonomía

del paciente.

7	Friedrichsen et al. (2011)	Explorar experiencias y preferencias sobre la verdad en etapas terminales.	Cualitativo (Análisis hermenéutico).	Entrevistas grabadas y transcritas.	y 45 pacientes con cáncer terminal (Suecia).	Se identifican tres tipos de verdad: objetiva, parcial y deseada. El uso de estrategias de afrontamiento influye en cuánta verdad desea el paciente.
---	----------------------------	--	--------------------------------------	-------------------------------------	--	--

Discusión

En esta evaluación sistemática, el objetivo central fue analizar el impacto psicológico de la revelación del diagnóstico oncológico en adultos mayores. Los principales hallazgos indican que la comunicación del diagnóstico constituye un procedimiento clínico de alta complejidad que ejerce una influencia determinante en la salud emocional del paciente, la interacción terapéutica, las relaciones interpersonales y la dinámica emocional familiar. En términos generales, una divulgación empática, oportuna y adaptada a las características del adulto mayor se asocia con respuestas más adaptativas, mientras que las prácticas de ocultación, revelación abrupta o poco participativa tienden a intensificar síntomas de ansiedad, depresión y malestar psicológico.

La literatura existente respalda estos resultados. Al igual que en revisiones previas sobre comunicación de malas noticias en oncología (Sutar & Chaudhary, 2022; Muzzatti et al., 2023), se confirma que no solo el contenido de la información, sino especialmente la forma, el momento y el contexto relacional de su entrega modulan significativamente el ajuste emocional del paciente. Estos hallazgos guardan estrecha relación con el objetivo planteado en la introducción del trabajo, donde se buscaba comprender las repercusiones psicológicas de la revelación diagnóstica en un contexto de envejecimiento poblacional y desigualdades en el acceso a servicios oncológicos.

Desde la perspectiva del modelo S-P-I-K-E-S, Buckman (2005) combina y desarrolla la idea de seis fases destinadas a los profesionales clínicos para ayudarles a comprender las necesidades de los pacientes, así como a proporcionarles apoyo emocional. Subraya que la comunicación de datos al paciente posee la capacidad de

disminuir o incrementar la respuesta emocional ante el diagnóstico. El modelo SPIKES se compone de seis etapas y está concebido para su aplicación cuando se requiera transmitir información delicada al paciente. La preparación de la entrevista se inicia con el proceso. Esto abarca el instante, el contexto clínico y el contexto físico. Es imperativo administrar todos los aspectos para facilitar que el personal de salud ejerza una interacción que sea asimétrica (en beneficio del paciente) pero empática. El profesional sanitario debe garantizar que el ambiente físico sea privado y exento de interrupciones. Tras la instauración del ambiente privado, el personal de salud se orienta hacia la percepción del paciente respecto a la información suministrada. Este procedimiento además incorpora una evaluación de empatía y sesgo cognitivo, otorgando al personal de salud la habilidad para regular cuánta información se proporcionará al paciente. La etapa subsiguiente considera la solicitud del paciente, es decir, qué cantidad de información desea recibir, y se establece como un método para evaluar la autonomía clínica.

Una vez definidos los confines del intercambio, se facilita la provisión de conocimiento e información. La divulgación progresiva del diagnóstico debe reflejar el contexto sociocultural del destinatario y debe conllevar la eliminación de terminología técnica ambigua y la verificación constante de la comprensión para evitar la distorsión del mensaje transmitido. Esta repercusión de la divulgación generará una respuesta emocional que será tratada en la quinta fase, la administración de las emociones. Durante esta fase, el personal de salud actúa con empatía con el objetivo de identificar, validar y moderar la respuesta emocional del sujeto que manifiesta un estado de angustia o negación. El procedimiento concluye con establecer la estrategia y llevar a cabo un

resumen. En esta sección se resaltan los aspectos fundamentales de la sesión, se delinean los próximos pasos de la terapia y se garantiza el respaldo institucional constante para mitigar la carga del sentimiento de inseguridad del paciente y el cuidador.

Se ha demostrado que este enfoque es flexible y está centrado en el paciente, y el marco se ha aplicado con éxito en diferentes especialidades médicas, lo que ha permitido reducir la ansiedad de los pacientes, optimizar la interacción médico-paciente y elevar el grado de consenso en la toma de decisiones, todo lo cual establece una referencia central en la comunicación clínica en oncología (Baile et al., 2000; Fallowfield & Jenkins, 2004).

Las investigaciones revelan que los diagnósticos poco claros, la falta de empatía y la exclusión del proceso en la toma de decisiones pueden estar relacionados con un aumento de los síntomas de ansiedad y depresión en los pacientes. En relación con este asunto, Khalfi et al. (2022) descubrieron que la insatisfacción con la metodología y el tiempo destinados a la divulgación del diagnóstico implicaba un riesgo considerable de desarrollar depresión mayor. Este hallazgo apoya la suposición de que, además del contenido informativo, la presión psicológica tras un diagnóstico también puede estar relacionada con la forma y el modo en que se realiza el diagnóstico. Estos hallazgos parecen ser coherentes con los de Muzzatti et al. (2023), quienes indican que los adultos mayores con cáncer demuestran altos niveles de angustia psicológica cuando sus necesidades emocionales son ignoradas durante la comunicación clínica del cáncer.

Tomando en cuenta las perspectivas subjetivamente sostenidas por los pacientes, los estudios cualitativos incorporados en la revisión aportaron los conocimientos más valiosos acerca de las estrategias de afrontamiento de los pacientes. Friedrichsen et al.

(2011) documentaron que los pacientes mayores utilizaban los “modelos de verdad” objetivos, parciales o deseados, para lidiar con el malestar emocional causado por la divulgación parcial o total de su diagnóstico. Este hallazgo es importante, dado que la población de pacientes mayores es más propensa a experimentar la presión psicológica de una mayor conciencia de su propia mortalidad relacionada con el envejecimiento.

Además, la revisión muestra que el contexto influenciado por el entorno sociocultural estructura las prácticas de divulgación del diagnóstico. Por ejemplo, las decisiones familiares tienen primacía sobre el derecho del paciente mayor a conocer en países como Japón, Turquía, China y Líbano (Farhat et al., 2015; Wang et al., 2018). En contraste, los estudios realizados en Italia e India reportan un fenómeno opuesto, donde el deseo del paciente de conocer el diagnóstico está en conflicto con la actitud familiar de restringir la divulgación completa (Oommen et al., 2024; Surbone et al., 2012). Esta circunstancia de conspiración silenciosa induce un incremento en la ansiedad, la sospecha y el malestar psicológico, con un impacto perjudicial en la autonomía y los mecanismos de afrontamiento del paciente (Barbero, 2006; Die Trill, 2016).

Según los estudios sobre los profesionales sanitarios, la incapacidad para explicar un diagnóstico de manera profesional es un obstáculo que dificulta la divulgación de estas noticias. Los profesionales que trabajan en oncología se enfrentan a un dilema ético al divulgar un diagnóstico al paciente y están especialmente presionados cuando la familia solicita que la información se mantenga en secreto. Cuando se trata de personas mayores, el reto suele agravarse debido al estereotipo de inestabilidad emocional y la tendencia a ser más dependientes. Este enfoque promueve una perspectiva más paternalista que puede repercutir adversamente en el bienestar

psicológico del paciente.

La evidencia presentada en esta revisión indica que el proceso de comunicar un diagnóstico oncológico a las personas mayores debe considerarse como un proceso más prolongado e individualizado, que es más terapéutico por naturaleza. Esto sugiere en general que hay una necesidad de comunicarse con los pacientes mayores de manera que sea clara y fácilmente comprensible, con la máxima empatía y de forma culturalmente apropiada, teniendo en cuenta el nivel de resiliencia del paciente mayor, las dinámicas familiares, así como las preferencias del paciente.

La evaluación señala expresamente que es necesario una formación continua del personal de salud en materia de habilidades comunicativas y psicooncología, así como de desarrollar marcos de práctica ética basados en la autodeterminación y el cuidado emocional de los pacientes adulto mayor. La transmisión del diagnóstico de esta forma implicará un proceso de mayor carácter terapéutico.

Aunque esta revisión complementa la comprensión de las consecuencias psicológicas asociadas con la revelación de un diagnóstico oncológico a pacientes mayores, se deben reconocer algunas limitaciones en los hallazgos. En primer lugar, hubo una variabilidad considerable en la calidad metodológica de las investigaciones escogidas que restringe la fuerza de las conclusiones generales. Las críticas mostraron una especificación insuficiente de algunos componentes centrales de investigación cualitativa, incluyendo la visión filosófica o la reflexividad del investigador (Friedrichsen et al., 2011; Oommen et al., 2024; Surbone et al., 2012). Aunque esta crítica es común en la investigación cualitativa clínica, afecta el proceso interpretativo y la claridad sobre la naturaleza de las experiencias psicológicas y emocionales descritas por los pacientes.

Además, el número limitado de estudios y la predominancia de estudios transversales y descriptivos restringen el impacto del estudio sobre la revelación del diagnóstico y su efecto psicológico (Khalfi et al., 2022; Kim et al., 2020; Yu et al., 2023). La carencia de investigaciones longitudinales crea limitaciones para examinar las respuestas emocionales de los pacientes mayores y cómo cambian con el tiempo en respuesta a las diferentes etapas de la enfermedad y los distintos eventos de comunicación. Otra limitación importante es la variedad de las metodologías de evaluación del impacto psicológico. Algunos estudios incluyeron evaluaciones clínicas estructuradas y/o escalas de evaluación de depresión y ansiedad (Khalfi et al., 2022), mientras que en algunos estudios el enfoque estuvo en medidas indirectas o autoevaluaciones de preferencias de comunicación o actitudes hacia la revelación del diagnóstico (Farhat et al., 2015; Kim et al., 2020). Esta diversidad impide la comparación de las evaluaciones de resultados y la síntesis de los resultados.

En diversas investigaciones, el impacto psicológico no constituyó el enfoque primordial, sino que se abordó en el marco de dilemas éticos, culturales o de comunicación, lo que abarcó una mayor variedad de perspectivas (Geovanini y Braz, 2013; Wang et al., 2018). Esta modalidad de estructuración promueve consideraciones éticas en relación con la evaluación sistemática del malestar emocional, lo que restringe la evaluación psicológica de la población de edad avanzada. También hay una falta de especificidad por edad y contexto. Por ejemplo, algunos estudios tenían poblaciones combinadas de oncología y no diferenciaban a los adultos mayores (Farhat et al., 2015; Yu et al., 2023); la mayoría de las investigaciones se desarrollaron en Asia o en Oriente Medio, donde la familia ocupa un rol especial en la toma de decisiones, lo que también

influye en la forma en que se comunica el diagnóstico. Este enfoque en ciertos países y culturas significa que los hallazgos no pueden aplicarse directamente a América Latina o a Perú en particular, que tiene sus propias estructuras familiares, sociales y del sistema de salud. Estas limitaciones no restan valor a los hallazgos de la revisión, pero sí evidencian la necesidad de más investigaciones. Los futuros estudios deben diseñarse con mayor rigor científico e incluir evaluaciones psicológicas sistemáticas de las personas mayores y una mayor variabilidad sociocultural. Estos vacíos deben llenarse para comprender de manera más completa el impacto psicológico.

4. Conclusiones y recomendaciones

Comunicar un diagnóstico de cáncer en la población adulta mayor es un proceso que requiere un cierto nivel de complejidad. Nuestros datos sugieren que la forma en que se comunica el diagnóstico puede tener efectos beneficiosos en la respuesta psicológica y de adaptación del paciente ante la situación. En circunstancias donde la comunicación es ambigua, existen limitaciones temporales o una evidente ausencia de empatía, es probable que se manifieste una depresión tanto en el individuo como en su familia, quienes tienden a mostrarse cada vez más desesperados y a no adherirse al tratamiento prescrito.

La literatura existente ha corroborado que los individuos de edad avanzada, al igual que la población en general, muestran una preferencia por recibir un diagnóstico por parte de un médico. No obstante, identificamos pruebas de conflictos predominantemente provenientes de la familia y del personal médico. Adicionalmente, la bibliografía reconoce que los principios tradicionales del colectivismo, particularmente en algunos estudios asiáticos y los llevados a cabo en el Líbano, sitúan a la familia en el centro y pueden impedir la autonomía del paciente y la divulgación del diagnóstico. Esto sugiere que la construcción del proceso comunicativo debe orientarse hacia el paciente. En consecuencia, abogamos por un proceso que se realice en colaboración con la familia y que tenga al paciente como destinatario principal.

La revisión también nos muestra que existe una práctica profesional ética y coherente, y que es necesaria una cuidadosa optimización de la comunicación. La evidencia presentada muestra que las dificultades de comunicación para los oncólogos, especialmente las enfermeras, provocan problemas de ajuste emocional para el paciente

y generan dilemas éticos.

Por esta razón, se requiere una comunicación adecuada centrada en el paciente, que aborde el trauma personal. Considerando que la comunicación veraz es del paciente y que sus modalidades permiten que el proceso de comunicación sea continuo y que el trauma se exprese en grados, en lugar de todo de una vez. Los sistemas desarrollados para la comunicación continua con los pacientes permiten que la transmisión de un diagnóstico ocurra de manera optimizada, con un enfoque en resultados positivos centrados en el paciente, en beneficio del paciente. Al mismo tiempo, ayuda a minimizar el trauma del proceso de comunicación.

Se ha demostrado que un diagnóstico de cáncer para una persona mayor es un proceso comunicativo, no un fenómeno individual. Es un proceso de comunicación que es complejo y tiene muchas modalidades psico-comunicativas.

Los estudios que se han revisado han mostrado que existen tres modalidades principales de comunicación para un diagnóstico: comunicación directa y completa; comunicación incompleta, es decir, comunicación indirecta; y comunicación mediada por terceros. La comunicación familiar es la modalidad final de comunicación. La evidencia empírica ha evidenciado que una comunicación integral del diagnóstico, llevada a cabo de forma empática, progresiva y receptiva a las necesidades del paciente de edad avanzada, está vinculada a un incremento en las sensaciones de control, confianza en el equipo de salud y disposición a participar en el debate sobre las alternativas médicas y las decisiones personales a adoptar durante el desarrollo de su enfermedad (Kim et al., 2020; Khalfi et al., 2022). Además, la comunicación insuficiente del diagnóstico, o el encubrimiento del diagnóstico, frecuentemente caracterizado como una estrategia de

comunicación protectora, se asocia con sentimientos de mayor ansiedad y confusión, y una mayor desconfianza hacia el equipo de salud, particularmente cuando el paciente de edad avanzada percibe una discrepancia con la otra información suministrada (Farhat et al., 2015; Geovanini & Braz, 2013).

(Khalfi et al., 2022; Muzzatti et al., 2023) proporcionan pruebas de prácticas de comunicación inapropiadas que se manifiestan en pacientes de edad avanzada con cáncer que padecen de depresión, ansiedad y malestar emocional. Evidencian que, si se presentan dificultades en el contexto de la relación, el momento y la modalidad de suministración de información a los pacientes, se generará malestar, incluso si la información en sí misma genera una angustia significativa. Khalfi et al. (2022) añaden que la insatisfacción con el proceso comunicativo incrementa considerablemente el riesgo de padecer depresión mayor y compromete la habilidad para manejar la enfermedad de forma adaptativa.

Además, los sujetos de edad avanzada diagnosticados con cáncer detallan la puesta en práctica de mecanismos de afrontamiento fundamentados en diversos aspectos "modos de verdad", —verdad objetiva, parcial o deseada—, para abordar el impacto emocional derivado de un diagnóstico. Esta declaración refuerza la necesidad de una comunicación flexible y la necesidad de un modelo de comunicación más preferido por el paciente (Friedrichsen et al., 2011). Los efectos psicológicos del cáncer se ven agravados cuando se practica un modelo estandarizado para la divulgación de información.

El estudio bibliográfico es exhaustivo y destaca la importancia de la comunicación cultural y familiar en el ámbito oncológico. Esto puede dar lugar a una

disminución de la autonomía del paciente y a un mayor malestar psicológico, debido a la importancia que tiene la familia para el paciente en las decisiones respecto a su salud y en la comunicación de ciertos aspectos (Wang et al., 2018; Farhat et al., 2015).

Al intentar adaptar las prácticas clínicas y buscar establecer prioridades para futuras investigaciones, la revisión intenta establecer diferentes estrategias emergentes enfocadas para abordar las lagunas en la literatura sobre la psico-oncología geriátrica.

Adoptar un enfoque personalizado y flexible es un reto para la recopilación de información y, posteriormente, para el diagnóstico del cáncer. Este enfoque del proceso de información reconoce que el fenómeno de la información es dinámico y está en un estado constante de cambio. Para aplicar esto al proceso de intercambio de información, debemos identificar e incluir al paciente sus preferencias en relación a como le gustaría recibir información, la resiliencia, la cognición y el tratamiento. Estas son necesarias para que el proceso de información combata la sobrecarga y el ocultamiento de la situación clínica (Friedrichsen et al., 2011). Para lograr esto, se requiere investigación para diseñar y validar marcos y protocolos flexibles, estandarizados y especializados. Estos deben tener por objeto recabar, organizar e integrar los gustos e intereses del paciente y su familia, es necesario tener en cuenta las principales cuestiones psicológicas, emocionales y cognitivas a las que se enfrentan las personas mayores.

Una técnica fundamental para la práctica clínica directa es llevar a cabo programas especializados para los profesionales sanitarios. Esto incluye la creación de programas que ofrezcan áreas de especialización con el fin de promover la humanización de la asistencia sanitaria y mejorar la comunicación clínica.

Estos programas se orientan hacia la capacitación especializada de médicos y enfermeros en competencias de comunicación empática, divulgación de noticias desfavorables y resolución de dilemas éticos (Geovanini y Braz, 2013; Wang et al., 2018). Para erradicar las prácticas paternalistas basadas en suposiciones infundadas sobre las capacidades de las personas mayores y dejar de ocultar información sobre el diagnóstico y el pronóstico a los pacientes de edad avanzada, lo cual se lleva a cabo con el objetivo de proteger al paciente, pero que, en realidad, aumenta su angustia psicológica y socava la relación terapéutica) (García-Camba, 2015; Ruiz-Benítez de Lugo y Coca, 2008), es necesario reforzar la formación educativa, una cuestión que sigue sin abordarse en gran medida. Por consiguiente, se formulan intervenciones que incorporan a los familiares del adulto mayor en el proceso de salud, ofreciendo espacios seguros para que el equipo médico aclare sus roles, al paciente y a los cuidadores (Farhat et al., 2015; Surbone et al., 2012). Adicionalmente, el individuo de edad avanzada conserva el derecho de determinar cómo y en qué medida desea recibir información. Es obligatorio evaluar y priorizar los efectos psicológicos en la población de la tercera edad, en especial en el período que sigue a la comunicación clínica. Esto tendría que cuantificar el malestar emocional, la ansiedad y la depresión, facilitando de este modo una detección precoz de las respuestas emocionales adversas (Khalfi et al., 2022; Muzzatti et al., 2023).

Basándose en esta perspectiva y para apoyar futuros esfuerzos científicos, necesitamos estudios longitudinales que examinen, especialmente en contextos latinoamericanos para incrementar la relevancia cultural de los hallazgos, sus impactos psicológicos a corto y largo plazo en las audiencias dentro del marco de la investigación en disseminación. Es imperativo trascender la perspectiva individual predominante y

adoptar modelos que integren la dimensión relacional. Se puede adoptar el modelo sistémico que conceptualiza al paciente como un componente de un sistema familiar interdependiente, en el que la enfermedad familiar modifica los roles compartidos y las estrategias de afrontamiento, ejerciendo un impacto determinante en la toma de decisiones psicológicas y en etapas avanzadas (Rait, 1989; Rolland, 2005)

Las futuras investigaciones primarias deben integrar la evaluación del estado cognitivo desde la perspectiva de la neuropsicología en poblaciones geriátricas. Se sabe que el envejecimiento afecta diferentes áreas del cuerpo como la memoria y atención, se debe tener en cuenta que la enfermedad puede agravar estos síntomas e interferir en la comprensión que tienen los pacientes de su diagnóstico y en su capacidad para asimilar información compleja (Ahles y Root, 2018; Wefel et al., 2015). En consecuencia, las herramientas de cribado cognitivo, el Examen del Estado Mental Mini-Mental y la Evaluación Cognitiva de Montreal, deberían ser incorporadas en investigaciones relacionadas con la comunicación diagnóstica. Esto facilitaría la distinción entre la resistencia voluntaria a la información y las dificultades cognitivas (Puts et al., 2014). Estas estrategias investigativas sugeridas, en conjunto con la implementación de revisiones sistemáticas y estudios cualitativos sobre las discrepancias entre el anhelo del paciente de obtener información y el del cuidador, facilitarán la formulación de nuevos modelos de comunicación que sean clínicamente eficaces y éticamente considerados. Además, estarán en consonancia con las directrices internacionales más recientes (Fallowfield & Jenkins, 2004; Schünemann et al., 2022).

5. Referencias

- Ahles, T. A., & Root, J. C. (2018). Cognitive effects of cancer and cancer treatments. *Annual Review of Clinical Psychology*, 14, 425–451.
<https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-050817-084903>
- Álvarez-Escobar, B. (2019). Cáncer colorrectal en el adulto mayor: Un reto para la salud pública. *Archivo Médico de Camagüey*, 23(6), 694–696.
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=211166534001>
- Baile, W. F., Buckman, R., Lenzi, R., Glober, G., Beale, E. A., & Kudelka, A. P. (2000). SPIKES—A six-step protocol for delivering bad news: application to the patient with cancer. *The Oncologist*, 5(4), 302–311.
<https://doi.org/10.1634/theoncologist.5-4-302>
- Barbero, J. (2006). El derecho del paciente a la información: El arte de comunicar. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 29(3), 19–27.
<https://scielo.isciii.es/pdf/asisna/v29s3/original2.pdf>
- Buckman, R. (2005). Breaking bad news: The S-P-I-K-E-S strategy. *Community Oncology*, 2(2), 138–142.
- Cachicatari-Vargas, A., Mamani-Mamani, C., & Ticona-Flores, G. (2022). Estado emocional de los adultos mayores durante la pandemia en Tacna. *Revista de Salud Pública del Sur*, 14(2), 25–33.
- Castro-Osorio, R., Arce-Rodríguez, L., Navarrete-Pinzón, A., Pérez-Camero, P., & Martínez-Castillo, J. (2022). Prácticas clínicas de comunicación del

diagnóstico en oncología pediátrica: una revisión sistemática. *Papeles del Psicólogo*, 43(2), 117-124. <https://doi.org/10.23923/pap.psicol.2977>

Díaz-Cordobés, J. L., Barcia, J. A., Gallego-Sánchez, J. M., & Barreto, P. (2012). Conspiración de silencio y malestar emocional en pacientes diagnosticados de glioblastoma multiforme. *Psicooncología*, 9(1), 151–159. https://doi.org/10.5209/rev_PSIC.2012.v9.n1.39144

Die Trill, M. (2016). Aspectos éticos, legales y psicológicos en la comunicación de un diagnóstico médico. *Educación Médica*, 17(Supl 1), 25-29. <https://doi.org/10.1016/j.edumed.2016.09.006>

Fajardo-Chica, D. (2020). Sobre el concept de dolor total. *Revista de Salud Pública*, 22(3), 368–372. <https://doi.org/10.15446/rsap.v22n3.84833>

Fallowfield, L., & Jenkins, V. (2004). Communicating sad, bad, and difficult news in medicine. *The Lancet*, 363(9405), 312–319. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(03\)15392-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(03)15392-5)

Farhat, F., Badr, N., & Choueiry, G. (2015). Disclosure of cancer diagnosis: Attitudes of patients, family members, friends, nurses, and physicians in Lebanon. *Journal of Medical Ethics and History of Medicine*, 8, 1–9. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC4530824>

Friedrichsen, M., Lindholm, A., & Milberg, A. (2011). Experiences and preferences of patients with terminal cancer regarding truth-telling in prognosis communication. *Palliative & Supportive Care* [PubMed ID: 24468485].

García-Camba, E. (2015). Comunicación, información y verdad en el paciente con cáncer. En E. García-Camba (Ed.), *Psicooncología* (2.^a ed., pp. 189–206). Editorial Médica Panamericana.

Geovanini, F., & Braz, M. (2013). Conflitos éticos vivenciados por médicos ao comunicar o diagnóstico de câncer. *Revista Bioética*, 21(3), 455–463. <https://www.scielo.br/j/bioet/a/RBnKcZHRfZQRS8J4vnK9LRK/>

He, Z., Liu, Z., Wang, Y., Chen, W., Yang, X., Zhang, S., & Yu, Y. (2024). Nowcasting and forecasting global aging and cancer burden: analysis of data from GLOBOCAN and the Global Burden of Disease Study. *The Lancet Oncology*, 25(4), 450–462. [https://doi.org/10.1016/S1470-2045\(24\)00072-3](https://doi.org/10.1016/S1470-2045(24)00072-3)

Higgins, J. P. T., Thomas, J., Chandler, J., Cumpston, M., Li, T., Page, M. J., & Welch, V. A. (Eds.). (2023). *Cochrane handbook for systematic reviews of interventions* (2.^a ed.). John Wiley & Sons. <https://doi.org/10.1002/9781119536604>

Huertas Sánchez, Á. A. (2023). *La comunicación al diagnóstico con el enfermo oncológico terminal* (Trabajo Fin de Máster, Universidad Europea de Valencia). <https://hdl.handle.net/20.500.12880/5869>

Ilowite, M. F., Cronin, A. M., Kang, T. I., & Mack, J. W. (2017). Disparities in prognosis communication among parents of children with cancer: The impact of race and ethnicity. *Cancer*, 123(20), 3995–4003. <https://doi.org/10.1002/cncr.30960>

Jonas, L. T., Silva, M. M., & Santos, A. R. (2015). Divulgação do diagnóstico de câncer ao paciente idoso: revisão integrativa da literatura. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 68(5), 1051–1060. <https://www.redalyc.org/pdf/3240/324038465018.pdf>

Khalfi, S., Alami, S., Razine, R., & Khibri, H. (2022). Assessment of patients' feeling and psychological impact of announcement of cancer diagnosis at Hassan II University Hospital. *Oncology and Radiotherapy*, 16(2), 93-99.

Kim, S. Y., Kim, J. M., Kim, S. W., Shin, I. S., Yoon, J. S., & Park, M. H. (2020). Preferences for truth disclosure according to cancer stage among Korean cancer patients. *Psycho-Oncology*, 29(7), 1206–1214. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32567081/>

Lazzaro-Salazar, M., & Pujol-Cols, L. (2022). Instrumentos estandarizados para evaluar la comunicación en la relación médico-paciente: revisión sistemática de la literatura internacional e iberoamericana. *Revista Médica de Chile*, 150(4), 512–523. <https://doi.org/10.4067/S0034-98872022000400512>

Miller, K., Smith, J., Anderson, L., & Taylor, R. (2022). Experiences of truth-telling in palliative care: A metasynthesis. *Palliative Medicine*, [PubMed ID: 35693193].

Mohile, S. G., Epstein, R. M., Hurria, A., Heckler, C. E., Canin, B., Culakova, E., ... & Flannery, M. (2019). Communication with older patients with cancer using geriatric assessment: A cluster-randomized clinical trial from the National

- Cancer Institute Community Oncology Research Program. *JAMA Oncology*, 6(2), 196–204. <https://doi.org/10.1001/jamaoncol.2019.4728>
- Muzzatti, B., Annunziata, M. A., & Tomba, E. (2023). Psychological distress and unmet needs among older cancer patients: A narrative review. *Journal of Geriatric Oncology*, 14(3), 101460. <https://doi.org/10.1016/j.jgo.2023.101460>
- Nevin, P. E., Blas, M. M., Bayer, A. M., Gutiérrez, M. A. C., Rao, D., & Molina, Y. (2020). Positive cancer care in Peru: Patient and provider perspectives. *Health Care for Women International*, 41(5), 510–523. <https://doi.org/10.1080/07399332.2019.1608206>
- Oommen, J., Mathew, A., & Thankachan, A. (2024). Truth telling to elderly cancer patients: Perspectives from India. *Indian Journal of Palliative Care*, 30(1), 15–21. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39955889/>
- Organización Panamericana de la Salud. (2025). *La psicooncología como respuesta crucial ante el aumento del cáncer*. OPS/OMS.
- Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos. (2024). *Tackling the impact of cancer on health, the economy and society*. OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/85e7c3ba-en>
- Oscanoa, T. J., Cieza-Macedo, E., León-Curiñaupa, S., & Amado-Tineo, J. (2024). Evaluación del test G8 como tamizaje para valoración geriátrica integral en pacientes adultos mayores con cáncer. *Acta Médica Peruana*, 41(1), 40-46.

<https://www.redalyc.org/journal/966/96678361007/html>

Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., Shamseer, L., Tetzlaff, J. M., Akl, E. A., Brennan, S. E., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J. M., Hróbjartsson, A., Lalu, M. M., Li, T., Loder, E. W., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., ... Moher, D. (2021). The PRISMA 2020 statement: An updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*, 372, n71. <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>

Pérez, J. L., Sánchez, M., & Romero, A. (2025). Espiritualidad y resiliencia en pacientes con cáncer: Un estudio transversal en Lima. *Revista Peruana de Psicooncología*, 9(1), 25–34.

Pilleron, S., Soto-Pérez-de-Celis, E., Vignat, J., Ferlay, J., Soerjomataram, I., Bray, F., & Sarfati, D. (2020). Estimated global cancer incidence in the oldest adults in 2018 and projections to 2050. *International Journal of Cancer*, 148(3), 601–608. <https://doi.org/10.1002/ijc.33232>

Puerto, H. M., & Gamba, H. A. (2015). La comunicación del diagnóstico de cáncer como práctica saludable para pacientes y profesionales de la salud. *Revista Cuidarte*, 6(1), 964–969. <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v6i1.160>

Puts, M. T. E., Hardt, J., Pinto, M., Dubois, S., Alibhai, S. M. H., Fitch, M., ... & Howell, D. (2014). An update on a systematic review of the use of geriatric assessment for older adults in oncology. *Annals of Oncology*, 25(2), 307–315. <https://doi.org/10.1093/annonc/mdt386>

- Rait, D. S. (1989). A family-systems approach to the patient with cancer. *Cancer Investigation*, 7(5), 449–453. <https://doi.org/10.3109/07357908909039892>
- Rhondali, W., Chisholm, G. B., Daneshmand, M., Parker, C. L., & Bruera, E. (2012). Association between delusional memory and psychiatric symptoms in advanced cancer patients. *Psycho-Oncology*, 21(5), 515–521. <https://doi.org/10.1002/pon.1931>
- Rolland, J. S. (2005). Cancer and the family: An integrative model. *Cancer*, 104(11 Suppl), 2584–2595. <https://doi.org/10.1002/cncr.21448>
- Rose, J. H., Radziewicz, R., Bowman, K. F., & O'Toole, E. E. (2008). A coping and communication support intervention tailored to older patients diagnosed with late-stage cancer. *Clinical Interventions in Aging*, 3(1), 77–95. <https://doi.org/10.2147/cia.s2372>
- Ruiz-Benítez de Lugo, M. D. L. Á., & Coca, M. C. (2008). El pacto de silencio en los familiares de los pacientes oncológicos terminales. *Psicooncología*, 5(1), 53–69.
- Schünemann, H. J., Vist, G. E., Higgins, J. P. T., Santesso, N., Deeks, J. J., Glasziou, P., Guyatt, G. H., & Cochrane Methods Group. (2022). Interpreting results and drawing conclusions. En J. P. T. Higgins et al. (Eds.), *Cochrane handbook for systematic reviews of interventions* (2.^a ed., pp. 403–431). John Wiley & Sons. <https://doi.org/10.1002/9781119536604.ch15>

Schünemann, H. J., Wiercioch, W., Brozek, J., Falavigna, M., Zhou, Q., Itani, M., ... & Guyatt, G. H. (2022). Guidelines 2.0: Systematic development of a comprehensive checklist for a successful guideline enterprise. *CMAJ*, 194(9), E330–E338. <https://doi.org/10.1503/cmaj.211589>

Smith, A. M., Becker, L. C., & Zhou, Y. (2023). Psychological treatments for cancer-related trauma: A narrative review. *Journal of Psycho-Oncology*, 32(2), 110–124.

Stocklassa, S., Zhang, S., Mason, S., & Elsner, F. (2021). Cultural implications for disclosure of diagnosis and prognosis toward terminally ill cancer patients in China: A literature review. *Palliative and Supportive Care*, 20(2), 283–289. <https://doi.org/10.1017/S1478951521000535>

Sung, H., Ferlay, J., Siegel, R. L., Laversanne, M., Soerjomataram, I., Jemal, A., & Bray, F. (2021). Global cancer statistics 2020: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 71(3), 209–249. <https://doi.org/10.3322/caac.21660>

Surbone, A., Zwitter, M., Rajer, M., & Stiefel, F. (2012). Truth-telling to the patient. *Annals of Oncology*, 23(Suppl. 3), 67–71. <https://doi.org/10.1093/annonc/mds089>

Sutar, R., & Chaudhary, P. (2022). Prognostic disclosure in cancer care: a systematic literature review. *Palliative Care and Social Practice*, 16, Article 26323524221101077. <https://doi.org/10.1177/26323524221101077>

Wang, H., Zhao, F., Wang, X., & Chen, X. (2018). To tell or not: The Chinese doctors' dilemma on disclosure of a cancer diagnosis to the patient. *Iranian Journal of Public Health*, 47(11), 1773–1774. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6294856/>

Wefel, J. S., Kesler, S. R., Noll, K. R., & Schagen, S. B. (2015). Clinical characteristics, pathophysiology, and management of noncentral nervous system cancer-related cognitive impairment in adults. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 65(2), 123–138. <https://doi.org/10.3322/caac.21258>

ANEXO A

Tabla 2

Descriptores de las variables de estudio

Revelación de la verdad	Diagnostico	Adulto mayor	Psicooncología	Gerontologia	Cáncer
Truth Disclosure	Diagnosis	Aged Elderly	"Psycho-Oncology"	Geriatric	Neoplasms
Discloure	Disclosure	Older Adults	"Psycho Oncology"	psycho	Neoplasia
Bad news	Diagnóstico	ancianos	"Psychooncology"	oncology	
Communication	Divulgación	adultos	"Psychosocial	Gerontología	
Diagnosis revelation		mayores	Oncology"		
Revelación del			Psychosocial"		
diagnóstico			Psicooncologia		
			oncologia		

ANEXO B

Tabla 3
Estrategia de Búsqueda

Base de datos	Estrategia de búsqueda	N° de artículos
Scielo	"Comunicación de diagnóstico" AND oncología	9
Pubmed	((("Truth Disclosure"[Mesh]) OR "Disclosure"[Mesh]) AND "Neoplasms"[Mes AND "Diagnosis"[Mesh]) AND "Aged"[Mesh]	9
Dialnet	Comunicación de diagnóstico" AND oncología AND PSICOONCOLOGÍA	15
scopus	((("Truth Disclosure") OR Disclosure) AND Neoplasms) AND Diagnosis) AND Aged AND Psycho-Oncology) AND breaking bad news	77
Web of Science	((("Truth Disclosure") OR Disclosure) AND Neoplasms) AND Diagnosis) AND Aged AND Psycho-Oncology	4

ANEXO C

Captura de base de datos



PORTUGUÊS ENGLISH

Comunicación de diagnóstico AND oncología

Todos los índices

Buscar

Añadir un campo +

Historico de búsqueda

Ordenar por Publicación - Más nuevos primero

Página 1 de 1

Resultados: 8

#21 Comunicación de diagnóstico AND oncología

Filtros

Filtrar

Colectión

Seleccionar esta página

Imprimir | Enviar por correo-e | Exportar | Compartir

0 items seleccionados

1. Clinical practices for communicating the diagnosis in pediatric oncology: a systematic review

Castro-Osorio, Rubby; Arce-Rodríguez, Luisa Navarrete-Pinzón, Andrea Pérez-Camero, Paula Martínez-Castillo, Juliana

Papeles del Psicólogo Ago 2022, Volumen 43 Nº 2 Páginas 117 - 124

Resumen: > EN > ES | Texto: EN ES | PDF: EN | PDF: ES

<https://doi.org/10.23923/pap.psicol.2977>



(((("Truth Disclosure"[Mesh]) OR "Disclosure"[Mesh]) AND "Neoplasms"[Mesh]

Search

Advanced Create alert Create RSS User Guide

Save Email Send to Sort by: Best match Display options

MY CUSTOM FILTERS

RESULTS BY YEAR

2020- 2025

PUBLICATION DATE

1 year 5 years

9 results

Filters applied: in the last 5 years. Clear all

1 Disclosure of secondary findings in exome sequencing of 2480 Japanese cancer patients.

Cite Horiuchi Y, Matsubayashi H, Kiyozumi Y, Nishimura S, Higashigawa S, Kado N, Nagashima T, Mizuguchi M, Ohnami S, Arai M, Urakami K, Kusuvara M, Yamaguchi K.

Hum Genet. 2021 Feb;140(2):321-331. doi: 10.1007/s00439-020-02207-6. Epub 2020 Jul 24. PMID: 32710294

2 Physicians' perceptions of the factors influencing disclosure of secondary findings in tumour genomic profiling in Japan: a qualitative study.

Cite Shimada S, Yamada T, Iwakuma M, Kusunagi S

[Advanced](#)
[Create alert](#)
[Create RSS](#)
[User Guide](#)

Sort by: Best match

MY CUSTOM FILTERS

5 results

Page 1 of 1

RESULTS BY YEAR

PUBLICATION DATE

☐ 1 year
☐ 5 years
☒ 10 years
☐ Custom Range

☒ Filters applied: in the last 10 years. [Clear all](#)

☐ 1

Cite

Poor-prognosis disclosure preference in cancer patient-caregiver dyads and its association with their quality of life and perceived stress: a cross-sectional survey in mainland China.
 Nie X, Ye D, Wang Q, Manyande A, Yang L, Qiu H, Chao T, Zhang P, Gong C, Zhuang L, Yu S, Xiong H.
Psychooncology. 2016 Sep;25(9):1099-105. doi: 10.1002/pon.4055. Epub 2015 Dec 7.
 PMID: 26643744

☐ 2

Cite

Treatment goals, desire for disclosure, and perception of cancer treatment outcomes in older patients with cancer: An observational study from a tertiary care center in India.
 Noronha V, Choudhary J, Ramaswamy A, Pillai A, Rao AR, Kumar A, Dhekale R, Mahajan S, Daptardar A, Konkucare I, Varal M, Mahajan P, Timmannavati S, Gota V, Shetake AG, Pawar A, Prabhach K.
Psychooncology. 2016 Sep;25(9):1099-105. doi: 10.1002/pon.4055. Epub 2015 Dec 7.
 PMID: 26643744



[Buscar](#)
[Revistas](#)
[Tesis](#)
[Congresos](#)
[métricas](#)

Buscar documentos

Comunicación de diagnóstico AND oncología AND PSICOONCOLOGIA

Buscar

Filtros

Tipo de documento

- ☐ Artículo de revista (14)
☐ Tesis (1)

15 documentos encontrados

Relevancia

20

El proceso de comunicación en oncología: relato de una experiencia
 Lourdes Moro Gutiérrez, Elisa Kern de Castro, Marta González Fernández-Conde
Psicooncología: investigación y clínica biopsicosocial en oncología, ISSN 1696-7240,
 Vol. 11, Nº. 2-3, 2014, págs. 403-418

[Resumen](#)
[Texto completo](#)

Estudio descriptivo sobre el proceso de comunicar el diagnóstico y el pronóstico en Oncología

María Godes Sanz de Bremond, Ana Blasco Cordellat, Cristina Corbellas, Carlos Camps Herrero, Pedro T. Sánchez, Gema Peiró Ballestín, Marinela D'Ambra
Psicooncología: investigación y clínica biopsicosocial en oncología, ISSN 1696-7240,
 Vol. 3, Nº. 1, 2006, págs. 9-18

(((("Truth Disclosure") OR Disclosure) AND Neoplasms) AND Diagnosis) AND Aged AND Psycho-Oncology) AND breaking bad new

Todos los filtros (1)

Texto completo

Publicaciones arbitradas

Últimos 5 años

Tipo de fuente...

Búsqueda avanzada

Natural language search

La búsqueda en lenguaje natural mejora la facilidad de uso y evoluciona continuamente para ofrecer resultados más contextuales.

Resultados: 42

Mostrar: 10

Relevancia

1



Publicaciones arbitradas | Publicación académica

Conspiracy of Silence in Head and Neck Cancer *Diagnosis*: A Scoping Review.

Por: Saldivia-Siracusa, Cristina; Dos Santos, Erison Santana; González-Arriagada, Wilfredo Alejandro; +6 más • En: Dentistry Journal, Jul2024 • Biomedical Index

Cancer *disclosure* represents a complex healthcare dynamic. Physicians or caregivers may be prompted to withhold *diagnosis* information from patients. This study aims to comprehensively map and synthesize available evidence about *diagnosis*...

Materias: CANCER *diagnosis*; HEAD & neck cancer; MEDICAL *disclosure*; PATIENT autonomy; +1 más

4 results from Web of Science Core Collection for:

(((("Truth Disclosure") OR Disclosure) AND Neoplasms) AND Diagnosis) AND Aged AND Psycho-Oncol...

Copy query link

+ Add Keywords

4 Documents 100 Researchers

Analyze Results Citation Report Create Alert

Refine results

Export Refine

Search within results...

Quick Filters

Open Access

1

Publication Years

Show Final Publication Year

0/4

Add To Marked List

Export

Preferred Search Results Combined Sem...

Sort by Relevance

< 1 of 1 >

1

Preferred Communication with Adolescent and Young Adult Patients Receiving Bad News About Cancer

Yoshida, S; Shimizu, K; (...); Horibe, K

Aug 1 2023 | JOURNAL OF ADOLESCENT AND YOUNG ADULT ONCOLOGY 12 (4) , pp.561-568

Purpose: Several studies have investigated good communication practices with adult patients receiving bad news about cancer. However, while communication preferences may differ between adults and adolescent and young adult (AYA) patients, these preferences have not been determined for AYA patients. Show more

5 Citations

42 References

Co-citation map

ANEXO D

Tabla 4

Lista de verificación CASP para la evaluación de estudios cualitativos

N.º	Pregunta de evaluación CASP	Valoración Giovanni y Braz (2013).
1	¿El estudio tiene un objetivo claramente formulado?	Sí
2	¿La metodología cualitativa es adecuada para responder al objetivo del estudio?	Sí
3	¿El diseño de investigación es apropiado para abordar la pregunta de investigación?	Sí
4	¿La estrategia de selección de participantes es adecuada y está claramente descrita?	Sí
5	¿Los métodos de recolección de datos son apropiados para responder a la pregunta de investigación?	Sí
6	¿Se ha considerado adecuadamente la relación entre el investigador y los participantes?	Parcial
7	¿Se han considerado los aspectos éticos del estudio?	Sí
8	¿El análisis de los datos es riguroso y se describe de manera clara?	Sí
9	¿Los resultados están claramente presentados y respaldados por los datos?	Sí
10	¿El estudio aporta valor o contribuye al conocimiento existente?	Sí

La lista de verificación CASP (Critical Appraisal Skills Programme) se utilizó para evaluar el rigor metodológico, la credibilidad y la relevancia de los estudios cualitativos incluidos en la revisión sistemática. Los estudios que alcanzaron una valoración metodológica moderada o alta fueron incorporados en la síntesis final de resultados, conforme a los criterios establecidos en la metodología.

Tabla 5

Evaluación de la calidad metodológica de los estudios cualitativos mediante JBI

Criterios JBI	Friedrichsen et al. (2011)	Surbone et al. (2012)	Oommen et al. (2024)
1. Congruencia entre la perspectiva filosófica y la metodología	No claro	No claro	Sí
2. Congruencia entre la metodología y la pregunta de investigación	Sí	Sí	Sí
3. Congruencia entre la metodología y los métodos de recolección de datos	Sí	Sí	Sí
4. Congruencia entre la metodología y el análisis de datos	Sí	Sí	Sí
5. Congruencia entre la metodología y la interpretación de resultados	Sí	Sí	Sí
6. Declaración de la posición cultural o teórica del investigador	No	No	No claro
7. Consideración de la influencia del investigador en la investigación	No	No	No
8. Representación adecuada de las voces de los participantes	Sí	Sí	Sí
9. Aprobación ética y consentimiento informado	Sí	Sí	Sí
10. Coherencia entre los datos presentados y las conclusiones	Sí	Sí	Sí

Nota. *Sí* = criterio cumplido; *No* = criterio no cumplido; *No claro* = información insuficiente para determinar cumplimiento.

Instrumento: *JBICritical Appraisal Checklist for Qualitative Research* (Joanna Briggs Institute, 2020).

Interpretación

La evaluación mediante el instrumento JBI evidenció que los estudios cualitativos incluidos presentan una calidad metodológica global moderada a alta. Las principales fortalezas se observaron en la congruencia metodológica, el análisis de datos y la representación de las voces de los participantes. No obstante, se identificaron limitaciones recurrentes en la explicitación de la perspectiva filosófica y en la reflexividad del investigador, lo que podría influir en la transparencia del proceso interpretativo.