



Estrategias psicosociales y educación psicoemocional en la atención integral de pacientes con cáncer

Psychosocial Strategies and Psychoemotional Education in the Comprehensive Care of Cancer Patients

Iván Adolfo Martínez Díaz

Colombia. info@ivanmartinezdiaz.com. ORCID. <https://orcid.org/0009-0002-8676-058X>

Resumen

El cáncer es una de las principales causas de morbilidad y mortalidad a nivel mundial, afectando no solo la salud física, sino también el bienestar emocional y social de quienes lo padecen. Este artículo analiza los factores psicológicos y psicosociales asociados al cáncer y propone estrategias de intervención orientadas a reducir su impacto, con énfasis en la educación psicoemocional y el fortalecimiento de recursos personales y sociales.

A través de una metodología cualitativa y documental, se revisó literatura científica en psicooncología, identificando emociones frecuentes como ansiedad, depresión, miedo, frustración y estrés crónico, las cuales influyen en el afrontamiento, la adherencia terapéutica y la calidad de vida. Se destacan necesidades clave relacionadas con seguridad, aceptación, afecto, pertenencia, autoestima y sentido vital. Entre las estrategias propuestas sobresalen la psicoeducación, el fortalecimiento de redes de apoyo, el acompañamiento empático y la aplicación de técnicas cognitivo-conductuales.

Asimismo, se presenta el modelo de educación psicoemocional IRIS®, diseñado para desarrollar competencias intrapersonales e interpersonales que promuevan resiliencia y bienestar integral. Se concluye que un abordaje psicosocial integral, interdisciplinario y centrado en el paciente contribuye significativamente a mejorar la adaptación emocional y la calidad de vida durante el proceso oncológico.

Palabras clave: cáncer, pacientes oncológicos, estrategias psicosociales, educación psicoemocional, modelo IRIS®.



Abstract

Cancer is one of the leading causes of morbidity and mortality worldwide, affecting not only physical health but also the emotional and social well-being of patients. This article analyzes the psychological and psychosocial factors associated with cancer and proposes intervention strategies to reduce their impact, with an emphasis on psychoemotional education and the strengthening of personal and social resources.

Using a qualitative, documentary methodology, the study reviews scientific literature in psycho-oncology, identifying common emotional responses such as anxiety, depression, fear, frustration, and chronic stress, which influence coping capacity, treatment adherence, and quality of life. Key needs were identified in the areas of security, acceptance, affection, belonging, self-esteem, and meaning in life. Recommended strategies include psychoeducation, strengthening support networks, empathetic accompaniment, and the application of cognitive-behavioral techniques.

The IRIS® psychoemotional education model is also presented, designed to develop intrapersonal and interpersonal competencies that promote resilience and overall well-being. The findings highlight that a comprehensive, interdisciplinary, and patient-centered psychosocial approach can significantly enhance emotional adaptation and quality of life throughout the oncological process.

Keywords: cancer, cancer patients, psychosocial strategies, psychoemotional education, IRIS® model.

Introducción

El cáncer es una enfermedad caracterizada por el crecimiento descontrolado y autónomo de células anómalas que invaden distintos tejidos y órganos. Presente desde la antigüedad, en muchas culturas se asocia con la muerte y el sufrimiento debido a los efectos que produce en el organismo (De la Garza & Juárez, 2014). Según datos recientes de la Organización Mundial de la Salud y del Centro Internacional de Investigaciones sobre el Cáncer (OMS, 2024, 2025), constituye una de las principales causas de mortalidad a nivel mundial. En 2022 se notificaron aproximadamente 20 millones de nuevos casos y 9,7 millones de muertes, superando los 10 millones registrados en 2020. Se estima que uno de cada cinco individuos desarrollará algún tipo de cáncer a lo largo de su vida, siendo los más frecuentes los de pulmón, mama, colorrectal, próstata y estómago.

Cerca de un tercio de las muertes por cáncer se relacionan con factores prevenibles como el



tabaquismo, el consumo de alcohol, la obesidad, la inactividad física, una dieta inadecuada y la exposición a contaminantes ambientales. Sin embargo, solo el 39 % de los países incluye la atención oncológica básica en sus planes de salud, y apenas el 28 % contempla los cuidados paliativos. Las proyecciones indican que para 2050 la incidencia anual superará los 35 millones de casos, con mayor impacto en países de ingresos bajos y medios debido a desigualdades en infraestructura y acceso a servicios.

El diagnóstico y los efectos fisiológicos del cáncer desencadenan con frecuencia reacciones emocionales intensas que afectan el bienestar psicológico y pueden debilitar el sistema inmunológico, dificultando el afrontamiento y la recuperación. Estos factores psicológicos requieren atención prioritaria dentro del tratamiento integral. En este contexto, el presente trabajo analiza los principales factores psicológicos asociados al cáncer y propone estrategias de intervención psicosocial orientadas a prevenir y reducir su impacto, favoreciendo la estabilidad emocional, el bienestar y la adaptación de los pacientes oncológicos al proceso terapéutico.

Metodología

Este estudio se desarrolló bajo un enfoque cualitativo, utilizando el método teórico-documental. Se realizó una revisión sistemática de fuentes académicas, investigaciones previas y literatura científica especializada en el campo de la psicooncología, con el objetivo de identificar los factores psicológicos asociados al cáncer y las estrategias psicosociales empleadas en contextos clínicos. El proceso metodológico se estructuró en tres fases: recolección de información a partir de bases de datos y publicaciones científicas relevantes; análisis temático para clasificar y organizar los hallazgos en categorías vinculadas con las variables de estudio; y síntesis e integración de la información con el fin de proponer herramientas de intervención psicoemocional dirigidas a pacientes oncológicos. Este diseño permitió abordar el fenómeno desde una perspectiva integral, reconociendo la interacción entre factores emocionales, sociales y clínicos, y facilitó la formulación de estrategias basadas en evidencia para mejorar el bienestar y la adaptación de los pacientes durante su tratamiento.

Desarrollo

Factores psicológicos y psicosociales asociados al cáncer

El cáncer en el ser humano es una enfermedad que requiere especial atención y por ende todos los tratamientos que se requieran para intervenir sus efectos, requieren de mayor eficiencia. De esta manera las intervenciones que se hagan sobre los factores psicológicos y sociales que esto demanda, se deben



hacer bajo un enfoque integral y multidisciplinario para dar la importancia que esto amerita (Barroilhet; Forjaz, Garrido, 2005).

Los aspectos físicos y sociales han sido abordados en relevancia por ciencias como la psiquiatría y la psicología, a través del estudio de las dimensiones de tipo psicológico, conductual y social, en dos perspectivas. 1) Los que influyen en las tasas de morbilidad y morbilidad abordados desde una perspectiva psicobiológica), y 2) todas las respuestas de tipo psicológico de quienes padecen el cáncer, como también a sus familiares, abordando una perspectiva psicosocial. La perspectiva psicobiológica resulta esencialmente útil, para estudiar todos los factores que predisponen la enfermedad oncológica en personas sanas y están relacionados con comportamientos, hábitos y estilo de vida. Finalmente, la perspectiva psicosocial revisa esencialmente pacientes ya diagnosticados y con enfermedad en curso (Holland, 1998).

Las vivencias asociadas al cáncer y la forma como cada individuo las experimenta son especialmente ligadas a la psicobiografía, contextos personales y sociales. Este tipo de experiencias se condicionan a los tratamientos posibles y a las creencias de tipo social, así como al tipo de cáncer que se vivencia. De esta manera lo que una persona pueda vivir con relación al cáncer, es por sí solo altamente estresante, ya que conlleva al individuo a experimentar estados emocionales muy fuertes, debido a factores como el sufrimiento, el deterioro de su salud física y el temor a la muerte. Todo esto conlleva a que de una u otra manera integre la enfermedad que padece a su identidad personal y redefina sus relaciones sociales, así como las expectativas de sí mismo y de los demás, que lo conllevan a multiplicar considerablemente los acontecimientos estresantes, con relación a lo normal (Spencer; Carver y Price, 1998).

El creciente conocimiento que durante años se ha tenido acerca de los factores psicológicos y psicosociales en los pacientes con cáncer, de cierta manera ha contribuido a generar una conciencia relacionada a la gran importancia que tiene la prevención, detección temprana y tratamientos relevantes y a incluir las intervenciones de tipo psicosocial que se consideren relevantes para el tratamiento integral de las afectaciones que ocasiona (Glanz y Lerman, 1992).

Cualquier tipo de cáncer en el ser humano trasciende a afectación física, pero también involucra un proceso emocional que involucra aspectos relevantes en su esencia, su familia y entorno, lo que hace que se deba abordar una perspectiva biopsicosocial. Aquí se generan determinados cuestionamientos y cambios repentinos en el contexto que involucra al paciente, pues ante la pérdida notable de la salud y todo lo que ello deriva, hace que la persona atraviese un afrontamiento doloroso, a nivel de duelo. Culturalmente se ha concebido el tener cáncer con la muerte, lo cual trae consecuencias psicológicas de culpa, frustración y temor. Ocasional a esto muchas personas, activan situaciones traumáticas y estresantes pasadas que no lograron ser superadas y las asocian a su enfermedad actual (Robert; Álvarez y Valdivieso, 2013).



El padecimiento del cáncer en la persona puede cambiar considerablemente la forma en que el paciente se relaciona socialmente en todos sus entornos. Con el tratamiento algunos pacientes pueden llegar a fortalecer estos lazos con quienes les ayudan a superar el estrés que esto causa, pero otros en cambio pueden llegar a sufrir ansiedad, frustración, enojo y duda existencial. Una vez finalizado el tratamiento algunos amigos y familiares del afectado, pueden llegar a dejar de apoyar al paciente, ya sea por el desgaste emocional que esto genera o porque este se ha ido. Una vez finalizado el tratamiento además de aprender a regular sus emociones y sentimientos, el paciente puede llegar a escoger entre el grupo ayuda, quienes fueron los que más lo apoyaron y cortar relaciones con los otros (Burke, 2016).

Uno de los factores más asociados a cualquier tipo de cáncer, es el dolor extremo que puede provocar. De este modo muchas de las investigaciones indican que al dolor se asocian especialmente con factores de orden psicológico tales como la ansiedad y la depresión. Los estudios realizados en relación con el dolor y los factores psicológicos han determinado lo siguiente: Los pacientes con cáncer que no presentan dolor presentan especialmente factores como la ansiedad, depresión e ira más alterados. Quienes presentan dolor intenso presentan alteración en su estado de ánimo. Quienes tienen pronósticos de vida relativamente cortos y están hospitalizados presentan niveles de preocupación por el dolor, miedo al futuro y a la progresión del dolor. Los pacientes que requieren tratamientos especializados para el dolor sobrellevan mayores posibilidades de tener pensamientos negativos (NCHS, 2006).

Estos determinantes indican que el dolor sufrido por el cáncer está directamente ligado a los niveles elevados de angustia psicológica, lo que conlleva a niveles de estado negativo de ánimo. Los pacientes con cáncer deben tener claro que se expondrán a estos efectos psicológicos y que su estado de ánimo y emociones se verán directamente afectados, por lo cual deben contar con estrategias para contribuir a regular su estado emocional (IASP, 2009).

Dadas las graves consecuencias del cáncer, una vez el paciente ha sido diagnosticado, suelen manifestarse un conjunto de reacciones emocionales, que directamente están ligadas a los rasgos de personalidad, las estrategias de afrontamiento, algunos factores de tipo externo, el apoyo psicosocial que reciba y los factores económicos y calidad de vida que tenga, por lo cual las reacciones que tenga dependerán también de estas variaciones. Factores como la preocupación, depresión, rabia o nerviosismo, suelen presentarse con alguna regularidad, aunque dependiendo el tipo de cáncer suelen llegar a aparecer también desorientación, incertidumbre, confusión, pánico, rabia, angustia, desesperación, entre otras, debido a la percepción de considerar afectada y disminuida su salud y afectada su vida (Cantú, 2009).

Las emociones y el cáncer



Las emociones son alteraciones del ánimo que se presentan abruptamente en el cuerpo ante alguna reacción y los sentimientos son las percepciones prolongadas de cómo se siente el cuerpo ante determinada emoción. Ambos se modifican en torno a la sociedad, la cultura y el contexto amoldándose según sea el caso a la personalidad (Espino y García, 2018). Las relaciones encontradas entre el actuar de la mente y el cuerpo, han logrado demostrar que el estado de ánimo y la relación con su entorno pueden llegar a afectar su salud. Frente a los efectos del estrés provocados por las reacciones psicológicas al cáncer, es común observar sentimientos como ansiedad, tristeza, depresión, angustia, hostilidad, ira y frustración, los cuales pueden ser detonantes para diversas patologías de tipo cardiovascular, autoinmune o infeccioso (Fernández, 2016).

Las necesidades psicológicas de un paciente con cáncer varían según el tipo y pronóstico de la enfermedad, el tratamiento que recibe y la fase en que se encuentre. Estas necesidades no se limitan al momento del diagnóstico, sino que surgen a lo largo de todo el proceso, por lo que una adecuada adaptación requiere el acompañamiento continuo de todos los actores involucrados en su atención. En este contexto, la adaptación psicosocial debe entenderse como un proceso dinámico, donde el paciente enfrenta múltiples desafíos emocionales y debe procurar el manejo del sufrimiento que se deriva de la enfermedad. Diversos estudios han demostrado que factores como el estrés, la ansiedad, la incertidumbre y el afrontamiento emocional influyen directamente en la evolución clínica y en la calidad de vida del paciente, lo que refuerza la necesidad de integrar el componente emocional como parte esencial del abordaje oncológico (Instituto Nacional del Cáncer, s. f.).

La adaptación exitosa frente a la enfermedad y sus tratamientos, solo se produce cuando los pacientes son capaces de manejar el malestar emocional que esto deriva y continúan implicados en sus aspectos de vida con la mayor importancia. Como bien se ha destacado la mayor problemática que se detecta en los pacientes son los trastornos adaptativos que se caracterizan por la aparición de determinados síntomas emocionales y cambios en su conducta. El mantenimiento del equilibrio emocional de esta manera es una necesidad prioritaria del paciente, así como la prevención, detección temprana y control psicológico de los efectos producidos (Yélamos y Fernández, 2018).

La represión emocional dada la incapacidad para expresar emociones, es un factor que prosigue a la aparición del cáncer y dados los estudios se ha comprobado que se manifiesta a través de alteraciones depresivas o con síndrome de dolor crónico (Rodríguez; Esteve y López, 2000).

Los pacientes oncológicos sufren reacciones negativas ante la enfermedad que poseen tales como la ansiedad depresión, miedo y el “asco patológico”. El impacto del diagnóstico puede producir varias reacciones psicológicas tal como perciba la enfermedad. De esta manera si el diagnóstico representa amenaza a su vida podría reaccionar con cuadros de ansiedad, especialmente si llega a representar una pérdida del control emocional podría experimentar depresión y si lo percibe como una agresión podría



actuar con ira. Frente a los tratamientos más comunes como son los agentes quimioterapéuticos, podría somatizar sensaciones de asco, en atención a los efectos que esto produce en el organismo (Piqueras, Ramos, Martínez y Oblitas, 2009).

Las relaciones existentes entre los aspectos psicológicos y la salud, ha dado lugar a las investigaciones sobre la expresión emocional y el bienestar para la salud integral de los pacientes. En las investigaciones de Millon (1999); citado por Cerezo, Ortiz y Cardenal (2009), se destacan las reflexiones para un modelo integrado, donde se comparan algunos aspectos psicológicos con posibles alteraciones de orden físico. Analógicamente los rasgos de personalidad son equivalentes al sistema inmune, los factores psicosociales son los agentes infecciosos y los síndromes clínicos la enfermedad en sí.

Los rasgos de personalidad en muchos de los casos resultan determinantes para la aparición de situaciones de estrés y síndromes de tipo clínico. Algunos síndromes como la ansiedad, la depresión y trastornos somatomorfos, son influyentes en la configuración de la personalidad del paciente y el agravamiento de la enfermedad física. Los rasgos y estilos de personalidad en esta teoría aportada por Millon, se relacionan directamente con la represión emocional, por cuanto los rasgos clínicos de orden depresivo, dependiente y evitativo tienen en común la dificultad para reconocer aspectos personales y expresión emocional. Frente a los rasgos esquizoides se evidencia el distanciamiento emocional y en los rasgos histriónicos de manera opuesta se evidencia una expresión excesiva e inadecuada de las emociones (Millon y Davis, 1998, 2001).

El desarrollo de las consecuencias emocionales negativas, consecuente a las noticias recibidas durante el proceso de enfermedad, se refleja en un proceso que a lo largo del tiempo arroja ciertos resultados. A corto plazo se incrementa el cuadro de ansiedad en un 50 % en la primera prueba, pero si las posteriores indican mejoría reduce la misma. Si es necesario continuar con los tratamientos y se sigue confirmando el diagnóstico inicial, sobrevienen una serie de amenazas que aumentan en intensidad la ansiedad, pudiendo alcanzar patologías relacionadas. Frente a esto se ha podido evidenciar que los pacientes con cáncer llegan a desarrollar posterior trastorno de estrés postraumático (Cano, 2005).

Los estados psicológicos derivados del estrés pueden adquirir carácter crónico cuando influyen en el funcionamiento del cuerpo y por ende aumentan la incapacidad para defenderse de ciertas enfermedades. El estrés como mecanismo de adaptación es experimentado por todos los seres vivos, con relación a lo que puede ser una amenaza, pero si esta situación es intensa y prolongada, puede llegar a ocasionar enfermedades. Al respecto muchos estudios han logrado comprobar que factores de orden genético, el sistema neuroendocrino, el sistema inmune, nervioso, las emociones, la personalidad y la conducta de los individuos están directamente implicados en las respuestas a las infecciones y las bacterias (Marsiglia, 2009).

Si bien cerca del 30 % de las muertes por cáncer están asociadas a factores comportamentales como



el tabaquismo, la mala alimentación o la inactividad física, la evidencia actual muestra que estos riesgos no actúan de forma aislada. La ciencia ha identificado también una correlación significativa entre el estado emocional de la persona y su vulnerabilidad ante enfermedades como el cáncer. La psiconeuroinmunología ha demostrado que el estrés crónico y la depresión alteran el funcionamiento del sistema inmunológico, nervioso y endócrino, interfiriendo en los mecanismos de defensa celular y favoreciendo condiciones que podrían facilitar el desarrollo tumoral. Esta relación no implica que las emociones llamadas negativas causen cáncer de manera directa, como postulan ciertas teorías pseudocientíficas, pero sí sugiere que un estado psicológico debilitado puede amplificar el impacto de otros factores de riesgo, tanto hereditarios como ambientales (como se citó en Martínez Díaz, 2024, p. 183).

Necesidades psicoemocionales de los pacientes oncológicos

Tomando como referencia la pirámide de necesidades de Maslow, la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1990) adaptó este modelo al contexto oncológico, identificando requerimientos específicos que influyen directamente en la calidad de vida de los pacientes con cáncer. Estas necesidades abarcan desde el alivio de síntomas físicos y la percepción de seguridad, hasta el fortalecimiento de vínculos afectivos, el reconocimiento personal y la búsqueda de sentido vital. En fases avanzadas de la enfermedad, adquieren especial relevancia las demandas emocionales y espirituales, las cuales se expresan con mayor apertura cuando el paciente percibe empatía, sensibilidad y un trato humanizado por parte de los profesionales de la salud (Astudillo & Mendinueta, 2008; Arranz & Bayés, 1996).

La Tabla 1 sintetiza estas necesidades psicoemocionales, integrando la propuesta de la OMS/Maslow con la clasificación planteada por Pérez Sánchez de Loria (2013), lo que permite contar con un marco integral para orientar la intervención psicosocial en el ámbito oncológico.

Tabla 1. Necesidades psicoemocionales de pacientes con cáncer

Estrategia	Eje central
Seguridad	Confianza en el equipo sanitario, la familia y cuidadores. Garantía de acompañamiento, protección y no abandono.
Aceptación	Reconocer y asumir las posibilidades actuales. Sentirse aceptado, comprendido y validado en su experiencia.
Amor y afecto	Capacidad de amar y ser amado. Recibir y brindar muestras de cariño y apoyo emocional.



Pertenencia	Sentirse miembro activo de una familia o grupo, manteniendo vínculos significativos.
Autoestima	Percibirse como persona útil, valiosa e importante; mantener la identidad personal.
Entendimiento	Ser escuchado y comprendido por el equipo de salud y su entorno cercano.
Participación	Poder intervenir en las decisiones sobre su cuidado y tratamiento.
Libertad / Autonomía	Ejercer autonomía y tomar decisiones en la medida de sus posibilidades.
Espirituales: autorrealización	De Encontrar sentido a la vida, a la enfermedad, al sufrimiento y a la muerte.

Nota: Adaptado de OMS (1990), citado por Yélamos & Fernández (2018) y Pérez Sánchez de Loria (2013).

Es importante tener en cuenta estas necesidades si en verdad se quiere ayudar efectivamente a los pacientes oncológicos, por lo que corresponde a los profesionales encargados identificar tempranamente las necesidades de estos y contribuir en los procesos de adaptación con el menor esfuerzo emocional posible. De la forma como se aborden o satisfagan estas necesidades, dependerá la calidad de vida, bienestar y adaptabilidad a los tratamientos e intervención. Este abordaje es posible de manera multidimensional si se tiene en cuenta aspectos como la integración, el apoyo interdisciplinar e individualizado del paciente frente al afrontamiento de la enfermedad.

Estrategias de afrontamiento con educación psicoemocional frente a los efectos psicológicos del cáncer

Teniendo claro los efectos psicológicos que sobre las personas tiene el cáncer y la importancia de gestionar el estrés para fortalecer sus sistemas de defensa; se hace necesario indagar acerca de algunas estrategias que contribuyen a que los pacientes oncológicos puedan aprender a canalizar sus emociones. A continuación, algunas de las estrategias que pueden contribuir al desarrollo de procesos de afrontamiento frente a los efectos de la enfermedad.

Desde el enfoque de las cinco “E” del bienestar integral, se entiende que la salud depende de la interacción de cinco factores clave: epigenética, entorno, estilo de vida, educación y enfermedad. Estos componentes, interrelacionados entre sí, explican cómo se origina, desarrolla o agrava una condición de salud. La epigenética considera la predisposición genética que puede activarse o mantenerse latente



según el contexto emocional y ambiental. El entorno, especialmente cuando es desfavorable, influye directamente en el equilibrio psicoemocional. Por su parte, el estilo de vida —incluyendo alimentación, descanso y actividad física— cumple una función reguladora del sistema inmunológico. La educación, tanto emocional como espiritual, fortalece los recursos de afrontamiento antes, durante y después de la enfermedad. Finalmente, la enfermedad no es solo una consecuencia física, sino también una manifestación de desequilibrios sostenidos en los otros factores. Esta visión holística permite comprender la salud como un proceso integral, más allá de lo meramente biológico (Martínez Díaz, 2024, pp. 216–219).

Desarrollo de habilidades psicoemocionales

Teniendo en cuenta los análisis realizados frente a los efectos psicológicos del cáncer y su relación con la gestión emocional, se hace necesario profundizar cómo es posible lograr una adecuada adaptación a la enfermedad que padecen. Es importante así hacer énfasis en cuáles estrategias de gestión emocional pueden usarse para mitigar los efectos que sobre la personalidad, emociones y conducta pueden utilizar.

Hacer un abordaje de la importancia de incorporar la educación emocional en los procesos de tratamiento psicosocial durante el proceso de tratamiento contra la enfermedad del cáncer, resulta por sí misma indispensable como medio de autoayuda para que tanto profesionales, como pacientes y familiares entiendan la importancia del proceso de afrontamiento.

La educación emocional es una alternativa educativa, que tiene como propósito enseñar a los seres humanos, la comprensión y gestión adecuada de las emociones y sentimientos, óptimos para una adecuada vida en sociedad. Los objetivos principales, pueden resumirse en los siguientes términos: 1. Adquirir un mejor conocimiento de las propias emociones; 2. Identificar las emociones de los demás, 3. Desarrollar la habilidad para regular las propias emociones, 4. Prevenir los efectos nocivos de las emociones negativas, 5. Desarrollar la habilidad para generar emociones positivas, 6. Desarrollar la habilidad de automotivarse, 7. Adoptar una actitud positiva ante la vida (Bisquerra, 2000).

La incorporación de estas estrategias educativas, se orienta al desarrollo de competencias emocionales en todos los actores que participan en un proceso formativo, mediante metodologías y recursos pedagógicos que favorecen su adquisición y fortalecimiento. Dichas competencias comprenden: conciencia emocional, entendida como la capacidad de identificar y comprender las emociones propias y ajenas; regulación emocional, que implica gestionar las emociones de forma adecuada mediante estrategias de afrontamiento efectivas; autonomía emocional, vinculada al fortalecimiento de la autoestima, la actitud positiva, la responsabilidad y la autoeficacia; competencia social, que abarca el establecimiento y mantenimiento de relaciones interpersonales saludables a través



del respeto, la comunicación asertiva, la cooperación y la resolución de conflictos; y competencias para la vida y el bienestar, asociadas a la adopción de comportamientos responsables, la adaptación, la toma de decisiones, la participación ciudadana activa y el bienestar subjetivo. En conjunto, estas capacidades facilitan el reconocimiento y la gestión de las emociones, el fortalecimiento de las relaciones positivas y la adopción de conductas que favorecen la adaptación y el bienestar integral (Bisquerra, 2003).

Este tipo de educación debe ser entendida como la habilidad para comprender y manejar los sentimientos de los familiares. Para las personas tener inteligencia emocional, se comprende como la habilidad para controlar adecuadamente sus impulsos, sus instintos y comprender las señales emocionales propias y la de los demás, manteniendo un equilibrio en diversas situaciones de cambio. Cuando las personas logran ofrecen empatía los demás y los ayudan a enfrentarse a las emociones negativas, se logra el afianzamiento de los lazos de afecto entre los mismos (Punset, 2008).

Si bien la educación emocional ha demostrado ser eficaz en el fortalecimiento de estas competencias, el presente trabajo propone un nuevo enfoque. La educación psicoemocional es un enfoque pedagógico y psicosocial orientado a la gestión integral de pensamientos, emociones y comportamientos, con el objetivo de promover el bienestar individual y colectivo. A diferencia de la educación emocional tradicional, que se centra principalmente en el reconocimiento y regulación de las emociones, la educación psicoemocional incorpora fundamentos de la neurociencia, la psicología cognitiva y social, y la inteligencia emocional para establecer conexiones sólidas entre el cerebro, las emociones y la conducta (Martínez Díaz, 2024, pp. 221-224).

Este enfoque se sustenta en una base epistemológica que considera la salud mental y física como dimensiones interdependientes, en las que los estados emocionales influyen de manera significativa en la calidad de vida, la prevención de patologías y el desarrollo de competencias sociales.

En este marco se desarrolla el modelo IRIS®, una propuesta estructurada en cuatro competencias y treinta y seis habilidades diseñadas para favorecer un tránsito progresivo desde la inteligencia intrapersonal —centrada en el autoconocimiento y la autorregulación— hacia la inteligencia interpersonal, que implica la empatía, la comunicación asertiva y la construcción de relaciones positivas. Su metodología se basa en un enfoque cognitivo-conductual que integra estrategias para identificar, interpretar y regular emociones, promover la resiliencia, fortalecer la autoestima, prevenir conductas desadaptativas y fomentar la cohesión social (Martínez Díaz, 2024, pp. 233-269).

Tabla 2. Competencias y habilidades del modelo de educación psicoemocional IRIS ®

Proceso	Competencia	Habilidades
	Interpretar	Aprender a pausar. Analizar las situaciones de riesgo. Interpretar el origen de los



Inteligencia
intrapersonal

pensamientos.
Interpretar nuestros estados
emocionales.
Identificar las necesidades
socioemocionales.
Conocer y aceptar nuestra esencia.

Reconectar

Aprender a esperar.
Aprender a alejarnos.
Aprender a respirar.
Conectar las emociones con la realidad.
Interpretar las reacciones emocionales.
Aprender a escuchar.
Aprender a pedir ayuda.

Interiorizar

Reformular los sucesos con las
emociones.
El diálogo interno.
Automentalizar.
Automotivarnos.
Evocar memoria emocional.
Analizar el sistema de valores.
Aprender a resignificar.
Aprender a improvisar.
Afianzar la autocompasión y el perdón.

Inteligencia
interpersonal

Superar

Afianzar el sentido de responsabilidad
social.
Comprender la responsabilidad afectiva.
Mentalizar sobre las necesidades
socioemocionales de los demás.
Fortalecer el carácter.
Entrenar la voluntad.
Agradecer continuamente.
Reconocer nuestras virtudes y valores.
Fortalecer la empatía.
Planificar y organizarnos.
Establecer metas con sentido.
Aprender a tomar decisiones.
Aprender a relacionarnos
positivamente.
Comunicarnos asertivamente.
Autoevaluarnos.

Nota. Elaboración propia. Adaptado de Martínez (2024, pp. 233–269). La denominación IRIS® es marca registrada por su autor/a y se utiliza con fines académicos.

El modelo IRIS® no se limita al ámbito educativo formal, sino que puede aplicarse de manera transversal en contextos clínicos, laborales y comunitarios. En el ámbito oncológico, por ejemplo, se



puede orientar a dotar a pacientes, familiares y profesionales de herramientas para afrontar el impacto emocional del cáncer, prevenir el deterioro de la salud mental y mantener una actitud adaptativa frente al tratamiento. Asimismo, su estructura permite diseñar programas de intervención psicoemocional específicos para poblaciones vulnerables, o personal de primera respuesta, adaptando las competencias y habilidades a las necesidades particulares de cada grupo.

En esencia, la educación psicoemocional y el modelo IRIS® constituyen un marco de actuación integral que combina el conocimiento científico con estrategias prácticas para desarrollar recursos personales y colectivos, garantizando así la protección de la salud mental, la mejora del rendimiento adaptativo y el fortalecimiento de una convivencia basada en el respeto, la empatía y la responsabilidad social.

Al relacionarse los familiares, los profesionales y los pacientes, se llevan a cabo determinadas funciones de socialización, donde intervienen las relaciones afectivas, educativas y disciplinarias. Cuando se habla de formar personas desde la educación emocional, se debe orientar principalmente al amor y el control, aunque no todas las familias actúan frente a esto de la misma manera. Frente al tema emocional se toma en cuenta que los actores parte deben dar ejemplo, regulando sus emociones ya adquiriendo habilidades emocionales, para estrechar los lazos y hacer acompañamiento óptimo a los pacientes (Sorribes, 2002; citado por Mollón, 2015).

La escritura terapéutica y la gestión de las emociones

El modelo de educación psicoemocional IRIS© integra la aplicación del Protocolo de Gestión Psicoemocional «MAPA©», fundamentado en principios de neurociencia y psicología. Este protocolo utiliza la escritura terapéutica como herramienta central para desbloquear emociones y favorecer la gestión emocional. Originalmente diseñado como un apoyo preventivo, el modelo puede adaptarse a diversos contextos clínicos, incluyendo pacientes oncológicos, quienes enfrentan cargas emocionales significativas derivadas del diagnóstico, los tratamientos y los cambios en su entorno personal y social.

La escritura terapéutica, entendida como la expresión libre y segura de pensamientos, creencias y sentimientos, facilita la identificación de bloqueos emocionales, la reestructuración cognitiva de creencias limitantes y el fortalecimiento de recursos internos. De este modo, contribuye a la mejora del bienestar integral del paciente, permitiendo un proceso de autoconocimiento y autorregulación emocional.

A continuación, se presentan los pasos detallados del protocolo MAPA©, organizados en una tabla para facilitar su comprensión y aplicación práctica:



Tabla 3. Ejercicio de escritura terapéutica basado en el protocolo «MAPA©»

Paso	Descripción	Preguntas/Indicaciones clave
Mostrar	Evocar un recuerdo o pensamiento traumático o adverso que afecte actualmente y relatarlo sin censura, incluyendo lo que no se diría a nadie.	- ¿Qué emociones sentiste? - ¿Cómo reaccionaste y por qué? - ¿Qué hubieras querido decir o hacer? - ¿Cómo afectó tu bienestar?
Alejarme	Tomar distancia para identificar y regular emociones, observando reacciones fisiológicas. Utilizar respiración abdominal y, si es necesario, aplicar «ARPA©».	- ¿Qué emociones sientes ahora? - ¿Qué señales físicas detectas?
Preguntar	Releer el escrito, subrayar emociones y creencias negativas, analizar su origen y relevancia actual.	- ¿El problema es la situación o tus creencias? - ¿Es necesario actuar o perdonarte? - ¿Qué aprendizaje obtienes?
Actuar	Definir acciones para resolver la situación y prevenir su repetición. Establecer compromisos y reconocer responsabilidades.	- ¿Tus creencias te bloquean? - ¿Qué decisiones tomarás? - ¿Cuál es tu compromiso?

Nota. Este ejercicio forma parte del protocolo original «MAPA©». Se recomienda su práctica durante cuatro días consecutivos, con sesiones de al menos 20 minutos, y posteriormente de forma semanal y mensual hasta lograr mejoría (Martínez Díaz, 2024, pp. 288–291). La tabla contiene una síntesis adaptada con fines académicos y prácticos, no reproduciendo el texto íntegro.

La aplicación sistemática de la escritura terapéutica, ha demostrado múltiples beneficios validados por la evidencia empírica. Entre ellos se incluyen la disminución de enfermedades físicas, la mejora de la función inmunitaria, el incremento de la autoestima y cambios cognitivos y conductuales adaptativos. Asimismo, contribuye a la reducción de ansiedad y depresión, favorece un mejor funcionamiento social y fortalece la resiliencia emocional. Se han documentado mejoras en patologías como artritis reumatoide, asma, cáncer de próstata y estrés postraumático, así como en la recuperación de adolescentes con vulnerabilidad social y en el afrontamiento de enfermedades graves, potenciando el autoconocimiento, la autorregulación emocional y el bienestar integral (Martínez Díaz, 2024, pp. 273–274).



Estrategias de intervención psicosocial

Uno de los factores que más incide en los procesos de afrontamiento contra el cáncer, es quizás la empatía que familiares, profesionales y allegados deben tener frente al proceso. Lo anterior toda vez que el lenguaje comunicacional y el acompañamiento pueden ser útiles para restaurar la confianza de la persona en sí misma y luchar por que los tratamientos salgan adelante. La tabla número 4, muestra algunas de las estrategias de intervención que desde las unidades oncológicas se pueden usar durante el proceso.

Tabla 4. Estrategias de intervención psicosocial en las patologías oncológicas

Población	Resultados clave / Estrategias principales	Referencia de estudio
Pacientes oncológicos sometidos a cirugía torácica y sus familiares	Preparación psicológica prequirúrgica; psicoeducación sobre cirugía, riesgos y rehabilitación; entrenamiento en afrontamiento, relajación, visualización guiada; reestructuración cognitiva; counselling; habilidades sociales; apoyo emocional a familiares; fomento de autoimagen, autonomía; adherencia al tratamiento.	Bringas et al. (2011, pp. 418–419).
Pacientes oncológicos y sus familias durante el proceso oncológico	Apoyo emocional y acompañamiento; canalización adecuada de emociones; derribar mitos sobre cáncer y personalidad; resignificación de la enfermedad; fomento de autonomía y toma de decisiones; contención emocional; comunicación familiar y con equipo médico; identificación y potenciación de recursos personales; manejo de ansiedad (relajación muscular, reiki, hipnosis, yoga); promoción de grupos y actividades de apoyo.	Robert, Álvarez, & Valdivieso (2013, pp. 681-683).
Pacientes oncológicos en distintas etapas de la	Apoyo emocional mediante escucha activa, empatía y acompañamiento; apoyo informacional-educacional claro; apoyo instrumental con recursos y servicios; técnicas cognitivo-conductuales para reducir	Massone & Llull (2015, pp. 1–20).



enfermedad.	ansiedad y depresión; fortalecimiento de recursos psicológicos y afrontamiento; intervenciones grupales e individuales para mejorar calidad de vida.	
Pacientes oncológicos y sus familias, atendidos en un centro especializado.	Apoyo y acompañamiento continuo; canalización y contención emocional; resignificación de la experiencia; fortalecimiento de la comunicación familiar y con el equipo médico; asesoramiento y entrenamiento en manejo del estrés y resolución de problemas; terapia individual y grupal; talleres lúdico-pedagógicos; acompañamiento espiritual; promoción de redes de apoyo; estrategias para mejorar la adherencia al tratamiento, manejo del dolor y reducción de efectos secundarios.	González Agudelo & Castro Portilla (2015, pp. 23–28).
Pacientes oncológicos	Apoyo emocional, informativo y material; psicoeducación sobre enfermedad, dolor y afrontamiento; fomento de estrategias activas de afrontamiento; promoción de bienestar subjetivo; capacitación al equipo de salud en autocuidado, manejo del estrés y bioética; fortalecimiento de actitudes terapéuticas para mejorar calidad de vida.	Pérez Sánchez de Loria (2014, pp. 70–88).
Familias de pacientes con cáncer (adultos)	Orientación psicosocial y psicoeducativa, terapia grupal, intervención cognitivo-conductual, counselling, técnicas de afrontamiento, fortalecimiento del apoyo familiar, programas de apoyo social.	Guillén Mendoza, Quiroz Fernández, & Zambrano Acosta (2018, pp. 23–25).
Pacientes oncológicos	Evaluación psicosocial integral; psicoeducación sobre enfermedad y tratamiento; terapia cognitivo-conductual para ansiedad y depresión; intervención en dolor y síntomas; entrenamiento en afrontamiento adaptativo; apoyo emocional individual, grupal y	García et al. (2018, pp. 91–94).



	familiar; fortalecimiento de redes de apoyo; acompañamiento en decisiones médicas; intervención en crisis; fomento de resiliencia y calidad de vida.	
Pacientes oncológicos en distintos estadios del cáncer	Psicoeducación a paciente y familia; terapia cognitivo-conductual; terapia de aceptación y compromiso; intervención familiar y sistémica; técnicas de resiliencia y crecimiento postraumático; terapia cognitivo-existencial; psicoterapia positiva; mindfulness individual y de pareja; fortalecimiento de redes de apoyo; abordaje de estrés, depresión y ansiedad; fomento del autocuidado según estadio del cáncer.	Forgiony- Santos et al., 2019, pp. 490–492).
Pacientes adultos con cáncer colorrectal	Terapia cognitivo-conductual (TCC), Terapias contextuales, Terapia de Aceptación y Compromiso, Psicoeducación, Entrenamiento en relajación, Terapia de reminiscencia, Terapia de escritura, Terapia centrada en soluciones, Medias de autoinforme.	Hernández- Marín et al. (2023, pp. 304–311)
Pacientes oncológicos en fase avanzada o terminal que reciben cuidados paliativos integrales,	Atención psicológica y psiquiátrica (terapia cognitivo-conductual, psicoterapia, derivación a psiquiatría, hipnosis), psicoeducación y asesoramiento (paciente, familia, cuidador, orientación dietética), apoyo social y grupal (redes de apoyo, grupos, prevención de agotamiento del cuidador), entrenamiento en afrontamiento y autocuidado (aceptación, manejo del estrés, conservación de energía, rutinas saludables), prácticas mente-cuerpo (mindfulness, meditación, yoga, acupuntura, musicoterapia, masajes, Tai Chi, Qi Gong), acompañamiento espiritual y religioso (oración, servicios religiosos, comunidad, atención compasiva), comunicación y planificación anticipada de la atención, intervenciones psicosociales breves y programas interdisciplinarios, y orientación guiada por enfermería para terapias de autocuidado en	Hurtado Hurtado (2024, pp. 8– 15)



Nota. Resumen de estrategias psicosociales en pacientes oncológicos y familias basado en estudios recientes (2011–2024) que evidencian intervenciones para mejorar bienestar, afrontamiento y calidad de vida.

Aunque las estrategias psicosociales en oncología son variadas, el análisis comparativo de los estudios revisados muestra que el apoyo emocional, la psicoeducación y las técnicas cognitivo-conductuales son las más implementadas y con mayor evidencia de efectividad para mejorar el afrontamiento y la calidad de vida del paciente oncológico. Intervenciones complementarias como mindfulness, terapias mente-cuerpo y prácticas alternativas enriquecen el abordaje integral, especialmente en entornos que priorizan el bienestar global del paciente. Es esencial que la investigación futura profundice en la evaluación de su eficacia, adaptabilidad cultural y viabilidad operativa, para así diseñar modelos de atención psicosocial más personalizados, interdisciplinarios y efectivos, ajustados a los diferentes perfiles y etapas de la enfermedad.

Resultados

La revisión de la literatura permitió identificar tres ejes principales para comprender y abordar los efectos psicológicos del cáncer:

1. **Factores psicológicos y psicosociales asociados al cáncer:** Los estudios revisados muestran que el diagnóstico oncológico desencadena con frecuencia emociones como ansiedad, depresión, miedo, frustración y estrés crónico. Estos estados emocionales afectan la adherencia al tratamiento, reducen la calidad de vida y pueden debilitar el sistema inmunológico. Asimismo, se evidenció que el dolor, la incertidumbre y los cambios en la autoimagen influyen de forma negativa en el afrontamiento y en la interacción social del paciente.
2. **Necesidades psicoemocionales de los pacientes oncológicos**
A partir de la adaptación de la pirámide de Maslow por la OMS, se identificaron necesidades clave como seguridad, aceptación, amor, pertenencia, autoestima y sentido de vida. Su satisfacción se asocia con una mejor adaptación al proceso oncológico, menor deterioro emocional y mayor disposición a seguir los tratamientos.
3. **Estrategias psicosociales y psicoemocionales documentadas**
Las intervenciones descritas en la literatura incluyen apoyo emocional y empático a pacientes y familiares, psicoeducación sobre la enfermedad y el manejo del estrés, técnicas cognitivo-conductuales



para regular emociones y disminuir ansiedad y depresión, fortalecimiento de redes de apoyo, y programas de educación psicoemocional enfocados en desarrollar competencias intrapersonales e interpersonales para fomentar resiliencia, autoestima y adaptación positiva.

En este ámbito, se reporta la aplicación de recursos innovadores como la escritura terapéutica, implementada mediante el protocolo de Gestión Psicoemocional MAPA©, que facilita la expresión y reorganización de pensamientos y emociones, favorece el procesamiento de experiencias adversas y fortalece los recursos internos del paciente. Modelos como IRIS® integran estos enfoques para trabajar de forma simultánea el plano interno y el contexto relacional del paciente.

En conjunto, la evidencia revisada muestra que la incorporación de estrategias psicosociales y psicoemocionales en la atención oncológica se asocia con mejoras en el bienestar emocional y social de las personas que enfrentan un diagnóstico de cáncer.

Discusión

Los hallazgos de esta revisión confirman que los pacientes oncológicos no solo enfrentan desafíos físicos, sino también una carga emocional y social que influye directamente en su proceso de tratamiento y recuperación. La literatura coincide en que la ansiedad, la depresión, la incertidumbre y la alteración de la autoimagen son respuestas comunes, y que su manejo efectivo requiere estrategias más allá del abordaje biomédico tradicional.

En este sentido, las estrategias psicosociales y psicoemocionales identificadas en la revisión demuestran un potencial significativo para mejorar la calidad de vida y la adherencia terapéutica. La psicoeducación, por ejemplo, ha mostrado ser un recurso clave para empoderar al paciente, permitiéndole comprender su enfermedad, participar activamente en el proceso de atención y desarrollar habilidades para la autorregulación emocional.

La incorporación de modelos integrales como IRIS® aporta un valor diferencial al combinar competencias intrapersonales —autorregulación, autocompasión, resiliencia— con competencias interpersonales —empatía, comunicación asertiva—, generando intervenciones más completas y adaptadas a las necesidades reales de los pacientes.

Dentro de las herramientas psicoemocionales, la escritura terapéutica y el protocolo MAPA© se presentan como recursos innovadores que facilitan la expresión emocional y la reorganización cognitiva. Su integración en programas estructurados permite no solo el procesamiento de experiencias adversas, sino también el fortalecimiento de recursos internos y el desarrollo de una narrativa personal más resiliente frente a la enfermedad.

La evidencia revisada coincide con las recomendaciones de organismos internacionales, que



subrayan la importancia de implementar estrategias interdisciplinarias y culturalmente adaptadas. Integrar acciones como la validación emocional, el fortalecimiento de redes de apoyo y la capacitación de equipos de salud puede actuar como factor protector frente al deterioro anímico, optimizando la respuesta terapéutica y la calidad de vida del paciente oncológico.

Conclusiones

El abordaje integral del cáncer requiere contemplar, junto al tratamiento médico, intervenciones psicosociales y psicoemocionales que respondan a las necesidades emocionales y relacionales de los pacientes. La revisión realizada confirma que este tipo de estrategias contribuye a reducir el malestar psicológico, fortalecer la resiliencia y mejorar la adherencia terapéutica.

Herramientas como la psicoeducación, el fortalecimiento de redes de apoyo, la escritura terapéutica y el protocolo de Gestión Psicoemocional MAPA®, integradas en marcos de intervención como el modelo IRIS®, ofrecen un enfoque estructurado y adaptable a diferentes contextos clínicos.

Se recomienda llevar a cabo la implementación piloto de este modelo en unidades oncológicas, con evaluaciones previas y posteriores que permitan medir su impacto en la calidad de vida, la resiliencia emocional y la continuidad del tratamiento. Los resultados de estas evaluaciones serán clave para desarrollar protocolos estandarizados, culturalmente adaptados y escalables que fortalezcan la atención integral de las personas con cáncer.

Referencias

- Arranz, P., & Bayés, R. (1996). Aspectos psicológicos del enfermo en situación terminal. En *Tratado de Medicina Paliativa y tratamiento de soporte en el enfermo con cáncer*. Editorial Panamericana.
- Astudillo, W., & Mendinueta, C. (2008). *Necesidades de los enfermos en el final de la vida*. En *Medicina Paliativa, Cuidados del Enfermo en el final de la vida y Atención a su familia* (5.ª ed.). EUNSA.
- Barroilhet, S., Forjaz, E., & Garrido, L. (2005). Conceptos, teorías y factores psicosociales en la adaptación al cáncer. Escuela de Psicología, Universidad de Los Andes.
- Bringas, S., García, E., & Rodríguez, J. (2011). Protocolo de intervención psicosocial en pacientes oncológicos sometidos a cirugía torácica. *Psicología y Salud*, 21(2), 415–421.
<https://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/PSIC0606220407A/15872>
- Burke, M. (2016). *Efectos emocionales y psicológicos del cáncer*. Winship Cancer Institute.
- Cano, A. (2005). Control emocional, estilo represivo de afrontamiento y cáncer: Ansiedad y cáncer. Facultad de Psicología, Universidad Complutense de Madrid.



- Cantú, R., & Álvarez, J. (2009). Sucesos vitales y factores psicosociales asociados: El caso de pacientes con cáncer. *Psicología y Salud*.
- Cerezo, M., Ortiz, M., & Cardenal, V. (2009). Expresión de emociones y bienestar en un grupo de mujeres con cáncer de mama: Una intervención psicológica. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 41(1). Fundación Universitaria Konrad Lorenz.
- De la Garza, J., & Juárez, P. (2014). *El cáncer*. Universidad Autónoma de Nuevo León.
- Espino, A., & García, M. (2018). Cáncer de mama y su relación con el manejo de las emociones y el estrés. Universidad Nacional Autónoma de México, Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia.
- Fernández, A. (2011). *Antropología de las emociones y teoría de los sentimientos*.
- Forgiony-Santos, J. O., Rojas-Betancur, S. M., & Díaz-Velásquez, J. D. (2019). Tipos de tratamiento e impacto terapéutico en pacientes con cáncer. *Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica*, 38(5), 490–492. <https://www.redalyc.org/journal/559/55962867021/55962867021.pdf>
- García, L., López, P., & Ramírez, M. (2018). Psicooncología: Abordaje integral del paciente con cáncer. *Psicooncología*, 15(1), 91–94. <https://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/59174>
- Glanz, K., & Lerman, C. (1992). Psychosocial impact of breast cancer: A critical review. *Annals of Behavioral Medicine*.
- González Agudelo, L. J., & Castro Portilla, S. L. (2015). Importancia de la atención psicosocial al paciente oncológico y su familia. *Boletín Informativo CEI*, 2(2), 20–29. <https://revistas.umariana.edu.co/index.php/BoletinInformativoCEI/article/view/791/715>
- Guillén Mendoza, R., Quiroz Fernández, S., & Zambrano Acosta, J. M. (2018). Orientación psicosocial y psicoeducativa a las familias de pacientes que padecen cáncer. *Mikarimin. Revista Científica Multidisciplinaria*, 5(1), 20–27. <https://revista.uniandes.edu.ec/ojs/index.php/mikarimin/article/view/1372/626>
- Hernández-Marín, J., Galindo-Vázquez, O., Calderillo-Ruiz, G., Montero-Pardo, X., Costas-Muñiz, R., & Ortega-Andeane, P. (2022). Efecto de intervenciones psicológicas sobre variables psicosociales en pacientes con cáncer colorrectal: una revisión narrativa de la literatura. *Psicooncología*, 19(2), 299–318. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11097673/pdf/nihms-1971029.pdf>
- Holland, J. (2008). Societal views of cancer and the emergence of psycho-oncology. En J. C. Holland (Ed.), *Psychooncology*. Oxford University Press.
- Hurtado Hurtado, H. P. (2024). Atención de enfermería basada en los principios básicos de los cuidados paliativos integrales para pacientes oncológicos. *Revista Social Fronteriza*, 4(2), e219. <https://www.revistasocialfronteriza.com/ojs/index.php/rev/article/view/219/381>
- Instituto Nacional del Cáncer. (s. f.). Adaptación normal al cáncer: Ansiedad y sufrimiento (PDQ® versión para profesionales de la salud).



<https://www.cancer.gov/espanol/cancer/sobrellevar/sentimientos/ansiedad-sufrimiento-pro-pdq>

International Association for the Study of Pain. (2009). *Aspectos psicológicos del dolor provocado por el cáncer*.

Marsiglia, I. (2009). La psiconeuroinmunología: Nueva visión sobre la salud y la enfermedad. *Gaceta Médica de Caracas*.

Martínez Díaz, I. (2024). *IRIS: Un viaje emocional hacia la plenitud y el bienestar integral*. CINEBI SAS.

Massone, A., & Llull, D. (2015). Análisis y eficacia de las intervenciones psicosociales en oncología. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 18(1), 1–20. <http://www.revistas.unam.mx/index.php/rep>

Millon, T., & Davis, R. (1998). *Trastornos de la personalidad más allá del DSM-IV*. Masson.

Millon, T., & Davis, R. (2001). *Trastornos de la personalidad en la vida moderna*. Masson.

National Center for Health Statistics. (2006). *Health, United States, with chartbook on trends in the health of Americans*. U.S. Department of Health and Human Services.

Organización Mundial de la Salud. (1990). *Cancer pain relief and palliative care*. OMS.

Organización Mundial de la Salud. (2024, 1 de febrero). Crece la carga mundial de cáncer en medio de una creciente necesidad de servicios [Comunicado de prensa]. <https://www.who.int/es/news/item/01-02-2024-global-cancer-burden-growing--amidst-mounting-need-for-services>

Organización Mundial de la Salud. (2025, 3 de febrero). *Cáncer: Datos clave*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cancer>

Pérez Sánchez de Loria, G. (2013). Desarrollo de estrategias psicosociales y de autocuidado en equipos de salud para promover la calidad de vida en pacientes con cáncer. *Revista de Investigación Psicológica*, (9), 69–88. https://www.scielo.org.bo/scielo.php?pid=S2223-30322013000100007&script=sci_arttext

Pérez Sánchez de Loria, G. C. (2014). Intervenciones psicológicas para el tratamiento del cáncer. *Ajayu*, 12(2), 70–88. http://www.scielo.org.bo/scielo.php?pid=S2223-30322013000100007&script=sci_arttext

Piqueras, J., Ramos, V., Martínez, A., & Oblitas, L. (2009). Emociones negativas y su impacto en la salud mental y física. *Suma Psicológica*.

Robert, V., Álvarez, C., & Valdivieso, F. (2013). Psicooncología: Un modelo de intervención y apoyo psicosocial. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 24(4), 677–684. [https://doi.org/10.1016/S0716-8640\(13\)70203-0](https://doi.org/10.1016/S0716-8640(13)70203-0)

Rodríguez, M., Esteve, R., & López, A. (2000). Represión emocional y estrategias de afrontamiento en dolor crónico oncológico. Universidad de Málaga.

Spencer, S., Carver, C., & Price, A. (1998). Psychological and social factors in adaptation. En J. C. Holland (Ed.), *Psycho-oncology*. Oxford University Press.

Yélamos, C., & Fernández, B. (2018). Necesidades emocionales en el paciente con cáncer.