



COMILLAS
UNIVERSIDAD PONTIFICIA

ICAI

ICADE

CIHS

FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y
SOCIALES

Título del trabajo

Necesidades de apoyo y factores de soporte beneficiosos
en adultos mayores con cáncer.

Autor/a: Raquel González Aragonés

Director/a: Paula Collazo Castiñeira

Madrid
2025/2026

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	3
1.1. Cáncer y envejecimiento	3
1.2. Reacciones psicológicas ante el diagnóstico del cáncer	4
1.2.1. Reacciones psicológicas frente al diagnóstico.....	5
1.2.2. Reacciones psicológicas frente al tratamiento.....	6
1.3. Necesidades de apoyo	7
1.4. Justificación y objetivos	9
2. METODOLOGÍA	10
2.1. Criterios de inclusión y exclusión	10
2.2. Estrategia de búsqueda	10
2.3. Selección de estudios	11
2.4. Análisis	12
3. RESULTADOS	12
3.1. Necesidades de apoyo	15
3.2. Impacto clínico y biológico del apoyo social	16
3.3. Paciente, familia y sistema sanitario	16
3.4. Perspectiva del paciente	17
3.5. Factores de riesgo	17
3.6. Intervención y estrategias	18
4. DISCUSIÓN	19
4.1. Proposición y estrategias	21
4.2. Limitaciones	22
4.3. Futuras líneas de investigación	23
5. CONCLUSIÓN	24
6. BIBLIOGRAFÍA	25

1. INTRODUCCIÓN

1.1. Cáncer y envejecimiento

Según La Organización Mundial de la Salud, el cáncer es entendido como una alteración de la forma habitual del tejido que compone un órgano pudiendo cambiar su volumen y forma a causa de una sobrerreproducción de las células que componen ese tejido (Organización Mundial de la Salud, 2022). A su vez, es la enfermedad que genera una de las causas con mayor mortalidad, siendo esta la segunda en el mundo (Organización Mundial de la Salud, 2022). Uno de los grandes factores de riesgo, según la Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM, 2025), es el envejecimiento poblacional, sumado a la exposición de factores de riesgo acumulados tanto modificables (ej. el tabaquismo, una dieta inadecuada, la obesidad y el sedentarismo) como no modificables como la edad, los factores genéticos o hereditarios (Fernández Pérez et al., 2016).

Se sabe que el envejecimiento es un gran factor de riesgo, pero es fundamental tener en cuenta que los adultos mayores constituyen el grupo más heterogéneo. Por ende, el abordaje clínico no debe enfocarse en la cronología del adulto, sino en brindar una atención individualizada ajustándose a sus necesidades y particularidades funcionales (SEOM, 2025).

En primer lugar, el cuerpo funciona de otra manera y con un ritmo diferente, puesto que el envejecimiento no solo es visto desde fuera, sino que también tienen lugar cambios internos (López-Otín y Kroemer, 2024). En consecuencia, los órganos no presentan la misma resistencia que antes y por ello les cuesta más recuperarse de la quimioterapia, lo que desencadena que se establezca un reajuste de tratamiento en función de sus necesidades (López-Otín y Kroemer, 2024). Seguido a esto, en esta etapa de la vida las estadísticas indican que es muy difícil que solo exista el cáncer en la vida de la persona ya que arrastran otro tipo de enfermedades o comorbilidades como la tensión, la diabetes y enfermedades cardiovasculares entre otras (Wildiers et al., 2014). Por ende, se debe estar muy atento a la historia de la persona para establecer un buen tratamiento y que no haya contraindicaciones entre medicaciones (Wildiers et al., 2014). Para el paciente el diagnóstico de la enfermedad no supone solo el temor al final de la vida sino también el temor a la pérdida de autonomía (Houldin y Wasserbauer, 1996).

El impacto de recibir el diagnóstico de esta enfermedad en la vejez constituye un estresor existencial que puede tambalea la identidad del individuo (Die Trill, 2006). En edades más tempranas el foco está en la supervivencia o en metas a largo plazo, pero en el adulto mayor la enfermedad choca con su mayor temor: la pérdida de su independencia (Die Trill, 2006).

Según Bury (1982), en esta etapa vital se produce la ruptura biográfica, ya que la enfermedad supone una ruptura en la historia de vida del paciente. El individuo siente que no tiene el control sobre su vida pasando de ser una persona con capacidad de autogestión y autonomía a ser una persona cuidada por el otro. Esta transición de ser una persona independiente para convertirse en alguien dependiente supone un conflicto que adquiere gran relevancia en la vida diaria del paciente. De acuerdo con Goffman (2017), el mayor conflicto es la despersonalización, el paciente siente que su “yo” como individuo desaparece y es sustituido por el rol de enfermo.

1.2. Reacciones psicológicas ante el diagnóstico del cáncer

Según la Organización Mundial de la Salud (1948), la salud no es ausencia de enfermedad sino el estado de bienestar psíquico, físico y social. Por ende, la enfermedad debe ser comprendida como un proceso biológico, psicológico y social ya que puede implicar el desarrollo de invalidez. Esta circunstancia no solo afecta de manera individual a la persona que padece la enfermedad, sino que también influye al entorno que la rodea por el estrés o sobrecarga que pueda presentarse (Lipowski, 1969). Por ello, la salud no solo depende de un factor aislado, sino que es comprendida desde la interrelación entre las variables psicológicas, sociales y biológicas. Según López-Ibor (2007) esta perspectiva integradora permite comprender cómo surge la enfermedad y cómo se va desarrollando en cada individuo.

La aparición de la psicooncología surge de la mano de Holland en 1993, ya que estudió sobre cómo afectaba lo psicológico, lo social y lo conductual al cáncer. Esta unión tiene como objetivo dar respuesta a cómo y cuáles eran las emociones, ideas y pensamientos del paciente diagnosticado con esta enfermedad, así como qué emociones negativas y problemas psicológicos podían asociarse a dicha patología (Holland, 2003).

Por ello, según Holland (2003) es esencial brindar una buena atención a la respuesta emocional del paciente y de su entorno para poder prevenir aquellos factores de riesgo que puedan intervenir en el desarrollo de la enfermedad.

1.2.1. Reacciones psicológicas frente al diagnóstico

El ser humano se relaciona con el exterior a través de su cuerpo y mente. Sin embargo, al recibir el diagnóstico esta interacción sufre un desequilibrio por la aparición del dolor, fruto de la carga psicológica, cultural y social que conlleva (Fuentes y Blasco, 2010). Este fenómeno, definido por Camacho (2003) como ruptura biográfica puede acabar en la desestructuración de su realidad cotidiana y psíquica del individuo si no cuenta con las estrategias de afrontamiento adecuadas. A esto se le suman los miedos que el paciente puede desarrollar a lo largo de la enfermedad, como la pérdida de autonomía o su cambio de imagen, generando así que pueda llegar a darse la aparición del estrés crónico el cual interfiere en la calidad de vida y estabilidad emocional del paciente (Matías et al., 1995).

Por tanto, es necesaria la existencia de un marco de actuación estandarizado. Según Núñez (2013), tener un protocolo es una necesidad que previene el desarrollo de una crisis. A su vez, permite una actuación específica para la gestión y resolución de los diferentes problemas que puedan aparecer y tengan que hacer frente los pacientes.

Según Lipowski (1969) y Holland (1989), cada paciente recibe el diagnóstico de manera diferente y esto se debe a cinco factores:

1. Nivel de adaptación previo: hace referencia a la capacidad que ha tenido el sujeto a ajustarse a otros eventos críticos que han tenido lugar a lo largo de su vida.
2. Factores individuales: se tiene en cuenta la personalidad del sujeto y su historia de vida previa.
3. Situación económica y social: saber cuáles son sus redes de apoyo, sus recursos económicos y el acceso que tiene a la sanidad.
4. Naturaleza y características de la enfermedad: cómo se define la enfermedad y cómo interfiere esta en la percepción subjetiva del paciente.
5. Valores y creencias: aquellos valores o creencias que puedan dar un significado a la patología.

Aunque cada individuo reciba y tenga una percepción diferente del diagnóstico y de su manera de afrontarlo, existen cinco fases de referencia por la que pasa el paciente a lo largo de la enfermedad. Según Kubler-Ross (1974), primero tiene lugar la fase de negación, en la que la persona no es capaz de aceptar la enfermedad y esta negación actúa como mecanismo de defensa para mitigar el dolor. Después, tiene lugar la ira en la que salen a la luz las emociones reprimidas a través del enfado, que se paga con su entorno o con ellos mismos. La tercera fase es la negociación, la cual se caracteriza por el intento de la persona a establecer un pacto consigo mismo para afrontar la realidad que tiene presente en su día a día. Tras esto, tiene lugar la depresión caracterizada por emociones negativas y aislamiento del entorno. Por último, la última fase es la aceptación en la que el individuo tras pasar por todo este camino consigue aceptar la situación y hacerle frente con buenas estrategias de afrontamiento y emociones que traigan repercusiones positivas.

1.2.2. Reacciones psicológicas frente al tratamiento

Tener que hacer frente al tratamiento de esta enfermedad es una situación compleja que implica un desafío diario para el individuo. Según Fernández y Flores (2011), existen una serie de condiciones que por sí solas generan malestar psicológico, como la naturaleza y características de la enfermedad, la incertidumbre de no saber cómo va a evolucionar, los efectos secundarios que se esconden tras los tratamientos y la evaluación como sociedad que se le da al cáncer.

En función del tratamiento que cada individuo necesite, se encuentran efectos secundarios diferentes. Los tratamientos más utilizados para combatir esta enfermedad son la quimioterapia, trasplante de médula ósea, cirugía y radioterapia (Fernández y Flores, 2011). La quimioterapia conlleva una elevada vulnerabilidad tanto a nivel físico como mental, provocada por sus agresivos efectos secundarios. Estas secuelas afectan a la autoestima y aceptación del individuo y puede desarrollarse un trastorno del estado del ánimo (Fernández y Flores, 2011). Respecto a la cirugía aparece el miedo a la muerte y a no saber qué puede pasar por estar bajo los efectos de la anestesia (Fernández y Flores, 2011). En cuanto a la radioterapia, puede darse la ansiedad, fobias y depresión ya que la persona se encuentra sola en la sala frente a la máquina y a la posibilidad de sus fallos

(Camacho, 2003). Sumado a ello, aparece el temor de si la radiación va a tener una repercusión directa en el cerebro (Gottschalk, 1984).

Durante los primeros meses del tratamiento, el paciente no siente mejoría ni alivio, lo que hace más difícil la aceptación de la enfermedad, apareciendo así la ansiedad, el miedo o la pérdida de control. En esta primera etapa del proceso, el estrés tiene un papel fundamental; Lazarus (2000) afirma que el impacto del cáncer no solo se asocia con ser un evento externo, sino también con la evaluación cognitiva que el individuo realiza de este. El estrés tiene lugar cuando el sujeto evalúa su situación como una amenaza y siente que sus recursos son insuficientes para hacerle frente.

1.3.Necesidades de apoyo

El ser humano es considerado una persona multidimensional compuesta por aspectos psicológicos, físicos, ambientales, emocionales y sociales que están en constante cambio (Engel, 1977). A su vez, a lo largo de su vida va desarrollando habilidades y recursos con el objetivo de satisfacer sus necesidades y vivir acorde a ellas. Sin embargo, cuando el individuo se enfrenta al diagnóstico y al desarrollo del cáncer, se ve afectada la capacidad para la satisfacción de necesidades (Fitch, 2008). Esta situación hace que tenga lugar una pérdida de control e incertidumbre (Weisman, 1979). Sumado a ello, si la persona sigue siendo incapaz de satisfacer sus necesidades aumenta el malestar del individuo a lo largo de la enfermedad (Sanson-Fisher et al., 2000).

De acuerdo con la clasificación de Fitch (2008), se encuentran siete dimensiones que hacen referencia a estas necesidades.

1. Necesidades físicas: hacen referencia al dolor, fatiga, las náuseas, la alimentación y la capacidad de hacer actividades en su día a día. Según Fitch (2008), la fatiga y el dolor están presentes en la mayoría de los pacientes y puede considerarse un factor de riesgo si existen problemas de movilidad en la vida del paciente. En cuanto a la alimentación, tiene lugar una menor ingesta que hace que se produzca una mayor debilidad muscular y fragilidad física. Por ende, debido al deterioro funcional puede tener lugar un mayor riesgo de caídas y complicarse la recuperación.

2. Necesidades informativas: incluyen el entendimiento y comprensión de la enfermedad y a su vez cuáles son los posibles efectos secundarios y los recursos de los que disponen para mitigar la sensación de sentirse perdidos y el miedo que eso conlleva. La mayoría de los adultos mayores con cáncer ponen como prioridad conocer la claridad de su diagnóstico y cómo será su vida desde ese entonces a saber cuánto tiempo vivirá. Además, necesitan romper con las barreras de comunicación puesto que aparece el desconocimiento o la sensación de incompreensión al no saber identificar qué es lo que le dicen los profesionales debido al exceso de lenguaje técnico.
3. Necesidades emocionales: hacen referencia a la demanda de sentirse escuchados y comprendidos por su vivencia de enfermedad.
4. Necesidades psicológicas: incluyen la capacidad y los recursos de afrontamiento de cara a la enfermedad, la autoestima y la sensación de control en su vida diaria. Los adultos mayores con cáncer presentan un gran miedo a la pérdida de su independencia y desean evitar sentirse una carga para su entorno. Además, si el paciente vive solo en su hogar, se ve más necesitado de apoyo social (Fitch, 2008).
5. Necesidades sociales: hacen referencia a conocer las relaciones que tiene el paciente con su entorno y cómo es la comunicación existente en ellas, así como la importancia de verse y sentirse aceptado en la comunidad.
6. Necesidades espirituales: hacen referencia a la búsqueda de sentido y propósito de vida. Además, si la persona es creyente, implicaría gestionar la crisis de fe ante la enfermedad. Debido a la proximidad de muerte o a la situación de salud crítica, las personas se replantean sus valores y el significado que les gustaría darle a esta nueva situación.
7. Necesidades prácticas: incluye la capacidad de manejo respecto a las finanzas, el medio de transporte utilizado para acudir al sistema sanitario y las tareas

domésticas. Esta es una de las que más les preocupa, puesto que se pueden llegar a ver muy limitados si han dejado de conducir o tienen problemas de movilidad para acudir a las citas.

Como se ha mencionado antes, el ser humano está en constante cambio y por ende sus necesidades también. Cada persona tiene sus propias necesidades que pueden ser diferentes a otra que tenga el mismo diagnóstico en función de su historia previa de vida, su edad, su entorno o su cultura (Fitch, 2008). Es esencial cubrir estas necesidades y saber en qué momento se encuentra cada paciente con ellas, puesto que si quedan sin ser cubiertas pueden traer problemas como estrés o sufrimiento emocional que hace que se dificulte el proceso y tratamiento (Sanson-Fisher et al., 2000).

1.4. Justificación y objetivos

Se ha decidido realizar esta revisión bibliográfica debido al cambio de paradigma demográfico y sanitario que tiene lugar en las sociedades occidentales, con especial relevancia en la sociedad española. El envejecimiento no solo implica un cambio estadístico, sino que da lugar a un reajuste en las necesidades y salud mental de las personas mayores.

Desde el sistema sanitario se centran en un modelo muy biológico dejando atrás que el cáncer es un proceso psicosocial, por lo que ponen demasiada importancia en el tumor en sí y dejan de lado los ámbitos psicosociales los cuales tienen gran relevancia en el desarrollo y curso de la enfermedad (Engel, 1977). Históricamente, el sistema sanitario se ha regido por un modelo biomédico en el que el peso del diagnóstico se pone en la objetividad dejando de lado la subjetividad del paciente (Holland, 2002). Por ende, se pone el foco en la curación de signos y síntomas sin tener en cuenta las repercusiones psicosociales que derivan de esta enfermedad (Engel, 1977; OMS, 2015). Esta omisión es crítica, puesto que, según la OMS, el bienestar y calidad de vida en el adulto mayor no solo implica la ausencia de enfermedad, sino la capacidad de autogestión y autonomía. Por ello, la necesidad de hacer esta revisión, para conocer cuáles son las necesidades que desde este grupo poblacional se reivindican y que se pueda lograr un reajuste de adaptación a las mismas.

El objetivo principal de este trabajo es identificar qué necesidades presentan los adultos mayores con cáncer y cuáles son los beneficios que esperarían de satisfacerlas. Por ende, el análisis se centra en la tipificación de necesidades de apoyo, el impacto clínico y biológico que tiene el diagnóstico en la vida del paciente, la percepción subjetiva del paciente y qué factores de riesgo y protección pueden estar afectando al proceso.

2. METODOLOGÍA

Se realizó una revisión bibliográfica de la literatura científica.

2.1. Criterios de inclusión y exclusión

Se incluirán estudios empíricos observacionales (de metodología cuantitativa o cualitativa), descartando cualquier diseño experimental o ensayo clínico, ya sea de naturaleza farmacológica o de intervención médica, con el objetivo de priorizar el análisis de la vivencia subjetiva del paciente. Asimismo, se incluirán revisiones sistemáticas que sintetizen este tipo de estudios y cumplan los criterios mencionados a continuación. Los estudios seleccionados deben incluir a adultos mayores de 65 años. Asimismo, sus resultados deben incluir la autoidentificación de sus necesidades de apoyo psicosocial y los beneficios percibidos en su día a día. Por tanto, se excluirán aquellos estudios donde la información proceda exclusivamente de terceros, ya sean cuidadores o familiares, puesto que el paciente es el protagonista en esta revisión bibliográfica.

Solo se incluirán artículos publicados en revistas científicas (en inglés o español), descartando literatura gris como tesis doctorales o artículos de opinión sin base empírica.

2.2. Estrategia de búsqueda

Se utilizaron términos como aludiendo a la enfermedad, población y necesidades de apoyo generando la siguiente búsqueda definitiva realizada el día 1 de diciembre de 2025 en Pubmed: (((("older adult*" [Title/Abstract]) OR ("elder*" [Title/Abstract])) AND ("cancer" [Title/Abstract])) AND ("support" [Title/Abstract]) AND (aged [Filter])) AND ("need*" [Title/Abstract]). Se ha decidido poner el filtro (aged 65+years) para asegurar que la muestra se limitase a esa edad, la cual corresponde con lo que se busca en este trabajo.

La ecuación de búsqueda se introdujo en la base de datos PubMed, aplicando los filtros correspondientes.

2.3. Selección de estudios

El proceso que se llevó a cabo para quedarnos con los artículos finales consta de dos partes. En primer lugar, se ha llevado a cabo un cribado por título y resumen para eliminar aquellos artículos que no explicitasen directamente las necesidades de apoyo. Tras esto, se llevó a cabo la lectura de los artículos preseleccionados para evaluar cuáles son de idoneidad en función a los criterios de inclusión establecidos. La muestra definitiva consta de 13 artículos para el análisis de resultados (Figura 1).

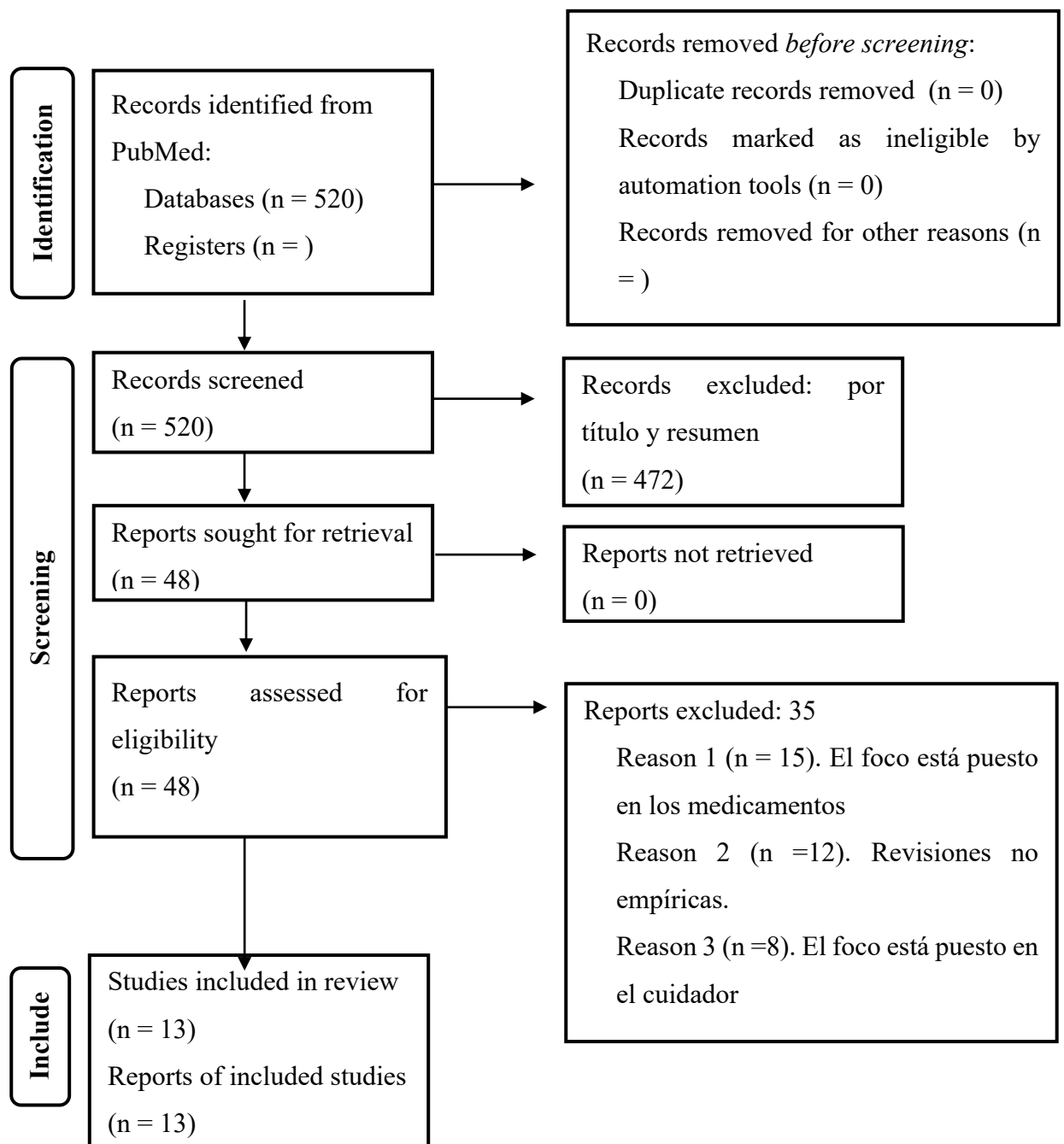


Figura 1. Diagrama de PRISMA

2.4. Análisis

En primer lugar, se ha llevado a cabo una lectura profunda de los artículos seleccionados y, en caso de ser necesario, en repetidas ocasiones con el objetivo de realizar un análisis temático. Por ende, el objetivo era la identificación de ideas que aparecían de manera reiterada y la diferencia que podía encontrarse en ellas. Después, tras esta lectura se llevó a cabo una selección de las partes más esenciales de cada artículo para poder ponerle una etiqueta y posteriormente llevar a cabo una clasificación.

Una vez puestas las etiquetas, se hizo una agrupación en función de la temática que cada una de estas abordaba y dio lugar a la creación de cinco bloques. Estos bloques reflejan cuáles son las necesidades de apoyo y cuántos de ellos las reciben, después cómo afecta tener o no apoyo, la influencia de la familia y el sistema sanitario, la perspectiva del paciente y los factores de riesgo que tienen lugar a lo largo de la enfermedad. Paralelamente, al ver que las necesidades no estaban siendo bien cubiertas, los estudios proponen diferentes intervenciones o estrategias con el objetivo de prevenir que se vuelva a dar una situación así.

Por último, se llevó a cabo la triangulación de la muestra puesto que se comparó los distintos artículos para poder conocer en que coincidían y en que discrepaban para realizar una síntesis correcta y cohesionada.

3. RESULTADOS

Características de los estudios

Tras la revisión de la muestra seleccionada, se identifican distintas áreas que ayudan a comprender lo relevante que es el apoyo social en el adulto mayor con cáncer. Los estudios muestran que el apoyo no solo consta de un simple acompañamiento. Para el análisis se han seleccionado 13 artículos (Tabla 1) que presentan diferentes metodologías y contextos geográficos, predominando el enfoque cuantitativo y las investigaciones realizadas en Estados Unidos.

A partir del análisis de los artículos, los resultados obtenidos se organizan en diferentes bloques temáticos. En primer lugar, cuáles son las necesidades de apoyo y cuántos de ellos las reciben, después cómo afecta tener o no apoyo, la influencia de la familia y el sistema sanitario, la perspectiva del paciente y los factores de riesgo que tienen lugar a lo largo de la enfermedad. Paralelamente, al ver que las necesidades no estaban siendo bien cubiertas, los estudios proponen diferentes intervenciones o estrategias con el objetivo de prevenir que se vuelva a dar una situación así.

Tabla 1: Características de los estudios incluidos

Cita	País	Metodología	Hallazgo principal
Akechi et al. (2012)	Japón	Estudio cuantitativo	Las necesidades que no han sido satisfechas desencadenan un aumento de los niveles de angustia y de una baja calidad de vida.
Au et al. (2003)	Canadá	Revisión sistemática	Reivindica la falta de estadística sobre la calidad de vida en el adulto mayor con cáncer.
Balducci (2009)	EE. UU.	Revisión clínica	Expone la importancia de atención individualizada para mantener la independencia.
Given y Given (2009)	EE. UU.	Revisión	Correlación entre la gestión de signos y síntomas con el bienestar.

Cita	País	Metodología	Hallazgo principal
Hamilton et al. (2015)	EE. UU.	Estudio cualitativo	Identifica qué barreras culturales y qué recursos están presentes en la enfermedad.
Houldin y Wasserbauer (1996)	EE. UU.	Estudio cuantitativo	Apoyo familiar como estrategia crucial ante el diagnóstico. Describe la paradoja del apoyo y el miedo a ser una carga.
Kadambi et al. (2020)	Internacional	Estudio cuantitativo	Correlación directa entre el apoyo social, la adherencia y la toxicidad del tratamiento.
Leow et al. (2020)	Singapur	Estudio cuantitativo	La presencia del apoyo social favorece la satisfacción de necesidades de autonomía.
Magnuson et al. (2016)	EE. UU.	Estudio cuantitativo	Identificación de vulnerabilidades sociales con el fin de mejorar el cuidado.
Noordam et al. (2017)	Países Bajos	Estudio cualitativo	El acompañante como puente para facilitar la comunicación en consulta.
Robinson y Turner (2003)	EE. UU.	Análisis cualitativo	Clasificación del apoyo social. Uso de grupos virtuales para combatir el estigma.

Cita	País	Metodología	Hallazgo principal
Springer et al. (2025)	Japón	Revisión sistemática	Existe una mayor carencia de apoyo en los ámbitos informativo y psicológico.
Williams et al. (2019)	EE. UU.	Estudio cuantitativo	Reivindican la atención hacia las necesidades de apoyo.

Fuente: elaboración propia

3.1.Necesidades de apoyo

El apoyo social en el adulto mayor, el cual afecta directamente a su salud, se define como una red multidimensional. Esta red se divide en el apoyo emocional, el instrumental, el informativo y el de evaluación (Kadambi et al., 2020). Los resultados indican que hay una alta demanda en estos recursos. Según Williams et al. (2018), dos tercios de los adultos mayores con cáncer, es decir el 67,5% manifiestan tener al menos una necesidad de apoyo social y el 45,5 % expresa que tienen una necesidad social no cubierta. Aquellas áreas que presentan mayor carencia son el ámbito emocional con un 49, 9% y en lo físico/ instrumental con un 47, 54% (Williams et al., 2018). Esta falta de apoyo tiene una relación directa con presentar una peor calidad de vida y con un gran riesgo de que se desarrolle depresión (Williams et al., 2018).

Los datos del 2018 muestran una gran falta de apoyo y los estudios más recientes afirman que esta situación se sigue presentando. Aquellas necesidades que no alcanzan a ser cubiertas se atribuyen a pacientes con la denominada “vulnerabilidad acumulada”. Este término se refiere a los distintos factores de riesgo que coinciden en un mismo momento temporal en la vida de una persona. Este colectivo presenta dificultades en la movilidad y en la comprensión de la información médica. Esto conlleva a que estos pacientes entren en un círculo del que no pueden salir, puesto que al no entender lo que les quieren decir o no poder moverse como ellos desearían, su red de apoyo colapsa más

rápido. De acuerdo con Williams et al. (2019), vivir solo es un riesgo, pero el mayor peligro para la salud del adulto mayor es sentir la soledad emocional independientemente de que cuente con su familia y se vea rodeado de ella.

3.2. Impacto clínico y biológico del apoyo social

La red de apoyo con la que el paciente cuente, así como esta sea a lo largo de la enfermedad tiene consecuencias tanto biológicas como clínicas.

Según Kadambi et al. (2020), se ha visto que aquellas personas que tienen una red sólida tienen menos riesgo de mortalidad si los comparas con aquellos que presentan una red débil o que están aislados. A su vez, se establece una relación entre el apoyo social que presentes en tu vida diaria y la toxicidad del tratamiento. Si presentas una red social escasa, los efectos secundarios tienen el riesgo de aumentar su gravedad (Kadambi et al., 2020). Tener una red sólida hace que esa detección de posibles síntomas de toxicidad sea temprana, mientras que la ausencia de supervisión en el hogar hace que la detección temprana de los posibles síntomas de alerta no tenga lugar (Kadambi et al., 2020). Esta falta de apoyo no solo tiene relevancia en lo psicológico, sino que tiene una consecuencia biológica directa en el tumor. De acuerdo con la hipótesis que plantea Kadambi et al. (2020), sentirse abandonado o solo implica la liberación de hormonas como el cortisol o las catecolaminas, que hacen que la persona se encuentre más débil y que el tumor siga aumentando. Esto hace que el cáncer siga avanzando y sugiere que la soledad es un factor que afecta directamente a la salud del paciente. Además, este aislamiento es conocido como una vulnerabilidad invisible puesto que de puertas para afuera la persona puede parecer plena y feliz, cuando la realidad puede ser totalmente contraria, al llegar a casa no tiene a nadie con quien estar o con quien compartir (Hurria, 2009).

Seguido a esto, según Balducci (2009), defiende que el apoyo proactivo es una pieza fundamental para que no llegue a tener lugar la cascada de dependencia, en la que la persona deja de tener autonomía para convertirse en una persona con dependencia total.

3.3. Paciente, familia y sistema sanitario

La enfermedad se entiende como un evento psicosocial en el que no solo tienen lugar el paciente y su médico, sino que también cobra gran importancia la resistencia

familiar (Given y Given, 2009). Se sabe que el tratamiento no es fácil de digerir para el paciente y su familia y que además trae consigo una gran carga para la familia, siendo el 75% de los cuidadores los que expresan sobrecarga (Kadambi et al., 2020). Esta carga puede tener graves consecuencias para el paciente ya que puede ser institucionalizado o que el tratamiento sea interrumpido (Kadambi et al., 2020). De ahí que el apoyo y tener una red sólida sea tan importante (Given y Given, 2009).

Si el médico ve a la familia muy sobrepasada puede condicionar el tratamiento del paciente puesto que al tener el poder de decisión sobre qué tratamiento es el adecuado, podrá elegir uno que suponga menos carga pero que sea menos eficaz para el paciente (Given y Given, 2009). Analizando el impacto económico, algunos autores como Williams et al. (2024) incorporan el concepto de toxicidad financiera, el cual hace referencia a que debido al alto coste de los tratamientos daña la estabilidad económica y emocional de la familia convirtiéndose así en una dificultad añadida en su recuperación. Cabe resaltar que este estudio está contextualizado en el sistema sanitario estadounidense, en el que un tratamiento de alto coste puede repercutir en los recursos de la familia, llegándolos a agotar.

3.4.Perspectiva del paciente

Los adultos mayores con cáncer no solo procesan su diagnóstico como una preocupación por el final de su vida, sino que también se vive como una amenaza por la pérdida de su autonomía. Por ello, ante toda situación tienen miedo de sentirse como una carga y tiene lugar la paradoja del apoyo, la cual consiste en el conflicto entre ser agradecido con la ayuda recibida y sentir culpa por ella (Houldin y Wasserbauer, 1996). Ante esta situación, para evitar sentirse un peso para su entorno buscan ese apoyo a través de grupos virtuales en los que la identidad de enfermedad es compartida, por lo que se sienten comprendidos y escuchados (Robinson y Turner, 2003).

3.5.Factores de riesgo

Se presenta un mayor riesgo de aislamiento en personas con bajos ingresos económicos, en situación de soltería o viudedad, o que sean de una minoría étnica (Williams et al., 2018). El contexto geográfico también influye en el acceso a los recursos;

por ejemplo, en estudios realizados en Estados Unidos, si perteneces a una zona rural el problema se sitúa en la distancia y en la falta de transporte para poder acceder al sistema sanitario, pero si vives en una zona urbana el problema tiene lugar en la burocracia médica o en las dificultades de la aseguradora (Wenzel et al., 2012).

3.6. Intervención y estrategias

Debido a la falta de necesidades cubiertas, los resultados de los estudios proponen diferentes intervenciones y estrategias para conseguir que cada paciente viva la enfermedad con el mayor bienestar y acompañamiento posible.

Por ello, los estudios proponen que para poder identificar el aislamiento de manera rápida y temprana es crucial utilizar escalas de apoyo social (ej. Escala de Apoyo Social del Medical Outcomes Study; Kadambi et al., 2020). En consecuencia, ante aquellos que presenten una falta de apoyo, el médico podrá ajustar el plan terapéutico por opciones que reduzcan el riesgo de urgencias domiciliarias, asegurando que el tratamiento sea adecuado a la situación del hogar (Hurria, 2009). Este tipo de ayuda se realizará siempre respetando la dignidad del paciente fortaleciendo así su autonomía (Houldin y Wasserbauer, 1996).

Por otro lado, los estudios reivindican una mejora en el funcionamiento del sistema sanitario puesto que no cuenta con una adaptación para los adultos mayores (Noordman et al., 2017). Esta falta de adecuación hace referencia a la digitalización de los servicios de salud, lo que desencadena la aparición de nuevas barreras de acceso para este colectivo. Por ello, es importante implementar la alfabetización digital con el objetivo de que la persona pueda y sepa hacer un adecuado uso de la tecnología, evitando así que sea considerada como una barrera (Robinson y Turner, 2003).

Finalmente, se propone que el apoyo social debe estar equilibrado con el propósito de evitar la sobrecarga del cuidador (Akechi et al., 2012). A su vez, se pretende conseguir que la familia sea entrenada en ser un puente comunicativo entre el médico y el paciente (Noordman et al., 2017).

En definitiva, los hallazgos de esta revisión bibliográfica muestran que existe una brecha crítica: el 67,5% demanda apoyo social y el 45,5% manifiesta que sus necesidades no están siendo atendidas por el sistema sanitario. Esta carencia no solo tiene un impacto

en la salud mental o en la calidad de vida, sino que también tiene repercusiones fisiológicas ya que favorece el crecimiento del tumor y a su vez genera un aumento de la sobrecarga familiar y financiera. Por ello, es evidente que la respuesta sanitaria actual es insuficiente para asegurar el bienestar del paciente.

4. DISCUSIÓN

Esta revisión bibliográfica tiene por objetivo analizar, específicamente, cuáles son las necesidades de apoyo social del adulto mayor con cáncer y cuáles son los beneficios y el grado de satisfacción de ellas. Tras la revisión se pone de manifiesto que el cáncer no puede ser entendido desde el modelo médico, pues sería algo reduccionista al solo enfocarse en la perspectiva biológica. Los hallazgos obtenidos muestran que existe una desconexión preocupante entre la demanda de apoyo social y la correcta atención desde el sistema sanitario. Por ello, el cáncer debe comprenderse desde el modelo biopsicosocial planteado por Engel (1977) ya que la salud no es ausencia de enfermedad, sino que es un estado de bienestar en el cual la mente, el cuerpo y el entorno están en constante interacción. Poder tener ese cambio de enfoque permite entender lo valioso que es el apoyo social en la vida del paciente y cómo este repercute en el curso y desarrollo de la enfermedad.

Se ha establecido que el envejecimiento ha sido considerado el mayor factor de riesgo para la aparición de la enfermedad oncológica (SEOM, 2025). Esto es porque debido a la edad hay una mayor acumulación de daños internos y una disminución a la resistencia fisiológica, lo que desencadena que haya una recuperación distinta, más lenta y una menor tolerancia a un tratamiento agresivo (López-Otín y Kroemer, 2024). Tradicionalmente, se sabe que el adulto mayor con cáncer no muestra preocupación por el deterioro físico, sino que su mayor temor es la ruptura biográfica (Bury, 1982). Esta perspectiva sigue presente ya que en estudios recientes (DeSilva et al., 2024) confirman que preservar la identidad personal y la autonomía prevalece sobre la sintomatología física. Enfermar interfiere en la vida diaria de la persona rompiendo su normalidad y sus rutinas; en el caso de los adultos mayores, hay una gran preocupación a la pérdida de independencia y al rol de ser cuidado (Die Trill, 2006). Todo esto se relaciona con la teoría de despersonalización propuesta por Goffman (2017), en la que el paciente se

encuentra en una situación donde su identidad la percibe como confusa puesto que su vida y sus roles cambian y pasan a ser una persona que se posiciona en un rol de enfermo o de ser cuidado. De acuerdo con Houldin y Wasserbauer (1996), el diagnóstico y estar en la nueva situación que este desencadena es considerado como un estresor que rompe con la estabilidad del paciente. Además, este cambio de identidad y paradigma da lugar a la paradoja del apoyo, la cual consiste en el conflicto entre ser agradecido con la ayuda recibida y sentir culpa por ella (Houldin y Wasserbauer, 1996).

La perspectiva biológica instaurada en los hospitales solo pone el foco en la eliminación del tumor, dejando de lado las verdaderas demandas que los adultos mayores muestran y explicitan. Según los datos obtenidos por Williams et al. (2018), el 67,5% demanda el querer contar con apoyo social y el 45,5% manifiesta que sus demandas no son tenidas en cuenta por el sistema sanitario. Esto pone de manifiesto la importancia que tiene el tener en cuenta las necesidades del otro para evitar que tenga un fuerte impacto en su desarrollo de enfermedad y haya un desequilibrio emocional al no ser comprendido o escuchado. Esta manifestación da lugar a la “vulnerabilidad acumulada” la cual se refiere a los distintos factores de riesgo que coinciden en un mismo momento temporal en la vida de una persona dentro de los cuales se pueden encontrar la soledad, las barreras comunicativas o las limitaciones funcionales (Williams et al., 2019).

Es importante tener en cuenta que la relación entre el tratamiento médico y las necesidades individuales está condicionada por el contexto en el que el paciente y su vida se desarrollan. Por ejemplo, en las zonas rurales una de las barreras más grandes que se encuentran los individuos es el transporte y las alternativas de cómo pueden llegar hasta el sistema sanitario, mientras que en las zonas urbanas prima la soledad emocional (Wenzel et al., 2012). Sin embargo, a pesar del contexto, se tiene el mismo resultado; estrés que condiciona la estabilidad y vivencia de la enfermedad.

Muchas veces se suele pensar que estar acompañado es solo para sentirse bien en el momento, pero se ha demostrado que tiene un gran valor terapéutico. Cuando la persona se siente sola o siente un gran abandono por su entorno el cuerpo reacciona de manera psicosomática afectando al desarrollo de la enfermedad (Kadambi et al., 2020). De este modo, si el cerebro detecta estos sentimientos activa el eje hipotálamo-hipofisario-adrenal. Tras esta activación tiene lugar la liberación de hormonas

desadaptativas que traen consigo una bajada de defensas. Esto da un resultado de aumento del tumor al estar en un estado físico más vulnerable (Kadambi et al., 2020).

Por tanto, es crucial mantener una buena red que brinde un buen acompañamiento. Es una gran herramienta que tiene una repercusión positiva en el paciente ya que presentará un mayor bienestar en todo su proceso.

Si volvemos al modelo biopsicosocial, se entiende que el cáncer está en constante interacción con el entorno. Por ello, la enfermedad no solo afecta al individuo que carga con el diagnóstico sino también con aquellas personas que le rodean. En la mayoría de las veces hay una sobrecarga que impide una buena comunicación o acompañamiento (Kadambi et al., 2020). Esta falta de apoyo y entendimiento por parte de su entorno más cercano hace que al paciente le cueste más poder aceptar la situación, sintiendo que su nueva identidad se ve amenazada y dificultando que logre incorporarla en su vida.

Más allá de lo emocional, tiene lugar el fenómeno conocido como toxicidad financiera (Kadambi et al., 2020). Esto se manifiesta a través del precio tan elevado que tienen los fármacos, las dificultades en el transporte o en el apoyo en el hogar pagando una ayuda externa en el caso de que vivan solos (Kadambi et al., 2020).

4.1. Proposición y estrategias

Como se ha mencionado previamente, el adulto mayor con cáncer tiene una gran dificultad en la aceptación de su nueva identidad y un gran temor a sentirse una carga para su familia y perder su identidad (DeSilva et al., 2024).

Para ello, se propondrían diferentes estrategias:

- Entrenar la asertividad para poder comunicar a su entorno qué necesita o cómo le gustaría sentirse acompañado (Moorey y Greer, 2012).
- Reestructuración cognitiva de la culpa del nuevo rol que adquiere, es decir, el de ser cuidado. Trabajar el porqué siente culpa y hacerle ver que recibir y aceptar la ayuda puede fortalecer la relación en el proceso que se encuentra y que hará favorable su pronóstico, ya que se sentirá bien acompañado dejando atrás el miedo de convertirse en una carga de la que se tiene que cuidar. Este trabajo deberá hacerse de forma paralela con la familia o su entorno más cercano, ya que ellos, al experimentar una sobrecarga, también necesitan apoyo para que el

acompañamiento sea efectivo y no se convierta en una tensión que dificulte el pronóstico de la enfermedad (Liu et al., 2022).

- Redefinir el self, con el objetivo de aceptación de esta nueva identidad. Se pretende asentar la identidad en función de aquellas características personales que no cambien por el hecho de tener la enfermedad, identificando qué rasgos de su personalidad pueden alimentar positivamente el enfrentarse al diagnóstico y cuáles son aquellas características desadaptativas que pueden pulirse para evitar que tengan un impacto en el cáncer (DeSilva et al., 2024; Ramos y Strauman, 2022).
- Se podría plantear una silla vacía con el objetivo de procesar el duelo de la persona que deja atrás y poder mostrarse ante ella con toda la naturalidad y autenticidad (Paivio y Pascual-Leone, 2023). Se pretende que se logre un insight que le haga ver la realidad de la situación y poder hacer frente a este nuevo paradigma.
- Incorporar el entrenamiento en autoinstrucciones para sustituir pensamientos desadaptativos en instrucciones operativas, evitando así los pensamientos automáticos como “soy una carga” (Moorey y Greer, 2012).

Para hacer frente a la soledad o poder reducirla, se le recomendaría incorporarse a grupos con otros usuarios para poder hablar de cómo lo están llevando, de cómo es su proceso, de cómo se sienten y poder realizar actividades juntos (Holt-Lunstad et al., 2017).

Por otro lado, para aquellas personas que tienen dificultad de acceso al sistema sanitario o problemas de movilidad para el acceso a los recursos, se propone que la intervención se haga vía telefónica o telemática, a no ser que la consulta sea de especial relevancia la presencialidad (Andersson y Titov, 2014).

4.2.Limitaciones

Este trabajo tiene una serie de limitaciones a tener en cuenta para la interpretación de resultados.

En primer lugar, los artículos seleccionados se han hecho en un idioma que haya sido accesible para poder hacer el trabajo; por lo que se deja atrás artículos en otros

idiomas que podrían aportar datos interesantes para poder tener una visión más global. Sumado a ello, aunque la muestra fue seleccionada con gran rigor se podría quedar escasa por la misma razón mencionada anteriormente.

También, gran parte de la muestra se ubica en un contexto internacional como Estados Unidos, Japón o Canadá. Esto refleja realidades diferentes que no tienen por qué representar la cultura española, por lo que ese ámbito quedaría a explorar en profundidad. A su vez, hay términos como el de la toxicidad financiera que no es aplicable igual en todo el mundo, ya que el sistema sanitario varía en función del país donde se encuentre el adulto mayor con cáncer. Esto manifiesta que hay que hacer una buena interpretación de los resultados teniendo en cuenta el país donde se estén exponiendo los hallazgos obtenidos.

Por otro lado, la edad a tener en cuenta ha sido mayor de 65 años. No obstante, puede haber diferencias entre aquellos que tengan una edad cercana a esta o una edad superior. En esta revisión, los resultados tienden a generalizar la edad, puesto que en los artículos seleccionados no se han visto diferencias dentro de un mismo grupo poblacional entre los más jóvenes y los más mayores. Del mismo modo ocurre con el género; no se ha visto una diferenciación entre si el adulto mayor con cáncer es un hombre o una mujer.

4.3.Futuras líneas de investigación

Debido a las limitaciones identificadas, se plantean una serie de futuras líneas de investigación para llevar a cabo en futuros trabajos.

En primer lugar, profundizar en el estudio de si hay correlación entre el acompañamiento y la mejora biológica del tumor. Para ello, se propondría el seguimiento individualizado durante su primer año recibiendo tratamiento. El acompañamiento se mediría a través de una escala (como por ejemplo el MOS-SS; Kadambi et al., 2020) y a su vez se analizará al paciente desde la perspectiva biológica para ver cómo está funcionando su cerebro y si hay una liberación de hormonas desadaptativas, como las mencionadas anteriormente en este trabajo.

También, al mencionar la procedencia de la mayoría de los estudios, se sugiere la investigación en un contexto español para contrastar los resultados con los obtenidos y

poder establecer similitudes y diferencias. Se sugiere la profundización de cómo influye en el paciente y en su vivencia subjetiva tener apoyo en otro tipo de cultura.

Además, se propone no homogeneizar el grupo poblacional del adulto mayor con cáncer, sino hacer una diferenciación entre aquellos que sean más jóvenes y aquellos que no. Esto resulta importante, ya que pueden tener necesidades diferentes debido a su edad, su funcionalidad, su deterioro físico correspondiente a su etapa de la vejez. Sumado a esto, sería relevante estudiar la diferencia de género y cómo los roles impuestos implícitamente por la sociedad influyen en el diagnóstico y desarrollo de la patología.

5. CONCLUSIÓN

Concluyendo, se ha demostrado que el abordaje del cáncer en el adulto mayor necesita la perspectiva del modelo biopsicosocial propuesto por Engel (1977). Asimismo, en este grupo poblacional, el diagnóstico no implica solo un temor al final de la vida sino el de perder su independencia y la identidad que le ha definido durante toda su vida.

Los resultados obtenidos reflejan que la mayoría de los pacientes presentan una necesidad de apoyo social y que las demandas no son atendidas por el sistema sanitario, siendo la dimensión emocional y la físico-instrumental las menos cubiertas. También, ponen de manifiesto que el buen acompañamiento reduce la soledad emocional, por lo que, si el paciente se siente solo o abandonado, habrá una mayor debilitación física que tendrá como resultado que el cáncer siga avanzando. Además, los hallazgos reflejan la importancia que tiene el atender y comprender la perspectiva subjetiva del paciente, puesto que muchos de ellos buscan ayuda en grupos virtuales, ya que les sobrepasa lo que se conoce como la paradoja del apoyo. Hay factores de riesgo que están asociados a esta patología, como por ejemplo tener bajos ingresos, ser una persona sin pareja o pertenecer a minorías étnicas. También, se tiene en cuenta el contexto, puesto que depende de donde residan presentarán una dificultad u otra. Si el paciente vive en una zona rural, presenta problemas de transporte, pero si vive en una zona urbana su problema reside en la burocratización y en la soledad emocional.

Tras los resultados obtenidos de la muestra seleccionada, dichos artículos proponen diferentes estrategias para mitigar el malestar del paciente oncológico. Entre ellas se encuentran la necesidad de incorporar la escala MOS-SS para la detección

temprana de la soledad, priorizar la alfabetización digital, lograr un apoyo social equilibrado y trabajar la autonomía y aceptación de la situación actual que adquiere el paciente ante el diagnóstico.

6. BIBLIOGRAFÍA

- Akechi, T., Okuyama, T., Uchida, M., Nakaguchi, T., Ito, Y., Yamashita, H., Toyama, T., Komatsu, H., Kizawa, Y., & Wada, M. (2012). Perceived needs, psychological distress and quality of life of elderly cancer patients. *Japanese journal of clinical oncology*, 42(8), 704–710. <https://doi.org/10.1093/jjco/hys075>
- Andersson, G., & Titov, N. (2014). Advantages and limitations of Internet-based interventions for common mental disorders. *World psychiatry : official journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 13(1), 4–11. <https://doi.org/10.1002/wps.20083>
- Au, H. J., Mulder, K. E., & Fields, A. L. (2003). Systematic review of management of colorectal cancer in elderly patients. *Clinical colorectal cancer*, 3(3), 165–171. <https://doi.org/10.3816/CCC.2003.n.022>
- Balducci L. (2009). Supportive care in elderly cancer patients. *Current opinion in oncology*, 21(4), 310–317. <https://doi.org/10.1097/CCO.0b013e32832b4f25>
- Bury, M. (1982). Chronic illness as biographical disruption. *Sociology of health & illness*, 4(2), 167-182.
- Camacho, L. H. (2003). Clinical applications of retinoids in cancer medicine. *Journal of biological regulators and homeostatic agents*, 17(1), 98.
- DeSilva, B., Strauman, T., & Ramos, K. (2024). Identity, Resilience and their Psychological Impact Among Older Adults with Cancer. *Vertices (Duke University: 1991)*, 3(2), 23.

- Die Trill, M. (2006). Impacto psicosocial del cáncer. *Psicooncología Contacto*, 6, 19-21.
- Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science*, 196: 129-136.
- Fernández, C. A., & Flores, A. B. (2011). Intervención psicológica en personas con cáncer. *Clínica contemporánea*, 2(2), 187.
- Fernández Pérez, M. D., Regueira Betancourt, S. M., & Torres Fernández, M. (2016). Factores de riesgo modificables en algunos tipos de cáncer. *Rev. electron.*
- Fitch M. I. (2008). Supportive care framework. *Canadian oncology nursing journal = Revue canadienne de nursing oncologique*, 18(1), 6–24.
<https://doi.org/10.5737/1181912x181614>
- Fuentes, S., & Blasco, T. (2010). Preocupaciones de las pacientes con cáncer de mama que reciben atención psicooncológica. *Psicooncología*, 7(1), 51.
- Given, B., & Given, C. W. (2009). Cancer treatment in older adults: implications for psychosocial research. *Journal of the American Geriatrics Society*, 57 Suppl 2, S283–S285. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2009.02513.x>
- Goffman, E. (2017). *Asylums: Essays on the social situation of mental patients and other inmates*. Routledge.
- Holland, J. C., & Rowland, J. H. (1989). *Handbook of psychooncology: Psychological care of the patient with cancer*. Oxford University Press.
- Holland, J. C. (2002). History of psycho-oncology: overcoming attitudinal and conceptual barriers. *Psychosomatic medicine*, 64(2), 206-221.
- Holland, J. C. (2003). Psychological care of patients: psycho-oncology's contribution. *Journal of Clinical Oncology*, 21(23s), 253s-265s.

Holt-Lunstad, J., Robles, T. F., & Sbarra, D. A. (2017). Advancing social connection as a public health priority in the United States. *The American psychologist*, 72(6), 517–530. <https://doi.org/10.1037/amp0000103>

Houldin, A. D., & Wasserbauer, N. (1996). Psychosocial needs of older cancer patients: a pilot study abstract. *Medsurg nursing : official journal of the Academy of Medical-Surgical Nurses*, 5(4), 253–256.

Kadambi, S., Soto-Perez-de-Celis, E., Garg, T., Loh, K. P., Krok-Schoen, J. L., Battisti, N. M. L., Moffat, G. T., Gil-Jr, L. A., Mohile, S., & Hsu, T. (2020). Social support for older adults with cancer: Young International Society of Geriatric Oncology review paper. *Journal of geriatric oncology*, 11(2), 217–224. <https://doi.org/10.1016/j.jgo.2019.09.005>

Kubler-Ross, E. (1974). Questions and answers on death and dying.

Lazarus, R. S. (2000). Estrés y emoción. *Manejo e implicaciones en nuestra salud*. Bilbao: Desclée de Brouwer.

Leow, K., Lynch, M. F., & Lee, J. (2021). Social Support, Basic Psychological Needs, and Social Well-Being Among Older Cancer Survivors. *International journal of aging & human development*, 92(1), 100–114. <https://doi.org/10.1177/0091415019887688>

Lipowski, Z. J. (1969). Psychosocial aspects of disease. *Annals of Internal Medicine*, 71(6), 1197-1206.

Liu, B., Lee, K., Sun, C., Wu, D., & Lim, P. Y. (2022). Systematic review on factors associated with self-perceived burden among cancer patients. *Supportive care in cancer : official journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer*, 30(10), 8417–8428. <https://doi.org/10.1007/s00520-022-07129-9>

- Liu, F., Pilleron, S., & Pinker, I. (2025). Exploring the status of online social support for older adults with cancer: A scoping review. *Journal of geriatric oncology*, 16(4), 102182. <https://doi.org/10.1016/j.jgo.2024.102182>
- López Ibor, M.I. (2007, May). Ansiedad y depression, reacciones emocionales frente a la enfermedad. En *Anales de Medicina Interna*, 40 (5), 209-211. Arán Ediciones, SL.
- Magnuson, A., Allore, H., Cohen, H. J., Mohile, S. G., Williams, G. R., Chapman, A., Extermann, M., Olin, R. L., Targia, V., Mackenzie, A., Holmes, H. M., & Hurria, A. (2016). Geriatric assessment with management in cancer care: Current evidence and potential mechanisms for future research. *Journal of geriatric oncology*, 7(4), 242–248. <https://doi.org/10.1016/j.jgo.2016.02.007>
- Matías J, Manzano J.M, Montejo A.L, Llorca G, Carrasco J.L Psicooncología: Ansiedad. *Actas Luso-Españolas Neurología Psiquiatría*. 1995; 23(6): 305-309.
- Montégut, L., López-Otín, C., & Kroemer, G. (2024). Aging and cancer. *Molecular cancer*, 23(1), 106.
- Moorey, S., & Greer, S. (2012). Oxford guide to CBT for people with cancer (2nd ed.). Oxford University Press.
- Noordman, J., Drienaar, J. A., Henselmans, I., Verboom, J., Heijmans, M., & van Dulmen, S. (2017). Patient participation during oncological encounters: Barriers and need for supportive interventions experienced by elderly cancer patients. *Patient education and counseling*, 100(12), 2262–2268. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2017.06.009>
- Núñez Montenegro, A. J., Ortega Morell, A., Santos Pérez, J. J., Pozo Muñoz, F., Fernández Romero, R., & Segura Shull, C. (2013). *Calidad de vida en el paciente paliativo oncológico y su cuidadora, e incidencia de duelo patológico tras la intervención psicológica*.

Organización Mundial de la Salud. (1948). *Constitución de la Organización Mundial de la Salud*.

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2015). <https://www.who.int/es/publications/i/item/9789241565042>

Organización Mundial de la Salud. (Febrero, 2022). Obtenido de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cancer>

Paivio, S. C., & Pascual-Leone, A. (2023). *Emotion-focused therapy for complex trauma: An integrative approach* (2nd ed.). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/0000336-000>

Pilleron, S., Sarfati, D., Janssen-Heijnen, M., Vignat, J., Ferlay, J., Bray, F., & Soerjomataram, I. (2019). Global cancer incidence in older adults, 2012 and 2035: A population-based study. *International journal of cancer*, *144*(1), 49–58. <https://doi.org/10.1002/ijc.31664>

Robinson, J. D., & Turner, J. (2003). Impersonal, interpersonal, and hyperpersonal social support: cancer and older adults. *Health communication*, *15*(2), 227–234. https://doi.org/10.1207/S15327027HC1502_10

Sanson-Fisher, R., Girgis, A., Boyes, A., Bonevski, B., Burton, L., Cook, P., & Supportive Care Review Group. (2000). The unmet supportive care needs of patients with cancer. *Cancer*, *88*(1), 226-237.

Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM). (2025)

Wenzel, J., Jones, R. A., Klimmek, R., Krumm, S., Darrell, L. P., Song, D., Stearns, V., & Ford, J. G. (2012). Cancer support and resource needs among African American older adults. *Clinical journal of oncology nursing*, *16*(4), 372–377. <https://doi.org/10.1188/12.CJON.372-377>

Weisman, A. D., & Sobel, H. J. (1979). Coping with cancer through self-instruction: A hypothesis. *Journal of Human Stress*, 5(1), 3-8.

Wildiers, H., Heeren, P., Puts, M., Topinkova, E., Janssen-Heijnen, M. L., Extermann, M., Falandry, C., Artz, A., Brain, E., Colloca, G., Flamaing, J., Karnakis, T., Kenis, C., Audisio, R. A., Mohile, S., Repetto, L., Van Leeuwen, B., Milisen, K., & Hurria, A. (2014). International Society of Geriatric Oncology consensus on geriatric assessment in older patients with cancer. *Journal of clinical oncology : official journal of the American Society of Clinical Oncology*, 32(24), 2595–2603. <https://doi.org/10.1200/JCO.2013.54.8347>

Williams, G. R., Pisu, M., Rocque, G. B., Williams, C. P., Taylor, R. A., Kvale, E. A., Partridge, E. E., Bhatia, S., & Kenzik, K. M. (2019). Unmet social support needs among older adults with cancer. *Cancer*, 125(3), 473–481. <https://doi.org/10.1002/cncr.31809>