

Cristina Villa Fernández

***El papel de Enfermería en el duelo de
pacientes y familiares oncológicos***

***The role of Nursing in the grief of cancer
patients and family members***

Trabajo de fin de grado

Grado en Enfermería, Universidad de Cantabria

Directora: María del Mar Aparicio Sanz

Santander, febrero 2025.

ANEXO II: AVISO RESPONSABILIDAD UC

Este documento es el resultado del Trabajo Fin de Grado de un alumno, siendo su autor responsable de su contenido. Se trata por tanto de un trabajo académico que puede contener errores detectados por el tribunal y que pueden no haber sido corregidos por el autor en la presente edición. Debido a dicha orientación académica no debe hacerse un uso profesional de su contenido. Este tipo de trabajos, junto con su defensa, pueden haber obtenido una nota que oscila entre 5 y 10 puntos, por lo que la calidad y el número de errores que puedan contener difieren en gran medida entre unos trabajos y otros,

La Universidad de Cantabria, el Centro, los miembros del Tribunal de Trabajos Fin de Grado, así como el profesor tutor/director no son responsables del contenido último de este Trabajo.”

“El cáncer es una palabra, no una sentencia”

John Diamond

A mi abuela, por su valentía y su infinita luz, que me enseñan cada día a enfrentar la vida con fuerza y esperanza.

A mi madre, por ser mi guía y mi mayor ejemplo de amor y entrega. Sin necesidad de un título, me demostraste que la vocación de cuidar no se aprende, sino que se lleva en el corazón.

Para vosotras, siempre.

ÍNDICE

1. RESUMEN.....	Página 4
2. INTRODUCCIÓN.....	Página 5
2.1. Estado actual del tema a estudiar.....	Página 5
2.2. Justificación.....	Página 5
2.3. Objetivos.....	Página 6
2.4. Estrategia de búsqueda.....	Página 6
2.5. Descripción de los capítulos.....	Página 7
3. CAPÍTULO 1: PROCESO ONCOLÓGICO.....	Página 8
3.1. ¿Qué es la enfermedad oncológica?.....	Página 8
3.2. Fases del proceso oncológico.....	Página 9
3.3. Factores de riesgo del cáncer.....	Página 10
4. CAPÍTULO 2: LA VIVENCIA DEL CÁNCER DESDE LA PERSPECTIVA DEL ENFERMO.....	Página 11
4.1. Impacto del cáncer en las diferentes dimensiones de la persona.....	Página 11
4.2. Estrategias de afrontamiento personales.....	Página 16
4.3. Comorbilidad psicológica asociada al proceso oncológico.....	Página 18
4.4. Vivencia según el ciclo vital.....	Página 19
5. CAPÍTULO 3: EL DUELO DESDE LA PERSPECTIVA FAMILIAR.....	Página 21
5.1. ¿Qué es el duelo?.....	Página 22
5.2. Fases del duelo.....	Página 23
5.3. La despedida del ser querido en la fase terminal.....	Página 24
6. CAPÍTULO 4: EL PAPEL DE ENFERMERÍA EN EL DUELO.....	Página 26
6.1. Abordaje desde Enfermería.....	Página 26
6.2. Efectos psicológicos en el personal sanitario.....	Página 28
7. CAPÍTULO 5: CONCLUSIONES.....	Página 30
8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	Página 31
9. ANEXOS.....	Página 37
9.1. Anexo 1.....	Página 37

1. RESUMEN.

El proceso oncológico suele percibirse como una realidad distante hasta que, de forma inesperada, se presenta un diagnóstico en un ser querido. En ese momento, la amenaza inherente a esta enfermedad se manifiesta con su gravedad y confronta con la fragilidad de la vida humana.

Actualmente, se están logrando grandes progresos en investigación sobre la detección precoz de diversos tipos de tumores, técnicas de cribado de enfermedades neoplásicas y estudios clínicos de tratamientos innovadores para combatir el cáncer, pero no se enfatiza en la vivencia emocional que un proceso oncológico supone.

Las enfermeras desempeñan un papel de vital importancia en el proceso oncológico, constituyendo un pilar fundamental en la atención holística y los cuidados continuados que se le proporcionan al paciente y a la unidad familiar. La accesibilidad del personal de Enfermería confiere una posición acomodada para ofrecer no solo cuidados clínicos, sino también un apoyo psicológico que resulta trascendente en situaciones de vulnerabilidad.

El proceso de duelo en el contexto oncológico es una experiencia emocionalmente compleja, tanto para los pacientes que confrontan el final de su vida como para sus familiares, que afrontan la inminente pérdida de un ser querido. Dada la complejidad ética y moral que implica la atención a personas en esta situación, resulta imprescindible proporcionar estrategias efectivas que faciliten un enfoque humanizado del cuidado oncológico.

Palabras clave: Cáncer, duelo, paciente, enfermeras.

ABSTRACT:

The oncological process is often perceived as a distant reality until an unexpected diagnosis occurs in a loved one. At that moment, the inherent threat of this disease manifests with its severity and confronts the fragility of human life.

Currently, significant progress is being made in research on the early detection of various types of tumors, screening techniques for neoplastic diseases, and clinical studies of innovative treatments to combat cancer. However, there is a lack of emphasis on the emotional experience that an oncological process entails.

Nurses play a vital role in the oncological process, serving as a fundamental pillar in the holistic care and ongoing support provided to the patient and their family unit. The accessibility of nursing staff places them in a favorable position to offer not only clinical care but also psychological support, which becomes essential in situations of vulnerability.

The grieving process in the oncological context is an emotionally complex experience, both for patients facing the end of their lives and for their families, who are confronting the imminent loss of a loved one. Given the ethical and moral complexity involved in caring for individuals in this situation, it is essential to provide effective strategies that support a humanized approach to oncological care.

Keywords: Cancer, grief, patient, nurses.

2. INTRODUCCIÓN.

2.1. Estado actual del tema a estudiar.

Actualmente, el cáncer constituye uno de los mayores problemas de salud pública a **nivel mundial**. De acuerdo con las estadísticas proporcionadas por el Global Cancer Observatory (GCO), en el año 2020 se diagnosticaron 18,1 millones de casos nuevos de cáncer y se registraron un total de 9,9 millones de defunciones en el mundo generadas por esta enfermedad. Entre las múltiples variantes, el cáncer de mama fue el más diagnosticado con un porcentaje del 12,5% del total de casos, mientras que el cáncer de pulmón se consolidó como la principal causa de mortalidad oncológica, representando un 18,2% del total de defunciones. (Redondo Sánchez, 2023)

En el año 2023 en **España**, se detectaron aproximadamente 279.000 casos nuevos de cáncer, identificándose como los más prevalentes los carcinomas colorrectales con 42.721 nuevos casos, el cáncer de mama con 35.001 casos, el cáncer de pulmón con 31.282 casos y el cáncer de próstata, cuya incidencia ascendió a 29.002 casos. Estos datos evidencian la necesidad de reforzar la investigación en estrategias de prevención, detección precoz y tratamiento. (Redondo Sánchez, 2023)

El diagnóstico de cáncer es considerado como una variable estresora con la capacidad de desencadenar reacciones emocionales tales como ansiedad o depresión. (Omari et al., 2024) Además, el momento del diagnóstico es la primera toma de contacto que se establece entre el individuo y la enfermedad, por lo que existen otros factores que pueden aumentar la complejidad de la situación como es el temor ante un proceso desconocido o el desconocimiento sobre los tratamientos y procedimientos indicados por los profesionales sanitarios.

La enfermedad oncológica conlleva una serie de circunstancias que provocan un notable malestar psicológico, entre las cuales se incluyen la condición de cronicidad, la incertidumbre respecto a su evolución, la alteración de la rutina diaria, los problemas de adaptación, las dificultades familiares y sociales, etc. (Garrido Garrido, 2020) En este contexto, la persona que padece esta enfermedad experimenta una disminución en su calidad de vida. La manera en que enfrenta dicha situación dependerá de diversas variables tanto personales como familiares tales como la consciencia que tenga de la misma, sus antecedentes personales y los recursos de afrontamiento disponibles.

2.2. Justificación.

Se ha realizado una revisión bibliográfica sobre el proceso oncológico desde una perspectiva psicológica, abordando el duelo tanto en pacientes como en sus familiares, así como el papel de la Enfermería en su manejo. El diagnóstico de cáncer representa un punto de inflexión en la vida de una persona, originando profundos cambios emocionales, físicos y sociales para los que, en la mayoría de los casos, no se está preparado. He seleccionado este tema motivada por la experiencia cercana de un familiar que padece cáncer, situación que me ha permitido comprender de forma directa la complejidad del proceso.

La relevancia de este trabajo se focaliza en su finalidad como una guía de orientación tanto para quienes enfrentan esta enfermedad y desconocen los recursos de apoyo disponibles, como para los profesionales sanitarios que experimentan dificultades en su abordaje, especialmente en la fase terminal.

2.3. Objetivos.

2.3.1. Objetivo general.

1. Examinar la influencia que ejerce la acción de Enfermería en la evolución de los pacientes oncológicos.

2.3.2. Objetivos específicos.

2. Describir los conocimientos sobre la dimensión psicológica que afecta a los individuos y sus familiares en el contexto del cáncer.
3. Analizar las variaciones en el proceso de duelo asociado al cáncer en las diferentes etapas del ciclo vital.
4. Exponer estrategias de afrontamiento dirigidas al paciente oncológico en las distintas fases de la enfermedad.

2.4. Estrategia de búsqueda.

Para elaborar este trabajo, en primer lugar, se establecieron los objetivos generales y específicos. A continuación, se seleccionaron los Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS) y los Medical Subject Headings (MeSH) pertinentes para realizar la búsqueda de artículos científicos. Los descriptores que encabezaron la búsqueda fueron: “cáncer”, “duelo”, “paciente”, “enfermeras”, mientras que en el vocabulario MeSH se emplearon sus equivalentes: “cancer”, “grief”, “patient” y “nurses”.

Tras determinar el foco de la búsqueda, se procedió a escribir estos términos junto con los operadores booleanos AND, OR y NOT, aplicándolas en bases de datos especializadas como PubMed, Google Académico, Scopus y Dialnet.

Para la selección de los artículos, se establecieron criterios de inclusión que aseguraran la pertinencia y actualidad de la información. Se tuvieron en cuenta exclusivamente aquellos estudios con acceso gratuito, disponibilidad del texto completo, redactados en inglés o español, y publicados a partir del año 2021. Sin embargo, en ciertos casos se incluyeron publicaciones previas a esta fecha cuando su contenido resultaba especialmente relevante. Finalmente, se descartaron aquellos trabajos cuya relevancia científica fuera insuficiente. Las referencias bibliográficas fueron gestionadas y organizadas mediante el software especializado Mendeley.

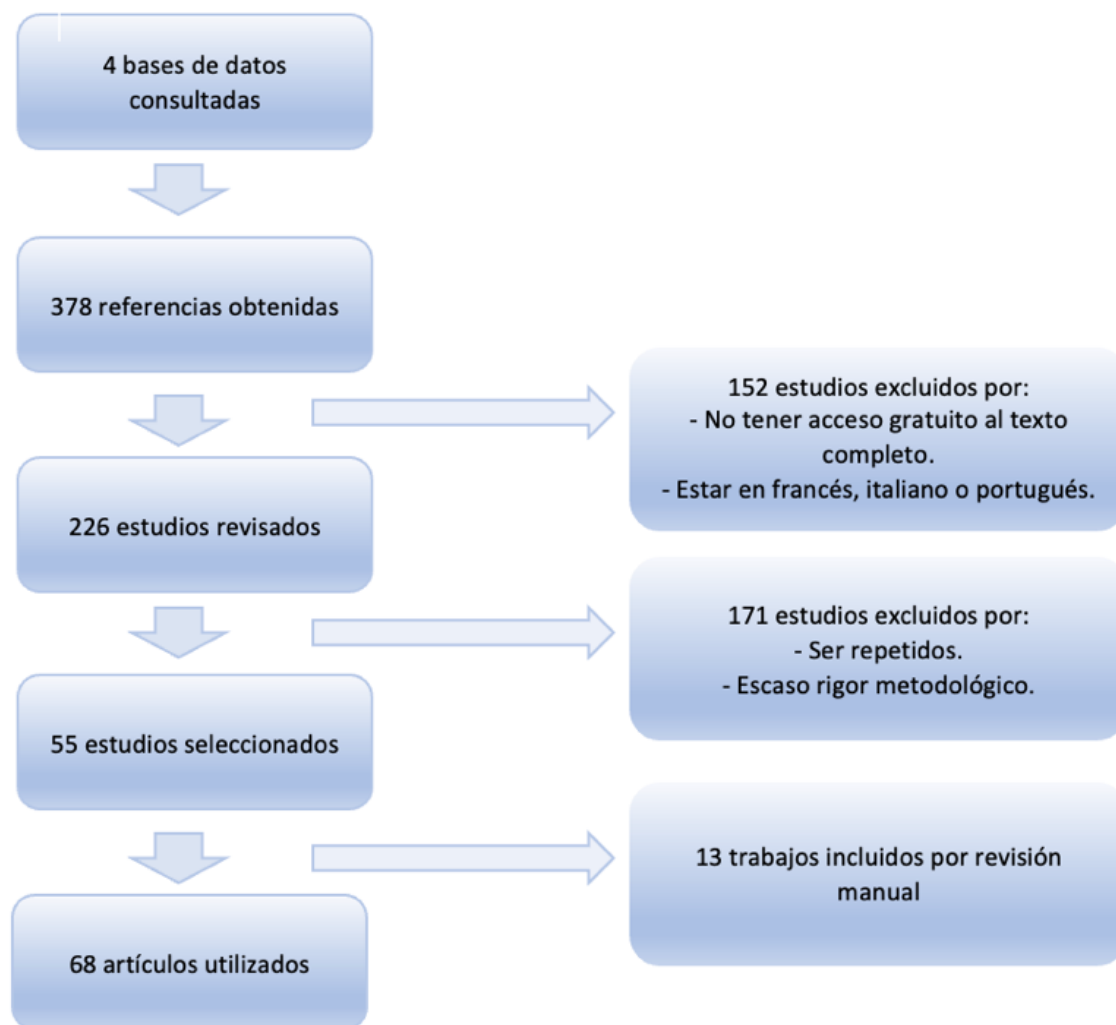


Figura 1. Diagrama de flujo del proceso de selección.

2.5. Descripción de los capítulos.

La organización del presente trabajo se estructura en cuatro capítulos, cada uno de los cuales aborda una dimensión específica de la temática seleccionada.

- **Capítulo 1: Proceso oncológico.** Se analiza una visión global del proceso oncológico, diferenciando las fases de la enfermedad y los factores de riesgo para desarrollarla.
- **Capítulo 2: La vivencia del cáncer desde la perspectiva del enfermo.** Se aborda la vivencia del cáncer desde la perspectiva del paciente, indagando en el impacto que la enfermedad genera en la persona, las estrategias de afrontamiento, los trastornos psicológicos vinculados y la experiencia según la etapa del ciclo vital.
- **Capítulo 3: El duelo desde la perspectiva familiar.** Se enfatiza en el proceso de duelo desde una perspectiva familiar, distinguiendo sus etapas y características, y abordando la despedida durante la fase terminal oncológica y sus implicaciones emocionales.
- **Capítulo 4: El papel de Enfermería en el duelo.** Se analiza el papel de Enfermería durante el proceso oncológico y el impacto psicológico que este genera en los profesionales sanitarios.
- **Capítulo 5: Conclusiones.** Se establecen las reflexiones extraídas de la monografía.

3. CAPÍTULO 1: PROCESO ONCOLÓGICO.

3.1. ¿Qué es la enfermedad oncológica?

El término cáncer designa un amplio espectro de enfermedades caracterizadas por la proliferación descontrolada de células anómalas. (Garrido Garrido, 2020) Estas células se dividen, crecen y distribuyen sin control por el organismo, comprometiendo la integridad del sistema. Cabe destacar que no todos los tumores presentan una naturaleza maligna; algunos crecen de forma paulatina y sin invadir tejidos adyacentes, considerándose tumores benignos.

El cáncer se manifiesta con más de 200 tipos reconocidos, cada uno de los cuales está clasificado según el órgano o tejido al que afecta directamente. (Nanwani et al., 2021) Estas neoplasias poseen características intrínsecas que las distinguen, por lo que cada una presenta unos síntomas característicos, factores de riesgo y tratamientos específicos. Entre los tipos más prevalentes en la actualidad, destacan el cáncer de mama, cáncer de pulmón, cáncer de próstata y cáncer colorrectal, entre otros. (López-Plaza, Loria-Kohen, González-Rodríguez, Fernández-Cruz, et al., 2022)

Existen diversos tratamientos para el cáncer, ya que es un proceso que requiere un abordaje multidisciplinario. En primer lugar, la **cirugía oncológica** es un tratamiento invasivo del que se pueden obtener los mayores resultados terapéuticos, aunque es la opción con mayor riesgo asociado.

El abordaje quirúrgico de un paciente con cáncer se inicia con la obtención de un diagnóstico concreto de neoplasia, lo cual se obtiene a través de una biopsia de la masa de tejido afectada y el subsiguiente análisis de la muestra extraída. (*Cirugía oncológica - Rodolfo Brühl-Day, María Elena Martínez, Pablo Meyer, Juan Mangieri, Judith Bertrán Trepas - Google Libros, s. f.*) Una vez establecido el diagnóstico, se utiliza la estadificación para conocer la extensión y diseminación del tumor en el organismo del usuario. Existe un sistema conocido como TMN según la Organización Mundial de la Salud para facilitar la estadificación; la T hace referencia a la extensión del tumor principal, la N alude al número de ganglios linfáticos adherentes que son cancerosos y la M indica la existencia de metástasis a otras partes del organismo. (*Estadificación del cáncer, s. f.*)

Dentro del ámbito quirúrgico, el concepto de “dosis quirúrgica” hace referencia a la rigurosidad con la que se realiza una resección tumoral. La aparición de recidivas neoplásicas suele ser indicativa de una planificación deficiente de la intervención, pudiéndose atribuir, en muchos casos, a una evaluación incorrecta de la dosis quirúrgica aplicada.

Tanto en los casos en los que la cirugía cumple su objetivo y resulta exitosa, como en aquellos en los que no se logra llevar a cabo la resección total, la cirugía no solo posee la capacidad de favorecer la supervivencia del paciente, si no que puede ofrecer notables mejoras en su calidad de vida. (*Cirugía oncológica - Rodolfo Brühl-Day, María Elena Martínez, Pablo Meyer, Juan Mangieri, Judith Bertrán Trepas - Google Libros, s. f.*)

En segundo lugar, la **quimioterapia** es un tratamiento farmacológico que detiene la proliferación de las células anómalas. Se trata de una agrupación de medicamentos citostáticos que suelen originar diversos efectos secundarios, entre los cuales destacan las náuseas y vómitos, la pérdida del pelo, la fatiga, etc. (Garrido Garrido, 2020) Estos efectos pueden repercutir directamente en la autopercepción del paciente, por lo que se debe ofrecer a la persona un espacio de soporte emocional y ayuda psicológica.

Por otro lado, **la radioterapia** es un tratamiento en el que se emplean radiaciones ionizantes para destruir las células anómalas. En determinados casos, la radiación es la única terapia que precisan para remitir la enfermedad, pero, en general, se suele administrar junto con otros tratamientos como la cirugía o la quimioterapia. La radiación se puede realizar previamente a la cirugía con el objetivo de disminuir el tamaño del tumor y facilitar la extirpación del mismo, durante la cirugía para evitar daños al tejido epitelial e irradiar directamente la zona afectada, o después de la cirugía con la finalidad de destruir las células cancerígenas que permanezcan tras la operación. (Poitevin-Chacón & Poitevin-Chacón, 2021)

3.2. Fases del proceso oncológico.

El proceso oncológico se manifiesta de forma singular en cada individuo, mostrando la diversidad de la biología humana. (Garrido Garrido, 2020) La duración de este proceso puede variar de forma considerable, ya que oscila entre algunos meses y varios años. Es importante destacar que existe una diferencia cuantificable entre las células inmaduras de los niños y su rapidez para reproducirse y multiplicarse, en contraste con las células de las personas más mayores, que presentan un ritmo de reproducción más lento. Estas diferencias muestran la importancia de ofrecer una atención sanitaria personalizada, adaptándose a las particularidades de cada persona.

La primera fase de la enfermedad se conoce como **fase de inducción**. Este ciclo, cuya duración abarca un periodo de tiempo considerable que puede extenderse hasta 30 años, se caracteriza por cambios en la estructura celular que confieren a las células las características que generan malignidad. Es fundamental señalar que esta fase no puede ser diagnosticable ni genera ningún tipo de sintomatología. En el transcurso de este periodo, el paciente desconoce los cambios que se están produciendo en su organismo, lo que conlleva una ausencia de preocupación y conciencia sobre el proceso patológico que se está comenzando a desarrollar. (*Fases y Etapas del Cáncer: Todo lo que Necesitas Saber* / AECC, s. f.)

Del mismo modo, la segunda etapa se designa como **fase in situ**, ya que aparece una lesión cancerígena microscópica que se encuentra localizada en el mismo tejido en el que se ha producido. Tiene una duración de entre 5 y 10 años en función de diversas variables. Durante este periodo tampoco aparecen síntomas o manifestaciones evidentes en el paciente, sin embargo, es posible realizar diagnósticos mediante técnicas de detección precoz en algunos tipos de neoplasias como el cáncer de mama, útero o colon. En esta etapa, se lleva a cabo la detección o diagnóstico de la enfermedad, por lo que el equipo sanitario debe conocer estrategias efectivas para la transmisión de la información y ofrecer soporte emocional para favorecer el afrontamiento. Además, se debe comunicar información precisa sobre la enfermedad y las opciones terapéuticas de las que se dispone. Es común que, al recibir la noticia, el primer pensamiento que altere los pensamientos del paciente sea el de temor frente a la muerte, ya que es una enfermedad que puede resultar letal. (*Fases y Etapas del Cáncer: Todo lo que Necesitas Saber* / AECC, s. f.)

A continuación, el tercer periodo recibe el nombre de **fase de invasión local o locorregional**. Tal como indica su nombre, la enfermedad comienza a proliferar fuera del lugar en el que se originó, llegando a invadir tejidos adyacentes. La duración de esta fase puede oscilar entre 1 y 5 años. Durante este periodo, sí se presentan síntomas que varían en función del tipo de neoplasia, lo que puede llevar al individuo a sentirse abrumado por la aparición de estos signos que hasta entonces desconocía. Comúnmente, es durante esta fase que se detecta la mayoría de los cánceres, un momento de vulnerabilidad en el cual los pacientes, sin conocer que les está ocurriendo exactamente, buscan ayuda del equipo sanitario, reconociendo la necesidad de

orientación en el proceso de la enfermedad. (*Fases y Etapas del Cáncer: Todo lo que Necesitas Saber* / AECC, s. f.)

Agregado a lo anterior, existe una fase específica que solo aparece en procesos concretos. Esta es denominada **fase metastásica**, y se presenta cuando la enfermedad se propaga a otras partes del organismo y aparecen lesiones originadas por el tumor en zonas distantes del origen. (Gerstberger et al., 2023) Durante esta etapa, la sintomatología adquiere una mayor complejidad, generando desafíos importantes tanto a nivel psicológico como orgánico para el paciente.

Por otra parte, en aquellos pacientes cuya enfermedad ha progresado hasta un estadio avanzado e irreversible, el enfoque terapéutico deja de centrarse en la curación para orientarse hacia un abordaje conservador, cuyo propósito primordial es el alivio de los síntomas y la optimización de la calidad de vida. Esta es conocida como la **fase terminal**. (Loučka et al., 2024) En lo que respecta al ámbito de actuación de Enfermería, la atención que se brinda durante este proceso al final de la vida se denomina cuidados paliativos.

En esta situación, es crucial tener especial consideración tanto con el enfermo como con su familia, considerando que se trata de una situación de vulnerabilidad para ambos y deben ser tratados como una unidad terapéutica. En esta fase, las técnicas de afrontamiento de los pacientes se manifiestan de una forma más pronunciada, oscilando entre una visión más optimista del tiempo restante y una caída emocional que puede acelerar el desenlace de la enfermedad. Es importante fomentar la comodidad en este proceso y atender las necesidades inminentes que aparezcan en el individuo y su familia. (Loučka et al., 2024)

3.3. Factores de riesgo del cáncer.

Según diversos estudios poblacionales que correlacionan los estilos de vida con la prevalencia de cáncer en áreas geográficas específicas, se han conseguido datos validados acerca de los factores que inciden en la probabilidad de adquirir esta enfermedad a largo plazo. Es posible establecer una distinción entre factores de riesgo internos, que porta el propio paciente, y factores de riesgo externos, propios del entorno. La interacción de estas variables se intensifica si coexisten dos o más, logrando un impacto más significativo en el organismo. Tal es el caso de un individuo que sea fumador activo a la vez que consumidor habitual de alcohol. (*Cuidados enfermeros al paciente oncológico* - Isabel de la Torre Gálvez - Google Libros, s. f.)

En primer lugar, **el tabaquismo** es uno de los carcinógenos que presenta mayor toxicidad para el ser humano, ya que es reconocido como la primera causa de cáncer de pulmón, y una variable importante en el desarrollo de muchos otros tipos de neoplasias tales como el de esófago, estómago o páncreas, entre otros. No existe un nivel de exposición al tabaco exento de resultar perjudicial para la salud. (Hecht & Hatsukami, 2022)

Por otro lado, **el consumo excesivo de alcohol** se identifica como un factor de riesgo en el desarrollo de cáncer en la cavidad bucal, la laringe y el esófago. (Rumgay et al., 2021) Además, en personas con alcoholismo crónico se detectan varios déficits vitamínicos que favorecen la carcinogénesis.

Ahora bien, ciertas **sustancias químicas** también son reconocidas como agentes carcinógenos. Según el National Toxicology Program's 14th Report on Carcinogens (14º informe sobre carcinógenos del Programa Nacional de Toxicología) se encuentran los siguientes factores de riesgo: Aceites minerales, ácidos aristolóquicos, aflatoxinas, alquitrán de hulla y residuo de alquitrán de hulla, arsénico, asbesto, benceno, bencidina, berilio, 1,3-butadieno, cadmio, cloruro vinílico, compuestos de cromo hexavalente, compuestos de níquel, emisiones de los hornos de coque, emisiones en el interior de las viviendas por la combustión de carbón en los hogares, erionita, exposición pasiva al humo de tabaco, formaldehído, hollín, óxido de etileno,

polvo de madera, radón, sílice cristalina, torio, tricloroetileno y vapores de ácido inorgánico fuertes que contienen ácido sulfúrico. (*Sustancias en el ambiente que causan cáncer*, s. f.)

Otro agente reconocido en la etiología del cáncer es la exposición prolongada a **radiaciones**. En particular, la radiación ultravioleta procedente de los rayos solares es una radiación de baja intensidad que se relaciona estrictamente con el cáncer de piel en individuos que hayan permanecido expuestos durante periodos prolongados a la luz solar. Este fenómeno ocurre especialmente en aquellas personas con una mayor susceptibilidad, como aquellos que genéticamente poseen una piel clara, ya que manifiestan un daño acumulativo en el ADN. (Yu et al., 2024) Por el contrario, las radiaciones de alta energía, tales como los rayos X, poseen la capacidad de penetrar de una forma más profunda en los tejidos dérmicos, lo cual les confiere un potencial carcinógeno de mayor amplitud. Es de crucial importancia adoptar medidas adecuadas en la prevención y protección ante las radiaciones tanto en contextos ambientales como en situaciones clínicas.

Por otro lado, también son un factor de riesgo para desarrollar ciertos tipos de neoplasias las **infecciones**, ya sean de origen viral o bacteriano. El mecanismo de actuación se fundamenta en la replicación del material genético del huésped en el ADN de la célula infectada. Este fenómeno se manifiesta, por ejemplo, en el caso del virus del papiloma humano y su asociación con el cáncer de cérvix, así como la infección producida por *Helicobacter pylori* y el cáncer de estómago. (*Cuidados enfermeros al paciente oncológico* - Isabel de la Torre Gálvez - Google Libros, s. f.)

Finalmente, una variable considerable que puede ser modificada dentro del estilo de vida de cada individuo es la **alimentación**. Aunque no existen suficientes estudios que sostengan que alimentos aumentan o disminuyen el nivel de riesgo de desarrollar esta enfermedad, la evidencia sugiere que aquellos individuos que adoptan unos hábitos alimentarios focalizados en el consumo de carne y prescinden de frutas y verduras presentan una mayor probabilidad de padecer cáncer de colon. (López-Plaza, Loria-Kohen, González-Rodríguez, & Fernández-Cruz, 2022)

Estos hallazgos destacan la complejidad del cáncer como una afección multifactorial, en la que la interacción entre factores biológicos y ambientales tiene una repercusión notable en el desarrollo y la progresión de la patología. Por otro lado, cabe señalar que el 10-20% de cánceres tienen un componente hereditario, por lo que las mutaciones se transmiten de unas generaciones a otras. (*Cuidados enfermeros al paciente oncológico* - Isabel de la Torre Gálvez - Google Libros, s. f.)

4. CAPÍTULO 2: LA VIVENCIA DEL CÁNCER DESDE LA PERSPECTIVA DEL ENFERMO.

El desarrollo de esta enfermedad ejerce un impacto profundo en la vida de la persona afectada durante todas las etapas que atraviesa, presentando variaciones en la intensidad de su repercusión en función de diferentes variables. Resulta fundamental conocer el estado emocional del paciente, así como identificar las diversas reacciones psicológicas que puedan originarse a lo largo de este proceso. Disponer de recursos adecuados para hacerle frente es una necesidad notable, ya que el apoyo psicoemocional desempeña un importante papel en la adaptación y resiliencia del paciente ante las dificultades que engloba la enfermedad.

4.1. Impacto del cáncer en las diferentes dimensiones de la persona.

En cuanto a la **dimensión física**, muchos de los signos y síntomas que presenta el paciente son originados por la agresividad de los tratamientos, y no por la propia enfermedad. Entre las

manifestaciones originadas por la propia neoplasia más comunes que se deben tener en cuenta a la hora de acudir a un especialista se encuentran:

- *Un nódulo* o bulto subcutáneo localizado en aquella zona del organismo afectada. Habitualmente los tumores tienen un tamaño que oscila entre 1,5 y 2 centímetros de diámetro, sin embargo, algunos pueden alcanzar medidas superiores a los 5 centímetros, lo que puede resultar una complicación en el tratamiento. (Mayo Clinic, s. f.)
- *Cicatrización tardía* de las heridas debido a los cambios en el sistema inmunitario. Además, existen otras variables como la desnutrición moderada en pacientes con la enfermedad en fase avanzada, ya que existe una descompensación en el sistema digestivo que genera náuseas, vómitos y un tránsito más lento de los alimentos en el intestino. Es importante seguir una dieta rica en proteínas de origen vegetal para favorecer la epitelización de los tejidos. (López-Plaza, Loria-Kohen, González-Rodríguez, & Fernández-Cruz, 2022)
- *Pérdidas de peso* de forma prolongada sin motivo aparente. La falta de apetito es una característica habitual en individuos que padecen cáncer de garganta, esófago, estómago o del intestino. Esta pérdida de peso constante puede provocar una desnutrición. La caquexia asociada al cáncer es una afección de deterioro progresivo que genera fatiga y reducción de la masa muscular y grasa. Se diferencia de la desnutrición ya que no solo requiere un soporte nutricional, sino que se debe acompañar de tratamiento farmacológico. (Veintimilla, 2023)
- *Alteraciones urinarias y gastrointestinales*: La disuria y cambios en el tránsito intestinal son síntomas que pueden aparecer en diversas neoplasias. (11 Síntomas del cáncer que debes conocer - AECC, s. f.)
- *Tos persistente o ronquera*: Aparece principalmente en aquellos tumores que están relacionados con el área respiratoria o el tracto digestivo superior. (11 Síntomas del cáncer que debes conocer - AECC, s. f.)
- *Dolor* prolongado en el tiempo: Los tumores pueden originar dolor al ser nódulos que comprimen otras estructuras próximas en el organismo como nervios, músculos o tendones. Este fenómeno ocurre cuando el cáncer se expande de forma rápida, ya que el organismo no tiene suficiente tiempo para adaptarse a los cambios. (Mestdagh et al., 2023)
- *Fatiga o cansancio* que no cesa con el descanso: Es muy común la sensación de cansancio extremo en pacientes oncológicos. (11 Síntomas del cáncer que debes conocer - AECC, s. f.)

En lo que respecta a los efectos secundarios estrictamente asociados a los tratamientos oncológicos, se observan:

- *Caída del cabello*: En términos generales, el pelo suele caer entre la primera y la cuarta semana de tratamiento con quimioterapia. Los medicamentos que componen este tratamiento dañan los folículos pilosos, por lo que se acaban debilitando. (Wikramanayake et al., 2023)

- *Náuseas y vómitos:* Se distingue la emesis aguda, producida en las primeras 24 horas tras la administración de la quimioterapia, emesis tardía, originada en un periodo temporal superior, y emesis anticipatoria, la cual se genera dentro de las 24 horas previas a la realización de la quimioterapia. (Gupta et al., 2021)
- *Alteraciones cutáneas:* Los tratamientos suelen provocar cambios en la piel como la aparición de lunares o manchas en distintas partes del cuerpo, así como sequedad o irritación generada principalmente por las radiaciones. (Yu et al., 2024)
- *Sangrados:* La hematoquecia, la hematuria o los sangrados vaginales son la consecuencia de la destrucción de las plaquetas del organismo por la acción de la quimioterapia o la radioterapia, por lo que se ve aumentado el riesgo de presentar hemorragias. La hematoquecia suele asociarse a una hemorragia digestiva baja. (Garrido Garrido, 2020)
- *Impacto en la fertilidad:* Las terapias oncológicas pueden afectar la fertilidad tanto en hombres como en mujeres. Es importante detectar a tiempo signos y síntomas para abordarlos de una forma rápida y eficaz. (Garrido Garrido, 2020)

Las reacciones ante esta nueva situación varían en función de la persona y el grado de conocimiento que posea sobre el proceso oncológico. El cáncer se ha estigmatizado siempre como una de las enfermedades “tabú”, ya que se relaciona con el sufrimiento y la muerte, por lo que hay individuos cuya reacción instantánea es la distancia y el temor. (ICO & Novellas Aguirre de Carcer, 2006)

A menudo, las personas que atraviesan un proceso oncológico se distancian de sus amistades y de las actividades que componen su rutina diaria, ya que los tratamientos llevados a cabo para enfrentar el cáncer requieren una cantidad de tiempo y energía que imposibilita la continuidad de las labores que se realizaban previamente al proceso, es decir, afecta directamente a la **dimensión psicosocial** del individuo. Al alejarse de su rutina, los pacientes oncológicos enfrentan la búsqueda de una nueva identidad y nuevos pasatiempos con los que se sientan cómodos y realizados. Este suceso se puede visualizar como una oportunidad para encontrar nuevas aficiones y entretenimientos que conduzcan a una mejora en la calidad de vida. (ICO & Novellas Aguirre de Carcer, 2006)

Este proceso conlleva un riesgo inherente de aislamiento social, dado que, además de demandar una significativa dedicación temporal, sus efectos psicológicos pueden propiciar el retraimiento. En consecuencia, los pacientes suelen experimentar un estado de desánimo, fatiga o tristeza, lo que supone una dificultad en su capacidad para mantener su dinámica social habitual.

Los tratamientos terapéuticos empleados para el cáncer también afectan a la **dimensión cognitiva** del individuo, generando problemas de memoria a corto y a largo plazo, dificultades en la concentración y la atención, y lentitud en el funcionamiento cognitivo y en las destrezas ejecutivas. Con la finalidad de disminuir el impacto de estos efectos secundarios, los estudios inciden en la importancia de la actividad física para mejorar la capacidad de atención y reducir el estrés, la meditación para favorecer la relajación y la rehabilitación para ralentizar el proceso de la pérdida de memoria. (*Cambios en la memoria, el pensamiento y la concentración (cerebro quimioterapéutico)* / Sociedad Estadounidense del Cáncer, s. f.)

La **dimensión emocional o afectiva** es el ámbito que mayor repercusión tiene tras el diagnóstico de la enfermedad. Uno de los sentimientos más comunes es el miedo y la preocupación. Este temor puede surgir de diversas fuentes: el sufrimiento físico asociado al dolor, las responsabilidades laborales que pueden verse comprometidas, el cuidado de los seres queridos, el impacto en la autopercepción y, en ocasiones, una fobia focalizada en la muerte. En este contexto, una herramienta valiosa para combatir estas reacciones es el acceso a información adecuada. Numerosos estudios han evidenciado que aquellos individuos que comprenden el proceso de enfermedad y los procedimientos llevados a cabo en el ámbito sanitario presentan una mejoría significativa en comparación con aquellos que carecen de tal conocimiento. (Noval González, 2022)

Otra reacción emocional que destacar es la ira impulsada habitualmente por la frustración y la impotencia. Es frecuente en los pacientes oncológicos cuestionarse “¿Por qué yo?”, el sentimiento de angustia o resentimiento hacia las personas que les rodean que se encuentran sanas, y la sensación de incapacidad para afrontar la situación. (Noval González, 2022)

El estrés, la ansiedad o la tristeza son emociones que pueden manifestarse en cualquier etapa del tratamiento, dado que la persona debe afrontar una gran cantidad de cambios en su vida diaria en un periodo de tiempo relativamente breve. Esta adaptación suele resultar excesivamente abrumadora, originando un abanico de emociones contradictorias.

Sin embargo, cabe destacar que no todas las emociones asociadas al proceso oncológico son de índole negativa, sino que en ocasiones aparece un sentimiento de esperanza. El hecho de que otros miles de personas hayan atravesado esa misma situación y hayan logrado superar la enfermedad hace que muchos pacientes visualicen el proceso desde una perspectiva enfocada a la recuperación. Por ello, este sentimiento es un factor motivacional para los pacientes, impulsando su estado anímico y fomentando el progreso de su afrontamiento buscando apoyo en sus allegados y en comunidades de pacientes. (Noval González, 2022)

Como profesionales sanitarios, debemos conocer el impacto que tiene la enfermedad en la **dimensión comunicativa** del individuo y transmitir la información en términos comprensibles y precisos que minimicen la posibilidad de aparición de sesgos en el intercambio de conocimientos. En lo que concierne a la comunicación verbal, es esencial garantizar una atención focalizada en la sinceridad, la empatía y la cercanía. Esta proximidad es imprescindible para evitar la utilización de enunciados que, aunque bien intencionados, puedan originar expectativas irreales sobre objetivos que, en algunos casos, resultan ser inalcanzables. Asimismo, debemos prestar especial atención a los elementos no verbales de la comunicación como la presencia de gesticulación, expresiones faciales o indicadores de malestar. Esta observación permitirá proporcionar una atención de calidad y prevenir el desarrollo de posibles comorbilidades psicológicas como episodios de ansiedad o crisis de pánico. (Cara Rodríguez et al., 2018) En definitiva, una comunicación efectiva es fundamental para lograr el bienestar integral del usuario.

Actualmente, las redes sociales se instauran como un instrumento primordial para fomentar la visibilización del duelo y la expresión del dolor, favoreciendo que el apoyo de otros usuarios se convierta en un recurso utilizado con el objetivo de mejorar el proceso de afrontamiento del duelo. Este ámbito digital aumenta la estadística de individuos que han vivido experiencias similares, cultivando un sentimiento de comprensión mutua y creando nuevas comunidades que promueven una sensación de solidaridad y acompañamiento. (Cara Rodríguez et al., 2018)

Los pacientes y familiares suelen recurrir a creencias religiosas o prácticas espirituales como mecanismo de afrontamiento ante la enfermedad. En cuanto a la **dimensión espiritual o**

trascendente, es conveniente realizar una evaluación espiritual a todos los pacientes para valorar el estado en el que se encuentran y las necesidades específicas que requieren en cada momento. (Urtiga et al., 2023)

La dimensión estética del cáncer es un aspecto multidimensional que requiere atención y cuidado. El abordaje de estas preocupaciones desde un enfoque común en el que se incluya el aspecto físico y emocional puede facilitar una experiencia más llevadera para los pacientes. Además, la educación sobre el cuidado personal es un instrumento de gran importancia para empoderar a los individuos en su camino hacia la recuperación y el bienestar integral.

Las principales preocupaciones se centran en la caída del cabello, las alteraciones en las mucosas, la pérdida de integridad de las uñas y la pérdida significativa de peso sin motivo aparente. Son condiciones visibles que están estrictamente relacionadas con la autoestima de la persona, generando cambios en la autopercepción del individuo, reacciones emocionales y fobias sociales. La caída del pelo afecta de forma importante desde un punto de vista psicológico, generando sentimientos de inseguridad vulnerabilidad y ansiedad. Esto ocurre debido a que la imagen que se proyecta a través del pelo es un reflejo de la identidad personal y cultural de un individuo.

Las alteraciones en las mucosas también representan otro aspecto crítico, ya que estas modificaciones no solo afectan la estética personal, sino que pueden interferir con funciones esenciales como la alimentación y la comunicación, creando barreras adicionales en la interacción social. La fragilidad de las uñas y la pérdida de peso son elementos que pueden tener un efecto directo en la autoestima del paciente. Las personas que atraviesan este proceso no pueden realizarse tatuajes, depilaciones o micropigmentaciones, ya que el organismo se encuentra en niveles bajos de glóbulos blancos, por lo que el sistema no se encuentra preparado para combatir posibles infecciones. (Noval González, 2022)

Finalmente, la **dimensión ético-moral** se manifiesta como un aspecto trascendental a lo largo de todo el proceso, aunque su relevancia se magnifica en el curso de las etapas finales de la enfermedad y de la vida del paciente. En este contexto, si el paciente está en condiciones puede optar por rechazar un tratamiento cuyo objetivo se limita a una prolongación precaria de su vida o puede aceptar la utilización de procedimientos y medicaciones en fase experimental. Es esencial el respeto a la dignidad de la persona y la preservación de su voluntad, respetando siempre los cuatro principios fundamentales de la Bioética: Beneficiencia, que obliga a actuar en beneficio del paciente; No maleficiencia, que prohíbe originar daño; Autonomía, que reconoce el derecho del paciente a tomar decisiones informadas sobre su proceso y tratamiento; y Justicia, que muestra un trato equitativo y una distribución justa en la disponibilidad de tratamientos y recursos sanitarios. Estos cuatro principios sirven como referencia en cada decisión y acción realizada destinada al cuidado del paciente oncológico. (Araújo & Guindalini, 2023)

Otra alternativa terminal es la eutanasia, con respecto a la que existen controversas opiniones. La eutanasia se describe como “Todas aquellas acciones realizadas deliberadamente por profesionales sanitarios que tienen como objetivo provocar directamente la muerte a petición expresa, voluntaria y reiterada de un paciente capaz que presenta un sufrimiento intenso”. (Carvajal C. et al., 2021) En un estudio con pacientes oncológicos terminales se identificaron distintos factores determinantes asociados con una valoración favorable o desfavorable hacia la eutanasia. En un primer lugar, aquellos pacientes que creían en Dios presentaban una opinión contraria a la práctica de la eutanasia, dado que muchas religiones consideran la comprensión de la muerte natural como un proceso vital para dar sentido a la vida humana. Por otro lado, la edad representa una variable significativa en la decisión de llevar a cabo la eutanasia; los

pacientes mayores son menos propensos a posicionarse a favor de esta práctica. Finalmente, los antecedentes de quimioterapia suponen una variable adicional para mostrar una mayor inclinación a favor de la eutanasia debido a distintos factores como el sufrimiento físico, el desgaste emocional o la percepción de pérdida de calidad de vida, entre otros. (Salas et al., 2024)

4.2. Estrategias de afrontamiento personales.

“Las estrategias de afrontamiento en el cáncer representan un conjunto de métodos y técnicas que los pacientes emplean para gestionar el estrés y enfrentar la enfermedad desde su propia perspectiva.” (Vidal et al., 2024) Las estrategias son mecanismos adaptativos, por lo que son de carácter dinámico y presentan variaciones a lo largo del curso de la enfermedad.

Las estrategias de afrontamiento pueden ser positivas o negativas. Entre las estrategias positivas, se conoce que algunas personas adoptan una postura de **aceptación**, relativizando la situación y manteniendo una visión positiva de la enfermedad. Cabe destacar que, aquellos individuos que poseen antecedentes familiares de cáncer suelen adoptar estrategias positivas y tienen un mejor manejo de la situación. (Vidal et al., 2024) En este sentido, la resiliencia se convierte en una capacidad esencial que permite al individuo adaptarse a la adversidad y que puede ser desarrollada y fortalecida de forma consciente mediante un trabajo interno.

Existe otra estrategia positiva conocida como “**Espiritú de lucha**”, y se caracteriza por la concepción de la enfermedad como un desafío en el que el propio paciente controla distintas variables en la situación a pesar del avance de la enfermedad. La conducta más característica de este estilo de afrontamiento es la búsqueda activa de información sobre la enfermedad, por lo que, como profesionales de la salud, debemos asegurarnos de que esa información esté correctamente contrastada y sean datos fiables y precisos, evitando de este modo posibles confusiones. (Guiteras et al., 2020)

Otros individuos, por el contrario, deciden adoptar una actitud distante y priorizar **la evitación de problemas**. Esta postura se basa en la negación y puede originar una represión de las emociones que, a largo plazo, genere reacciones desmedidas y efectos adversos en el bienestar del individuo. Este tipo de afrontamiento se caracteriza por una acción negacionista basada en una falsa sensación de control que puede ocultar un sentimiento de temor ante la adversidad. En este caso, debemos proporcionar al paciente el tiempo necesario para procesar la situación y garantizarle de forma paulatina pequeñas dosis de información para evitar reacciones de rechazo y mantener un entorno de confianza que le permita mostrar sus emociones sin dificultades. (Vidal et al., 2024)

El **catastrofismo** constituye un estilo de afrontamiento en el que el paciente siente que su control sobre la enfermedad es nulo. En este contexto, es habitual que la enfermedad se atribuya a factores externos, generando un locus de control externo que dificulta la adopción de estrategias adaptativas. Debido a esta situación, el paciente no desarrolla estrategias de adaptación a la enfermedad, ya que considera que ninguna de sus acciones originará un cambio en su proceso, sino que requiere de agentes externos para mejorar su condición de salud. Desde una perspectiva profesional, es crucial implicar al paciente en sus propios cuidados para favorecer un sentimiento de pertenencia y una mayor sensación de control. (Vidal et al., 2024)

Otra de las conductas aprendidas es la **indefensión**. La enfermedad se percibe como una amenaza que supone una situación irreversible, por lo que el paciente carece de sensación de control y el proceso se asocia a un pronóstico negativo e inevitable. En este caso, es frecuente el abandono del cuidado del propio paciente en muchos sentidos: alimentación, higiene, falta de cumplimiento terapéutico, etc. (Guiteras et al., 2020)

Siendo también una estrategia negativa, pero opuesta a la anterior, se encuentra la **preocupación ansiosa o nerviosismo**, en la que el objeto fundamental es el desconocimiento y la incertidumbre. El diagnóstico se percibe como una gran amenaza, llevando al paciente a adoptar conductas de reaseguración como, por ejemplo, la palpación constante de la zona tumoral para asegurarse de que no ha aumentado de tamaño. Es importante la educación para la salud en materia de la ansiedad y sus consecuencias fisiológicas en el organismo para promover nuevos hábitos más saludables y estrategias adaptativas. (Vidal et al., 2024)

El estilo de afrontamiento de cada persona depende de la percepción de la amenaza, la situación basal del individuo y las habilidades que posea, pero todos los estilos se pueden analizar y cambiar para que sean más adaptativos a través del aprendizaje y la psicoeducación. (Guiteras et al., 2020) La edad también es una variable que influye en la elección de unas estrategias u otras. Algunos estudios muestran que, aquellas personas más jóvenes tienen más dificultades a la hora de afrontar una enfermedad y emplean técnicas de estilo evitativo o negacionista, mientras que las personas de más edad utilizan técnicas de aceptación y relativización. (Vidal et al., 2024)

Además de las estrategias psicológicas de afrontamiento ante la nueva realidad, se exponen diversos recursos frecuentemente utilizados en este contexto, los cuales pueden constituir un valioso apoyo externo para la adecuada gestión de la enfermedad y la continuidad del proceso vital.

En primer lugar, como he mencionado previamente, **la búsqueda activa de información** es un instrumento fundamental para el empoderamiento del paciente, permitiendo su participación en el tratamiento a través de la toma de decisiones informadas. En segundo lugar, **el apoyo social** constituye una de las herramientas más importantes durante todas las fases del proceso. Este apoyo no se limita a la red de amistades y familiares, sino que existen comunidades o grupos de apoyo en los cuales se pueden compartir experiencias con otras personas que hayan atravesado circunstancias similares. Esto puede proporcionar consuelo, comprensión y alivio. (Montalvo et al., 2022)

Por otra parte, **la terapia cognitivo-conductual (TCC)** es una intervención psicológica que ayuda a identificar y modificar patrones de pensamiento negativos. Se ha demostrado que esta metodología es muy beneficiosa durante el curso de la enfermedad, ya que ayuda a los pacientes a desarrollar una perspectiva más positiva y a gestionar la ansiedad relacionada con el proceso oncológico. El funcionamiento se centra en la enseñanza a los pacientes para modificar pensamientos inadecuados, reemplazándolos por razonamientos más realistas y constructivos. (Roig Iglesias, 2023) Además, esta práctica enseña a los pacientes a observar sus propios pensamientos y emociones sin juzgarlos, lo que resulta de utilidad para manejar el miedo y la incertidumbre relacionados con la enfermedad.

La expresión emocional y el establecimiento de metas pueden tener un efecto positivo en la liberación de estrés acumulado, dotar de un significado a su experiencia, focalizarse en aquellos aspectos que pueden controlar e incrementar su autoestima. Otra herramienta fundamental es **el autocuidado integral**, incluyendo una dieta equilibrada, la actividad física de forma regular, hábitos de higiene del sueño adecuados y la práctica de actividades que generen bienestar. (Vidal et al., 2024)

La terapia familiar también tiene una repercusión positiva en el paciente y su entorno, ya que puede mejorar la comunicación, el abordaje de las preocupaciones comunes y el fortalecimiento de las relaciones interpersonales durante el proceso.

En situaciones críticas o episodios de ansiedad es recomendable practicar **técnicas de relajación** como son la respiración profunda, el yoga o la relajación muscular progresiva. Estas prácticas

ayudan a reducir la tensión física y emocional. La respiración profunda puede disminuir la frecuencia cardíaca y promover una sensación de calma, mientras que el yoga combina movimiento físico con relajación mental.

Otra alternativa ampliamente utilizada es **la meditación y el mindfulness**, ejercicios que fomentan la atención plena y la conciencia del momento presente. Esta práctica es óptima para ayudar a reducir la ansiedad y el estrés, promoviendo una sensación de bienestar y calma. Más adelante en la monografía se profundizará en esta técnica. (Roig Iglesias, 2023)

Es importante **el apoyo profesional** para desarrollar habilidades de afrontamiento personalizadas. Los terapeutas pueden utilizar diversas técnicas basadas en las necesidades individuales del paciente. Cada paciente es único y debe explorar las estrategias de afrontamiento que mejor se adapten a sus necesidades. La combinación de varias estrategias puede resultar eficaz para manejar el impacto emocional del cáncer, originando una mejora en la calidad de vida. (Vidal et al., 2024)

4.3. Comorbilidad psicológica asociada al proceso oncológico.

El manejo inadecuado del estrés, provocado por la enfermedad, puede generar trastornos psiquiátricos que afectan significativamente a la calidad de vida del paciente, obstaculizando su capacidad para adaptarse a los retos que presenta esta vivencia.

Estudios han descrito que alrededor del 15% a un 40% de los pacientes con cáncer desarrolla ansiedad o depresión clínica. (Sheard & Maguire, 1999) En estos casos, los síntomas predominantes incluyen un estado de ánimo depresivo, insomnio y fatiga. La depresión frecuentemente coexiste con otros síndromes y manifestaciones clínicas, tales como la ansiedad, el dolor crónico o los Trastornos de la Personalidad. Estas comorbilidades no solo complican el abordaje terapéutico, sino que también constituyen factores de riesgo para el desarrollo de trastornos afectivos incluso antes del diagnóstico de cáncer. (Carrasco Barragán Tutor & Moriconi, 2024)

La interrelación entre las enfermedades mentales y físicas es de una complejidad notable, evidenciando un vínculo intrínseco que se manifiesta de diversas formas. El conflicto que supone asumir un nuevo rol, la adopción de una nueva perspectiva sobre la propia identidad y la puesta en marcha de nuevos tratamientos y procesos terapéuticos puede suponer la aparición de nuevos trastornos anímicos, siendo la depresión uno de los más prevalentes de este contexto. (Carrasco Barragán Tutor & Moriconi, 2024)

Los síntomas que caracterizan la depresión pueden clasificarse en cuatro áreas fundamentales:

- **Síntomas afectivos:** Se manifiestan a través de un estado de ánimo deprimido, sentimientos de vacío existencial, aplanamiento afectivo, y una profunda infelicidad. La incapacidad para disfrutar de las actividades que previamente eran gratas para el paciente, junto con sensaciones de inutilidad e impotencia, se suman a elevados niveles de ansiedad. En el paciente oncológico, estas manifestaciones se consideran normales siempre y cuando no persistan en el tiempo, ya que su prolongación puede convertirse en un indicador de depresión clínica. (Carrasco Barragán Tutor & Moriconi, 2024)
- **Síntomas cognitivos:** Estos incluyen dificultades en la atención, concentración y memoria, así como en el juicio clínico y la toma de decisiones. La presencia de ideas autolíticas, pensamientos sobre la muerte, alteraciones en la autopercepción y pensamientos intrusivos de connotación negativa contribuyen a una visión pesimista del futuro. (Sheard & Maguire, 1999)

- **Síntomas conductuales:** Se evidencian a través de un enlentecimiento o agitación psicomotriz, una reducción notable en el nivel de actividad y energía, así como conductas autodestructivas que pueden comprometer el bienestar del individuo. (Sheard & Maguire, 1999)
- **Síntomas somáticos:** Estos abarcan la fatiga persistente, desgana, alteraciones en el apetito y el peso, cambios en los patrones de sueño y afectaciones en la conducta sexual, comúnmente manifestadas por una disminución de la libido. En pacientes oncológicos, es importante considerar que los síntomas conductuales y somáticos pueden derivar directamente de la enfermedad física subyacente. (Sheard & Maguire, 1999)

La depresión no solo afecta la calidad de vida del paciente, sino que también puede influir adversamente en el curso de la enfermedad neoplásica. Esto puede manifestarse a través del incumplimiento del régimen terapéutico o por efectos fisiológicos directos que tienen un impacto inminente en sistemas como el inmunológico. Por lo tanto, la prevención de enfermedades mentales se consolida como una prioridad destacable para mejorar tanto la calidad de vida como el pronóstico tumoral en pacientes oncológicos. (Ramírez et al., 2019)

En lo que respecta a los factores de riesgo relacionados con el desarrollo de depresión en pacientes oncológicos se identifican diversas variables. Entre ellos, destaca el tipo de cáncer, particularmente aquellos que presentan síndromes paraneoplásicos o que implican la liberación de citoquinas, dado que puede influir significativamente en el estado de ánimo del paciente. Asimismo, el estadio del cáncer adquiere una notable importancia, ocasionándose una mayor prevalencia de trastornos mentales en los pacientes que experimentan síntomas de mayor intensidad. Adicionalmente, el tratamiento oncológico en sí mismo puede ser un factor determinante, al igual que los antecedentes personales de depresión, que predisponen al individuo a la aparición de nuevos episodios depresivos. La experiencia del dolor, una red social limitada, un estado funcional comprometido y la edad, donde se observa una mayor predisposición a la depresión en los individuos más jóvenes, completan esta red de riesgos. (Ramírez et al., 2019)

Por otro lado, entre las consecuencias de esta comorbilidad psicológica, se ha documentado una prolongación en el tiempo de hospitalización, una reducción en el cumplimiento terapéutico, un incremento en el riesgo autolítico, una disminución de las habilidades de afrontamiento, y un aumento en las tasas de mortalidad y morbilidad. (Ramírez et al., 2019)

Finalmente, es importante abordar esta complicación desde estadios tempranos, por lo que la prevención primaria contribuye a evitar el desarrollo de estos cuadros clínicos. Para tal fin, se requiere un equipo interdisciplinar que proporcione unos cuidados continuados y una atención integral, detectando de forma temprana cualquier alteración anímica anómala que pueda resultar en un trastorno psicológico.

4.4. Vivencia según el ciclo vital.

Los efectos derivados tanto de la propia enfermedad como de los tratamientos empleados para combatirla varían de una forma significativa de un paciente a otro. (Noval González, 2022) Dentro de este contexto, se pueden identificar rasgos comunes a diferentes grupos de edad durante la vivencia de esta enfermedad.

El diagnóstico de cáncer en la población adolescente comparte ciertas similitudes con este mismo juicio en la población pediátrica. La adolescencia es una etapa del ciclo vital caracterizada por constituir un periodo de transición entre la niñez y la edad adulta. Durante esta fase, la autoestima y la autoimagen adquieren una gran relevancia debido a tres factores: la construcción de la identidad personal, el papel de la autopercepción en el establecimiento de

relaciones sociales satisfactorias y la importancia que la sociedad le otorga al aspecto físico. Esta autoevaluación se ve alterada por los efectos secundarios de los tratamientos tales como la alopecia, la pérdida de peso, la palidez cutánea, la infertilidad... (Martínez Blasco, 2022)

Además, el absentismo escolar originado por los ingresos hospitalarios limita la continuidad académica y la preservación de las relaciones sociales establecidas en el ámbito educativo. Durante este periodo, el entorno social de los adolescentes suele orientarse hacia la vida nocturna, el consumo de alcohol o la práctica de deportes de alto rendimiento, actividades que pueden verse restringidas debido a las limitaciones impuestas por el nuevo estilo de vida adoptado tras el diagnóstico o a los efectos secundarios derivados de las terapias oncológicas. (Lown et al., 2023)

En consecuencia, los adolescentes se convierten en una población vulnerable a la manifestación de comorbilidades de índole psicológica, social o comportamental, entre las cuales se incluyen la depresión, la ansiedad, los trastornos de salud mental vinculados al estrés, una percepción negativa de la propia imagen corporal, afecciones crónicas y el aislamiento social. Con el propósito de abordar las secuelas físicas y psicológicas derivadas de esta enfermedad, se han desarrollado diversas estrategias de intervención que abarcan desde programas educativos y terapias cognitivo-conductuales hasta iniciativas de apoyo social, promoción de la actividad física y modificación de hábitos en beneficio de la salud. (Lown et al., 2023)

La adaptación a un nuevo rol en la población adulta generada tras el diagnóstico de cáncer suele manifestarse en forma de fobia, ansiedad y un nivel elevado de estrés, dado el desafío que supone esta enfermedad. Los adolescentes atraviesan un momento crucial en el que sus elecciones y sus resultados académicos determinan su futuro a diferencia de la población adulta. La imposibilidad de avanzar al mismo ritmo que sus compañeros, quienes continúan tomando decisiones y avanzando en sus caminos, mientras ellos se ven obligados a posponer sus proyectos, genera en ellos un sentimiento de frustración e impotencia. (Martínez Blasco, 2022)

En lo que respecta a la población pediátrica, es fundamental tener en cuenta tanto al paciente, como los cambios generados en la dinámica familiar por la enfermedad. Los cuidadores suelen experimentar una sensación de preocupación constante debido a la posible aparición de nueva sintomatología y la toma de decisiones que afecta directamente en la salud de su hijo. Frecuentemente, esta carga emocional desencadena sentimientos de tristeza, depresión, miedo, ansiedad o indefensión. (Anta Aguado, 2021)

Es esencial abordar a la familia como una unidad integral, proporcionando una atención holística y realizando una evaluación inicial que permita valorar si el entorno familiar es un factor de apoyo o, por el contrario, constituye una fuente adicional de estrés para el paciente. Asimismo, en los casos en los que el niño enfermo tenga hermanos, se debe considerar el impacto que la enfermedad ejerce sobre ellos, ya que suelen quedar relegados a un segundo plano, lo que podría originar un problema adicional en la dinámica del núcleo familiar. (Anta Aguado, 2021)

En el cáncer infantil es imprescindible distinguir la etapa del desarrollo en la que se encuentra el paciente, debido a que su concepción de la enfermedad y las estrategias de afrontamiento que emplean para afrontarla varían de forma significativa según su edad. En el caso de los lactantes, aunque carecen de una comprensión consciente del diagnóstico, son altamente sensibles al estado anímico de los cuidadores, detectando las variaciones que pueden manifestarse en forma de inquietud y agitación. Durante la etapa preescolar, los niños suelen interpretar la enfermedad como una forma de castigo, lo que puede desencadenar en sentimientos de culpa y, en ocasiones, provocar la regresión de conductas y habilidades previamente aprendidas. Finalmente, en la edad escolar, la separación de sus padres se concibe como una profunda fuente de angustia que puede originar episodios de ansiedad y depresión, agravados por los cambios físicos de la propia enfermedad y su tratamiento. (Anta Aguado, 2021)

Se ha demostrado que determinadas habilidades, como la empatía, la autonomía o el sentido del humor son fortalezas que contribuyen de forma positiva en el afrontamiento del proceso oncológico. Un estudio realizado en el servicio de Oncología Pediátrica en el Hospital Universitario Son Espases en marzo de 2022 sostiene que el empleo del humor es una estrategia complementaria que contribuye a la creación de un entorno caracterizado por la esperanza, la alegría y el optimismo, favoreciendo la relación entre el personal sanitario, los pacientes y sus familias. En este contexto, una figura destacada es el payaso de hospital, caracterizado por su sinceridad, naturalidad y espontaneidad. Su presencia proporciona múltiples beneficios en el ámbito pediátrico, tales como una mayor adherencia al tratamiento, el control del llanto, la promoción del buen humor, el incremento de la activación emocional y la mejora en la comunicación e interacción con los familiares. (Víctor & Tirado Martín, 2019)

Un ejemplo de la aplicación del humor en el ámbito del cuidado hospitalario es la labor de la doctora “Bombón” en el Hospital Universitario Marqués de Valdecilla en Cantabria. Laura Orduña, integrante de la Fundación Theodora, lleva a cabo un papel fundamental en el bienestar emocional de los niños hospitalizados y sus familias. Realiza visitas programadas en las cuales emplea el humor, la magia, la música y una interacción personalizada para aliviar la angustia propia del entorno clínico, fomentando de este modo la humanización de la atención sanitaria. (Las doctoras «Sonrisa» “pasarán consulta” a 1.300 niños al año ingresados en Valdecilla, s. f.)

Mientras que en la infancia el humor puede emplearse con el objetivo de reducir los estados de ansiedad y fomentar la interacción social, en la adolescencia y la adultez adquiere un matiz más reflexivo, favoreciendo la resiliencia y el afrontamiento positivo. (Víctor & Tirado Martín, 2019) Por ello, es fundamental la individualización de los cuidados, adaptando las intervenciones a las particularidades de cada etapa del desarrollo, con el objetivo de maximizar su impacto terapéutico y contribuir a la mejora de la calidad de vida del paciente oncológico.

5. CAPÍTULO 3: EL DUELO DESDE LA PERSPECTIVA FAMILIAR.

La experiencia del diagnóstico de cáncer en un ser querido es un acontecimiento disruptivo, que no solo altera la vida del paciente, sino que origina un proceso de duelo singular y heterogéneo en sus familiares más próximos. Este proceso no se limita a la aceptación de la enfermedad, sino que se convierte en un recorrido emocional en el cual se manifiestan distintos sentimientos como el temor, la tristeza o la incertidumbre, cuyo desenlace se desconoce, confrontando la fragilidad de la vida y la inevitabilidad de la pérdida. (ICO & Novellas Aguirre de Carcer, 2006)

La experiencia del cáncer se vincula con una serie de emociones que pueden ser contradictorias: desde la esperanza y el deseo de resolución hasta la angustia, la preocupación y la tristeza debido al sufrimiento prolongado. Cada miembro familiar experimenta este proceso de forma individualizada, condicionado por diversos factores como su relación con el paciente, su capacidad de resiliencia y las dinámicas interpersonales. (Dionne-Odom et al., 2021)

Además, el contexto sociocultural de la unidad familiar toma una importancia significativa en la manera en que se enfrenta el duelo. Las respuestas emocionales y las estrategias de afrontamiento adquiridas pueden verse modificadas por las creencias sobre la enfermedad, los pensamientos sobre la muerte y el cuidado del enfermo. De este modo, el duelo por la enfermedad oncológica es un acontecimiento donde la interacción entre el duelo individual y el sufrimiento colectivo se convierte en un factor determinante para entender la complejidad del proceso. Resulta primordial comprender la importancia de ofrecer apoyo a las familias afectadas, proporcionando espacios de expresión en los que puedan comentar sus sentimientos de forma segura y se aborden todas las dimensiones del duelo. (Dionne-Odom et al., 2021)

5.1. ¿Qué es el duelo?

“El duelo es el proceso psicológico o la reacción adaptativa que se produce tras la muerte de un ser querido, una experiencia universal y dolorosa que se puede delimitar temporalmente y que supone un proceso de adaptación a la nueva situación, aunque tiene un pronóstico favorable.” (Fernández-Fernández & Gómez-Díaz, 2022)

El duelo es una vivencia que se experimenta de distintas formas, dependiendo de variables como su origen, su duración y los recursos emocionales disponibles. En el contexto de las enfermedades terminales, se hace hincapié en el **duelo anticipado**, un proceso que comienza antes de que la pérdida se materialice, debido a que se conoce su inevitabilidad. (Pulliquitín Jurado, 2024) Este fenómeno permite que los allegados experimenten un conjunto de emociones que los prepara psicológicamente para la despedida. El duelo anticipado se caracteriza por una complejidad emocional singular, dado que los sentimientos de pérdida aparecen mientras la persona aún permanece presente. Esta controversia genera una gran inestabilidad emocional caracterizada por oscilaciones entre la esperanza y la resignación. (Pulliquitín Jurado, 2024) Este proceso abarca desde el momento de conocimiento del diagnóstico hasta el fallecimiento, y se estructura en tres etapas fundamentales:

1. Conocimiento del diagnóstico de enfermedad: Se origina una sensación de irrealidad caracterizada por la aparición de un estado de conmoción, angustia y dificultad para asimilar la situación.
2. Desconfianza e incertidumbre: En esta etapa el pronóstico de la enfermedad es objeto de cuestionamiento, y pueden surgir episodios de ira y enfado hacia el equipo de profesionales sanitarios, que progresivamente se mitigan de acuerdo se acepta la realidad del diagnóstico.
3. Reorganización: De forma gradual, mientras el curso de la enfermedad avanza, los allegados empiezan a adaptarse a la nueva realidad. En esta etapa se asimila la pérdida del ser querido, se aprende a convivir con la soledad y se introducen cambios en los hábitos de la rutina cotidiana de la persona que vive el duelo.

Existen otras diversas manifestaciones del duelo, cada una con sus particularidades que reflejan la complejidad del proceso de afrontamiento ante la pérdida. Entre ellas se encuentra el **duelo no resuelto**, en el cual la negación de la realidad aparece por un periodo de tiempo prolongado, generalmente entre 18 y 24 meses. Asimismo, el **duelo crónico** se distingue por su prolongación indefinida, sin alcanzar una resolución de forma definitiva. (Varela López et al., 2017)

Por otro lado, el **duelo ausente** se manifiesta a través de un bloqueo emocional, empleado inconscientemente como mecanismo de defensa. En contraste, el **duelo retardado** no se inicia de forma inmediata tras la pérdida, sino que aparece transcurrido un periodo de tiempo significativo. El **duelo inhibido** sin embargo se caracteriza por la dificultad para expresar los sentimientos vinculados a el proceso de duelo. Finalmente, el **duelo desautorizado** aparece cuando el entorno social rechaza el dolor experimentado por un individuo, privándolo de la validación externa de su sufrimiento. (Varela López et al., 2017)

Según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-V, se distinguen dos tipos de duelo: El “Duelo Normal” y el “**Duelo Complicado**”. Este último, también denominado con la etiqueta de “Trastorno de duelo complejo persistente”, se diagnostica cuando la sintomatología persiste más allá del periodo temporal de doce meses tras la pérdida del ser querido. Se ha observado que este tipo de duelo presenta una mayor prevalencia en la población femenina. (American Psychiatric Association, 2015)

Al valorar la posible presencia de duelo complicado, se debe tener en cuenta algunos diagnósticos diferenciales comunes como el trastorno depresivo mayor, el trastorno de estrés postraumático (TEPT) y el duelo normativo. Dado que el trastorno de duelo complicado no puede diagnosticarse formalmente hasta pasados doce meses desde la pérdida, se recomienda

una supervisión clínica continua en individuos que padezcan un riesgo elevado de desarrollarlo, particularmente aquellos con antecedentes psiquiátricos. También, resulta esencial atender a la influencia de fechas con alta carga emocional que puedan originar reacciones desproporcionadas, como el cumpleaños del difunto, el aniversario de la muerte o las festividades familiares. (Szuhany et al., 2021)

El trastorno depresivo mayor comparte múltiples características con el trastorno de duelo complicado, tales como la tristeza persistente, alteraciones del sueño, llanto frecuente, aislamiento social, sentimientos de culpa e ideación suicida. No obstante, mientras que en la depresión mayor estos síntomas son generalizados y pueden aludir a diferentes factores estresantes, en el duelo complicado hacen referencia estrictamente a la pérdida específica del ser querido. (Szuhany et al., 2021)

Por su parte, el trastorno de estrés postraumático también comparte ciertas singularidades con el trastorno de duelo complicado, concretamente la presencia de imágenes intrusivas relacionadas con la muerte, evitación y embotamiento emocional. Sin embargo, existen diferencias sustanciales entre ambas condiciones. En el TEPT, la emoción predominante es el miedo, mientras que en el duelo complicado prevalecen la tristeza y el anhelo. Además, los pensamientos intrusivos en el TEPT se focalizan en el evento traumático en sí, mientras que en el duelo complicado se centran en las circunstancias de la muerte, aunque en casos de fallecimientos violentos o accidentes ambos cuadros pueden solaparse. Otro rasgo distintivo es que la hipervigilancia y la activación fisiológica son manifestaciones predominantes en el TEPT, mientras que en el duelo complicado la mayor complejidad radica en la incapacidad para reanudar la vida sin el difunto. (Szuhany et al., 2021)

5.2. Fases del duelo.

Elisabeth Kübler-Ross, una psiquiatra y escritora estadounidense, publicó su libro *On Death and Dying* en 1969, concebido originalmente como un manual de Enfermería destinado a mejorar el trato a los pacientes terminales. (Tyrrell et al., 2023) En él, la autora describe cinco etapas que, tras un exhaustivo análisis de sus experiencias clínicas, consideró fundamentales en la vivencia del duelo: negación, ira, negociación, depresión y aceptación.

En primer lugar, **la negación** constituye la fase inicial del proceso, caracterizada por la incapacidad de asumir la realidad de la pérdida, generando construcciones mentales que le distancian del proceso que se vive. Es habitual que, en esta etapa, se busquen discrepancias en los resultados médicos o se abrace la posibilidad de un error en el diagnóstico clínico. No siempre se niega la pérdida en sí, sino que se puede originar una negación de la importancia de la pérdida o de su carácter definitivo. (*Impacto del tratamiento y fases psicológicas que atraviesa el paciente con cáncer | Revista de Psicología (Trujillo)*, s. f.)

En segundo lugar, **la ira** es una etapa que se origina a través de los sentimientos de impotencia, frustración y resentimiento. Se trata de un estado en el que prevalece el cuestionamiento de la propia adversidad (“¿Por qué a mí?”), la desconfianza hacia los profesionales sanitarios y la búsqueda de un responsable de su dolor, como puede ser otra persona o incluso uno mismo. Kübler-Ross describe en su obra cómo algunos de sus pacientes alzaban la voz y desafiaban al personal de Enfermería, en un intento de reafirmar su autonomía y control sobre la situación. (Tyrrell et al., 2023)

A continuación, **la negociación** es una fase en la que se prioriza la búsqueda de un acuerdo o pacto que permita obtener un beneficio ante la inminente pérdida. Por ejemplo, la asociación de un buen comportamiento a cambio de la prolongación de la vida de un ser querido. Se intentan realizar acuerdos o promesas con ellos mismos, con divinidades o con el destino con la esperanza de revertir o retrasar la pérdida. En el caso del paciente terminal, es común que

aparezcan pensamientos como “Si me porto bien, tal vez un milagro lo traiga de vuelta” o “Si hubiera actuado de otra manera, quizá no hubiese fallecido”. (Tyrrell et al., 2023)

En cuarto lugar, **la depresión** aparece cuando se comienza a asumir de forma definitiva la realidad de la pérdida. Se caracteriza por sentimientos de desesperanza y tristeza profunda, acompañados de una sensación de pérdida de sentido a la vida y vacío existencial. No solo se lamentan pérdidas ya acontecidas, sino también aquellas que están por venir, generando una sensación de anticipación del dolor. (Impacto del tratamiento y fases psicológicas que atraviesa el paciente con cáncer | Revista de Psicología (Trujillo), s. f.)

Finalmente, **la aceptación** representa la etapa final del proceso, en la que se alcanza un estado de serenidad asociado a la comprensión de que la muerte es un fenómeno natural en la vida humana. Esta fase no se relaciona con la felicidad ni con la desaparición del dolor, pero la tristeza deja de ser el foco de los pensamientos y las emociones, y se comienza a encontrar la calma y la paz. (Huertas Martín & López-Varela, 2023)

No obstante, a pesar de esta categorización propuesta por Kübler-Ross, la autora ha subrayado reiteradamente que las fases no deben interpretarse de manera lineal, dado que cada individuo experimenta el duelo de forma única y personal. (Huertas Martín & López-Varela, 2023)

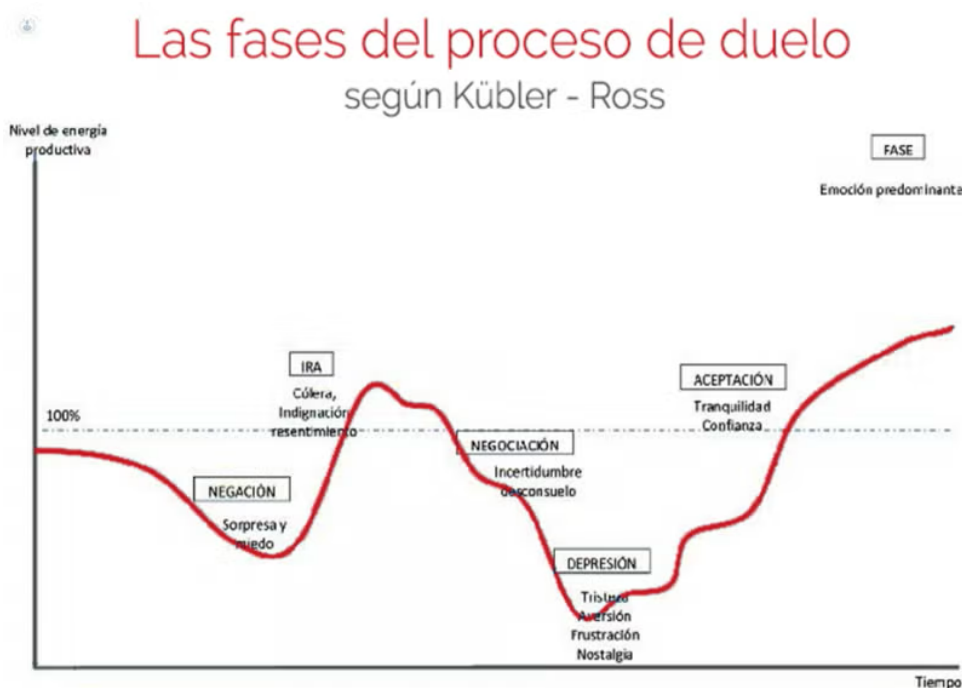


Figura 2. Las fases del proceso de duelo según el modelo de Kübler-Ross.

Fuente: Adaptado de Kübler-Ross, E. (1969). *On death and dying*. New York: The Macmillan Company. (Kübler-Ross, 1969)

5.3. La despedida del ser querido en la fase terminal.

Despedirse es una ceremonia íntima que se caracteriza por ser la última manifestación de afecto que reciben el enfermo y sus allegados de forma mutua. Decir adiós a un ser querido implica la posibilidad de cogerle las manos, todavía calientes, cuando su corazón y sus pulmones están a punto de rendirse. En este contexto, el contacto físico se consolida como una variable fundamental en la expresión de amor al final de la vida.

La ceremonia de la despedida constituye una sucesión de acontecimientos que no se pueden equiparar a otras situaciones humanas. Conlleva la realización de los últimos gestos, las últimas miradas, las últimas caricias, el compartir de los últimos recuerdos y las últimas palabras o lecciones. La audición, siendo el último de los sentidos en perderse, permite que, aunque ya no puedan responder o hablar, los seres queridos continúen escuchando y sintiendo nuestra presencia. (García Sánchez, 2020)

La despedida es una prueba tangible de que la persona ha estado acompañada del amor hasta su último aliento. Significa el último acto de amor por ofrecer y el último cuidado por brindar. Aunque es un proceso doloroso, la pérdida tras una despedida adecuada favorece el proceso de duelo, facilitando el acto de soltar. La experiencia demuestra que nunca se está realmente preparado para despedirse de quien se ama, pero el dolor de no haberlo hecho puede atormentar la mente a lo largo de toda la vida de una persona. En esos momentos, tanto pacientes como familiares dejan de contener sus sentimientos, expresando todo el cariño y los sentimientos que se manifiestan hacia la persona y facilitando el alcance de un estado de paz. (García Sánchez, 2020)

Durante los últimos momentos de la vida de una persona, resulta fundamental una comunicación adecuada con la persona que va a fallecer, ofreciendo un espacio donde tenga la posibilidad de exteriorizar sus emociones y expresarse de forma activa, sintiéndose acogido, escuchado y respetado. (López Rangel et al., 2018)

Si la intensidad del momento impide articular un discurso adecuado o expresarse con claridad, el simple gesto de tomar su mano puede significar un símbolo de cariño, compañía y consuelo, transmitiéndole un sentimiento de apoyo. Es habitual que quienes enfrentan la muerte deseen abordar sus temores e incertidumbres en torno a ella. Por ello, es importante mantener una escucha atenta y abierta, sin rehuir el tema, pese a que el fin de la vida continúe siendo uno de los grandes tabúes de la humanidad. (López Rangel et al., 2018)

Asimismo, se debe favorecer la espiritualidad, respetando sus decisiones y evitando cualquier sentimiento de culpa. Habitualmente, aparecen pensamientos como “No hice lo suficiente”, pero es importante recordar a los individuos que la muerte no se encuentra dentro del control humano y se trata de un proceso inherente a la vida. (García Sánchez, 2020)

Finalmente, es fundamental tener en cuenta a los niños en la despedida, introduciéndolos en este proceso con naturalidad y permitiéndoles expresar sus emociones a través de cartas, dibujos o palabras. De esta manera, no solo se les ayuda a comprender la realidad del ciclo vital, sino que también se les ofrece la oportunidad de participar en la última manifestación de afecto hacia el ser querido en estado terminal.

En las últimas conversaciones se deben tener en cuenta el perdón, la gratitud y el amor. En primer lugar, expresar el perdón puede originar una sensación de liberación, tanto para el paciente como para el ser querido. En segundo lugar, la gratitud es un gesto de reconocimiento a las experiencias vividas y los momentos felices compartidos. En último término, el amor es el lenguaje universal, por lo que decir “te quiero” puede ser el último regalo que se le conceda a un ser querido. (García Sánchez, 2020)

El adiós no es sinónimo de olvido, sino de transformación. Aquellos que dejan este mundo, guardan su esencia en los corazones de aquellos que los amaron, y su esencia pervive en los recuerdos, las enseñanzas y los gestos de amor que realizaron a lo largo de su vida.

6. CAPÍTULO 4: EL PAPEL DE ENFERMERÍA EN EL DUELO.

6.1. Abordaje desde Enfermería.

El rol de la Enfermería constituye un apoyo imprescindible en el proceso oncológico que vive el paciente y su núcleo familiar. Se debe realizar una evaluación minuciosa y detallada de los signos característicos del duelo y la pérdida para abordarlos de forma temprana y adecuada. Teniendo en cuenta esto, el profesional de Enfermería es responsable de asumir esta iniciativa estableciendo una relación de confianza con el paciente y sus seres queridos, generando un entorno libre de juicios de valor, basado en la escucha activa y respuestas caracterizadas por la sinceridad y el respeto. (Oates & Maani-Fogelman, 2022)

En la actualidad, en los distintos contextos de atención sanitaria, se evidencia de manera creciente la necesidad de brindar un cuidado humanizado. Según Watson, la atención humanizada implica “mantener el cuerpo, mente y alma, por medio de una relación terapéutica de ayuda y confianza, generando conocimiento y respeto, rescatando siempre que la atención sanitaria de enfermería se encuentre en un marco de amor y respetando la dignidad humana”. (Watson J et al., 2022) Por ello, el Hospital Universitario Marqués de Valdecilla ha desarrollado múltiples iniciativas con el propósito de enriquecer la experiencia asistencial de pacientes, familiares y profesionales.

En el ámbito de la humanización de la atención en maternidad y lactancia, el hospital de Valdecilla obtuvo en 2020 la acreditación oficial de la segunda fase de la Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la Lactancia (IHAN), promovida por la OMS y UNICEF. A ello se suma la incorporación de una cuna fría destinada a mejorar el proceso de duelo perinatal, brindando a las familias la posibilidad de despedirse de su recién nacido en un entorno más íntimo y respetuoso, convirtiéndose en el primer hospital de la red pública a nivel nacional en realizar esta inversión. (*Valdecilla adquiere una ‘cuna fría’ para ayudar en la experiencia de duelo a las familias que pierden a su bebé | Sociedad | Cadena SER*, s. f.)

En cuanto al servicio de Pediatría, el hospital está llevando a cabo actualmente el proyecto “Smile”, una iniciativa protagonizada por estudiantes voluntarios de enfermería y medicina, quienes organizan diversas actividades destinadas a los niños hospitalizados como cuentacuentos, talleres de maquillaje facial o globoflexia. Finalmente, el hospital también cuenta con proyectos de humanización de los cuidados a través de la cultura como es el proyecto “AyudArte”, utilizando expresiones artísticas para mejorar el bienestar emocional de los pacientes, o la “Orquesta Virtual”, una experiencia de música sinfónica que permita la evasión de las paredes del hospital. (*Proyecto «Smile», humanización de las áreas pediátricas del Hospital Marqués de Valdecilla - Diario Dicen*, s. f.)

La Asociación Americana de Enfermeras de Cuidados Críticos (AACN) enfatiza la importancia de las habilidades de comunicación terapéutica en conversaciones que impliquen una gran carga emocional, por lo que desarrollaron una técnica conocida con el acrónimo NURSE. Cada una de las iniciales del acrónimo representa un componente en la interacción con el paciente. La primera letra significa “**Name**” o “Nombrar”, que indica un reconocimiento y validación de la propia emoción, reafirmando la frase que la persona haya expresado previamente. (Oates & Maani-Fogelman, 2022)

La segunda letra hace referencia a “**Understand**” o “Entender”, en la que destaca la comprensión, demostrando que se observa y comprende la magnitud del problema. Por otro lado, la tercera letra alude a “**Respect**” o “Respetar”, mostrando aprecio por la fortaleza de la persona y reconociendo el esfuerzo que el paciente está realizando. La cuarta letra simboliza “**Support**” o “Apoyar”, proporcionando ayuda desde una perspectiva profesional y asegurando la disponibilidad de recursos que pueden favorecer el proceso de afrontamiento. Finalmente, la

última letra equivale a **“Explore”** o **“Explorar”**, donde se formulan numerosas preguntas abiertas que permiten indagar en las emociones y preocupaciones del paciente o su familiar, obteniendo así una concepción holística de su vivencia. (Oates & Maani-Fogelman, 2022)

Esta técnica fomenta la comunicación entre pacientes, familiares y profesionales en momentos críticos, incrementa la empatía, que supone escuchar sin juzgar, y el apoyo emocional. Contribuye a la reducción del estrés y la ansiedad y facilita el abordaje de conversaciones con gran carga emocional, especialmente en contextos relacionados con el diagnóstico de cáncer, la metástasis o las recidivas de la enfermedad. (Oates & Maani-Fogelman, 2022)

Asimismo, las habilidades de afrontamiento mejoran de forma significativa debido a la psicoeducación y la retransmisión de información clara y detallada a los pacientes y familiares sobre el proceso de duelo y sus distintas etapas, que sentimientos son habituales en cada fase y de qué recursos disponen para afrontar el proceso oncológico. En el ámbito familiar, es frecuente la aparición de signos y síntomas como respuestas inmunológicas alteradas, trastornos en el patrón de sueño, aislamiento social o sentimientos de ira, pánico y tristeza, por lo que se les debe animar a hacerse partícipes del cuidado de su salud, fomentando un descanso reparador, una higiene adecuada, hidratación suficiente e ingestas completas.

Es competencia de Enfermería dar un apoyo psicoeducacional sobre el duelo y los recursos disponibles para mejorar el proceso de duelo, ofreciendo diversas alternativas de apoyo, tales como acompañamiento espiritual, derivaciones a profesionales de salud mental, terapia individual y grupal, grupos de apoyo comunitarios y asistencia de trabajadores sociales, entre otros. (Moreta Criollo, 2022)

Durante el proceso oncológico, la función asistencial de las enfermeras se orienta hacia una atención integral que abarca el control del dolor, la vigilancia de efectos terapéuticos y secundarios del tratamiento, la prevención de infecciones, la monitorización del estado nutricional, el apoyo emocional y la educación para la salud, entre otras intervenciones esenciales. Durante la fase terminal, los cuidados se acentúan y pueden incluir estrategias específicas tales como la administración de oxigenoterapia, el manejo de los síntomas, la medición de los signos vitales, el control de la hidratación, los cuidados de la piel, la aspiración de secreciones, la realización de cambios posturales o el control de náuseas y vómitos, todo ello con el propósito de garantizar el bienestar del paciente en sus últimos momentos. (Moreta Criollo, 2022)

La Organización Mundial de la Salud describe los cuidados paliativos como “Un planteamiento que mejora la calidad de vida de los pacientes y sus allegados cuando afrontan problemas inherentes a una enfermedad potencialmente mortal.” (Sesma-Mendoza et al., 2022) En las unidades de cuidados paliativos se han identificado tres principales fuentes de estrés para las enfermeras. En primer lugar, el trabajo adquiere un carácter personal al enfrentarse a situaciones complejas con los familiares, especialmente en momentos marcados por la negación del pronóstico del paciente. En segundo lugar, la carga mental y física que implica este entorno se intensifica por los vínculos emocionales establecidos con los pacientes, lo que agrava el impacto del avance de la enfermedad. Este malestar puede manifestarse en síntomas físicos como cefalea o dolor abdominal antes de interactuar con determinados pacientes. Por último, la necesidad de encontrar sentido y mantener la conexión emocional en medio de múltiples pérdidas en un corto período de tiempo representa un reto adicional, ya que implica afrontar constantemente el deterioro progresivo de las personas a las que se cuidan. (Clayton & Marczak, 2023)

El adecuado alivio del dolor requiere, en ocasiones, una combinación de intervenciones farmacológicas y no farmacológicas. La administración de la medicación según los cinco correctos (paciente, fármaco, dosis, vía y tiempo correcto) indicada por pauta médica debe complementarse con otras intervenciones como métodos de distracción para reducir la

percepción de dolor. Una de las competencias esenciales del personal sanitario debe ser el reconocimiento del dolor en el paciente, dado que, en algunas ocasiones, puede que el paciente se encuentre incapacitado para verbalizar su malestar. (Moreta Criollo, 2022)

Los cuidados de Enfermería orientados hacia la familia deben incluir la educación sobre los efectos de los tratamientos en el paciente, las técnicas aplicadas por el equipo sanitario y la sintomatología propia del tipo de neoplasia diagnosticada. Por otra parte, resulta esencial la implementación de estrategias que contribuyan a la prevención del síndrome de sobrecarga del cuidador. (Moreta Criollo, 2022)

Un aspecto primordial de la labor enfermera es facilitar la accesibilidad del paciente, ofreciendo la información en términos comprensibles y asegurándose de que haya sido correctamente comprendida. (Cara Rodríguez et al., 2018)

6.2. Efectos psicológicos en el personal sanitario.

Diversos estudios han evidenciado la relevancia de establecer lazos afectivos entre la enfermera y el paciente oncológico, los cuales se desarrollan de forma progresiva dentro del contexto temporal que delimita el propio proceso. No obstante, constituye una dificultad adicional la búsqueda de equilibrio entre los sentimientos experimentados y las actitudes consideradas profesionalmente adecuadas en el cuidado de los pacientes. (Delgado Riffo et al., 2021)

Se reconoce la necesidad de una formación especializada que capacite al personal de salud en el desarrollo de habilidades necesarias para brindar una atención óptima a los pacientes oncológicos y sus familias, al tiempo que les permita gestionar de forma adecuada sus propias emociones. Las enfermeras que ejercen en el área de oncología se enfrentan constantemente al duelo y la pérdida de sus pacientes, lo que conlleva una carga emocional de gran magnitud. El establecimiento de un vínculo de confianza permite la toma de una perspectiva más cercana en la comprensión de sus decisiones y contribuye a afrontar el sufrimiento experimentado por los pacientes, aunque también puede generar un impacto psicológico significativo en el personal sanitario. (Delgado Riffo et al., 2021)

Las enfermeras que trabajan en unidades hospitalarias oncológicas presentan una mayor vulnerabilidad al síndrome de burnout, debido a su constante exposición a factores de riesgo específicos, tales como el contacto directo con la muerte, el sufrimiento emocional de los pacientes y sus familiares, la sobrecarga laboral y la percepción de un escaso apoyo social. Estas dificultades se agravan en áreas especializadas como la oncología pediátrica, donde el fallecimiento de estos pacientes representa una carga emocional que requiere un abordaje específico. (De la Fuente-Solana et al., 2020)

El síndrome de burnout es un trastorno psicológico generado por el estrés laboral crónico, con repercusiones negativas tanto para quien lo padece como para su entorno. De acuerdo con Maslach y Jackson en 1981, esta condición se estructura en tres dimensiones: una elevada fatiga emocional (FE), un alto grado de despersonalización (D) y una disminución en la sensación de realización personal (RP). En los profesionales sanitarios, la fatiga emocional se presenta como un estado de agotamiento extremo, en el que las enfermeras pueden experimentar una reducción en habilidades adquiridas previamente como la empatía o sensibilidad hacia los pacientes; la despersonalización se traduce en actitudes distantes o incluso indiferentes hacia los pacientes; y la baja realización personal se evidencia en una autoevaluación negativa de su propio trabajo, afectando directamente al rendimiento laboral. (De la Fuente-Solana et al., 2020) Para evaluar este síndrome, se emplea el Maslach Burnout Inventory (MBI), un cuestionario que consta de 22 variables diseñadas para medir los síntomas asociados al desgaste ocupacional. (Khatatbeh et al., 2021) (*ver Anexo 1*)

Para reducir los efectos de esta afección sobre la salud del personal de Enfermería se han identificado dos tipos de intervenciones: focalizadas en el individuo y estructurales u organizacionales. (Zhang et al., 2020) Las estrategias focalizadas en el desarrollo personal tienen como objetivo fortalecer la capacidad del individuo para enfrentar situaciones de tensión, mientras que las intervenciones estructurales se focalizan en la reducción de los factores estresantes. (Educativa al Servicio del Pueblo et al., 2022)

En el contexto de las intervenciones individuales, destacan los programas creados con el objetivo de fomentar el autocuidado como los talleres de promoción de hábitos saludables, la formación en habilidades comunicativas, las técnicas para el manejo efectivo del estrés o prácticas de bienestar físico y mental, como el yoga, los masajes y la meditación. (Zhang et al., 2020)

La estrategia más destacada dentro de estas intervenciones es el mindfulness. Esta práctica tiene como objetivo la reducción del estrés mediante la adopción consciente de un estado de focalización en el momento actual. Se trata de una actividad de atención plena. Los estudios han evidenciado que este enfoque permite a los profesionales establecer una distancia reflexiva frente a situaciones con gran carga estresante, originando pausas meditadas y reflexiones antes de continuar con sus labores. (Roig Iglesias, 2023)

En un estudio cuasi-experimental realizado con 94 enfermeras de oncología, cuyo objetivo principal fue evaluar la efectividad de una intervención breve de mindfulness aplicada en el lugar de trabajo, se observó que las participantes que recibieron la intervención presentaron reducciones significativas tanto en los niveles de estrés, como en los síntomas de agotamiento profesional, mientras que el grupo de control no presentó alteraciones. (Galdino de Oliveira et al., 2024)

El mindfulness no solo es una herramienta valiosa para el profesional sanitario, sino que actualmente también se encuentra dentro de intervenciones terapéuticas dirigidas a los pacientes oncológicos, entre las cuales destaca el programa MBSR (Mindfulness-Based Stress Reduction). Este enfoque fue desarrollado por Jon Kabat-Zinn con el propósito de disminuir el estrés en pacientes con distintas patologías. El programa se estructura en ocho sesiones semanales, cada una de una duración aproximada de dos horas y media, y suele contar con la participación de alrededor de treinta personas. Su metodología incluye prácticas guiadas de atención plena, yoga y movimientos corporales conscientes. (Roig Iglesias, 2023)

En cuanto a las estrategias organizacionales, se promueve la implementación de medidas como la rotación de turnos y cargas laborales para evitar la fatiga acumulada, programas de formación enfocados en la gestión del estrés, dinámicas de trabajo en equipo y sesiones grupales presenciales que fomenten la comunicación y el apoyo mutuo. Asimismo, destacan los grupos dedicados a la resiliencia y al bienestar colectivo, diseñados para ofrecer espacios de reflexión y fortalecimiento emocional ante las exigencias del entorno asistencial. (Zhang et al., 2020)

7. CAPÍTULO 5: CONCLUSIONES.

El presente trabajo tenía como objetivo examinar la influencia que ejerce la acción de Enfermería en la evolución de los pacientes oncológicos. Entre las conclusiones extraídas de la monografía se encuentra un efecto positivo de la acción enfermera sobre la evolución del curso de la enfermedad oncológica, posicionándose como un apoyo esencial en el ámbito hospitalario.

Tras realizar una búsqueda exhaustiva sobre la dimensión psicológica que afecta al individuo y sus allegados en contexto del cáncer, se concluye que, cada persona enfrenta el diagnóstico de forma singular y diferenciada, oscilando entre conductas evitativas y negacionistas hasta la concepción del cáncer como un desafío a superar. Por ello, desde una perspectiva enfermera, es fundamental comprender que las estrategias de afrontamiento menos adaptativas pueden ser analizadas y cambiadas mediante la psicoeducación y el aprendizaje.

Se ha recogido información sobre el proceso oncológico desde distintas perspectivas en función del momento del ciclo vital en el que se encontrase el paciente, detectando variaciones significativas en las necesidades y las respuestas psicológicas en función de esta variable. Por ello, considero fundamental promover programas de humanización de los cuidados centrados en el humor dirigidos a todas las etapas de la vida y no solo focalizados en la población pediátrica. Una posible iniciativa podría consistir en proporcionar formación básica en cuidados oncológicos a un humorista profesional, de modo que pueda desarrollar intervenciones humorísticas, como sketches, chistes personalizados y situaciones cómicas improvisadas, que generen espacios seguros y colectivos en los que los pacientes puedan transformar su experiencia de dolor en una vivencia compartida y más llevadera.

Por otro lado, se han examinado las distintas iniciativas llevadas a cabo por el Hospital Universitario Marqués de Valdecilla en materia de humanización de los cuidados, observando la eficacia de las intervenciones como factor motivacional que mejora, tanto el bienestar, como la condición clínica de los pacientes. Finalmente, se ha indagado en el papel del acompañamiento familiar en el proceso y la importancia de conceder espacios de despedida digna para facilitar un cierre emocional adecuado y atenuar el impacto psicológico que esta vivencia puede suponer para los seres queridos.

Se puede concluir que la atención oncológica trasciende de la intervención médica y requiere un abordaje holístico que contemple tanto las necesidades del paciente como las de su familia y el propio equipo sanitario. Solo a través de un enfoque integral, basado en la sensibilidad, el respeto y el compromiso ético, es posible brindar un acompañamiento digno que honre la vida en todas sus dimensiones, incluso en sus momentos más frágiles.

8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

- 11 *Síntomas del cáncer que debes conocer - AECC* ⁷. (s. f.). Recuperado 15 de enero de 2025, de <https://blog.contraelcancer.es/11-sintomas-cancer/>
- American Psychiatric Association. (2015). *Trastorno de duelo complejo persistente*. En Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (5ª ed., pp. 159-160). American Psychiatric Publishing
- Anta Aguado, L. (2021). *El impacto psicosocial de la enfermedad oncológica en los niños y sus familiares*. <https://gredos.usal.es/handle/10366/146689>
- Araújo, A. T. M., & Guindalini, R. S. C. (2023). Oncogenética y Estatuto de la Persona con Cáncer: fundamentos bioético-legales. *Revista Bioética*, 30(4), 705-714. <https://doi.org/10.1590/1983-80422022304562PT>
- Cambios en la memoria, el pensamiento y la concentración (cerebro quimioterapéutico) / Sociedad Estadounidense del Cáncer*. (s. f.). Recuperado 15 de enero de 2025, de https://www-cancer-org.translate.goog/cancer/managing-cancer/side-effects/changes-in-mood-or-thinking/chemo-brain.html?_x_tr_sl=en&_x_tr_tl=es&_x_tr_hl=es&_x_tr_pto=rq
- Cara Rodríguez, R., Aviles Saez, Z., María, L., & Trinidad, L. (2018). Comunicación y escucha activa por parte del profesional de Enfermería a pacientes con cáncer ginecológico: una revisión bibliográfica = Nursing staff communication and active listening to patients with gynecological cancer: a bibliographic review. *Revista Española de Comunicación en Salud*, 9(2), 221-229. <https://doi.org/10.20318/RECS.2018.4500>
- Carrasco Barragán Tutor, E., & Moriconi, V. (2024). *Revisión sistemática: Psicooncología / duelo*. <https://repositorio.comillas.edu/xmlui/handle/11531/84034>
- Carvajal C., S., Portales V., B., Beca I., J. P., Carvajal C., S., Portales V., B., & Beca I., J. P. (2021). Eutanasia: aclarando conceptos. *Revista médica de Chile*, 149(10), 1502-1506. <https://doi.org/10.4067/S0034-98872021001001502>
- Cirugía oncológica - Rodolfo Brühl-Day, María Elena Martínez, Pablo Meyer, Juan Mangieri, Judith Bertrán Trepát - Google Libros*. (s. f.). Recuperado 9 de enero de 2025, de <https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=LadHEAAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA2&dq=CIRUGIA+ONCOLOGICA&ots=GvZhN19IpG&sig=onJW9S-R6G6dZMmqS9QE8lpuROs#v=onepage&q&f=false>
- Clayton, M., & Marczak, M. (2023). Palliative care nurses' experiences of stress, anxiety, and burnout: A thematic synthesis. *Palliative and Supportive Care*, 21(3), 498-514. <https://doi.org/10.1017/S147895152200058X>
- Cuidados enfermeros al paciente oncológico - Isabel de la Torre Gálvez - Google Libros*. (s. f.). Recuperado 15 de enero de 2025, de https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=YD8OR_WZufgC&oi=fnd&pg=PA1&dq=necesidades+del+paciente+oncológico&ots=7RLNQGd1o-&sig=ZQHvKD9Aw_7kn0QyYYILMl6nQE#v=onepage&q=necesidades%20del%20paciente%20oncológico&f=false
- De, L., Watson, J., Liliana, M., & Osorio, V. (2022). *Cuidado humanizado en el duelo, narrativa de enfermería a la luz de Jean Watson*. Universidad Cooperativa de

- Colombia, Facultad de Ciencias de la Salud, Enfermería, Bucaramanga.
<https://hdl.handle.net/20.500.12494/46473>
- De la Fuente-Solana, E. I., Pradas-Hernández, L., Ramiro-Salmerón, A., Suleiman-Martos, N., Gómez-Urquiza, J. L., Albendín-García, L., & Fuente, G. A. C. D. la. (2020). Burnout Syndrome in Paediatric Oncology Nurses: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Healthcare*, 8(3), 309. <https://doi.org/10.3390/HEALTHCARE8030309>
- Delgado Riffo, C. A., Sanhueza Alvarado, O. I., Delgado Riffo, C. A., & Sanhueza Alvarado, O. I. (2021). EXPERIENCIAS Y SENTIMIENTOS DE LAS ENFERMERAS QUE TRABAJAN EN ONCOLOGÍA: UNA REVISIÓN INTEGRADORA. *Ciencia y enfermería*, 27. <https://doi.org/10.29393/CE27-22ESCD20022>
- Dionne-Odom, J. N., Azuero, A., Taylor, R. A., Wells, R. D., Hendricks, B. A., Bechthold, A. C., Reed, R. D., Harrell, E. R., Dosse, C. K., Engler, S., McKie, P., Ejem, D., Bakitas, M. A., & Rosenberg, A. R. (2021). Resilience, preparedness, and distress among family caregivers of patients with advanced cancer. *Supportive care in cancer : official journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer*, 29(11), 6913-6920. <https://doi.org/10.1007/S00520-021-06265-Y>
- Educativa al Servicio del Pueblo, C., Del Síndrome Burnout En El Personal, D. DE, & Johanna Paguay Gomezcoello, K. (2022). *Eficacia de las estrategias aplicadas en la disminución del síndrome de burnout en el personal de enfermería: Una revisión sistemática*. Universidad Católica de Cuenca. <https://dspace.ucacue.edu.ec/handle/ucacue/12953>
- Estadificación del cáncer*. (s. f.). Recuperado 9 de enero de 2025, de <https://www.cancer.gov/espanol/cancer/diagnostico-estadificacion/estadificacion>
- ESTADISTICANDO: ESCALA MASLACH BURNOUT INVENTORY (MBI)*. (s. f.). Recuperado 17 de febrero de 2025, de <http://estadisticando.blogspot.com/2016/04/escala-maslach-burnout-inventory-mbi.html>
- Fases y Etapas del Cáncer: Todo lo que Necesitas Saber | AECC*. (s. f.). Recuperado 9 de enero de 2025, de <https://www.contraelcancer.es/es/todo-sobre-cancer/que-es-cancer/fases>
- Fernández-Fernández, J. A., & Gómez-Díaz, M. (2022). Resiliencia y duelo ante la pérdida de un ser querido: Una revisión sistemática. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 27(2), 129-139. <https://doi.org/10.5944/RPPC.27762>
- Galdino de Oliveira, D., Cunha Reis, A. da, & de Melo Franco, I. (2024). Análisis bibliométrico sobre estrategias para reducir el riesgo de Burnout entre enfermeras. *Revista Cubana de Enfermería*, ISSN-e 1561-2961, ISSN 0864-0319, N°. 40, 2024, 40, 5. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=9923010&info=resumen&idoma=ENG>
- García Sánchez, E. (2020). Humanizar la muerte en tiempos de crisis sanitaria: morir acompañado, despedirse y recibir atención espiritual. *Cuadernos de bioética*, ISSN-e 2386-3773, ISSN 1132-1989, Vol. 31, N° 102, 2020, págs. 203-222, 31(102), 203-222. <https://doi.org/10.30444/CB.62>
- Garrido Garrido, A. B. (2020). *Intervención Psicológica en las Distintas Fases del Proceso Oncológico*. <https://repositorio.ual.es/handle/10835/9709>
- Gerstberger, S., Jiang, Q., & Ganesh, K. (2023). Metastasis. *Cell*, 186(8), 1564-1579. <https://doi.org/10.1016/J.CELL.2023.03.003>

- Guiteras, A. F., Osuna, P. R., & Zamora, C. F. (2020). Afrontamiento y calidad de vida en pacientes con cáncer de mama: Estudio preliminar de semejanzas y diferencias entre pacientes con y sin metástasis. *Psicooncología*, 17(1), 179-194. <https://doi.org/10.5209/PSIC.68249>
- Gupta, K., Walton, R., & Kataria, S. P. (2021). Chemotherapy-Induced Nausea and Vomiting: Pathogenesis, Recommendations, and New Trends. *Cancer treatment and research communications*, 26. <https://doi.org/10.1016/J.CTARC.2020.100278>
- Hecht, S. S., & Hatsukami, D. K. (2022). Smokeless Tobacco and Cigarette Smoking: Chemical Mechanisms and Cancer Prevention. *Nature reviews. Cancer*, 22(3), 143. <https://doi.org/10.1038/S41568-021-00423-4>
- Huertas Martín, Victor., & López-Varela, Asunción. (2023). El viaje del duelo: la fusión del modelo Kübler-Ross y el monomito en el caso transtextual de «WandaVision». *El relato mítico: sus nuevas materialidades y dimensiones en las culturas contemporáneas*, 2023, ISBN 978-84-1369-543-3, págs. 103-112, 103-112. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8987954>
- ICO, G. de C.-G. S. C. de la S.-C. I. C. d'Oncología-, & Novellas Aguirre de Carcer, A. dir. (2006). *Modelo de Trabajo Social en la atención oncológica*. http://ico.gencat.cat/web/.content/minisite/ico/professionals/documents/qualy/arxiu/doc_modelo_trabajo_social_at._oncologica.pdf
- Impacto del tratamiento y fases psicológicas que atraviesa el paciente con cáncer / Revista de Psicología (Trujillo)*. (s. f.). Recuperado 16 de enero de 2025, de <http://revistas.ucv.edu.pe/index.php/revpsi/article/view/669>
- Khatatbeh, H., Pakai, A., Al-Dwaikat, T., Onchonga, D., Amer, F., Prémusz, V., & Oláh, A. (2021). Nurses' burnout and quality of life: A systematic review and critical analysis of measures used. *Nursing Open*, 9(3), 1564. <https://doi.org/10.1002/NOP2.936>
- Kübler-Ross, E. (1969). On death and dying. New York: The Macmillan Company.
- Las doctoras «Sonrisa» "pasarán consulta" a 1.300 niños al año ingresados en Valdecilla*. (s. f.). Recuperado 13 de marzo de 2025, de <https://www.europapress.es/cantabria/noticia-doctoras-sonrisa-pasaran-consulta-1300-ninos-ano-ingresados-valdecilla-20120516125906.html>
- López Rangel, R., Gómez Ramírez, O. J., López Rangel, R., & Gómez Ramírez, O. J. (2018). Experiencia del cuidador familiar de quien fallece por cáncer: un dolor del cual hay que aprender a sobreponerse. *Aquichan*, 18(4), 395-406. <https://doi.org/10.5294/AQUI.2018.18.4.2>
- López-Plaza, B., Loria-Kohen, V., González-Rodríguez, L. G., Fernández-Cruz, E., López-Plaza, B., Loria-Kohen, V., González-Rodríguez, L. G., & Fernández-Cruz, E. (2022). Alimentación y estilo de vida en la prevención del cáncer. *Nutrición Hospitalaria*, 39(SPE3), 74-77. <https://doi.org/10.20960/NH.04317>
- Loučka, M., Althouse, A. D., Arnold, R. M., Smith, T. J., Smith, K. J., White, D. B., Rosenzweig, M. Q., & Schenker, Y. (2024). Hope and illness expectations: A cross-sectional study in patients with advanced cancer. *Palliative medicine*, 38(1), 131-139. <https://doi.org/10.1177/02692163231214422>
- Lown, E. A., Otto, H. R., Norton, C. L., Jong, M. C., & Jong, M. (2023). Program evaluation of a wilderness experience for adolescents facing cancer: A time in nature to heal, connect and find strength. *PloS one*, 18(10). <https://doi.org/10.1371/JOURNAL.PONE.0291856>

- Martínez Blasco, M. (2022). *Cómo empoderar a los adolescentes con cáncer*. <http://dspace.uib.es/xmlui/handle/11201/160093>
- Mayo Clinic. (s. f.). *Tamaño del tumor*.
- Mestdagh, F., Steyaert, A., & Lavand'homme, P. (2023). Cancer Pain Management: A Narrative Review of Current Concepts, Strategies, and Techniques. *Current oncology (Toronto, Ont.)*, 30(7), 6838-6858. <https://doi.org/10.3390/CURRONCOL30070500>
- Montalvo, A., Luis, P., Leguía2, S., & Carmona, Y. (2022). Apoyo social y carga del cuidador del paciente con cáncer: revisión sistemática. *Revista Ciencia y Cuidado, ISSN-e 2322-7028, ISSN 1794-9831, Vol. 19, Nº. 1, 2022, págs. 119-134, 19(1), 119-134*. <https://doi.org/10.22463/17949831.3104>
- Moreta Criollo, S. P. (2022). *El profesional de enfermería y el manejo del duelo en pacientes oncológicos en fase terminal*. Universidad Técnica de Ambato/Facultad de Ciencias de la Salud/Carrera de Enfermería. <https://repositorio.uta.edu.ec/handle/123456789/36805>
- Nanwani, M., Tutor, N., & Luis, P. A. L. (2021). *Metales de transición en el tratamiento del cáncer*. <https://riull.ull.es/xmlui/handle/915/24067>
- Noval González, A. (2022). Impacto psicológico del paciente con cáncer. *NPunto, ISSN-e 2603-9680, ISSN 2605-0110, Vol. 5, Nº. 56, 2022, págs. 30-51, 5(56), 30-51*. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8949595&info=resumen&idoma=SPA>
- Oates, J. R., & Maani-Fogelman, P. A. (2022). Nursing Grief and Loss. *StatPearls*. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK518989/>
- Omari, M., Amaadour, L., El Asri, A., Benbrahim, Z., Mellas, N., El Rhazi, K., Ragala, M. E. A., El Hilaly, J., Halim, K., & Zarrouq, B. (2024). Psychological distress and coping strategies in breast cancer patients under neoadjuvant therapy: A systematic review. *Women's health (London, England)*, 20. <https://doi.org/10.1177/17455057241276232>
- Poitevin-Chacón, A., & Poitevin-Chacón, A. (2021). La radioterapia, el arma invisible contra el cáncer. *Gaceta mexicana de oncología*, 20(3), 84-86. <https://doi.org/10.24875/J.GAMO.M21000212>
- Proyecto «Smile», humanización de las áreas pediátricas del Hospital Marqués de Valdecilla - *Diario Dicen*. (s. f.). Recuperado 15 de abril de 2025, de https://www.enfermeria21.com/diario-dicen/proyecto-smile-humanizacion-de-las-areas-pediatricas-del-hospital-marques-de-valdecilla-DDIMPORT-050976/?utm_source=chatgpt.com
- Pulliquitín Jurado, T. del N. J. (2024). *Acompañamiento psicológico del duelo oncológico en las diferentes fases de la enfermedad*. PUCE - Quito. <https://repositorio.puce.edu.ec/handle/123456789/44100>
- Ramírez, R. F. D., Cruz, A. G. de la, Verduzco, E. K. O., Esqueda, J. G. M., & Luciano, G. S. F. (2019). Cáncer y depresión: una revisión. *Psicología y Salud*, 29(1), 115-124. <https://doi.org/10.25009/PYS.V29I1.2573>
- Redondo Sánchez, D. (2023). *Impacto de las desigualdades socioeconómicas en los principales indicadores epidemiológicos del cáncer en España*. <https://digibug.ugr.es/handle/10481/89415>

- Roig Iglesias, M. (2023). *El Mindfulness como herramienta para la gestión emocional del paciente adulto durante el cáncer*. <https://eugdspace.eug.es/handle/20.500.13002/897>
- Rumgay, H., Murphy, N., Ferrari, P., & Soerjomataram, I. (2021). Alcohol and Cancer: Epidemiology and Biological Mechanisms. *Nutrients*, 13(9). <https://doi.org/10.3390/NU13093173>
- Salas, S., Economos, G., Hugues, D., Gilbert, E., Gracia, D., Poulain, P., Mateus, C., Collet, E., Planchet-Barraud, B., Colpaert, A., Perceau-Chambard, É., Calvel, L. Y., Franck, C., Mallet, D., Baumstarck, K., & Evin, A. (2024). Legalisation of euthanasia and assisted suicide: advanced cancer patient opinions - cross-sectional multicentre study. *BMJ supportive & palliative care*, 13(e3), E1335-E1341. <https://doi.org/10.1136/SPCARE-2022-004134>
- Sesma-Mendoza, A., Aranguren-Sesma, M., Estraviz-Pardo, F., Lizarazu-Armendáriz, E., & Goñi-Viguria, R. (2022). Conocimientos de las enfermeras acerca de los cuidados paliativos en un área de críticos. *Enfermería Intensiva*, 33(4), 197-205. <https://doi.org/10.1016/J.ENFI.2021.10.003>
- Sheard, T., & Maguire, P. (1999). The effect of psychological interventions on anxiety and depression in cancer patients: results of two meta-analyses. *British journal of cancer*, 80(11), 1770-1780. <https://doi.org/10.1038/SJ.BJC.6690596>
- Sustancias en el ambiente que causan cáncer*. (s. f.). Recuperado 14 de enero de 2025, de <https://www.cancer.gov/espanol/cancer/causas-prevencion/riesgo/sustancias>
- Szuhany, K. L., Malgaroli, M., Miron, C. D., & Simon, N. M. (2021). Prolonged Grief Disorder: Course, Diagnosis, Assessment, and Treatment. *Focus: Journal of Life Long Learning in Psychiatry*, 19(2), 161. <https://doi.org/10.1176/APPI.FOCUS.20200052>
- Tyrrell, P., Harberger, S., Schoo, C., & Siddiqui, W. (2023). Kubler-Ross Stages of Dying and Subsequent Models of Grief. *A Physician's Guide to Coping with Death and Dying*, 14-38. <https://doi.org/10.1515/9780773572102-004>
- Urtiga, L. M. P. C., Lins, G. A. N., Slongo, A., Ventura, A. L. F., Cabral, A. K. G. D., Parente, L. B., Dos Santos, M. M. F., de Lima, M. R., Freitas, N. S., & Fernandes, T. G. (2023). Espiritualidad y religiosidad: influencia en la terapia y el bienestar en el cáncer. *Revista Bioética*, 30(4), 883-891. <https://doi.org/10.1590/1983-80422022304578PT>
- Valdecilla adquiere una 'cuna fría' para ayudar en la experiencia de duelo a las familias que pierden a su bebé | Sociedad | Cadena SER*. (s. f.). Recuperado 15 de abril de 2025, de https://cadenaser.com/cantabria/2024/10/15/valdecilla-adquiere-una-cuna-fria-para-ayudar-en-la-experiencia-de-duelo-a-las-familias-que-pierden-a-su-bebe-radio-santander/?utm_source=chatgpt.com
- Varela López, L. L., Reyes Monroy, C. A., & García, J. (2017). *Tipos de duelo y estrategias de afrontamiento*. Universidad Cooperativa de Colombia, Facultad de Ciencias Sociales, Psicología, Bogotá. <https://hdl.handle.net/20.500.12494/14552>
- Veintimilla, D. R. (2023). Impacto de la desnutrición en los pacientes con cáncer. *Medicina*, 45(2), 220-228. <https://doi.org/10.56050/01205498.2233>
- Víctor, A. :, & Tirado Martín, M. (2019). *Risoterapia y los efectos del humor en el paciente oncológico pediátrico*. <https://repositorio.comillas.edu/xmlui/handle/11531/45266>

- Vidal, B., Directora, F., Rocamora, C., & Madrid, G. (2024). *Impacto Psicosocial del Cáncer: Estrategias de Afrontamiento y Atención Integral*. <https://repositorio.comillas.edu/xmlui/handle/11531/82956>
- Wikramanayake, T. C., Haberland, N. I., Akhundlu, A., Laboy Nieves, A., & Miteva, M. (2023). Prevention and Treatment of Chemotherapy-Induced Alopecia: What Is Available and What Is Coming? *Current oncology (Toronto, Ont.)*, 30(4), 3609-3626. <https://doi.org/10.3390/CURRONCOL30040275>
- Yu, Z. W., Zheng, M., Fan, H. Y., Liang, X. H., & Tang, Y. L. (2024). Ultraviolet (UV) radiation: a double-edged sword in cancer development and therapy. *Molecular biomedicine*, 5(1). <https://doi.org/10.1186/S43556-024-00209-8>
- Zhang, X. J., Song, Y., Jiang, T., Ding, N., & Shi, T. Y. (2020). Interventions to reduce burnout of physicians and nurses: An overview of systematic reviews and meta-analyses. *Medicine*, 99(26). <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000020992>

9. ANEXOS.

9.1. Anexo 1 (ESTADISTICANDO: ESCALA MASLACH BURNOUT INVENTORY (MBI), s. f.)

MASLACH BURNOUT INVENTORY (MBI – HSS (MP)) INVENTARIO BURNOUT DE MASLACH (MBI - HSS)

Edad: _____ Sexo/género: _____
Área de trabajo: _____ Tiempo de trabajo: _____

INSTRUCCIONES: Lea cuidadosamente cada enunciado y marque los casilleros correspondientes a la frecuencia de sus sentimientos acerca del trabajo donde labora. Las opciones que puede marcar son:

- 0 = Nunca / Ninguna vez
- 1 = Casi nunca/ Pocas veces al año
- 2 = Algunas Veces / Una vez al mes o menos
- 3 = Regularmente / Pocas veces al mes
- 4 = Bastantes Veces / Una vez por semana
- 5 = Casi siempre / Pocas veces por semana
- 6 = Siempre / Todos los días

	Nunca / Ninguna vez	Casi nunca/ Pocas veces al año	Algunas Veces / Una vez al mes o menos	Regularmente / Pocas veces al mes	Bastantes Veces / Una vez por semana	Casi siempre / Pocas veces por semana	Siempre / Todos los días
	0	1	2	3	4	5	6
1. Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo							
2. Me siento cansado al final de la jornada de trabajo							
3. Me siento fatigado cuando me levanto por la mañana y tengo que ir a trabajar							
4. Comprendo fácilmente cómo se sienten los pacientes							
5. Creo que trato a algunos pacientes como si fueran objetos impersonales							
6. Siento que trabajar todo el día con la gente me cansa							
7. Siento que trato con mucha eficacia los problemas de mis pacientes							
8. Siento que mi trabajo me está desgastando							
9. Siento que estoy influyendo positivamente a través de mi trabajo, en la vida de otras personas							
10. Siento que me he vuelto más insensible con la gente desde que ejerzo esta profesión							
11. Me preocupa que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente							
12. Me siento con mucha energía en mi trabajo							
13. Me siento frustrado en mi trabajo							
14. Siento que estoy demasiado tiempo en mi trabajo							
15. Siento que realmente no me importa lo que les ocurra a mis pacientes							
16. Siento que trabajar directamente con personas me produce estrés							
17. Siento que puedo crear con facilidad un clima agradable con mis pacientes							
18. Me siento estimulado después de trabajar con mis pacientes							
19. Creo que consigo muchas cosas valiosas con mi profesión							
20. Me siento como si estuviera al límite de mis posibilidades							
21. Siento que en mi trabajo los problemas emocionales de forma adecuada							
22. Siento que los pacientes me culpan de alguno de sus problemas							