

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**ACOMPANIAMIENTO PSICOLÓGICO DEL DUELO ONCOLÓGICO EN LAS
DIFERENTES FASES DE LA ENFERMEDAD**

**REVISIÓN SISTÉMICA DE LA LITERATURA CIENTÍFICA DE LOS
ÚLTIMOS 10 AÑOS**

AUTORA:

PULLIQUITIN JURADO TERESA DEL NIÑO JESÚS

DIRECTOR:

BUENO LEÓN JUAN PABLO

QUITO, 2024

Pontificia Universidad
Católica del Ecuador

Facultad de Psicología
Secretaría



DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo: TERESA DEL NIÑO JESÚS PULLIQUITÍN JURADO, con CC. 1720143351, autora del trabajo de graduación intitulado: “ACOMPANAMIENTO PSICOLÓGICO DEL DUELO ONCOLÓGICO EN LAS DIFERENTES FASES DE LA ENFERMEDAD”, previa a la obtención del título profesional de Magíster en Psicooncología, en la Facultad de Psicología.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tiene la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, de conformidad con el artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de graduación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la Pontificia Universidad Católica del Ecuador a difundir a través de sitio web de la Biblioteca de la PUCE, el referido trabajo de graduación, respetando las políticas de propiedad intelectual de Universidad.

Quito, 19 abril 2024

Digitally signed by TERESA DEL NIÑO
JESÚS PULLIQUITÍN JURADO
Date: 2024.04.20 19:22:39 ECT

Teresa Pulliquitín Jurado
CC. 1720143351



PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA CON MENCIÓN EN
PSICOPATOLOGÍA Y PSICOANÁLISIS

Quito, 16 de Abril de 2024

Señora Magíster
María Verónica García
DECANA FACULTAD DE PSICOLOGÍA
Presente

De mi consideración

Después de conocer los criterios emitidos por lectores sobre el trabajo de titulación realizado por: PULLIQUITÍN JURADO TERESA DEL NIÑO JESÚS

Intitulado: “ACOMPañAMIENTO PSICOLÓGICO DEL DUELO ONCOLÓGICO EN LAS DIFERENTES FASES DE LA ENFERMEDAD”

Autorizo la entrega del archivo con el trabajo final.

Atentamente,



Juan Pablo Bueno L. Mgt.
DIRECTOR DEL TRABAJO DE TITULACIÓN

ACOMPAÑAMIENTO PSICOLÓGICO DEL DUELO ONCOLÓGICO EN LAS DIFERENTES FASES DE LA ENFERMEDAD

por Teresa Pulliquitin Jurado

Fecha de entrega: 17-abr-2024 10:46a.m. (UTC-0500)

Identificador de la entrega: 2352824503

Nombre del archivo: Trabajo_Titulacion_Teresa_PulliquitinJ_Informe_Final.docx (3.97M)

Total de palabras: 11643

Total de caracteres: 64177

ACOMPañAMIENTO PSICOLóGICO DEL DUELO ONCOLóGICO EN LAS DIFERENTES FASES DE LA ENFERMEDAD

INFORME DE ORIGINALIDAD

5%

INDICE DE SIMILITUD

5%

FUENTES DE INTERNET

0%

PUBLICACIONES

1%

TRABAJOS DEL
ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1	kipdf.com Fuente de Internet	1%
2	core.ac.uk Fuente de Internet	1%
3	repo.sibdi.ucr.ac.cr:8080 Fuente de Internet	1%
4	www.buenastareas.com Fuente de Internet	1%
5	todosomosupervivientes.com Fuente de Internet	1%
6	www.escueladesaludmurcia.es Fuente de Internet	1%
7	kupdf.net Fuente de Internet	1%
8	vanguardia.com.mx Fuente de Internet	1%

DEDICATORIA

La presente revisión, es el resultado del trabajo realizado con pacientes oncológicos durante mi carrera profesional.

Le doy gracias a Dios por permitirme estar al servicio de los demás, en especial con aquellas personas que se encuentran atravesando una enfermedad crónica.

Este trabajo está dedicado a todos los profesionales de la salud mental, que día a día están en contacto con pacientes oncológicos que requieren de una atención humanizada y de calidad. Es necesario comprender que el acompañamiento psicológico es una herramienta que abre la posibilidad de un encuentro con el paciente para ayudarlo a resignificar la vivencia de su enfermedad y motivarlo a reescribir su guion de vida.

Índice General

1. Introducción.....	1
2. Marco Teórico	4
Definición de Duelo.....	4
Manifestaciones en duelo (Cabodevilla, 2007)	6
Fases de duelo.....	8
El duelo oncológico en las diferentes fases de la enfermedad.	11
Duelo anticipatorio	21
Intervención desde los diferentes modelos teóricos	23
Técnicas de intervención en los Cuidados Primarios de Duelo	24
3. Planteamiento del problema	27
4. Pregunta del problema	27
5. Objetivos.....	27
6. Marco Metodológico	28
6.1. Criterios de inclusión.....	29
6.2. Estrategia de Búsqueda.....	29
6.3. Evaluación de la calidad metodológica	30
6.4. Extracción de datos.....	30
6.5. Métodos para resumir y sintetizar los datos	32

6.6. Control de Sesgos en el proceso de revisión	32
7. Resultados.....	32
8. Discusión	43
9. Conclusiones.....	44
10. Recomendaciones	45
Referencias	46

Índice de Figuras

Figura 1. Reacciones ante el diagnóstico. Elaboración propia	14
Figura 2. Estilos de afrontamiento. Elaboración Propia.....	17
Figura 3. Diagrama de flujo PRISMA en cuatro niveles (Moher et al., 2009).....	28

Índice de Tablas

Tabla 1. Estudios: Díaz Facio Lince, 2010; Miaja Ávila & De la Rubia, 2015; Miaja Ávila & Moral de la Rubia, 2014.	38
Tabla 2. Estudios: Cabrera Macías et al., 2017; Lizana Fuentes et al., 2020; Plaza et al., 2013.	39
Tabla 3. Estudios: Gil Moncayo & Breitbart, 2014; Moral de la Rubia & Miaja Ávila, 2015; Reyes et al., 2015.	40
Tabla 4. Estudios: Guinot et al., 2019; Martínez, 2019; Ramírez Escobar, 2016.	41
Tabla 5. Estudios: Cuesta et al., 2019; Hernández et al., 2023; Postigo-Zegarra et al., 2019.	42

Índice de Anexos

Anexo 1 Escala de Respuestas Psicológicas del Duelo ante la Pérdida de la Salud de Miaja y Moral (2014)	47
--	----

RESUMEN

La presente revisión tuvo como objetivo conocer las diferentes formas de acompañamiento psicológico en el duelo oncológico. La metodología se realizó desde un enfoque cualitativo, siguiendo las directrices PRISMA de los estudios encontrados en PubMed, SciELO, Dialnet y Google Scholar. Los resultados destacan la importancia de la gestión emocional en el proceso de adaptación de la enfermedad, así como el desarrollo de recursos de afrontamiento para aceptar los cambios y resignificar la experiencia del cáncer como principales medios para acompañar psicológicamente en el duelo oncológico. Aunque no existe un enfoque en concreto para trabajar las diferentes pérdidas, la valoración psicológica y las intervenciones individuales como grupales son fundamentales para promover bienestar y calidad de vida en los pacientes en las diferentes fases de la enfermedad.

Palabras clave: duelo oncológico, pérdidas, significado, enfoque psicológico, estrategias de afrontamiento

ABSTRACT

The aim of this review was to learn about the different forms of psychological support in oncologic bereavement. The methodology was carried out from a qualitative approach, following the PRISMA guidelines of the studies found in PubMed, SciELO, Dialnet and Google Scholar. The results highlight the importance of emotional management in the process of adaptation to the disease, as well as the development of coping resources to accept the changes and resignify the cancer experience as the main means of psychological support in oncologic bereavement. Although there is no specific approach to work on the different losses, psychological assessment and individual and group interventions are fundamental to promote well-being and quality of life in patients in the different phases of the disease.

Keywords: oncologic bereavement, loss, meaning, psychological approach, coping strategies

1. Introducción

Los pacientes oncológicos durante el proceso de la enfermedad pueden experimentar respuestas emocionales como tristeza, miedo, frustración, culpa, enojo, impotencia, incertidumbre y angustia; buscan información sobre su enfermedad, en el personal de salud o intentan comprender algunos aspectos del cáncer con la búsqueda de información en el internet. Por otro lado, los médicos son quienes proporcionan la información, que en la mayoría de los casos no se establece una relación empática, ni participativa; por lo que es importante incluir dentro del trabajo del equipo de salud a un profesional de la psicooncología con la finalidad de proporcionar apoyo psicosocial al paciente, a la familia y al personal de salud.

Dignificar la vida del paciente es tomar medidas para disminuir cualquier situación de malestar o sufrimiento, en donde el paciente, la familia y el equipo toman un papel relevante. La persona que vive con cáncer, independiente de su estadio de enfermedad, requiere de un acompañamiento cercano para una valoración y seguimiento, adecuada adaptación de la enfermedad y desarrollo de los recursos de afrontamiento.

El modelo biopsicosocial propuesto por Engel en 1977, surge de una necesidad de comprender el proceso salud-enfermedad no sólo desde el ámbito biológico, sino más bien desde un ámbito en el que la integralidad del ser humano en sus diferentes dimensiones (física, psicológica, social y espiritual) sea el eje central en el abordaje multidisciplinario en la atención de la salud. Además, este modelo holístico permite definir a la salud como un estado de bienestar físico, mental y social, y no solo como la ausencia de enfermedad; considerando que la salud no solo es una responsabilidad del

sector de la salud, sino también de otros sectores que promuevan estilos de vida saludables (Ramos, 2011).

El desarrollo del modelo biopsicosocial- espiritual, ha permitido que en la práctica clínica se puedan implementar además modelos de comunicación centrados en el paciente, en dónde el paciente se convierte en un sujeto activo en la promoción, prevención, curación, rehabilitación de la salud y cuidados paliativos. Es así que surge el modelo dialógico propuesto por Bartz en el que “la realidad se interpreta a través del diálogo, y en este diálogo aparece una narrativa del paciente que es necesario comprender” (Cid Sueiro et al., 2008). Este modelo centrado en el paciente se enfoca en explicar el proceso de la enfermedad desde la subjetividad del paciente, en el que se le da la palabra dejándole participar en la toma de decisiones, indagando sus expectativas y haciéndole saber que el profesional que le acompaña también es un ser humano (Borrell i Carrió, 2002).

La enfermedad, el sufrimiento y las pérdidas son elementos que forman parte de la vida de cada ser humano, la actuación de los profesionales de la salud desde un equipo interdisciplinario pretende curar, cuidar, mitigar y acompañar en el dolor y ha de procurar una atención personalizada y humanizada. El clínico no olvida nunca que, aún en el paciente que presenta una enfermedad orgánica evidente, participan elementos psicológicos que importa conocer y entender. Que el paciente no es idéntico a la enfermedad, que no es un simple “caso”. El paciente es un individuo de carne y hueso, mente y alma (Jinich, 2004).

En el ámbito de la salud, trascendemos cuando asumimos la responsabilidad de conservar la vida, de promover la salud, y de prestar compañía y ayuda a la persona que ha enfermado; cuyo fin último en el profesional y equipo de salud, es el bien del enfermo en sentido global, es decir, alcanzar el bienestar en sus diferentes áreas de

funcionamiento. “El ser humano no solamente es cuerpo, es un mundo insondable, donde convergen realidades profundas de tipo físico, mental y espiritual; donde se conjugan experiencias vividas, temperamento, genes, carácter, estados de conciencia espiritual, fe, esperanza, ambiente y otras circunstancias” (Aguilar, 2012, p. 34).

Desde el modelo biopsicosocial-espiritual, el cáncer es una enfermedad crónica que en sí mismo puede causar cambios en el estado de ánimo del paciente. El tratamiento médico (cirugía, quimioterapia, radioterapia, etc) puede ser fuente añadida de estrés, altera la vida de relación del paciente consigo mismo, con su familia, amigos y su entorno, y a su vez el estrés derivado de los cambios en las diferentes esferas de la vida secundarios al cáncer (personal, familiar, social, espiritual y laboral) que pueden influir en el proceso de adaptación a la enfermedad (Vidal Gómez, 2006).

La Sociedad Americana Contra El Cáncer (2020) menciona que el cáncer es una de las patologías más complejas al ser multifactorial, en su conjunto contiene una gran variedad de enfermedades, cuya característica es el crecimiento anormal de las células que son capaces de invadir otros tejidos. En un paciente con cáncer pueden verse afectados aspectos psicosociales y espirituales que deben ser atendidos para conseguir un ajuste en el proceso de adaptación a la enfermedad, mejorar su calidad de vida, conseguir la adherencia al tratamiento y la inserción a sus actividades de la vida diaria, independientemente en la fase en la que se encuentre y considerando la inclusión de una red de apoyo para situaciones en las que puede aumentar el nivel de dependencia en el paciente como consecuencia de las secuelas físicas por los tratamientos instaurados.

2. Marco Teórico

Definición de Duelo

La palabra duelo proviene del latín “duellum” que significa dolor, desafío o combate entre dos y está definido por un proceso en el que la persona experimenta una pérdida significativa. Este proceso puede ser normal y adaptativo; dependerá de los recursos propios de la persona y del apoyo psicosocial que reciba para recuperarse y restablecer el equilibrio personal, familiar y social (Camp Herrero & Sánchez, 2007).

Una pérdida es un elemento inherente a la existencia humana, perdemos algo desde que nacemos: un trabajo, una mudanza, un divorcio, la muerte de un ser querido o la pérdida de la salud, son realidades que merecen ser valoradas y expresadas como una experiencia personal e intransferible. En el proceso de elaboración de la pérdida, la vida se vuelve como un espejo hacia uno mismo; prestamos mayor atención a las manifestaciones de nuestro cuerpo y cómo éste reacciona; los ideales, convicciones y creencias son puestos a prueba, así como también el rol que se asume en la familia, en el trabajo y en la sociedad. Todos estos cambios de alguna u otra manera llevarán a cuestionar lo vivido. Bermejo (2011) afirma que “el duelo es una experiencia de dolor, lástima, aflicción o resentimiento que se manifiesta de diferentes maneras con ocasión de la pérdida de algo o alguien con valor significativo”.

Pangrazzi (citado en Cabodevilla, 2007) enumera los tipos de pérdidas en cinco bloques:

1. Pérdida de la vida. – definida como una pérdida total, sea de otra persona o de la propia vida en situaciones de una enfermedad terminal que confronta su final.
2. Pérdidas de aspectos de sí mismo. – pérdidas relacionadas con la salud (físicas, capacidad funcional, autoestima e identidad).

3. Pérdidas de objetos externos. – pérdidas materiales (trabajo, estatus socioeconómico, bienes).
4. Pérdidas emocionales. - rupturas afectivas y de amistad.
5. Pérdidas relacionadas al desarrollo o ciclo vital. – paso por distintas etapas evolutivas: infancia, adolescencia, juventud, adultez y vejez. (pp. 164-165)

En un paciente oncológico, el duelo lo puede experimentar en forma de pérdidas funcionales; la persona puede verse afectada en cada una de sus esferas (personal, familiar, social, laboral, financiera, etc.) dependiendo del significado que le dé a la enfermedad, de la etapa evolutiva en la que se encuentre y de sus necesidades. Dicha experiencia conlleva un trabajo en la adaptación y afrontamiento a la enfermedad, así como también la confrontación ante la propia muerte; por lo que es importante identificar en qué momento de la enfermedad se encuentra (diagnóstico, tratamiento, remisión, supervivencia y fase terminal), así como también estimar su pronóstico en relación con su estado de salud (Camp Herrero & Sánchez, 2007).

Duelo Oncológico

Es un proceso normal, sano, adaptativo y necesario, que se caracteriza por un primer período donde puede aparecer una sensación o estado de aturdimiento y negación; es común escuchar “esto no puede estar sucediéndome a mí” “se deben haber equivocado”, muchos buscan segundas opiniones esperando que haya un error y que el diagnóstico esté errado, anhelando que no sea más que un “mal y terrible sueño” (Robert M. et al., 2013).

En el proceso de adaptación a la enfermedad, el paciente puede experimentar diferentes reacciones emocionales como: la incertidumbre, tristeza, culpa y rabia; su

duración e intensidad pueden influir en su relación consigo mismo, su familia y entorno. La elaboración del duelo supone un trabajo personal en que el paciente procesará cada una de las pérdidas, en función de su significado y los recursos de afrontamiento para asimilar la nueva realidad y darle un proceso de continuidad a la vida. En el contexto clínico el paciente oncológico experimenta una serie de cambios desde su diagnóstico; se pueden expresar como una pérdida de la salud, la pérdida de una parte de su cuerpo, así como también la pérdida de control sobre su vida, pérdida del rol que mantenía en los diferentes ámbitos de su vida y de sus proyectos futuros; diversas pérdidas que generan en la persona, definidas como duelo oncológico (Acevedo & Rojas-May, 2012).

Estos cambios provocan reacciones psicoemocionales cuya duración e intensidad dependerán de variables individuales como la edad, nivel cultural, vínculos relacionales, sistema de creencias, personalidad y el significado de la pérdida. Hernández y González (2015) mencionan “los problemas emocionales y psicopatológicos; en algunos casos son desencadenados tras la crisis del diagnóstico de la enfermedad, en otros son descompensaciones de una clínica premórbida” (p. 206).

Manifestaciones en duelo (Cabodevilla, 2007)

1. *Dimensión física.* – hace referencia a las manifestaciones fisiológicas que aparecen ante la pérdida: sequedad en la boca, dolor o sensación de vacío en el estómago, alteraciones en el hábito intestinal, opresión en el pecho, opresión en la garganta, hipersensibilidad a los ruidos, disnea, palpitaciones, falta de energía, tensión muscular, inquietud, alteraciones del sueño, pérdida del apetito o de peso y mareos. Los estados de estrés están relacionados con la inmunodepresión, algunas investigaciones afirman que la persona con disfunción inmunitaria

puede ser más vulnerable a enfermar. La muerte de un ser querido es una de las experiencias más estresantes.

2. *Dimensión emocional.* – relacionados a los estados afectivos que pueden variar y manifestarse en distinta intensidad: sentimientos de tristeza, enfado, rabia, culpa, miedo, ansiedad, soledad, desamparo, impotencia, añoranza, anhelo, cansancio existencial, desesperanza, abatimiento, alivio, liberación, sensación de abandono, amargura y venganza.
3. *Dimensión cognitiva.* – se refiere a los procesos mentales; dificultad para concentrarse, confusión, embotamiento mental, falta de interés por las cosas, ideas repetitivas en torno a la pérdida, sensación de presencia, olvidos frecuentes.
4. *Dimensión conductual.* – relacionados a los cambios en el comportamiento; aislamiento social, hiperactividad o inactividad, conductas de búsqueda, llanto, consumo de sustancias.
5. *Dimensión social.* – hacer referencias a la interacción con los demás; resentimiento, aislamiento social, dependencia.
6. *Dimensión espiritual.* – Se replantea el sistema de creencias y su mundo de significados en torno a la vida, la enfermedad y la muerte. (pp. 168-169)

“El proceso de duelo se realiza siempre que tiene lugar una pérdida”

(Cabodevilla, 2007, p. 165) y hace referencia a que las manifestaciones del duelo no son universales y no pueden generalizarse, y han de ser expresarse desde la individualidad de cada persona, en función de sus necesidades.

Fases de duelo

El cáncer para la mayoría de personas es una enfermedad mortal, a pesar de que existe un número mayor de casos donde se experimenta la cura e importantes remisiones. La adquisición del hábito de pensar en la muerte y el morir de vez en cuando, antes de encontrarnosla en la propia vida es fundamental para reconocer el sentido de la existencia y la capacidad de elegir como queremos vivir hastal el final. Un diagnóstico de cáncer es un recordatorio de nuestra propia mortalidad pero también es una posibilidad para discernir la forma en cómo queremos seguir viviendo (Kubler-Ross, 2010).

Para Kubler-Ross (2010), los pacientes que se encontraban próximos a la muerte experimentaban mecanismos de reacción que entran en funcionamiento durante la enfermedad y los describe en cinco fases: negación, ira, pacto, depresión y aceptación. Sin embargo, Newman y Worden (citado en Miaja Ávila & Moral de la Rubia, 2013) mencionan que las fases del proceso del duelo no sólo se experimentan en situaciones de enfermedades terminales, sino ante cualquier tipo de pérdida que haya sido significiativa.

Las cinco fases de duelo se definen a continuación, a partir de un estudio realizado a pacientes y cuidadores por (Miaja Ávila & Moral de la Rubia, 2013) sobre el significado psicológico de las cinco fases del duelo propuestas por Kübler-Ross, ante la pérdida de la salud:

Significado psicológico de la negación ante la enfermedad

Según Miaja Ávila & Moral de la Rubia (2013), la negación se considera como una imposibilidad de reconocer a la enfermedad como un hecho, la necesidad de distanciarse y evitar pensar o hablar: no aceptar la realidad; sentimientos de cobardía,

desinterés, incredulidad, miedo; ocultar la información son algunas de las actitudes que el paciente puede experimentar. La negación cumple una función amortiguadora y de defensa provisional para afrontar la situación, siendo una estrategia adaptativa para protegerse de los pensamientos, sentimientos o eventos dolorosos y amenazantes. No obstante, puede existir una negación desadaptativa que puede repercutir en un retraso en la búsqueda de atención oportuna, falta de adherencia al tratamiento y ausencia de información sobre la enfermedad, por lo que algunos profesionales de la salud pueden considerar a la negación como un estado que predecirá una mala evolución de la enfermedad.

Significado psicológico de la ira ante la enfermedad

Reacciones emocionales de rabia, enojo, hostilidad, agresividad, llanto, impotencia, desesperación, intolerancia y frustración pueden estar dirigidas hacia uno mismo y a su entorno. Sandín (citado en Miaja Ávila & Moral de la Rubia, 2013, p. 124), señala que “la ansiedad, la depresión y la ira son emociones negativas dañinas para la salud; incrementan la vulnerabilidad hacia la enfermedad, perturban el funcionamiento del sistema inmune, agraban el dolor e incrementan el riesgo de muerte”.

Significado psicológico del pacto ante la enfermedad

Miaja Ávila & Moral de la Rubia (2013) afirman que el pacto o negociación se manifiesta a través de expectativas en cuanto al deseo de vivir, mejorar la calidad de vida, mantener una esperanza de cura, controlar los síntomas, no tener recaídas, reinsertarse a la sociedad, disfrutar de la vida y morir con dignidad. Confronta a la persona con sus creencias, valores y convicciones para alcanzar las metas personales, prolongar la vida y la recuperación orientadas hacia un futuro mejor (promesas a Dios,

cuidarme más, estar dispuesto a todo, ser mejor, mantener una actitud positiva, salir adelante.

Significado psicológico de la depresión ante la enfermedad

Aspectos afectivos, cognitivos y sociales prevalecen en esta fase; tristeza, pensamientos negativos, deseos de muerte, aislamiento social y una actitud de claudicación ante la enfermedad, tal como lo mencionan Miaja Ávila & Moral de la Rubia (2013); la depresión comienza como una imposibilidad para enfrentar la situación adversa, el miedo a la muerte y a quedarse solo provoca un estado de desesperación que al no poder controlarlo genera desesperanza.

Significado psicológico de la aceptación ante la enfermedad

En la aceptación se encuentra una actitud responsable de lucha y supervivencia: controles médicos, adherencia al tratamiento, comunicación y organización personal y familiar para la toma de decisiones. Kübler-Ross (2010) señala que no debe confundirse esta fase con un estado resignación o de felicidad, mientras que Isla, Moncho, Guasch y Torras (citado en Miaja Ávila & Moral de la Rubia, 2013) la definen como un etapa de adaptación a la enfermedad, puesto que los procesos de pérdida son constantes. Los pacientes en la medida que evoluciona la enfermedad o los tratamientos experimentan cambios que pueden ser percibidos como nuevas pérdidas.

Estas fases no se presentan de forma ordenada, ni todos los pacientes la experimentan igual. Durante el proceso de la enfermedad la persona se enfrenta de manera continua a un sin número de pérdidas por lo que un papel activo facilitará su adaptación a través de tareas o desafíos como lo menciona Neimeyer (2019).

El duelo oncológico en las diferentes fases de la enfermedad.

El cáncer hace referencia a una enfermedad crónica de duración prolongada, en su desarrollo el paciente oncológico atraviesa por diferentes etapas: diagnóstico, tratamiento, supervivencia, recidiva y terminalidad. Una atención integral supondrá un seguimiento, cuidado y acompañamiento dirigido no solamente al estado físico de la persona y a la enfermedad, sino a la persona en su totalidad y para ello es indispensable el trabajo de un equipo multi e interdisciplinario capacitado para suplir, además, necesidades psicoemocionales y espirituales del paciente y su familia.

El proceso de la enfermedad oncológica se asocia a experiencias de dolor y sufrimiento, que acompañan de modo inevitable al paciente, afecta el equilibrio de sus dimensiones: física, emocional, intelectual y espiritual como lo menciona Kübler- Ross (2005) en sus conferencias: morir es de vital importancia.

Dentro del transcurso de la enfermedad oncológica, el paciente vive un proceso de duelo inevitable, entendiendo el duelo como proceso de adaptación ante una serie de pérdidas, no solo referentes a la salud, sino también, relacionadas con la pérdida de la estabilidad y seguridad, pérdida de la rutina y de lo cotidiano, pérdida del rol que solía tener dentro de la familia, el mundo laboral o social, pérdida del control, entre otras. Se ha observado y por eso es importante destacarlo, que la pérdida de control, puede llegar a ser una de las pérdidas más desestabilizantes y desestructurantes en el ser humano, es decir, las que mayor impacto emocional genera (Robert M. et al., 2013).

Dentro del accionar de los equipos multidisciplinarios en atención al cáncer, el psicooncólogo brinda soporte emocional a los pacientes y a sus familiares, lo cual influye en su proceso de adaptación a la enfermedad, generando bienestar,

mejoramiento de la calidad de vida, favoreciendo la prestación de cuidados paliativos y la atención en el duelo. El Psicooncólogo también ejerce su campo de acción con los profesionales de la salud en el desarrollo de competencias comunicativas y trabajo conjunto; además interviene en la prevención con programas para la educación de la salud, hábitos saludables preventivos del cáncer, conductas de detección precoz, apoyo e intervención en consejo genético y en la investigación en aspectos comportamentales y sociales que inciden en el cáncer, tratamiento o el sistema de atención (Cruzado Rodríguez, 2015).

A continuación, analizaremos las diferentes reacciones del paciente oncológico a nivel cognitivo, emocional y conductual, su experiencia de pérdida y significado en las diferentes etapas de la enfermedad.

Diagnóstico

Caracterizado por un tiempo de incertidumbre, negación, desesperación, culpa e ira. El paciente y su familia experimentan un impacto psicológico intenso (Malca, 2005). Aunque al recibir la noticia Cruz, Del Barco, & Suárez (2007) señalan que existe una ausencia de reacción en donde la persona se paraliza emocionalmente, experimenta un estado de shock lo que puede impedir que se desarrollen capacidades para tomar decisiones y solicitar información.

Moorey y Greer (citados en Alonso Fernández & Bastos Flores, 2011) proponen cinco tipos de estrategias de afrontamiento y su influencia en el curso de la enfermedad: espíritu de lucha, evitación o negación, fatalismo o aceptación estoica, desamparo - desesperanza y preocupación ansiosa. En un estudio, encontraron una relación significativa entre las respuestas psicológicas al diagnóstico y el desarrollo de la enfermedad; el pronóstico más favorable era de aquellos pacientes que reaccionaron con

espíritu de lucha y negación y el peor para aquellos que lo afrontaron con aceptación estoica y desamparo-desesperanza. Sin embargo, Holland y Lewis mencionan en el mismo artículo que existe una “tiranía del pensamiento positivo” al creer que para obtener la curación tan solo se necesita constancia y deseo.

En el diagnóstico las características personales y los indicadores de vulnerabilidad propuesto por Marta Schoder (citada en Cruz et al., 2007) son factores determinantes para que el paciente opte por uno u otro estilo de afrontamiento.

Indicadores de vulnerabilidad:

- Rol familiar de alta responsabilidad.
- Presencia de hijos pequeños.
- Problemas familiares.
- Conspiración de silencio o sobreprotección.
- Duelos recientes y/o procesados con dificultad.
- Trastornos psicológicos premórbidos.
- Alteración de la autoimagen.
- Pérdida de autonomía.
- Indicadores visibles de deterioro.
- Dificultad en el control de síntomas físicos.
- Dificultad en la comunicación con patología física. (p. 214)

La Dra. Beale (citada en Cruz et al., 2007) indica que el diagnóstico de cáncer es un estado de conmoción, el paciente y la familia presentan dificultad para creer y sus reacciones pueden estar presentes por algunos días, transitando por un estado de negación, negociación y aceptación (**Figura 1**). Los pacientes presentan problemas

para dormir, comer o realizar actividades diarias al traer a su mente de forma reiterada la noticia del diagnóstico y el miedo de lo que puedo suceder.

La comunicación es un requerimiento esencial en el cuidado del paciente, influye positivamente en la identificación y gestión de los diferentes estados emocionales, estilos de afrontamiento, así como en la toma de decisiones aportando seguridad, confianza y un sentido de pertenencia. “Una buena comunicación se construye en base a sinceridad y a la capacidad para demostrar comprensión por la situación que están atravesando el paciente y su familia” (Astudillo et al., 2002, p. 59).



Figura 1. Reacciones ante el diagnóstico. Elaboración propia

Una intervención en la que la relación clínica no se limita a informar y a curar, sino que además se convierte en una relación de ayuda y de apertura a través de la comunicación empática, que da acceso al principio de autonomía, consentimiento informado, a la confianza mutua y a la seguridad; permitiendo además un trabajo en equipo junto a la familia y el paciente; reduciendo el estrés y la tensión que se presentan ante el diagnóstico.

Tratamiento

El tratamiento oncológico requerirá de protocolos de intervención clínica para la cirugía, quimioterapia, radioterapia, inmunoterapia, etc. Los resultados para la adherencia o no del tratamiento dependerá: de la clase de tratamiento y sus efectos, tipo de cáncer, evolución de la enfermedad y las características individuales de la persona (Malca, 2005).

Cruz et al. (2007) mencionan que en el caso del tratamiento, el proceso de asimilación será mayor y la presencia de pérdidas significativas afectarán al paciente, así como a cada uno de los ámbitos del desarrollo y su entorno.

- Deterioro de la imagen corporal. – afecta a hombres y mujeres, alteraciones en el cabello, piel y uñas; pérdida excesiva de peso, impotencia sexual, pérdida de un miembro de su cuerpo pueden asociarse a la pérdida de la feminidad o de la masculinidad, provocando deterioro en las relaciones interpersonales.
- Sintomatología física. – cansancio, pérdida de sensibilidad, alteración de la percepción del sabor, alteraciones de las mucosas, los vómitos, náuseas, diarrea, estreñimiento y dolor.
- Afectación de las relaciones intra e interpersonales. – cambios de roles, ritmo de vida, adaptación al proceso de enfermedad, aislamiento y abandono o pérdida de interés de actividades que antes realizaba.
- Abandono de proyectos personales y laborales. – separación de relaciones profesionales, pérdida de la capacidad para generar ingresos, endeudamiento por buscar mejores tratamientos y medicamentos. (pp. 215-216)

Acevedo & Rojas-May (2012) afirman que el duelo se reedita a lo largo del tratamiento y que aquellas emociones que se suponían superadas reaparezcan. Siendo habitual en el proceso de duelo oncológico cuestionamientos y miedos.

En el tratamiento existen preguntas que denotan la presencia del duelo oncológico:

1. ¿Por qué me pasa esto a mí?
2. ¿De qué se trata esto?
3. ¿Qué le está ocurriendo a mi cuerpo? (p. 145)

Miedos que suelen presentarse durante el tratamiento:

- A la muerte
- A la quimioterapia y sus efectos
- Al dolor
- Imagen física deteriorada
- Discapacidad
- A perder el trabajo
- Quiebre del sistema familiar
- Sexualidad interrumpida y afectación en sus relaciones afectivas. (p. 146)

Conocer por tanto la manera en la que el paciente elabora sus pérdidas resulta fundamental, de manera que se pueda intervenir sobre sus ámbitos de desarrollo potenciando aquellos que le ayuden a afrontar el proceso de la enfermedad y el tratamiento; aunque para poder lograrlo es imprescindible que el paciente reconozca sus limitaciones y se implique en hacerles frente. (Cruz et al., 2007, p. 218)

Para Cruz et al. (2007) el aceptar la enfermedad y luchar, es el estilo de afrontamiento más adecuado, en el que se elaboran las pérdidas, les da sentido y puede

ayudar para dar continuidad al proceso con los apoyos necesarios, e incluso el mismo paciente puede ser un apoyo para los demás, como se indica en la **Figura 2**.



Figura 2. Estilos de afrontamiento. Elaboración Propia

Para muchos pacientes, según Holland y Lewis el cáncer es la experiencia más difícil y aterradora a la que se han enfrentado. Todos esos engaños, que proclaman que si uno no tiene una actitud positiva y está deprimido el tumor crece más rápidamente, invalidan las reacciones naturales y comprensibles de las personas ante algo que amenaza su vida. (Alonso Fernández & Bastos Flores, 2011, pág. 192)

Supervivencia

Finalizado el tratamiento, el paciente oncológico una vez más se ve confrontado a la adaptación de una nueva realidad, en el que está libre de la enfermedad. Sentimientos de alegría al haber superado el cáncer, temor a que vuelva, dudas en cuanto a cómo incorporarse a las actividades de la vida diaria y la incertidumbre de saber que es lo que le depara el futuro son algunas de las reacciones frente al cambio.

Para Cruz et al. (2007) el simple hecho de haber sobrevivido supone una carga demasiado pesada y con frecuencia las personas que mostraron estilos de afrontamiento adaptativos y eficaces durante el proceso de la enfermedad, se enfrentan así mismos, una vez concluida su terapia médica sin alcanzar la adaptación a la nueva vida, tal como lo menciona María Die Trill y Sandra Vecino Bravo (citadas en Cruz et al., 2007).

El soporte psicoemocional permitirá que el paciente pueda recuperarse de las secuelas físicas, psicológicas y sociales que le ha dejado la enfermedad, reincorporarse a la vida diaria y gestionar las reacciones emocionales en las que por un lado existirán sentimientos de tranquilidad puesto que el riesgo de morir ya no es cercano y por otro lado existirá la incertidumbre y el miedo de que el cáncer reaparezca (Malca, 2005).

El temor a que reaparezca la enfermedad como una amenaza constante se ha definido como el “Síndrome de Damocles” en los supervivientes (Cruz et al., 2007). En psicooncología, se explica la sensación de miedo constante que describen algunos pacientes y muchos familiares tras el cáncer. El síndrome de la espada de Damocles se refiere, pues, al malestar psicológico del superviviente, causado por una profunda sensación de vulnerabilidad ante la enfermedad, la posibilidad de recaer y las dificultades que se plantean para desarrollar un proyecto vital a largo plazo e, incluso, para disfrutar de la vida. (Grupo Español de Pacientes con Cáncer (GEPAC), 2016, p. 151)

El temor a la recidiva es la principal causa de pérdidas funcionales; las dificultades que puedan existir para implicarse emocionalmente, proyectarse a futuro y a comprometerse son manifestaciones de miedo a ilusionarse, de creer que todo ya pasó. El bienestar y calidad de vida dependerán de la integración de la vivencia de la enfermedad (el recuerdo de un diagnóstico), sus secuelas (incapacidad para realizar actividades que previo a la enfermedad las hacía sin dificultad) y lo que tiene por

desarrollar en su vida. La supervivencia es un fase que requiere un proceso de adaptación gradual en el que nuevamente estarán implicados diferentes factores a nivel personal, familiar y social para que se asuman las pérdidas y se transformen progresivamente en ganancias (Cruz et al., 2007).

Jorge Yuste (paciente) menciona “Cuando se espacian las revisiones, empiezas una nueva etapa en la que te sientes como cuando te quitan los ruedines de la bicicleta” (Grupo Español de Pacientes con Cáncer (GEPAC), 2016, p. 149).

Recidiva

El paciente presenta una recurrencia de la enfermedad en donde se evidencian repercusiones a nivel físico y a nivel psicológico, especialmente. Las posibilidades de tratamiento serán limitadas por lo que sentimientos de rabia (hacia si mismo), culpa (al no haber logrado superar la enfermedad), miedo (ante la posibilidad de morir) y fracaso (al no encontrar la cura) son algunas de las manifestaciones más frecuentes, que en el tiempo se expresarán con estados emocionales más intensos como ansiedad y depresión si no se abordan de forma estratégica. Además, nuevamente se ponen recursos de afrontamiento para la adherencia al tratamiento así como también de adaptación para su estado actual de enfermedad (Alonso Fernández & Bastos Flores, 2011).

Tanto para los pacientes y los miembros del equipo médico, la recidiva es considerada como un fracaso; proporcionar atención psicológica al paciente en el momento de la recidiva al ser un suceso traumático y brindar apoyo al personal de salud para manejar la situación es de vital importancia (Cruzado, 2010).

Terminalidad

La atención a los pacientes oncológicos en fase terminal contempla la presencia de una enfermedad avanzada, progresiva, con escasa o nula posibilidad de respuesta a un tratamiento activo, presencia de síntomas intensos y pronóstico de vida limitado. Las reacciones emocionales estarán definidas por el grado de adaptación a la enfermedad y sus recursos de afrontamiento en el que se distinguen tres momentos: el impacto de la situación actual que da lugar a la negación y a reacciones de ansiedad, al tipo de afrontamiento ante los sentimientos de miedo, ira y depresión, y a la adaptación donde hay una disminución de alteraciones emocionales y el paciente utiliza sus recursos personales para disminuir cualquier tipo de malestar. (Alonso Fernández & Bastos Flores, 2011).

Al momento de encontrarnos con un paciente cuyo pronóstico no es favorable a corto plazo confluyen un sin número de actitudes, sentimientos y comportamientos por parte del paciente, los familiares y los profesionales de la salud. Sin embargo, los profesionales sanitarios serán los que dirigen, conducen y establecen ciertas condiciones que le serán favorables o no al paciente al final de la vida y a su familia.

La necesidad de apoyo emocional tiene relación con la compañía que requiere el paciente, con aspectos afectivos de participación familiar y social. En la medida en que reciba apoyo, la adaptación será más fácil y su coste emocional será menor. El apoyo que recibirá el paciente a través del equipo sanitario, la familia y amistades será un factor protector frente a las necesidades de tipo físico, psicoemocional y espiritual.

Las necesidades psicoemocionales del paciente variarán en función de sus características personales, del tipo y curso de la enfermedad, del tratamiento recibido y de sus fuentes de apoyo. Para garantizar una mejor adaptación en el proceso es

importante la intervención interdisciplinaria de los profesionales sanitarios que se encuentran implicados en la relación terapéutica. La intervención temprana y oportuna ayudará para que el paciente tenga una mejor calidad de vida (Sánchez, 2011).

Este abordaje sólo es posible desde una atención humanizada; donde el trabajo individualizado e interdisciplinario dignifique a la persona.

Duelo anticipatorio

Sánchez Hernández et al. (2007) afirman que el duelo anticipatorio o duelo imaginado es la respuesta emocional anticipada de una pérdida real o imaginaria, tiene como característica la propia pérdida que no acontece en el presente, sino en un futuro irreal o implícito.

El duelo anticipado se experimenta previo a la pérdida, cursa con los mismos síntomas de un duelo normal y se diferencia de la reversibilidad-irreversibilidad de las situaciones o eventos que se producen. Dentro de las hipótesis que se plantean los autores, es la dificultad que puede tener el paciente para poner límites a la fuerza emotiva de lo imaginado, por problemas en los mecanismos de introspectibilidad de la conciencia en donde: la reacción emocional es real, evaluable y capaz de provocar cambios fisiológicos con respuestas comportamentales y cogniciones coherentes; con una muerte inminente fantaseada difícil de ser razonada, en la que la imagen perteneciera a la realidad y un estado de desesperanza, en el que no existe un futuro y se han agotado toda clase de posibilidades “no hay más nada que pueda hacer”. (Sánchez Hernández et al., 2007)

“El duelo anticipatorio o imaginado, es una huida de la realidad presente, una realidad dolorosa e injusta que nos enfrenta a nuestros propios fantasmas culturales” (Sánchez Hernández et al., 2007, p. 251).

Malestar emocional

Para Estapé (2018) la ansiedad y la depresión con las reacciones psicológicas más frecuentes en el cáncer, en un principio no implican una señal de alerta que, en el tiempo, con la intensidad y duración con la que se presentan provoquen un malestar subjetivo, interfiriendo significativamente en la vida de la persona. La ansiedad se presenta con frecuencia en el diagnóstico, pruebas diagnósticas o de control e inicio del tratamiento y la depresión puede presentarse a lo largo del proceso de la enfermedad; ambas, según la autora se presentarán en las diferentes fases de la enfermedad, por lo que la adaptación ante situaciones de aparente amenaza permitirá que la ansiedad disminuya, mientras que si se experimenta cansancio y apatía la depresión puede aparecer en cualquier momento. No obstante, hay que tener en cuenta los aspectos individuales de cada paciente que influirán en la forma de reaccionar ante la enfermedad.

“El malestar emocional se está convirtiendo en un elemento capital para valorar la salud y el bienestar de los pacientes con cáncer. Para los clínicos es el ‘sexto signo vital’, tan principal como la temperatura, la respiración, el ritmo cardiaco, la presión sanguínea o el dolor” (Hernández et al., 2012, p. 236).

La valoración clínica del malestar emocional (distrés) es fundamental para no estigmatizar, ni cargar de contenido psicopatológico a las dificultades que presenta el paciente con cáncer. Se define como una experiencia emocional desagradable que afecta el funcionamiento cognitivo, conductual, emocional, social y espiritual (Hernández et al., 2012).

Lluch Hernández et al. (2007) señalan que las reacciones de duelo que provocan las pérdidas significativas en el paciente oncológico se pueden asociar a trastornos

psiquiátricos que alteran el proceso de adaptación a la pérdida; siendo los trastornos mas frecuentes: trastornos de adaptación, ansiedad, depresión y de estrés pos-traumático según los criterios del Manual diagnóstico y Estadística (DSMIV-R). Entre los factores que intervienen en el desarrollo de la psicopatología están: antecedentes psiquiátricos del paciente, locus de control, impacto psicológico ante la pérdida y su significado, apoyo social, habilidades sociales (autoestima y asertividad) y nivel de toxicidad de los tratamientos médicos.

Intervención desde los diferentes modelos teóricos

La intervención psicológica al paciente en el duelo oncológico desde el enfoque humanista lo abordaremos desde: la Terapia Cognitivo Conductual, la Logoterapia y el Counselling.

La Terapia Cognitivo Conductual proporciona recursos para el manejo del malestar emocional que se produce cuando existen representaciones distorsionadas de la realidad que pueden causar cambios significativos en la conducta del paciente. En la elaboración del duelo el paciente tiene la posibilidad de resignificar la pérdida (Hernández Cobos et al., 2017).

La Logoterapia o curación por medio del sentido o significado, es un método terapéutico humanista existencial creado por Viktor Frankl. Su objetivo es acompañar a la persona en la búsqueda de sentido de la vida y el significado del sufrimiento; ayudándole a descubrir valores o significados para situaciones específicas, asumiendo actitudes adecuadas y realizando elecciones responsables (Luna, 2011).

El Counselling es el enfoque centrado en la persona. Carl Rogers es quién introduce el término de Counselling, el facilitador acompaña procesos de vida, cambio y adaptación. Brinda soporte y presencia desde las tres actitudes básicas: empatía

terapéutica, la aceptación incondicional o consideración positiva y la autenticidad, genuinidad o congruencia. Es la forma de relación de ayuda para acompañar y escuchar a los pacientes para su trabajo de autoconocimiento, sin interpretar ni juzgar (Bermejo J., 2011).

Oviedo, Parra y Marquina (citados en Pérez & Atehortua Vélez, 2016, pág.

2) plantean que el duelo es un proceso en movimiento en el que el ser humano vivencia una respuesta natural que implica reacciones psicosociales frente a una pérdida real o subjetiva. Por otro lado, se evidencia cómo la cultura, la religión y las diversas formas de concebir el mundo, juegan un papel importante al momento de asumir y vivir un duelo. Así que es indispensable sentir el sufrimiento que el duelo genera, sentir y expresar estos sentimientos de tristeza y dolor que con el pasar de los días aparece, y así mismo, sacarlos de la mejor manera para poder sanar esa herida que se lleva.

Técnicas de intervención en los Cuidados Primarios de Duelo

La atención primaria es el nivel asistencial ideal para ayudar a las personas en duelo, y los Cuidados Primarios de Duelo (CPD) son una guía de actuación profesional en el que se definen objetivos, estrategias y técnicas a aplicar. Los objetivos generales de los Cuidados Primarios de Duelo son: a) prevención primaria, cuidar para que la persona elabore su duelo de la manera más natural y saludable posible; b) prevención secundaria para detectar precozmente el duelo complicado, establecer una terapia temprana, realizar seguimientos y soporte a las personas ya diagnosticadas; c) prevención terciaria para dar soporte y seguimiento a las personas con duelos crónicos, de años de evolución y sus secuelas (Landa & García, 2004).

La elaboración del duelo en cada persona tiene particularidades distintas desde su unicidad, por lo que es importante conocer al igual que otros procesos psicológicos, si el duelo se está desarrollando de forma adecuada o si se producen conductas que en frecuencia, duración e intensidad son excesivas que requerirán una intervención preventiva o especializada (Barreto & Pérez, 2013).

En este apartado nos enfocaremos en la prevención primaria en la que el paciente oncológico puede elaborar sus pérdidas de manera sana, promoviendo su bienestar y calidad de vida. Se ha tomado la Guía de Duelo de Landa y García (2004) como referente para definir las técnicas de Cuidados Primarios de Duelo.

- Técnicas exploratorias

Las técnicas exploratorias tienen como objetivo reconocer los datos que pueden ser determinantes para la elaboración de la pérdida, construir un perfil de duelo, orientar la intervención, priorizar las necesidades detectadas e identificar si el paciente está cursando por un duelo normal o de riesgo a desarrollar o exacerbar estados psicopatológicos. Entre los datos que se han de recabar están: aspectos generales, datos sociofamiliares, antecedentes personales y evolución del proceso de duelo.

- Técnicas de intervención generales

Contempla la relación médico-paciente y su actitud en la intervención. El equipo de salud es el principal referente emocional del paciente, quién requiere de información y soporte emocional para afrontar y adaptarse a los diferentes estadios de la enfermedad. El manejo adecuado de la información tiene como objetivo permitir al paciente la toma de conciencia del estado de salud, la toma de decisiones en cuanto al tratamiento, sea este curativo o paliativo y proporcionar ayuda para la adaptación y afrontamiento de la nueva situación (Gil M., 2015).

Santos y Bermejo (Bermejo & Santos, 2015) mencionan que para promover el cambio en la persona, no solo se requiere de conocimientos técnicos y habilidades, sino de actitudes para la relación de ayuda y acompañamiento:

- La empatía como la disposición interior que ayuda de manera unidireccional para captar las emociones y comunicar lo que se ha captado.
- La congruencia o autenticidad en la que el ayudante entra en sintonía con su mundo interior, su conciencia y su comunicación externa.
- La aceptación del ayudado (paciente y familia) por parte del personal de salud (ayudante) es el primer paso para que el paciente se acepte a sí mismo y a los demás. La ausencia de juicios, acogida, consideración positiva (reconocerlo como capaz) y la cordialidad generan un clima de confianza y facilitan el cambio que se necesita.
- Escucha activa. - requiere un silencio interior, con la mirada acompañando el diálogo en el que se requiere un sentido de presencia.
- Facilitación. - es favorecer la comunicación en un clima seguro para que el paciente pueda expresar sus emociones.
- Informar. - proporcionar información para orientar y normalizar sobre el proceso de elaboración de las pérdidas.

Establecer una adecuada relación terapéutica caracterizada por el planteamiento de objetivos centrados en las necesidades del paciente favorecerá un adecuado vínculo terapéutico.

3. Planteamiento del problema

La presente investigación consiste en conocer las diferentes formas de acompañamiento psicológico del duelo oncológico en las fases de la enfermedad, que ofrecen los distintos modelos teóricos de la psicología a través de una revisión sistémica de la literatura de los últimos diez años.

4. Pregunta del problema

El tema central está enfocado en la importancia del acompañamiento psicológico en las diferentes pérdidas que pueden experimentar los pacientes oncológicos a lo largo de todo el proceso de la enfermedad ¿Qué se conoce sobre el acompañamiento psicológico en el duelo oncológico?

5. Objetivos

Objetivo General

Conocer las diferentes formas de acompañamiento psicológico para el manejo del duelo oncológico en las distintas fases de la enfermedad.

Objetivos Específicos

Identificar los beneficios del acompañamiento psicológico en el duelo oncológico.

Explorar las técnicas o herramientas utilizadas en el acompañamiento psicológico del duelo oncológico.

Comprender la importancia del apoyo psicológico en el duelo oncológico en las diferentes fases de la enfermedad.

Demostrar la eficacia del acompañamiento psicológico en el manejo del duelo oncológico.

6. Marco Metodológico

En este trabajo se llevó a cabo una revisión sistemática de la literatura científica de los últimos diez años, en el que se aborda la importancia del acompañamiento psicológico en el duelo oncológico en las diferentes fases de la enfermedad. A continuación se detalla el proceso de elaboración según las directrices de la declaración PRISMA (Figura 3).

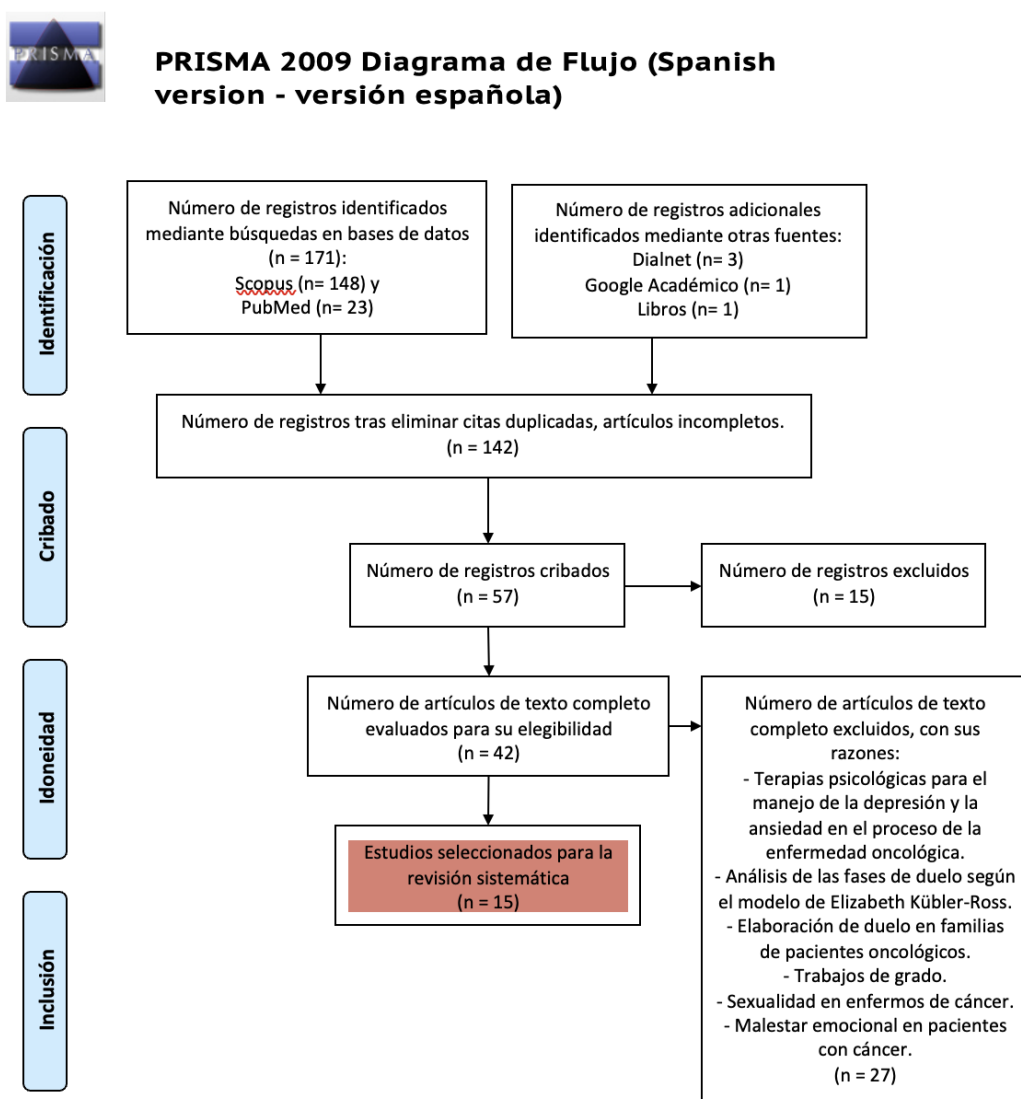


Figura 3. Diagrama de flujo PRISMA en cuatro niveles (Moher et al., 2009)

6.1. Criterios de inclusión

- Estudios de 2010 a la actualidad, que contenían información acerca de la importancia del acompañamiento psicológico en el duelo oncológico y los beneficios de la intervención psicológica en pacientes oncológicos que experimentan pérdidas en relación a la salud o a otros aspectos de su vida.
- Los estudios podían contener una metodología cualitativa, cuantitativa como mixta, revisiones sistemáticas de la literatura y libros.
- Escritos en español o en inglés.
- Los participantes de los estudios podían ser hombres o mujeres adultos.

6.2. Estrategia de Búsqueda

Se inició las búsquedas en septiembre de 2023, la revisión sistemática sobre el tema se realizó en distintas bases de datos: PubMed, SciELO, Scopus, ScienceDirect y Redalyc, con la combinación de términos “psychological support” y “oncological grief”. Para la estrategia de búsqueda se utilizaron las palabras clave: grief, cancer, loss of health, psychological intervention, oncological grief, losses y cancer patients, y los booleanos “AND”, “OR”.

Durante los meses de noviembre y diciembre se continuó con la búsqueda sistemática en PubMed, SciELO, Dialnet y adicionalmente GoogleScholar, reduciendo los resultados de las publicaciones realizadas desde el 2010. La combinación de términos que obtuvo mejores resultados fue ((apoyo emocional OR intervención psicológica) AND (duelo) AND (cáncer)).

Se obtuvieron 148 resultados en Scopus y 23 resultados en PubMed de los cuales, según los criterios de inclusión, y con la lectura del título se consideran 57

artículos (incluidos 3 artículos de Dialnet, 1 artículo de GoogleScholar y 1 libro), con los que se procede a leer el resumen y se descartan 15 artículos. Se realiza la lectura completa de las 42 publicaciones y se excluyen 27 al centrarse en terapias psicológicas para el manejo del malestar emocional, la depresión y la ansiedad en el proceso de la enfermedad oncológica y la elaboración del duelo para familias de pacientes oncológicos. Finalmente se seleccionan 15 artículos para la revisión sistemática publicados entre 2010 y 2023.

6.3. Evaluación de la calidad metodológica

A través de una revisión documental como técnica de investigación que permite la recopilación, análisis y síntesis de la información, se seleccionaron publicaciones del 2010 – 2023, que incluyan: Importancia del acompañamiento psicológico en los pacientes con cáncer que atraviesan múltiples pérdidas en las diferentes áreas de su vida e identificar las alternativas de intervención psicológica para el manejo del duelo oncológico.

El análisis de la información obtenida se realizó desde un enfoque cualitativo que se centra en la comprensión y descripción de fenómenos desde una perspectiva interpretativa (Vega-Malagón et al., 2014).

6.4. Extracción de datos

Para la extracción de los datos se importaron los datos relevantes directamente a Excel desde diferentes fuentes. Una vez que se recogieron los datos se utilizó funciones de filtrado y clasificación para organizar y analizar la información relevante obtenida durante el proceso de la investigación (**Figura 4**).

2005	Abordaje emocional en oncología
2007	Duelo en Oncología I Jornadas de Psicooncología Integradora: una nueva perspectiva Las pérdidas y sus duelos
2008	Cuidados del Enfermo en fase terminal y Atención a su Familia Reacciones psicológicas, calidad de vida e imagen corporal después de una mastectomía profiláctica bilateral en mujeres con alto riesgo de cáncer de mama: un estudio prospectivo de seguimiento de 1 año
2010	Sexualidad, cuerpo y duelo: experiencia clínica con mujeres diagnosticadas con cáncer ginecológico o de mama Sobre la muerte y los moribundos
2011	Intervención Psicológica en Personas con Cáncer Intervenciones psicooncológicas: ¿Qué tan exitosas son? Introducción al counselling Manual Básico para la Atención Integral en Cuidados Paliativos Men's Grief, Meaning and Growth: A Phenomenological Investigation into the Experience of Loss
2012	Cáncer de mama, no le des la espalda Salud mental y malestar emocional en pacientes con cáncer. Psicooncología
2013	De la pérdida a la Esperanza con la luz de la Logoterapia Efectos de las intervenciones psicooncológicas sobre el malestar emocional y la calidad de vida en pacientes adultos con cáncer: revisión sistemática y metanálisis El significado psicológico de las cinco fases del duelo propuestas por Elizabeth Kübler-Ross mediante las redes semánticas naturales. Lecciones de pérdida y vida: Esperanza y orientación para hacer frente a las enfermedades graves y al sufrimiento Manual de Psicooncología: Tratamientos psicológicos en pacientes con cáncer Un modelo de Intervención y apoyo psicosocial
2014	PREDICCIÓN DE LAS RESPUESTAS PSICOLÓGICAS DEL DUELO ANTE LA PÉRDIDA DE SALUD POR VARIABLES DE PERSONALIDAD, RELIGIOSIDAD SOCIODEMOGRÁFICAS, Y EXISTENCIALES Relación entre la alexitimia y las respuestas psicológicas de duelo ante la pérdida de la salud en mujeres con cáncer
2015	Atención psicológica integrada en el cáncer de cabeza y cuello: opiniones de proveedores de atención médica, pacientes y apoyos Counselling y Cuidados Paliativos Counselling y Psicoterapia en cáncer Herramientas para acompañar
2016	EMDR y TCC: un estudio clínico comparativo con pacientes oncológicos La comprensión del duelo desde la Psicoterapia Humanista Manual para supervivientes de cáncer y sus familiares: Todo lo que empieza cuando "termina" el cáncer. Terapia EMDR en psicooncología: Un puente entre mente y cuerpo
2017	Satisfacción sexual en enfermos de cáncer
2018	Cáncer: ¿Cómo afrontar los tres días esenciales?
2022	Consideraciones para desarrollar intervenciones de atención de apoyo para sobrevivientes de cáncer de cabeza y cuello: un estudio cualitativo
2023	Ecos iberoamericanos de la Psicooncología El papel del apoyo psicológico integrado en pacientes con cáncer de mama: un estudio prospectivo monocéntrico aleatorizado que evalúa el programa de Apoyo Psicooncológico Integrado Fil-Rouge (FRIPOS) Proceso de duelo en pacientes adultos diagnosticados con cáncer

Figura 4. Filtrado y clasificación de la información a través de Excel

6.5. Métodos para resumir y sintetizar los datos

Para resumir y sintetizar los datos se realizó un análisis temático y de contenido en el que se identifica y agrupa los temas, categorizando la información para identificar conceptos claves para la revisión sistemática.

6.6. Control de Sesgos en el proceso de revisión

La elaboración de la matriz de datos, facilitó el registro y la documentación de la información durante el proceso de revisión, considerando los criterios de inclusión y exclusión, así como un análisis crítico en el que se buscó evidencia contraria en relación a los distintos enfoques terapéuticos para la atención psicológica en los pacientes oncológicos.

7. Resultados

Los artículos en los que se basa la revisión reflejan la importancia de la atención psicológica del duelo en las diferentes fases del cáncer. Los artículos se detallan en las Tablas 1-5.

Importancia del acompañamiento psicológico en el duelo oncológico

En la investigación de Ramírez (2016) se destaca los procesos de resignificación frente a la enfermedad a través de diferentes enfoques psicológicos: cognitivo conductual, humanista y sistémico; en los que por medio de la entrevista, las intervenciones individuales y grupales y los seguimientos facilitan la elaboración del duelo para la aceptación y el afrontamiento del cáncer, favorecen la gestión emocional y proporcionan apoyo psicológico para el paciente y la familia. Además, Plaza y Rosario (2013) señalan que en la vivencia del duelo por pérdida corporal que no solo incluye pérdidas físicas, sino también pérdidas secundarias (cambios en los roles familiares y

sociales, de identidad, de funciones y de proyectos vitales), se experimenta un dolor psicológico en el que es necesario valorar, reconocer y trabajar duelos no elaborados que ante el diagnóstico pueden reactivarse; la evocación de duelos pasados permite canalizar el impacto de la enfermedad y la amenaza percibida. Las autoras mencionan que el manejo del dolor psicológico conlleva el reconocimiento de la pérdida, aceptar el dolor y reconstruir la relación con lo que se percibe se ha perdido.

En los estudios de Miaja Ávila & Moral de la Rubia (2014 y 2015) sobre la predicción de las respuestas psicológicas de duelo y los significados dados al cáncer, se enfatiza la necesidad de brindar al paciente la posibilidad de expresar sus sentimientos en relación a la enfermedad y facilitar espacios grupales en los que se pueda compartir la carga emocional con la finalidad de alcanzar un proceso favorable del duelo; tal como lo refiere Cuesta et al. (2019) acerca de los grupos de apoyo desde la logoterapia, como una herramienta útil para desarrollar, potenciar y aumentar recursos de afrontamiento en las diferentes fases del cáncer, ampliar las posibilidades para un duelo sano y modificar la actitud frente a la enfermedad.

Para la identificación, reconocimiento, expresión y reconstrucción del significado frente a las pérdidas, Miaja y Moral (2015) sugieren la terapia narrativa de Neimeyer, considerando que para la reconstrucción del significado se evite las rumiaciones de lo negativo que pueden generar malestar emocional e interferir en los procesos de afrontamiento. Otro aspecto importante a tener en cuenta, son los rasgos de alexitimia que presentan algunos pacientes que pueden insidir sobre la depresión y la ansiedad ante la pérdida de la salud, por lo que se recomienda instaurar recursos cognitivos y emocionales para el manejo adecuado del duelo y fortalecer la red de apoyo familiar.

Para Reyes et al. (2015) es importante acompañar al paciente desde su mundo de significados, afianza la relación terapéutica desde la escucha y la empatía y permite que el paciente se sienta reconocido y valorado.

Factores protectores en el duelo oncológico

Para Ramírez (2016) la resiliencia es un factor protector en los procesos de transformación, posibilita que los pacientes logren tomar el control de sus actividades diarias y puedan hacer cambios. Estos cambios, según Miaja y Moral (2014) facilitan para que se mantengan las rutinas diarias a pesar de las situaciones adversas, asumir una actitud positiva, tener mayor aceptación y comprensión de la enfermedad y mejorar el estado de salud mental y emocional a través de la resignificación y la evitación de la rumiación de lo negativo. Del mismo modo Plaza y Rosario (2013) refieren que el desarrollo de la resiliencia y el reconocimiento de las capacidades, habilidades y fortalezas son componentes fundamentales que propician la elaboración del duelo por pérdida corporal.

En cuanto al apoyo familiar ante la pérdida de la salud, Ramírez (2016) plantea que el reconocimiento de la familia, la percepción de unidad familiar, la identificación de los roles y una adecuada comunicación y afectividad actúan como factores protectores para los pacientes en tratamiento oncológico, su adherencia y manejo de duelo. Desde el punto de vista de Cardoso et al. y Barreto et al. (citados en Miaja Ávila & Moral de la Rubia 2014) el apoyo y la cohesión familiar disminuyen las emociones negativas, promueve bienestar a nivel físico y mental y es un factor protector necesario en el proceso del duelo. En el estudio de Reyes et al. (2015) la familia es un recurso importante frente a los cambios que experimenta el paciente; el apoyo emocional en la compañía que se ofrece, la percepción de confianza al brindar cuidado, la seguridad en cuanto a la ayuda económica que pueda dar y el soporte en las actividades cotidianas.

La familia se moviliza, se ajusta y se adapta en el proceso de la enfermedad como lo expresa Hernández (citado en Reyes et al., 2015).

Otro de los factores protectores que plantean Miaja y Moral de la Rubia (2015) en el proceso de duelo oncológico es la espiritualidad y la religiosidad como un aspecto a tomar en cuenta en el proceso de elaboración del duelo para la resignificación de la situación vivida ante la pérdida de la salud. En el estudio se evidenció que a mayor recurrencia a los servicios religiosos mayor es la puntuación en las respuestas psicológicas de duelo: negociación-pacto, fe-esperanza, aceptación y actitud positiva ante la enfermedad. Sin embargo, los mismos autores en la investigación sobre los significados dados al cáncer (2015) sostienen que en algunos casos la religión podría obstaculizar el proceso de duelo al paliar el miedo y el afecto negativo y que depende del significado que el paciente le otorgue a la enfermedad para acudir o no a la negociación-pacto en las diferentes fases de la enfermedad.

El estudio de Plaza y Rosario (2013) por otra parte, afirma que el afrontamiento desde la espiritualidad y religión favorece el bienestar físico y psicológico del paciente que experimenta situaciones negativas, favoreciendo la adaptación ante las diferentes pérdidas.

Enfoques psicológicos para el abordaje del duelo oncológico

Lizana Fuentes et al. (2020) enfatiza que es fundamental una visión integral de la enfermedad oncológica desde un enfoque biopsicosocial, cuyas intervenciones incluyan tratamientos psicológicos especializados para el trabajo del duelo y el dolor emocional.

El proceso de elaboración de duelo oncológico requiere de un acompañamiento dirigido para la comprensión del duelo, la expresión emocional y la resignificación de

las pérdidas en todo el proceso de la enfermedad, tal como lo mencionan (Moral y Miaja, 2015; Ramírez, 2016 y Postigo-Zegarra et al., 2019).

Para Ramírez (2016); Cabrera Macías et al. (2017) y Plaza y Rosario (2013), la Terapia Cognitivo Conductual está dirigida a gestionar el malestar emocional, a favorecer el manejo del duelo concerniente a las diferentes pérdidas que el paciente puede experimentar e incorporar recursos de afrontamiento y competencias emocionales para la resolución de problemas. En este enfoque los autores resaltan técnicas como la psicoeducación, la distracción, las metáforas, el entrenamiento en habilidades sociales y la técnica de inoculación del estrés que proporcionan una valoración cognitiva y resignificación sobre la enfermedad, el autoconcepto, el autoestima, los valores, las creencias, las relaciones interpersonales y estilo de vida.

Ramírez (2016), sostiene que desde el enfoque humanista el cáncer es un estado de sufrimiento de la persona, que requiere ser extraído para poder identificar, expresar y afrontar la realidad por medio de la esperanza. El psicólogo humanista acoge al paciente en la desesperanza, ayuda en el duelo por pérdida de la salud, comprende sus estados cognitivos y emocionales, escucha sus necesidades, respeta sus decisiones y acompaña en el fortalecimiento de la resiliencia.

En la Logoterapia, el acompañamiento del duelo según Martínez (2019) supone un encuentro con el dolor del otro; exige escucha, empatía y respeto para orientar el proceso y ayudar a construir una nueva identidad a partir de la pérdida. De acuerdo con Postigo-Zegarra et al. (2019) el proceso de acompañamiento logoterapéutico consta de 4 fases: encuentro (búsqueda de alivio), re-encuentro (toma de conciencia de la situación), decisión (capacidad de elegir como desea vivir a partir de la pérdida) y seguimiento. El acompañamiento logoterapéutico mejora el bienestar subjetivo de los pacientes que atraviesan un duelo, ayuda a la aceptación de la propia existencia, la

revisión de los significados, la reconstrucción del sentido de vida y de las relaciones y fomenta la resiliencia y el crecimiento postraumático.

En los pacientes con cáncer avanzado según Gil Moncayo & Breitbart (2013) existe la necesidad de utilizar el Modelo de Psicoterapia Centrada en el Sentido adaptado a las necesidades de los pacientes por el grado de complejidad que existe en el manejo de los síntomas físicos y psicológicos. El modelo ayuda a los pacientes para que puedan vivir de manera plena y con sentido a través de ejercicios dinámicos, experienciales y grupales; los objetivos están dirigidos a integrar el diagnóstico del cáncer, facilitar la expresión emocional, reconocer las limitaciones dadas por la enfermedad y mejorar la adaptación psicológica ante la pérdida de sentido de vida.

Otro modelo de terapia para los pacientes oncológicos con una expectativa de vida inferior a 6 meses lo evidenciamos en el estudio de Guinot et al. (2019) en el que se describe la Terapia de Dignidad elaborada por Chochinov, la cual por medio de una entrevista promueve un sentido de pertenencia y autonomía sobre lo que puedan hacer por sí mismos y por su familia. El modelo busca promover aceptación, esperanza, autoestima, sentido de la propia vida y de la muerte, así como la construcción de un legado. Se considera que la Terapia de Dignidad es una forma de elaboración del duelo anticipado, que desde el punto de vista de Hernández et al. (2023) es un acontecimiento constituido por aspectos psicosociales que exige afrontar, interactuar, reorganizar, planificar y buscar el equilibrio frente a los desafíos que impone la enfermedad terminal y las pérdidas percibidas a los largo de la vida del paciente.

Primer autor (año)	Artículo/Libro	Tipo de estudio	Conclusiones
Díaz Facio et al. (2010)	Sexualidad, cuerpo y duelo: experiencia clínica con mujeres diagnosticadas con cáncer ginecológico o de mama.	Revisión	En el cáncer, frente a las múltiples pérdidas que experimenta el paciente en las diferentes áreas de su vida, se enfrenta a la posibilidad de elaborar su duelo para reconstruir y resignificar; pero también existe la posibilidad de que el dolor por la pérdida persista.
Miaja Ávila et al. (2015)	Predictores de respuestas psicológicas de duelo ante la pérdida de la salud.	Estudio descriptivo-correlacional	La resiliencia es un factor importante en el proceso del duelo, así como la religión que está asociada con escolaridad e ingresos bajos. Se recomienda trabajar de manera grupal para favorecer los procesos de duelo en mujeres en tratamiento oncológico.
Miaja Ávila et al. (2014)	Predicción de las respuestas psicológicas del duelo ante la pérdida de salud por variables de personalidad, religiosidad sociodemográficas, y existenciales.	Estudio descriptivo-correlacional	Estudio realizado en mujeres mexicanas con un diagnóstico de cáncer que según el modelo integrador presentan bajo afecto negativo ante la enfermedad, con menores reacciones de ira y depresión y mayor aceptación y negación, menor alexitimia, mayor apoyo familiar y menores efectos secundarios del tratamiento. La resiliencia se presenta como factor protector para que las pacientes mantengan su rutina diaria a pesar de las situaciones difíciles que pueden experimentar. Se recomienda trabajar recursos cognitivos y emocionales en pacientes con rasgos de alexitimia, que permitirá la elaboración exitosa del proceso de duelo ante la pérdida de salud.

Tabla 1. Estudios: Díaz Facio Lince, 2010; Miaja Ávila & De la Rubia, 2015; Miaja Ávila & Moral de la Rubia, 2014.

Primer autor (año)	Artículo/Libro	Tipo de estudio	Conclusiones
Plaza Montero et al. (2013)	La vivencia del duelo por pérdida corporal y las estrategias de afrontamiento en un grupo mujeres mastectomizadas.	Estudio basado en un enfoque cualitativo de corte fenomenológico	El estudio permitió el reconocimiento de las necesidades psicológicas de las mujeres mastectomizadas después de finalizados los tratamientos. El desarrollo de la resiliencia y el reconocimiento de las fortalezas y habilidades permiten integrar elementos que facilitan la elaboración del duelo por pérdida corporal.
Lizana Fuentes et al. (2020)	Duelos en el cuerpo: Discursos y subjetividad de mujeres que participan en un grupo de apoyo orientado al cáncer de mama.	Estudio cualitativo	Los relatos que se analizaron exigen un enfoque de atención biopsicosocial de la enfermedad, además de proporcionar apoyo psicológico por psicólogos especializados para generar en los pacientes una adecuada adaptación y afrontamiento del cáncer. Crear redes de contención en grupos de apoyo permite gestionar las emociones y resignificar la vivencia del cáncer a través de la elaboración del duelo por pérdida corporal.
Cabrera Macías et al. (2017)	La psicología y la oncología: en una unidad imprescindible.	Revisión	La psicooncología centra su atención en el paciente y no en la enfermedad, por lo que las pérdidas pueden mantenerse como una fuente de estrés con dificultad para expresar sus emociones, negándolas o evitándolas, preponderando lo racional. El artículo presenta opciones terapéuticas como: intervención cognitivo conductual, psicoterapia de grupo centrada en el sentido, musicoterapia e hipnoterapia.

Tabla 2. Estudios: Cabrera Macías et al., 2017; Lizana Fuentes et al., 2020; Plaza et al., 2013.

Primer autor (año)	Artículo/Libro	Tipo de estudio	Conclusiones
Gil Moncayo et al. (2014)	Psicoterapia centrada en el sentido: "vivir con sentido".	Estudio piloto	El estudio contribuyó al mejoramiento del manual del terapeuta del Modelo de Psicoterapia Centrada en el sentido, adaptando los ejercicios experienciales y las tareas para los pacientes con cáncer avanzado. El desarrollo de intervenciones psicoterapéuticas ayudan para que los pacientes puedan mantener y aumentar su sensación de sentido y propósito de vida a pesar de las limitaciones por la enfermedad.
Miaja Ávila et al. (2015)	Significados dados al cáncer y su relación con respuestas psicológicas de duelo en personas tratadas por cáncer.	Estudio descriptivo-correlacional	En el estudio se concluye que entre los significados negativos, la mitad de los participantes antes del diagnóstico asocian al cáncer con la muerte o fin de vida y durante el tratamiento predominan las asociaciones positivas en donde la enfermedad es curable. Se recomienda que para la intervención psicológica se realice una evaluación del significado asociado al cáncer antes del diagnóstico, durante el tratamiento y posterior al mismo, con la implementación de técnicas en las que se use las metáforas para modificar el significado para la elaboración del duelo.
Reyes Piñeros (2015)	El cáncer de colon y recto en cuidados paliativos: una mirada desde los significados del paciente.	Estudio cualitativo	Se identifica los significados que los pacientes le asignan al cáncer y cómo estos dependen de algunos factores como la ausencia de síntomas y del proceso de elaboración emocional para afrontar la enfermedad. El paciente con cáncer de colon y recto se enfrenta a cambios (vestirse, alimentarse y sexualidad) que generan un alto impacto emocional por lo que requieren del apoyo de su familia de del equipo de salud.

Tabla 3. Estudios: Gil Moncayo & Breitbart, 2014; Moral de la Rubia & Miaja Ávila, 2015; Reyes et al., 2015.

Primer autor (año)	Artículo/Libro	Tipo de estudio	Conclusiones
Ramírez Escobar (2016)	Cáncer: una esperanza de vida.	Estudio descriptivo	La creación de estrategias terapéuticas para los pacientes de la Unidad de Oncología del HUDN permite la identificación y comprensión de los significados que se asignan a la enfermedad, además de identificar las reacciones emocionales, los estilos de afrontamiento, los recursos interpersonales y redes de apoyo. Existen diferentes enfoques psicológicos (cognitivo-conductual, humanista y sistémico) que promueven el trabajo de elaboración de duelo, el proceso de adaptación a la enfermedad, adherencia al tratamiento y aspectos relacionados con la inserción a las diferentes actividades de la vida diaria.
Martínez, L. (2019)	Acompañando el duelo	Revisión	La revisión describe la importancia del acompañamiento en el proceso de duelo desde la Logoterapia para promover objetivos y tareas que ayuden a los pacientes al afrontamiento de las dificultades que se presentan por la enfermedad desde un sentido de crecimiento y trascendencia.
Guinot, J. et al. (2019)	Duelo anticipado y sentido	Revisión	El autocuidado, la gestión de emociones y la búsqueda de sentido son pilares fundamentales para el afrontamiento de la enfermedad y la prevención, no del duelo, sino de las consecuencias por una pérdida no elaborada. Desde la logoterapia, la búsqueda de sentido en el sufrimiento y ante la muerte confronta no solo al paciente y a su familia, sino también a los profesionales de la salud y voluntarios que realizan el acompañamiento.

Tabla 4. Estudios: Guinot et al., 2019; Martínez, 2019; Ramírez Escobar, 2016.

Primer autor (año)	Artículo/Libro	Tipo de estudio	Conclusiones
Cuesta, M et al. (2019)	Talleres para atender y entender al paciente con cáncer: Experiencia de 14 años.	Estudio descriptivo	Se realizaron análisis descriptivos sobre las respuestas de la encuesta de satisfacción aplicada tras la participación a los talleres para familiares, pacientes, profesionales y voluntarios. Dentro de los temas que se abordaron con más frecuencia fueron: impacto emocional por el diagnóstico, manejo de las emociones ante el paciente, problemas en el manejo de la información, conspiración de silencio y problemas de comunicación. El estudio concluye que una sola sesión grupal es una herramienta adecuada para redirigir la actitud de los acompañantes de forma positiva, además reconoce que el diagnóstico de cáncer implica un duelo anticipado y que los grupos de apoyo son un instrumento útil para aumentar en los pacientes, familiares y cuidadores los recursos y estrategias de afrontamiento en las diferentes fases de la enfermedad e incrementar las posibilidades de desarrollar un duelo saludable.
Postigo-Zegarra, S. et al. (2019)	Efectos del acompañamiento logoterapéutico en el proceso de duelo: Diseño mixto longitudinal.	Estudio analítico longitudinal	El estudio tenía como objetivo valorar los efectos del acompañamiento realizado en la Asociación Viktor Frankl para personas que se encuentran cursando un duelo. Desde el acompañamiento logoterapéutico se identifica mayor comprensión del duelo y la percepción del sentido de vida mediante el desarrollo de la autotranscendencia, la responsabilidad personal y la presencia de una red social significativa y positiva. En el estudio participaron mujeres que experimentaron la pérdida de su ser querido, una mujer por divorcio, otra por pérdida de salud y dos que llevaban un duelo múltiple. Se enfatiza que la resiliencia es un factor protector en el proceso de duelo.
Hernández, M. et al. (2023)	La importancia del duelo en el paciente oncológico.	Revisión	En la enfermedad oncológica, el paciente experimenta un duelo inevitable en el que experimenta una serie de pérdidas en relación a la salud, su estabilidad, seguridad, el rol dentro de la familia, su trabajo o círculo social. La elaboración del duelo permite que los pacientes puedan realizar una reconstrucción de su vida, con la ayuda de profesionales especialistas se facilita un proceso de aprendizaje y adaptación a la nueva realidad.

Tabla 5. Estudios: Cuesta et al., 2019; Hernández et al., 2023; Postigo-Zegarra et al., 2019.

8. Discusión

En esta revisión sistemática, el objetivo era conocer las diferentes formas de acompañamiento psicológico que existen en el duelo oncológico con la finalidad de educar y sensibilizar a los profesionales de la salud sobre los desafíos emocionales y psicológicos que enfrentan los pacientes en el proceso de adaptación al cáncer.

Se evidencia en los estudios la importancia de la intervención psicológica en el paciente con cáncer para el manejo del duelo, que ante la sospecha y confirmación del diagnóstico, las complicaciones originadas por la enfermedad y los efectos secundarios de los tratamientos, los pacientes experimentan cambios que pueden afectar las diferentes áreas de su vida, además de añadir malestar emocional y alterar la calidad de vida en las diferentes etapas de la enfermedad.

En el proceso de adaptación del cáncer, los autores de los estudios destacan que es necesario evaluar el significado que el paciente le otorga a la enfermedad, con la finalidad de conocer los aspectos cognitivos y emocionales que influyen en el desarrollo de estrategias de afrontamiento para la elaboración del duelo. Así mismo, coinciden que la resiliencia, el apoyo familiar y la espiritualidad son factores protectores esenciales en los procesos de resignificación del duelo, que favorecen la expresión emocional, la aceptación de la enfermedad y contribuyen a un mayor bienestar físico y psicológico.

En cuanto a la eficacia del acompañamiento para el manejo del duelo desde los diferentes enfoques psicológicos, se identifica limitaciones en el tamaño de la muestra, al no ser representativa en los estudios descriptivos-correlacionales y cualitativos. Sin embargo, los resultados proporcionan información relevante para la valoración del

duelo oncológico a través de la Escala de Respuestas Psicológicas del Duelo ante la Pérdida de la Salud (RPD-PS-38) de Miaja y Moral (2014) (**Anexo 1**), la identificación de las estrategias de afrontamiento y los factores protectores para la resolución del duelo y la aplicación de técnicas cognitivo conductuales y logoterapéuticas para los procesos de acompañamiento del duelo en todas las fases de la enfermedad.

9. Conclusiones

El acompañamiento psicológico en el duelo oncológico proporciona un espacio seguro para el reconocimiento de lo que se ha perdido. A través de una adecuada información sobre la enfermedad, las opciones de tratamiento y cuidados el paciente tiene la posibilidad de realizar un ajuste emocional para la resignificación y reestructuración de las pérdidas.

Acompañar el proceso de duelo ayuda a los pacientes a desarrollar estrategias de afrontamiento adaptativas; contribuye a mejorar la calidad de vida, la relación consigo mismo y con los demás; proporciona herramientas para disminuir el malestar emocional y construye resiliencia.

El uso de técnicas desde los diferentes enfoques psicológicos facilita la expresión emocional, la búsqueda de significados y el reconocimiento de habilidades y capacidades para afrontar las pérdidas. Aunque no exista una técnica en concreto para trabajar el duelo oncológico, los espacios de intervención grupales son óptimos para fomentar el apoyo emocional, la cohesión grupal y el aprendizaje de experiencias en torno a las pérdidas para la aceptación de la nueva realidad.

En las diferentes fases de la enfermedad oncológica, el apoyo psicológico brinda información y educación sobre la enfermedad, el tratamiento y las respuestas psicológicas ante la remisión, la recidiva o la enfermedad terminal. En este sentido es importante el

manejo del impacto emocional de las pérdidas secundarias y la resignificación de las creencias, valores y estilo de vida.

10. Recomendaciones

Se recomienda la realización de estudios sobre las respuestas psicológicas del duelo de Miaja y Moral y los significados que los pacientes le dan al cáncer en población ecuatoriana, con la finalidad de crear programas de apoyo para mejorar el bienestar y calidad de vida de los pacientes oncológicos en todas las fases de la enfermedad.

En la revisión se identifica a la espiritualidad como factor protector para la elaboración del duelo, por lo que se considera fundamental abrir espacios de estudio y discusión sobre su importancia en la resignificación del duelo oncológico. Hablar de espiritualidad no solo al final de la vida.

En las intervenciones individuales y grupales se sugiere fomentar el apoyo familiar para que el paciente oncológico se encuentre en la libertad de expresar sus sentimientos relacionados con las pérdidas y pueda tomar decisiones que le den sentido a su vida.

Referencias

- Acevedo, J. C., & Rojas-May, G. (2012). El cuerpo y yo ¿O al revés? Psicooncología. In *Cáncer de mama “No le des la espalda”* (pp. 143–148).
- Aguilar, E. (2012). *Junto a la muerte “Una brisa de esperanza.”* Sadhana Editores.
- Alonso Fernández, C., & Bastos Flores, A. (2011). Intervención Psicológica en Personas con Cáncer. *Revista Clínica Contemporánea*, 2(2), 187–207.
<https://doi.org/10.5093/cc2011v2n2a6>
- American Cancer Society, I. (2020, November 20). *Qué es el cáncer.*
<https://www.cancer.org/es/cancer/entendimiento-del-cancer/que-es-el-cancer.html>.
- Astudillo, W., Mendieta, C., & Astudilli, E. (2002). *Cuidados del Enfermo en fase terminal y Atención a su Familia.* Ediciones Universidad de Navarra, S.A.
- Bermejo, J. C., & Santos, E. (2015). *Counselling y Cuidados Paliativos.* Desclée de Brouwer.
- Bermejo José Carlos. (2011). *Introducción al counselling.* Sal Terrae.
- Borrell i Carrió, F. (2002). El modelo biopsicosocial en evolución. *Medicina Clínica*, 119(5), 175–179. [https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S0025-7753\(02\)73355-1](https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S0025-7753(02)73355-1)
- Cabodevilla, I. (2007). Las pérdidas y sus duelos. *Anales Del Sistema Sanitario de Navarra*, 30, 163–176.
- Cabrera Macías, Y., López González, E., López Cabrera, E., & Arredondo Aldama, B. (2017). La psicología y la oncología: en una unidad imprescindible. *Revista Finlay*, 7, 115–127.

- Camp Herrero, C., & Sánchez, P. (2007). *Duelo en oncología*. Sociedad Española de Oncología Médica.
- Cid Sueiro, M., Carvajal, A., & Freiria, Ma. J. (2008). Entrevista clínica: modelos teóricos y un poco de práctica. *Cad. Aten. Primaria*, 15, 167–171.
- Cruz, J., Del Barco, E., & Suárez, P. (2007). Tratamiento y pérdidas funcionales: los duelos del cáncer. In *Duelo en oncología* (pp. 209–211). Sociedad Española de Oncología Médica.
- Cruzado, J. (2010). *Tratamiento psicológico en pacientes con cáncer* (Primera edición).
- Cruzado Rodríguez, J. A. (2015). Formación en Psicooncología. In *Counselling y psicoterapia en cáncer* (pp. 13–19). Elsevier.
- Cuesta, M., Guinot, J. L., Quilis, M. A., García, V., Farriol, V., Chisbert, E., Fons, S., García-Gascó, A., Pelacho, C., Fernollosa, F., & Sospedra, M. (2019). Talleres para atender y entender al paciente con cáncer: Experiencia de 14 años. *CM Psicobioquímica Asociación Viktor E. Frankl*, 6, 23–33.
- Díaz Facio Lince, V. E. (2010). Sexualidad, cuerpo y duelo: experiencia clínica con mujeres diagnosticadas con cáncer ginecológico o de mama. *Pensamiento Psicológico*, 7(14), 155–160.
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80113673012>
- Estapé Madinabeitia, T. (2018). *Cáncer: ¿Cómo afrontar los tres días esenciales?* (1º Ed.). Oberta UOC Publishing, SL.
- Gil Moncayo, F. L., & Breitbart, W. (2013). Psicoterapia centrada en el sentido: “vivir con sentido”. Estudio piloto. *Psicooncología*, 10(2–3).
https://doi.org/10.5209/rev_PSIC.2013.v10.n2-3.43446

- Grupo Español de Pacientes con Cáncer (GEPAC). (2016). *Manual para supervivientes de cáncer y sus familiares: Todo lo que empieza cuando “termina” el cáncer*.
- Guinot, J., Cuesta, M., Farriol, V., & Postigo-Zegarra, S. (2019). Duelo anticipado y sentido. *CM Psicobioquímica Asociación Viktor E. Frankl*, 35–44.
- Hernández Cobos, M., Bello Ortiz, S., & Mateus Parra, D. (2017). *Modelos y técnicas de intervención en duelo*. Universidad Cooperativa de Colombia - Facultad de Ciencias Humanas y Sociales.
- Hernández, M., Cruzado, J., Prado, C., Rodríguez, E., Hernández, C., González, M., & Martín, J. C. (2012). Salud mental y Malestar emocional en pacientes con cáncer. *Dialnet*, 9, 233–257.
- Hernández, M., & González Maricarmen. (2015). Orientación psicoanalítica. In *Counselling y psicoterapia en cáncer* (pp. 205–209). Elsevier.
- Hernández, M., Sánchez, E., & González, L. (2023). La importancia del duelo en el paciente oncológico. In *ECOS Iberoamericanos de la Psicooncología* (pp. 47–57).
- Jinich, H. (2004). La clínica y el médico general. *Medigraphic Artemisa*, 23–29.
- Kubler-Ross, E. (2005). *Conferencias: Morir es de vital importancia*. Luciérnaga.
- Kubler-Ross, E. (2010). *Sobre la muerte y los moribundos*. DeBolsillo.
- Landa, V., García, J., Moyano, M., & Molina, B. (2004). *Cuidados primarios del duelo*. <https://www.fisterra.com/Guias-Clinicas/Cuidados-Primarios-Duelo/>.
- Lizana Fuentes, M. F., Pizarro Carter, M., Vidal Hidalgo, F., & Morales Espinoza, M. (2020). Duelos en el cuerpo: Discursos y subjetividad de mujeres que participan en un grupo de apoyo orientado al cáncer de mamas. *Revista Liminales. Escritos*

Sobre Psicología y Sociedad, 9(18), 115–132.

<https://doi.org/10.54255/lim.vol9.num18.472>

Lluch Hernández, A., Almonacid Guinot, V., & Garcés Honrubia, V. (2007). Cáncer e imagen: El duelo corporal. In *Duelo en oncología* (pp. 183–196). Sociedad Española de Oncología Médica.

Malca, B. (2005). Abordaje emocional en oncología. *Dialnet*, 9(2), 64–67.

Martínez, L. (2019). Acompañando el duelo. *CM Psicobioquímica Asociación Viktor E. Frankl*, 6, 15–21.

Miaja Ávila, M., & Moral de la Rubia, J. (2013). El significado psicológico de las cinco fases del duelo propuestas por Kübler-Ross mediante las redes semánticas naturales. *Psicooncología*, 10(0), 109–130.

https://doi.org/10.5209/rev_PSIC.2013.v10.41951

Miaja Ávila, M., & Moral de la Rubia, J. (2014). Predicción de las respuestas psicológicas del duelo ante la pérdida de salud por variables de personalidad, religiosidad sociodemográficas, y existenciales. *Salud & Sociedad*, 5(3), 254–272.

<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=439742476002>

Miaja Ávila, M., & Moral de la Rubia, J. (2015). Predictores de respuestas psicológicas de duelo ante la pérdida de la salud. *Revista Internacional de Psicología*, 14(02),

1–38. <https://doi.org/10.33670/18181023.v14i02.128>

Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., & Altman, D. (2009). *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews*. [Www.Prisma-Statement.Org](http://www.Prisma-Statement.Org).

- Moral de la Rubia, J., & Miaja Ávila, M. (2015). Significados dados al cáncer y su relación con respuestas psicológicas de duelo en personas tratadas por cáncer. *Boletín de Psicología*, 7–27.
- Neimeyer, R. A. (2019). *Aprender de la pérdida: Una guía para afrontar el duelo*. Ediciones Paidós.
- Pérez, D., & Atehortua Vélez, M. (2016). La comprensión del duelo desde la Psicoterapia Humanista. *Revista Electrónica Psyconex*, 8(12), 1–8.
- Plaza, A., & Rosario, I. (2013). *La vivencia del duelo por pérdida corporal y las estrategias de afrontamiento en un grupo mujeres mastectomizadas*.
- Postigo-Zegarra, S., Farriol Baroni, V., & Quiles, S. (2019). Efectos del acompañamiento logoterapéutico en el proceso de duelo: Diseño mixto longitudinal. *CM Psicobioquímica Asociación Viktor E. Frankl*, 81–98.
- Ramírez Escobar, S. A. (2016). Cáncer: una esperanza de vida. *Boletín Informativo CEI*, 6–15.
- Ramos, P. (2011). *Conceptualización de la salud. Estilos de vida y Promoción de la Salud: material didáctico*. . Chrome-Extension://Efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/Https://Grupo.Us.Es/Estudiohbsc/Images/Pdf/Formacion/Tema6.Pdf.
- Reyes, C. E. , C. E., Saldarriaga, M. , M., & Davalos, D. M. , D. M. (2015). El cáncer de colon y recto en cuidados paliativos: una mirada desde los significados del paciente. *Avances En Psicología Latinoamericana*, 33(3), 439–454.
<https://doi.org/10.12804/apl33.03.2015.06>

- Robert M., V., Álvarez O., C., & Valdivieso B., 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\(13\)70207-4](https://doi.org/10.1016/S0716-8640(13)70207-4)
- Sánchez, E. (2011). Intervención Psicológica en Cuidados Paliativos. In *Manual Básico para la Atención en Cuidados Paliativos* (pp. 119–128). Centro de Humanización de la Salud.
- Sánchez Hernández, P., Corbellas Solanas, C., & Camps Herrero, C. (2007). Depresión y Duelo anticipatorio en el paciente oncológico. In *Duelo en oncología* (pp. 248–251). Sociedad Española de Oncología Médica.
- Vega-Malagón, G., Ávila-Morales, J., Vega-Malagón, A. J., Camacho-Calderón, N., Becerril-Santos, A., & Guillermo E, L.-A. (2014). Paradigmas de la investigación - Enfoque Cuantitativo y Cualitativo. *European Scientific Journal*, 10, 523–528.
- Vidal Gómez, J. (2006). *Psiconeuroinmunología*. Universitat de Barcelona.

Anexo 1.

**ESCALA RESPUESTAS PSICOLÓGICAS DE DUELO
ANTE LA PÉRDIDA DE SALUD (RPD-PS-38)
MIAJA Y MORAL**

→ Instrucciones: Encierre en un círculo con qué frecuencia experimenta estas acciones, sentimientos y pensamientos en relación a su proceso de enfermedad.



Ítem		FRECUENCIA				
1	Niego completamente que estoy enferma(o).	1	2	3	4	5
2	Actuó de manera agresiva con las demás personas; por ejemplo, les insulto.	1	2	3	4	5
3	Realizo promesas o súplicas a un Ser Supremo con la intención de tener un presente más favorable.	1	2	3	4	5
4	La fe me ayuda a pensar positivamente.	1	2	3	4	5
5	Tengo ganas de estar todo el día acostada(o).	1	2	3	4	5
6	Aceptar la enfermedad le da un sentido positivo a mi vida.	1	2	3	4	5
7	No necesito cuidarme, pues no estoy enfermo.	1	2	3	4	5
8	Me enoja con la vida por tener la enfermedad.	1	2	3	4	5
9	Busco una alianza con un Ser Supremo para que me cure.	1	2	3	4	5
10	Pienso que mi fe mejorará mi salud.	1	2	3	4	5
11	No tengo ganas de hacer nada.	1	2	3	4	5
12	Aceptar la enfermedad me permite estar bien.	1	2	3	4	5
13	Me resulta tan dolorosa la realidad que prefiero negarla.	1	2	3	4	5
14	Me enoja con conmigo misma(o) por tener la enfermedad.	1	2	3	4	5
15	Prometo portarme mejor para mejorar mi salud.	1	2	3	4	5

Anexo 1 Escala de Respuestas Psicológicas del Duelo ante la Pérdida de la Salud de Miaja y Moral (2014)

ESCALA RESPUESTAS PSICOLÓGICAS DE DUELO ANTE LA PÉRDIDA DE SALUD (RPD-PS-38) MIAJA Y MORAL

➔ Instrucciones: Encierre en un círculo con qué frecuencia experimenta estas acciones, sentimientos y pensamientos en relación a su proceso de enfermedad.



	Ítem	FRECUENCIA				
16	Pienso que mi fe me ayudará a salir adelante.	1	2	3	4	5
17	Siento que se me acaban las fuerzas.	1	2	3	4	5
18	Me he adaptado a los cambios que involucra la enfermedad.	1	2	3	4	5
19	Niego la enfermedad por miedo a que me tengan lástima.	1	2	3	4	5
20	Siento mucho coraje por tener la enfermedad.	1	2	3	4	5
21	Negociar con un Ser Supremo me da fuerzas.	1	2	3	4	5
22	Pienso que mi fe me ayudará a tener un mejor futuro.	1	2	3	4	5
23	He perdido el interés en casi todas las actividades de mi vida.	1	2	3	4	5
24	Estoy aprendiendo a vivir con la enfermedad.	1	2	3	4	5
25	Me siento mejor al negar la enfermedad.	1	2	3	4	5
26	Pienso por qué a mí.	1	2	3	4	5
27	Me siento mejor al realizar promesas o súplicas a un Ser Supremo.	1	2	3	4	5
28	Al aceptar la enfermedad, siento que me quiero más.	1	2	3	4	5
29	No quiero enterarme de lo que me sucede.	1	2	3	4	5
30	Siento que es injusto tener la enfermedad.	1	2	3	4	5

ESCALA RESPUESTAS PSICOLÓGICAS DE DUELO ANTE LA PÉRDIDA DE SALUD (RPD-PS-38) MIAJA Y MORAL

→ Instrucciones: Encierre en un círculo con qué frecuencia experimenta estas acciones, sentimientos y pensamientos en relación a su proceso de enfermedad.



Ítem		FRECUENCIA				
31	Prometo ser mejor persona, si me recupero.	1	2	3	4	5
32	Acepto el hecho de tener la enfermedad.	1	2	3	4	5
33	No puedo creer que tenga esta enfermedad.	1	2	3	4	5
34	Tomo las cosas como son.	1	2	3	4	5
35	Realizo promesas u ofrecimientos esperando una curación.	1	2	3	4	5
36	Pienso que hay algo bueno que aprender de la enfermedad.	1	2	3	4	5
37	Aceptar la enfermedad, me hace sentir más tranquila(o).	1	2	3	4	5
38	Aceptar la enfermedad, me brinda bienestar.	1	2	3	4	5