



**COMILLAS**  
UNIVERSIDAD PONTIFICIA

ICAI

ICADE

CIHS

FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y SOCIALES

**El Duelo Oncológico: Las pérdidas del cáncer**

Autor/a: Cristina Córcoles Villas  
Director/a: Miguel Santolaya de Suñer

Madrid  
2020/2021

## Índice.

1. Introducción.....	3
2. Duelo.....	5
2.1. ¿Qué es el duelo?.....	5
2.2. Tipos de duelo.....	6
3. El cáncer: su impacto y significado .....	8
3.1. Las pérdidas del cáncer: impacto y afrontamiento.....	8
3.2. Duelo corporal .....	13
3.3. Factores de riesgo y protección del duelo complicado.....	14
3.4. Importancia del apoyo social en el ajuste a la enfermedad. ....	16
3.5. Resiliencia, duelo y cáncer .....	17
3.6. Supervivencia .....	18
4. Discusión y conclusión. ....	20
5. Referencias. ....	23

## 1. Introducción.

El cáncer es una enfermedad crónica que puede afectar notablemente la calidad de vida de una persona (Vinaccia et al., 2005). Según el informe anual de la Sociedad Española de Oncología Médica (2021), el cáncer es una de las principales causas de mortalidad en España y también en el mundo. En 2018, los tumores fueron la segunda causa de muerte en España, comprendiendo el 26,4% de los fallecidos (INE, 2019). Es por ello, que esta enfermedad se vincula tanto histórica como culturalmente con los conceptos de dolor y muerte (Robert et al., 2013). Por tanto, ha de considerarse que ya solo hacer frente al significado sociocultural que el término “cáncer” lleva implícito, es una tarea compleja (Torrice et al., 2002). Tan sólo mencionando la palabra “cáncer”, se desencadenan una serie de ideas preconcebidas, referencias personales, temores y ansiedades relacionadas (Robert et al., 2013).

Ya en los años 70 se comenzó a hablar de las implicaciones que tiene el cáncer en la vida de la persona (Rojas y Gutiérrez, 2016). Surge la Psicooncología con el objetivo principal de aumentar la calidad de vida de las personas con diagnóstico de cáncer (Rojas y Gutiérrez, 2016). La persona se enfrenta a una serie de modificaciones en sus esquemas habituales y tiene que aprender a convivir con la enfermedad poniendo en práctica sus recursos de afrontamiento (Alonso y Bastos, 2011). Esto implica afrontar una serie de pérdidas funcionales, además de la pérdida de salud principal que el cáncer comprende (Cruz et al., 2007).

La elaboración de las pérdidas significativas es un tema central en la existencia humana, pues están presentes a lo largo del ciclo vital y nos recuerdan la provisionalidad de las cosas (Cabodevilla, 2007).

El duelo es un concepto clave en el proceso del cáncer que está presente tanto en el paciente como en su entorno, por lo general desde el mismo momento del diagnóstico (Camps et al., 2007). Además, los tratamientos habitualmente utilizados para el control del cáncer (cirugía, radioterapia, quimioterapia, trasplante de médula ósea...) tienen unos efectos secundarios que afectan física, social y psicológicamente de forma significativa a la persona (Lluch et al., 2007).

A todo lo anterior se añade el significado social de la palabra cáncer (Alonso y Bastos, 2011).

Es necesario resaltar que la mayoría de las personas que se encuentran en un proceso de duelo son capaces de elaborarlo sin complicaciones. No obstante, existen algunos factores que pueden condicionar este proceso, por lo que se considera necesario comprobar si el duelo está evolucionando adecuadamente (Barreto y Pérez, 2013).

Se diferencia entre factores de riesgo, como pueden ser las características de la pérdida y factores de protección, entre los que se encuentran la resiliencia como variable individual y el apoyo social como variable externa (Barreto y Pérez, 2013; Barreto y Soler, 2008; Rueda y Cerezo, 2020). Ambos contribuyen a reducir el estrés emocional en pacientes oncológicos durante el proceso de la enfermedad (Mehnert et al., 2010; Rueda y Cerezo, 2020;).

Si el cáncer desaparece, la persona entra en la fase de remisión, fase en la que el paciente reajusta su vida tras la enfermedad (Cruz et al., 2007). Es normal que en este punto del proceso aparezca un fenómeno psicológico denominado Síndrome de Damocles y que hace referencia al miedo o ansiedad a la recidiva que los pacientes oncológicos presentan tras superar la enfermedad (Alonso y Bastos, 2011; Cruz et al., 2007). La vulnerabilidad y la incertidumbre son aspectos muy presentes en esta fase y ha de tenerse en cuenta como el individuo lo sobrelleva la vuelta a su normalidad para evitar que el miedo a la recaída se intensifique (Alonso y Bastos, 2011; Rodríguez et al., 2011).

El objetivo de este trabajo es realizar una revisión bibliográfica sobre el proceso de duelo y su importancia en la experiencia del cáncer. Para ello, es conveniente empezar por definir el concepto de duelo.

## 2. Duelo

### 2.1. ¿Qué es el duelo?

El duelo es la reacción humana que se produce ante una pérdida de cualquier tipo y el proceso que atraviesa una persona para adaptarse a una nueva situación vital tras dicha pérdida (Hernández et al., 2007). Según Cabodevilla (2007), el concepto de pérdida está ligado tradicionalmente al de muerte, pero esta no es la única pérdida a la que se enfrenta el ser humano en su vida. Existen diferentes tipos de pérdidas y la magnitud del dolor que sentimos al afrontarlas dependen del significado que tengan para nosotros. (Jaramillo y Oquendo, 2013)

Este concepto ha sido descrito por una gran variedad de autores desde distintas perspectivas. El modelo más conocido es el de Kübler Ross (1969), que se constituye en 5 etapas para la elaboración del duelo: negación, ira, negociación, depresión y aceptación. Sin embargo, estas fases del proceso establecidas son meramente orientativas (Cabodevilla, 2007). Cabe resaltar que la persona es un agente activo en este proceso y, por tanto, tiene que realizar determinadas tareas, no necesariamente en orden, para conseguir superar la pérdida a la que se enfrenta (Barreto y Pérez, 2013).

William Worden (2013) propone en este caso hablar de tareas, ya que éstas otorgan un papel más activo a la persona en el proceso de duelo, a diferencia de los modelos que hablan de fases, atribuyendo de esta manera una mayor pasividad al individuo. Worden (2013) incluye, por tanto, las siguientes tareas para la elaboración del duelo:

**Aceptar la realidad de la pérdida.** Esta primera tarea consiste en afrontar la muerte de esa persona o la pérdida y el hecho de que ya no va a volver. En un primer momento suele estar presente una sensación de irrealidad, con posibles pensamientos de reversibilidad de muerte que son parte de la negación. La clave en esta tarea es deshacerse de esta negación. Para llevarla a cabo es de ayuda recordar a la persona fallecida y hablar de ella, de su vida y de su muerte.

**Trabajar las emociones y el dolor de la pérdida.** esta tarea implica experimentar, identificar y expresar el dolor que ha producido la pérdida. En esta tarea es esencial poder verbalizar lo que sentimos y como nos ha impactado la pérdida.

**Adaptarse a un medio en el que el ser querido está ausente.** Cuando perdemos algo con valor significativo, aparece un vacío en nuestras vidas. Si se trata de una persona, el rol que ésta ejercía desaparece y queda vacante. La persona que pasa por el proceso de duelo debe reconstruir su vida y desarrollar nuevas habilidades y asumir nuevos roles ante la ausencia de la persona fallecida.

**Recolocar emocionalmente al fallecido y seguir viviendo.** Para poder continuar con sus vidas, las personas buscan un espacio en el que reubican emocional y cognitivamente a la persona que ya no está. De esta manera se integra la pérdida y se va poco a poco retomando la vida cotidiana.

Asimismo, el proceso de duelo es una experiencia humana e idiosincrásica, es decir, cada persona lo vive de una manera diferente (Jaramillo y Oquendo, 2013). Por esta misma razón, es algo que realiza la propia persona y no algo que cualquiera pueda hacer por ella (Barreto y Pérez, 2013).

En términos generales, el duelo son todos los procesos psicológicos que se ponen en marcha en un individuo cuando se enfrenta a cualquier tipo de pérdida significativa (Sánchez et al., 2007). Se considera una reacción humana y natural que en su esencia no está ligada a un significado más patológico, aunque podría considerarse como tal en caso de no resolver la pérdida de forma adecuada (de la Rubia y Miaja, 2015).

Al ser un proceso único en cada persona, determinar cuando finaliza es una tarea compleja, aunque según Barreto y Pérez (2013) se considera finalizado este proceso una vez la persona es capaz de recordar con emotividad serena la pérdida. Naturalmente, ha de tenerse en cuenta que, sin dolor o tristeza, no puede tener lugar la resolución del duelo (García-Viniegras et al., 2014).

## **2.2. Tipos de duelo**

Según Camps et al. (2007), el duelo normal se caracteriza principalmente por ser una reacción proporcionada y adecuada a la pérdida que ha tenido lugar. Su desarrollo es más predecible y existe una adaptación gradual a la pérdida con el paso del tiempo (Barreto y Pérez, 2013). Desde un primer momento, el proceso de duelo no se considera patológico (Guillem et al., 2007). No obstante, la posibilidad de desarrollar un duelo complicado dependerá de la intensidad y las características de la reacción emocional del

individuo (Guillem et al., 2007). Este tipo de duelo surge en el momento en el que el individuo es incapaz de adaptarse emocionalmente a la ausencia de aquello que era significativo para él. A diferencia del duelo normal, la duración y sus consecuencias suelen ser imprevisibles (Sánchez et al., 2007).

Existe, por tanto, una diferenciación entre duelo complicado o patológico y duelo “normal” (Cabodevilla, 2007). En la DSM-5, el duelo no aparece como un trastorno mental, sino que se sitúa en la categoría de trastornos adicionales que pueden precisar atención clínica (Romero, 2013). Según Romero (2013) la complicación del proceso de duelo desencadena una serie de manifestaciones clínicas que comprometen la salud física y mental de la persona. Por esta misma razón, es conveniente estar al tanto de cómo la persona elabora el duelo para poder prevenir posibles complicaciones (Barreto y Pérez, 2013) y evitar de esta manera que interfiera en exceso con el funcionamiento general de la persona (Barreto et al., 2012).

Por último, otro tipo de duelo es el duelo anticipado. Como su nombre indica, se refiere a un proceso de duelo que se adelanta a una pérdida ya considerada inevitable, es decir que tiene lugar antes de que se de la pérdida real (Sánchez et al., 2007; Worden, 2013). Este tipo de duelo es muy común que se desarrolle en familiares y allegados de pacientes oncológicos y finalice si el paciente fallece, no teniendo en cuenta las reacciones emocionales posteriores (Sánchez et al., 2007). En este caso, el duelo anticipado favorece la preparación ante la pérdida, facilitando la oportunidad de despedida y expresión de sentimiento sin desbordar los recursos personales del doliente (Lacasta y Arranz, 2005). Sin embargo, si es muy intenso el dolor, puede suponer una retirada de los cuidados físicos y emocionales por parte del doliente antes de que tenga lugar la pérdida real (Lacasta y Arranz, 2005).

Pese a todo, el duelo no deja de ser un proceso que, en términos generales, genera mucho dolor, pero es cierto que la aparición de ciertas complicaciones puede llegar a vulnerar seriamente la salud de la persona que está desarrollando el proceso (Barreto y Pérez, 2013).

### **3. El cáncer: su impacto y significado**

#### **3.1. Las pérdidas del cáncer: impacto y afrontamiento**

Pocas enfermedades producen un impacto psicológico tan considerable como el cáncer (Martín et al., 2007). El paciente experimenta distintos estados afectivos, como pueden ser ansiedad o depresión, que a su vez pueden verse influidos por el dolor y síntomas secundarios derivados del tratamiento (Mehnert et al., 2014).

Asimismo, según Alonso y Bastos (2011), al ser el cáncer una enfermedad cuya evolución es desconocida, el manejo de esa incertidumbre es también causante de alteraciones emocionales en el sujeto que lo padece. En esta experiencia, no se puede detectar fácilmente una delimitación temporal clara ni un estresor único (Rodríguez et al., 2011). Los estresores están ligados a diferentes situaciones desde el diagnóstico, pronóstico, tratamientos y posibles cambios corporales o de rol (Palao et al., 2011).

El cáncer es considerado un suceso traumático y, por tanto, un evento muy estresante para la vida de un individuo (Melguizo-Garín et al., 2019). La persona diagnosticada tiene que aprender a vivir con esta condición y se ve obligada a reajustar sus esquemas habituales de funcionamiento para poder afrontar la enfermedad de la mejor manera posible (Alonso y Bastos, 2011). Igualmente, no sólo genera un desajuste en el paciente, sino también en las personas que le rodean, pues es considerado un elemento desestabilizador para cualquier familia (Melguizo-Garín et al., 2019).

Los tratamientos habitualmente utilizados para el control del cáncer, como pueden ser la cirugía o la quimioterapia, comportan unos efectos secundarios que no solo afectan físicamente a la persona, sino también social y psicológicamente de forma significativa (Alonso y Bastos, 2011).

Además, ha de tenerse en cuenta la angustia añadida que supone esta enfermedad al estar vinculada socialmente al concepto de muerte (Torrico et al., 2002).

Por ende, el significado del cáncer se extiende más allá de la mera pérdida de salud física (Camps et al., 2007). El individuo no sólo se enfrenta a su enfermedad, sino también a las pérdidas funcionales que esta misma conlleva (Cruz et al., 2007), como

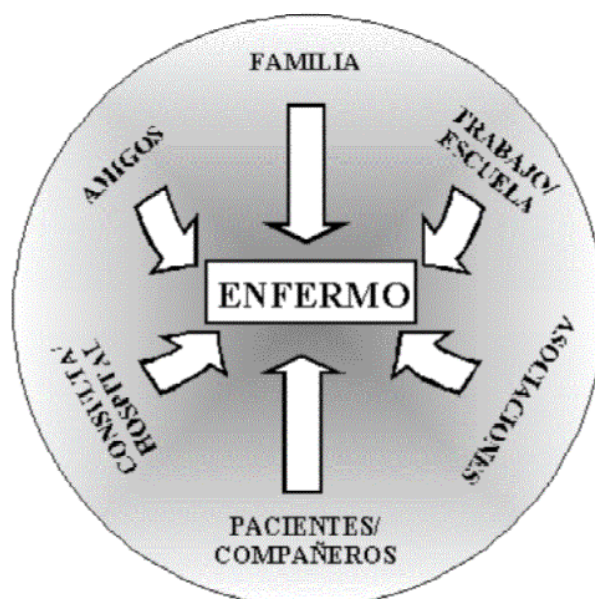


pueden ser las pérdidas de estabilidad y seguridad, de la rutina o el rol que tiene el paciente dentro de la familia (Robert et al., 2013).

A este último cambio tan significativo se le denomina transición ecológica, término acuñado por Bronfrenbrenner (1979) que denota el momento en el que la posición de la persona dentro de su ambiente ecológico se modifica, en este caso, pasando a ser el “enfermo” (Torrigo et al., 2002). En el caso de esta enfermedad, los ambientes cercanos, es decir, el microsistema, se ve incrementado por entornos que llegan a convertirse en cotidianos, como lo es el equipo médico o las asociaciones presentes en el hospital (Torrigo et al., 2002). Por ello, es necesario considerar como estos contextos nuevos están incidiendo en las conductas del sujeto, pues pueden ser elementos facilitadores o disruptores y tener, por tanto, un papel decisivo en la recuperación del enfermo (Torrigo et al., 2002).

### Figura 1

Microsistemas que influyen en el paciente oncológico



Nota. Adaptado de *El modelo ecológico de Bronfrenbrenner como marco teórico de la Psicooncología*, de Torrigo et al. (2002), *Anales de Psicología*.

Por consiguiente, la manera más adecuada de aproximarse al enfermo sería desde una visión holística y no solamente orgánica (Antón et al., 2007).

Según Rodríguez-Quintana et al. (2012), las reacciones emocionales que se desencadenan tras saber el diagnóstico dependen en gran medida de la valoración que la persona haga del mismo. Si se percibe como una amenaza, es decir, que la persona no crea tener los recursos suficientes para afrontarlo, las respuestas emocionales serán más ansiosas. En el caso del cáncer, la amenaza es real, pero eso no quiere decir que la persona esté completamente indefensa ante este diagnóstico (Die Trill, 2003).

Sin embargo, si el paciente que se enfrenta al diagnóstico lo evalúa como una pérdida importante de múltiples aspectos vitales, las respuestas afectivas tenderán a ser más depresivas. y habrá una predisposición hacia la indefensión aprendida (Rodríguez-Quintana et al., 2012).

El estudio de De Haro-Rodríguez et al. (2014) con pacientes que padecen cáncer de mama resalta que las mujeres con mayor escolaridad tendían a dar respuestas más adaptativas frente al estresor, tanto enfocadas en el problema (reestructuración cognitiva) como en la emoción (expresión emocional y apoyo social).

Algunos autores afirman que existe una relación de estas estrategias de afrontamiento con una mejora de la calidad de vida del paciente y los que le rodean (Alonso y Bastos, 2011; De Haro-Rodríguez et al., 2014). Garzón et al. (2014) encuentran que las estrategias más utilizadas por los pacientes con cáncer son la religión, la reevaluación positiva, la búsqueda de apoyo profesional y la resolución de problemas. Por otro lado, ésta última es la estrategia más empleada en mujeres con cáncer de mama, sobre la que ejercen una influencia directa el tipo de tratamiento y la percepción de apoyo social (De Haro-Rodríguez et al., 2014; Varela et al., 2011).

En el cáncer se genera de forma inevitable un proceso de duelo, normal y necesario para que el paciente sea capaz de enfrentarse y superar las pérdidas que pueden darse en cada una de las fases de esta enfermedad (Robert et al., 2013). El duelo, por lo tanto, es un concepto esencial en el proceso del cáncer y por lo general, está presente tanto en el paciente como en los que le rodean desde el momento del diagnóstico (Camps y Sánchez, 2007).

La forma de enfrentarse a este suceso traumático y de adaptarse a las fases que esta enfermedad tan agresiva comprende, condicionará en gran medida el proceso de duelo que la persona lleve a cabo. (Cruz et al., 2007).

En función de la fase de la enfermedad en la que se encuentre el individuo (diagnóstico, tratamiento y supervivencia o terminal), las pérdidas funcionales serán diferentes según Cruz et al. (2007) en:

**Diagnóstico.** Al recibir la noticia del diagnóstico, la primera reacción suele ser de shock emocional (Alonso y Bastos, 2011; Cruz et al., 2007). La persona se queda bloqueada, conmocionada y es incapaz de tomar decisiones o demandar más información (Cruz et al., 2007). Aparece la negación y comienza la búsqueda de explicaciones (Alonso y Bastos, 2011). La vivencia del paciente en este momento se centra en las pérdidas, con lo cual el estilo de afrontamiento que escoja para esta fase será determinante de cara a la elaboración del duelo (Cruz et al., 2007). Si adopta la perspectiva de control, es consciente de que las decisiones que toma son sus elecciones, podrá afrontar de mejor manera el proceso de la enfermedad y las pérdidas que esta conlleva. Sin embargo, si por el contrario asume que ha perdido su autonomía y que no está en sus manos tomar las decisiones, le resultará difícil poder adaptarse al resto del proceso. Los factores que determinan que una persona elija un estilo de afrontamiento u otro dependen de variables personales y factores de riesgo, como pueden ser un rol familiar de alta responsabilidad, duelos recientes, trastornos psicológicos, etc.

**Tratamiento.** Una vez el paciente ha tomado la decisión de someterse a un tratamiento, vuelve a enfrentarse a una situación estresante (Cruz et al., 2007; Lluch et al., 2007) Las pérdidas que trae consigo el tratamiento serán más visibles y evidentes, alterando cada uno de sus ámbitos de desarrollo (social, personal, laboral, económico y familiar). Ya no tiene que afrontar únicamente la enfermedad, sino también sus consecuencias directas, entre ellas el deterioro corporal a causa de los tratamientos tan agresivos. Esta es considerada una de las pérdidas más significativas (Cruz et al., 2007). Por lo tanto, las vivencias e interpretación que la persona realice hacia la enfermedad y su tratamiento condicionarán esencialmente su estilo de afrontamiento y la forma de llevar a cabo el proceso de duelo frente a las pérdidas (Cruz et al., 2007; Rodríguez-Quintana, 2012). Conocer como elabora las pérdidas es fundamental para poder

intervenir y potenciar aquellos ámbitos de desarrollo que le ayuden a afrontar el proceso de la enfermedad (Alonso y Bastos, 2011; Cruz et al., 2007).

**Supervivencia.** Aunque el tratamiento haya finalizado y el cáncer ya no esté presente, es en esta fase cuando se da una transición de vuelta a la vida sin enfermedad (Cruz et al., 2007). La persona se tiene que replantear y reorganizar de nuevo sus ámbitos de desarrollo personal (Cruz et al., 2007). Es una fase caracterizada por sensaciones contradictorias y de incertidumbre, no siendo extraño que los pacientes muestren dificultades en la readaptación (Alonso y Bastos, 2011). El temor intenso a la recidiva es el causante de las pérdidas funcionales que se pueden llegar a dar en esta fase de la enfermedad, manifestándose por ejemplo en la imposibilidad de hacer planes a largo plazo o la realización de ciertos compromisos (Cruz et al., 2007). Aunque el cáncer haya remitido, a la persona le suelen quedar secuelas del tratamiento, un recuerdo de los efectos de la enfermedad y la experiencia traumática (Lluch et al., 2007). Esto puede sensibilizar y potenciar ciertas inseguridades en la vuelta a la vida sin enfermedad. Ejemplo de ello es la incapacidad para mantener relaciones sexuales, miedo a salir a la calle o a tener que dar explicaciones sobre lo ocurrido (Cruz et al., 2007).

Los pacientes con diagnóstico de cáncer experimentan diferentes estados afectivos, entre ellos la ansiedad y la depresión, afectados por el dolor y otros síntomas físicos (Mehnert et al. 2014). Según la investigación realizada por Sánchez et al. (2016), existen niveles altos de distrés a lo largo de la evolución de la enfermedad y no únicamente en el momento del diagnóstico.

Hernández y Cruzado (2013) confirman que existe una prevalencia del malestar emocional a lo largo del curso de la enfermedad y que solo 1 de cada 10 personas es derivada para ser atendida con tratamiento psicológico. Las dificultades emocionales que se encuentran en los pacientes más frecuentemente son: el impacto emocional del diagnóstico, problemas de adaptación a los cambios físicos y efectos secundarios de los tratamientos (fatiga, infertilidad, ganancia de peso, cambios en los patrones de sueño y alimentación, etc.).

Además, la pérdida de control, el aislamiento, malestar psicosocial (ansiedad, depresión, baja autoestima y cambios en la imagen corporal), dificultan las relaciones

sociales con las personas del entorno y resaltan las preocupaciones sobre la muerte (Cabrera et al., 2017).

Un estudio de Linden et al. (2012) indica que alrededor del 20% de los pacientes que padecen cáncer tienen trastornos de ansiedad y el 15% depresión. Es imprescindible que los psicólogos detecten y traten estos problemas psicológicos que puedan presentarse para evitar que incidan negativamente sobre la calidad de vida del paciente (Die Trill, 2003).

Ha de tenerse en cuenta finalmente que estas reacciones emocionales están vinculadas estrechamente con los rasgos de personalidad, estrategias de afrontamiento, el tipo de cáncer y una gran variedad de factores externos, como el apoyo social percibido, las condiciones económicas o situación vital actual (Cabrera et al., 2017).

Asimismo, es relevante resaltar que los tratamientos contra el cáncer son invasivos y provocan cambios más visibles a nivel físico que son desagradables para cualquier paciente (Cabrera et al., 2017). Ejemplo de ello son la pérdida del pelo, el cansancio o incluso las cirugías que retiran las mamas u otras partes del cuerpo (Cabrera et al., 2017).

### **3.2. Duelo corporal**

Los cambios corporales son una de las causas directas de la enfermedad y sus diversos tratamientos, pudiendo derivar en reacciones emocionales de pérdida, disminución del autoestima e incluso síntomas depresivos (Lluch et al., 2007).

Una cirugía radical, como puede ser una mastectomía bilateral, afecta a algo distintivo en la identidad de una mujer, a la autoestima, a la autopercepción de la imagen y a la sexualidad, además del sufrimiento causado ya por la presencia de la propia enfermedad (Lluch et al., 2007). La alopecia es también uno de los efectos secundarios más comunes del tratamiento con quimioterapia, que a su vez se convierte en un aspecto que visibiliza el impacto del cáncer (Cabrera et al., 2017). A pesar de que algunos cambios son reversibles o pueden repararse, el proceso de pérdida se da en cada uno de ellos (Plaza y Rosario, 2013). Se desencadenan diferentes reacciones de

duelo, teniendo en cuenta que, según distintas variables individuales o situacionales, la intensidad y duración será diferente (Plaza y Rosario, 2013).

La formación del esquema corporal es la base de la identidad personal y el núcleo del yo, con lo cual los cambios corporales afectan considerablemente al paciente (Lillo, 2001). En estos casos es importante determinar qué pacientes necesitan una atención más exhaustiva, dado que los problemas de la autoimagen provocados por el cáncer tienen un fuerte impacto sobre la emocionalidad y calidad de vida del paciente (Cabrera et al., 2017).

El duelo por pérdida corporal es un proceso más cognitivo. (Plaza y Rosario, 2013). La persona tiene que afrontar y reestructurar sus pensamientos sobre la imagen corporal, la identidad y sobre el mundo en el que vive. Este concepto de la imagen corporal es un factor de identidad en la dimensión psicológica, fisiológica y social (Plaza y Rosario, 2013).

### **3.3. Factores de riesgo y protección del duelo complicado**

Existen una serie de factores que pueden facilitar o evitar la aparición del duelo complicado. Por ello, es importante conocer aquellos factores de riesgo que puedan condicionar la elaboración del duelo en el paciente oncológico (Barreto y Pérez, 2013). Estos factores pueden ser divididos en 3 categorías propuestas por Barreto y Soler (2007):

**Situacionales.** En este caso tiene que ver con el tipo de muerte y características de la situación. Si ésta es inesperada o con un componente violento, tendrá más implicaciones en el bienestar del doliente que si fuese previsible, como ocurre con el duelo anticipado (Barreto et al., 2008).

**Personales.** Estos factores hacen referencia a las variables individuales que influyen en la adaptación a los estresores vitales, como pueden ser la edad, el género, la personalidad y las reacciones emocionales intensas ante la pérdida.

**Interpersonales.** Se refieren a aquellos aspectos relacionados con la comunicación y relación con la familia y la red social. Estos factores son los que ejercen

un mayor papel influyente en la elaboración del duelo. Los más comunes son el vínculo de dependencia con el paciente y la percepción de apoyo emocional insuficiente.

Otros autores relacionan en términos generales la vulnerabilidad de desarrollo de un duelo complicado con aspectos personales (variables individuales, salud física y mental, valoración subjetiva de la situación, ...), relacionales (dependencia, ambivalencia o relación conflictiva con el paciente, pérdidas en edades tempranas, ...), circunstanciales (tipo de pérdida y juventud del paciente) y sociales (bajo nivel socioeconómico, percepción de escaso apoyo intrafamiliar y otros factores estresantes) (Lacasta y Sastre, 2000; Lacasta y Soler, 2004).

Aunque no siempre es necesaria la intervención ni debe darse por sentada pues se trata de un proceso de adaptación normal, es importante tener estos factores en cuenta para poder detectar y prevenir la aparición de un duelo complicado, (Gil-Juliá, Bellver y Ballester, 2008; Lacasta y Soler, 2004).

Además de identificar estos condicionantes en el proceso de adaptación, se deberían determinar de igual modo aquellos que pueden promover y proteger la salud de la persona. Barreto y Soler (2007) exponen aquí de nuevo otras 3 categorías en las que organizan los factores de protección:

**Estrategias de afrontamiento.** Las pérdidas en el proceso de la enfermedad son consideradas estresores ante los cuales la persona tiene que poner en marcha sus recursos de afrontamiento, tanto de cara al problema como a la emoción, según la situación dada.

**Aquellos factores de protección inferidos a raíz de los predictores de riesgo.** Ejemplo de ello son la percepción de apoyo familiar necesario, la ausencia de dificultades socioeconómicas o el conocimiento de lo que gira en torno a la enfermedad y su pronóstico ajustado a la realidad).

**Factores que se deducen a partir de la experiencia clínica.** La percepción de autoeficacia, el autocuidado, la flexibilidad mental o la habilidad para planificar y resolver problemas.

### **3.4. Importancia del apoyo social en el ajuste a la enfermedad.**

El cáncer es una enfermedad que compromete la calidad de vida de la persona que la padece. Es considerado un evento amenazante para el que se necesitan esfuerzos y estrategias cognitivas de afrontamiento con el fin de poder reducir el malestar emocional que provoca (Rodríguez-Quintana et al., 2012). Se ha detectado una alta prevalencia de problemas de salud mental y síntomas de ansiedad, depresión y malestar emocional en las personas que padecen cáncer (Hernández y Cruzado, 2013). Dentro del proceso del cáncer, el duelo puede desencadenar complicaciones patológicas (García-Viniegras et al., 2014). Según Robert et al. (2010), el uso de estrategias de afrontamiento a lo largo de la evolución del cáncer reduciría la aparición de este tipo de complicaciones y facilitaría un mejor ajuste a la enfermedad, proporcionando al paciente una mayor calidad de vida.

Es de gran relevancia, por tanto, explorar la calidad de vida en el paciente oncológico para identificar como está impactando la enfermedad y su respectivo tratamiento junto con los efectos secundarios, además de explorar y conocer sus recursos personales (Coyotl et al., 2015).

El apoyo social es indispensable para llevar a cabo el proceso de readaptación a las nuevas condiciones vitales y es considerado un factor de protección en el ajuste a la enfermedad (Robert et al., 2013; Shapiro et al., 2010). Es descrito como la percepción que tiene, en este caso el paciente oncológico, sobre la disponibilidad de recursos sociales y su facilitación (Gottlieb y Bergen, 2010). Es decir, es la experiencia subjetiva de sentirse cuidado, valorado y con las necesidades atendidas (Melguizo-Garín et al., 2019).

La familia es el principal marco de referencia y pertenencia para el individuo y, por tanto, su papel en acontecimientos vitales importantes es significativo (Torrico et al., 2002). Cuando algún miembro sufre cualquier tipo de cambio vital la familia se ve afectada, teniendo que reestructurar el sistema y sus funciones (García-Viniegras et al., 2014). De igual modo ha de incluirse la cultura como variable a tener en cuenta, dado que el rol que adapta cada uno de los miembros ante el cuidado del paciente oncológico,



la comunicación de la información médica y el grado de cohesión se ven determinados en cierta medida por el componente cultural (Die Trill, 2003). Asimismo, teniendo lo anterior en cuenta, la familia posee un papel activo en el proceso del cáncer, ya que, además de su propio dolor y cambio, tiene que proporcionar apoyo emocional al miembro que padece la enfermedad. (García-Viniegras et al., 2014).

No obstante, en enfermedades de larga duración como puede ser el cáncer, es posible que aparezca la claudicación familiar (Soler, 2001). Se define como la incapacidad de los familiares para dar una respuesta ajustada a las necesidades del miembro que está enfermo (Pérez y González, 2016). Si ésta no se resuelve, puede provocar el abandono afectivo del paciente oncológico y, por consiguiente, el deterioro de su calidad de vida y cuidados (García-Viniegras et al., 2014).

En términos generales, esta reacción surge como consecuencia de no poder hacer frente al dolor e incertidumbre que supone la situación y tiene un efecto directo sobre la relación y comunicación con la persona que padece la enfermedad (Pérez y González, 2016).

Por esta misma razón deberían ser consideradas en este proceso, no solamente las necesidades del paciente, sino también las de su entorno más cercano, pues la intervención con estos últimos facilitará el ajuste del paciente a su enfermedad y la elaboración del duelo (Torrice et al., 2002). Según Pérez y González (2016), la presencia de sobrecarga en los familiares podría ser un indicador para determinar el riesgo o existencia de claudicación familiar.

En este caso se podría dar una intervención preventiva encaminada a potenciar los recursos familiares, aminorando el impacto emocional de la situación para así evitar un posible duelo complicado y claudicación emocional (Soler, 2001).

### **3.5. Resiliencia, duelo y cáncer**

Según Rutter (2007), la resiliencia es la capacidad de superar la adversidad y adaptarse a una vida significativa y productiva. Otros autores la definen como el conjunto de atributos que otorgan a la persona la capacidad de superación ante la adversidad (González-Arratia et al., 2011). Este concepto se ha relacionado con el

proceso de duelo, pues contribuye a una mejor asimilación de la pérdida y a un mayor bienestar emocional (Miaja y Moral, 2015). Además, se ha comprobado en diferentes estudios que la resiliencia incrementa a raíz de superar una pérdida significativa, mejorando la capacidad de adaptación en la persona de cara a futuras pérdidas (Bonanno et al., 2011; Mancini y Bonanno, 2006).

Las personas con cáncer se enfrentan a diversas pérdidas a lo largo de su enfermedad y es de gran importancia que vayan elaborando los duelos para que su capacidad de resiliencia mejore, resultando más fácil la adaptación a la siguiente pérdida y por tanto, mejorando la calidad de vida del paciente (Rueda y Cerezo, 2020).

Ante un estresor, la persona evalúa de manera inconsciente la situación, viendo como puede afrontarla y valorando si tiene recursos suficientes (Rodríguez-Quintana et al., 2012). Cuando esta percepción de recursos es muy poca o inexistente, el estresor se percibe como mayor (Rodríguez-Quintana et al., 2012). En este caso la resiliencia actúa como una variable de personalidad que incrementa los recursos para afrontar las demandas percibidas ante un estresor, es decir, el diagnóstico de cáncer o el tratamiento (Miaja y Moral, 2015).

La evidencia empírica sugiere que las personas con mayor resiliencia suelen ser aquellas que muestran un mejor ajuste psicológico tras conocer el diagnóstico de cáncer, teniendo un efecto directo sobre la adherencia al tratamiento posterior, supervivencia de la enfermedad y calidad de vida durante todo el proceso (Rueda y Cerezo, 2020). Por consiguiente, se puede señalar la resiliencia como factor protector de adaptación en el duelo por pérdida de salud en pacientes oncológicos (Stewart y Yuen, 2011).

### **3.6. Supervivencia**

No existe un consenso respecto a la definición de superviviente de cáncer (Rodríguez et al., 2011). Sin embargo, está muy vinculada a la fase de remisión, definida como aquella en la que los tratamientos han llegado a su fin y la enfermedad no está presente (Alonso y Bastos, 2011).

Al igual que el proceso de adaptación a la enfermedad que tiene lugar cuando se conoce el diagnóstico del cáncer, en esta fase surge un proceso de adaptación a la

normalidad (Alonso y Bastos, 2011; Cruz et al., 2007). En este momento la persona tiene que afrontar la vida sin enfermedad, lo cual genera una serie de cambios psicológicos debido a que la atención y energía han estado dirigidas principalmente hacia el afrontamiento y tratamiento de la enfermedad (Cruz et al., 2007). En esta fase la resiliencia se destaca como herramienta esencial para poder hacer un reajuste vital lo más pronto y fácil posible (Rueda y Cerezo, 2020).

Existen diversos factores que influyen en cómo vive cada persona su enfermedad (tipo de cáncer, características personales, etc.), pero se presenta un factor común a todos los pacientes oncológicos, todos ellos se han enfrentado a una enfermedad grave, un tratamiento generalmente agresivo e incertidumbre de cara al futuro (Cruz et al., 2007).

Además, la remisión se caracteriza por ser una fase en la que predominan los momentos de vulnerabilidad e incertidumbre (Alonso y Bastos, 2011). En muchos casos prevalece el miedo o la ansiedad de cara a una posible recidiva, denominado comúnmente como “Síndrome de Damocles” (Rodríguez et al., 2011). Según un estudio de Mehnert et al. (2016) este miedo estaba presente en el 23,6% de las mujeres con cáncer de mama, y es considerado un miedo normal tras haber sufrido una enfermedad oncológica (Cruz et al., 2007). No obstante, si éste acaba siendo fuente de un estrés crónico para la persona, cualquier cambio o síntoma físico intensificará ese miedo, impidiendo a la persona llevar a cabo un funcionamiento normal en su día a día (Alonso y Bastos, 2011).

#### **4. Discusión y conclusión.**

La presente revisión se centra en presentar una visión integral sobre el proceso de adaptación a las pérdidas que tienen lugar en el cáncer y los aspectos que pueden condicionar positiva y negativamente su evolución. Para ello, se ha recogido información sobre el concepto de duelo y su importancia dentro del proceso del cáncer, así como sobre los elementos facilitadores y disruptores que pueden condicionar la elaboración del duelo. Además, se ha revisado bibliografía sobre lo que ocurre tras superar esta afección. Al ser un tema tan amplio que contiene una gran cantidad de variables a tener en cuenta, no se ha logrado hacer un trabajo más específico y profundo. En este sentido, quizá hubiese sido más acertado especificar más el tema, ya sea reduciéndolo a un tipo de cáncer o a un tipo de población específica. Aún así, me resulta interesante aportar esta visión más global, pues tanto el cáncer como el duelo pueden presentarse en cualquier etapa del ciclo vital.

Como se ha mencionado anteriormente en el trabajo, esta enfermedad comprende mucho más que una pérdida de salud. Conlleva un desajuste vital que impacta emocionalmente tanto al paciente como a aquellos que le rodean. La persona se ve obligada a adaptarse y acomodarse a esta vida nueva en presencia del cáncer y para ello tiene que poner en marcha diversos recursos de afrontamiento. Por ello, el papel de la Psicooncología es muy necesario.

Respecto al proceso de duelo en el cáncer, éste cobra gran importancia ya que el paciente necesita ir adaptándose y resolviendo las pérdidas que van teniendo lugar a lo largo de la enfermedad y a las que inevitablemente se tiene que enfrentar. En este sentido, conviene recordar que el duelo es un proceso completamente normal y algo que todos los seres humanos experimentamos a lo largo de nuestra experiencia vital. Su elaboración ocasiona dolor y sufrimiento y por tanto es relevante tener en cuenta que el trabajo de la Psicología no reside en evitar o paliar ese sufrimiento, sino en acompañar y explorar las vivencias que la persona está teniendo. Es esencial estar atentos, ya que si este proceso se complica habría que considerar la atención psicológica.

Definitivamente, el objetivo fundamental es explorar los diferentes aspectos que pueden estar incidiendo en la calidad de vida del paciente, como son: el impacto de la enfermedad y el tratamiento, su recorrido vital o la evolución y adaptación a la enfermedad para poder mejorarla en la medida de lo posible.

Es verdad que, hoy en día, el cáncer parece tener mejor pronóstico y el número de supervivientes va incrementando (Rodríguez et al., 2011). Sin embargo, es una enfermedad que tiene también una fuerte vinculación con el concepto de muerte y, por tanto, es inevitable que surjan ciertas ideas preconcebidas y un miedo añadido una vez se confirma el diagnóstico. Así pues, es también necesario explorar las ideas que tenga la persona acerca del cáncer, ya que puede afectar a la autoeficacia percibida y, por consiguiente, a su manera de afrontar la enfermedad.

Con respecto a la bibliografía encontrada, las investigaciones tendían a estar enfocadas en un tipo de cáncer específico (cáncer de mama, de pulmón, ...) o en un momento específico del ciclo vital (cáncer infantil, cuidados paliativos, ...), resultando complejo encontrar aspectos extrapolables a todos los casos.

Sin embargo, existe una gran variedad de artículos dirigidos a explorar factores de protección y predictores del duelo complicado. Esto sostiene un enfoque preventivo que puede ser acertado de cara a centrar la atención en aquellos elementos condicionantes de la aparición de este duelo.

Es cierto que no se debe presuponer una atención psicológica necesaria en los casos de elaboración del duelo, pero si un cuidado del paciente, de la comunicación con la familia y los médicos para poder prevenir posibles complicaciones.

Está claro que nuestra labor como psicólogos no es mejorar el cáncer ni mucho menos curarlo, sino tener en cuenta la experiencia vital de la persona, atendiendo a aquellas variables que pueden condicionar su calidad de vida. Es fundamental respetar el ritmo y la reacción de cada paciente, adaptando cualquier tipo de intervención a ellos y no al revés.

De igual modo, es conveniente resaltar que las complicaciones y los procesos de adaptación no cesan con la remisión del cáncer. En este caso la persona tiene que readaptarse a su vida sin la enfermedad. Muchas veces es en esta fase cuando aparece la emocionalidad y el sufrimiento más claro, pues en el resto del proceso la atención ha ido dirigida a la superación al tratamiento y al afrontamiento y es ahora cuando surge ese espacio de desahogue emocional.

Hacia el futuro creo que es necesario seguir investigando en esta dirección, incluyendo quizá el componente cultural que influye en la experiencia del cáncer.

Además, considero que hace falta hacer una separación entre el cáncer infantil y el cáncer en la adolescencia. La percepción de enfermedad y de muerte es diferente, así como los desafíos y tareas a las que se enfrentan las personas que se encuentran en ese momento del ciclo vital. Por ello no deberían solaparse y se podría comenzar a explorar de manera independiente y diferente como puede afectar una enfermedad como el cáncer en un momento de desarrollo vital tan importante como es la adolescencia.

## 5. Referencias.

Alonso, C. A. y Bastos, A. (2011). Intervención psicológica en personas con cáncer. *Clínica contemporánea*, 2(2), 187.

Antón, A., Calderero, V. y Puértolas, T. (2007). Influencia del control del dolor y otros síntomas en el duelo. *Duelo en oncología*. Madrid: Sociedad Española de Oncología Médica, 49-62.

Barreto, P. y Pérez, M. (2013). Tratamiento del Duelo. En J.A. Cruzado (Ed.). *Manual de Psicooncología* (pp. 341-358). Madrid, España: Pirámide.

Barreto, P. y Soler, M.C. (2007). *Muerte y duelo*. Madrid, España: Síntesis.

Bonanno, G. A., Westphal, M. y Mancini, A. D. (2011). Resilience to loss and potential trauma. *Annual review of clinical psychology*, 7, 511-535.

Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of Human Development*. Cambridge, Harvard University Press.

Cabodevilla, I. (2007). Las pérdidas y sus duelos. En *Anales del sistema sanitario de Navarra* (Vol. 30, pp. 163-176). Gobierno de Navarra. Departamento de Salud.

Cabrera, Y., López, E., López, E. y Arredondo, B. (2017). La psicología y la oncología: en una unidad imprescindible. *Revista Finlay*, 7(2), 115-127.

Coyotl, E., Morales, F. A., Xicali, N., Torres, A., del Socorro Villegas, M., Tenahua, I. y Arrijoja, G. (2015). Relación del apoyo social y la calidad de vida en personas con cáncer. *European Journal of Health Research*, 1(2), 51-61.

Cruz, J.J., del Barco, E. y Franco, P. (2007). Tratamiento y pérdidas funcionales: los duelos del cáncer. En C. Camps y P.T. Sánchez. (Eds.), *Duelo en Oncología* (pp. 209-222). Madrid, España: Dispublic SL

De Haro-Rodríguez, M. A., Gallardo-Vidal, L. S., Martínez-Martínez, M. L., Camacho-Calderón, N., Velázquez-Tlapanco, J. y Paredes-Hernández, E. (2014). Factores relacionados con las diferentes estrategias de afrontamiento al cáncer de mama en pacientes de recién diagnóstico. *Psicooncología*, 11(1), 87-99.

de la Rubia, J. M. y Miaja, M. (2015). Contraste empírico del modelo de cinco fases de duelo de Kübler-Ross en mujeres con cáncer. *Pensamiento Psicológico*, 13(1), 7-25.

de la Rubia, J. M. y Miaja, M. (2015). Significados dados al cáncer y su relación con respuestas psicológicas de duelo en personas tratadas por cáncer. *Boletín de Psicología*, (113), 7-27.

Die Trill, M. (2003). Influencia de la cultura en la experiencia del cáncer. *Psicooncología*, (1), 39.

García-Viniegras, C. R., Grau Abalo, J. A., y Pedreira, I. (2014). Duelo y proceso salud-enfermedad en la Atención Primaria de Salud como escenario para su atención. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 30(1), 121-131.

Garzón, E. O., Salazar, L. M., Barrero, J. C., Chavarro, S., Cardona, G. T., y Guerrero, M. V. (2014). Relación entre las estrategias de afrontamiento, ansiedad, depresión y autoestima, en un grupo de adultos con diagnóstico de cáncer. *Psychologia: avances de la disciplina*, 8(1), 77-83.

Gil-Juliá, B., Bellver, A y Ballester, R. (2008). Duelo: evaluación, diagnóstico y tratamiento. *Psicooncología*, 5(1), 103-116.

González-Arratia, N. I., Nieto, D., & Valdez, J. L. (2011). Resiliencia en madres e hijos con cáncer. *Psicooncología*, 8(1), 113.

Guillem, V., Romero, R. y Oliete, E. (2007). Manifestaciones del duelo. En C. Camps y P.T. Sánchez. (Eds.), *Duelo en Oncología* (pp. 63-83). Madrid, España: Dispublic SL



Hernández, M. y Cruzado, J. A. (2013). La atención psicológica a pacientes con cáncer: de la evaluación al tratamiento: 1er Premio de la XIX edición del Premio de Psicología Aplicada "fael Burgaleta" 2012. *Clínica y Salud*, 24(1), 1-9.

Jaramillo, J. A. y Oquendo, A. M. (2013). El duelo como fenómeno psicosocial: Una breve revisión teórica. *Revista Electrónica de Psicología Social Poiésis*, 25.

Lacasta M. A. y Sastre P. El manejo del duelo. En: Die M, López E, editoras. Aspectos psicológicos en cuidados paliativos. La comunicación con el enfermo y la familia. Madrid: Ades Ediciones, 2000; p. 491-506.

Lacasta, M. A., y Soler, M. C. (2004). El duelo: prevención y tratamiento del duelo patológico. Cuidados después de la muerte. *Manual SEOM de Cuidados Continuos*. Madrid: Dispublic, SL, 2004, 713-730.

Lacasta, M. y Arranz, P. (2005). Anticipación del duelo. *FMC-Formación Médica Continuada en Atención Primaria*, 12, 91-96.

Linden, W., Vodermaier, A., Mackenzie, R. y Greig, D. (2012). Anxiety and depression after cancer diagnosis: prevalence rates by cancer type, gender, and age. *Journal of affective disorders*, 141(2-3), 343-351.

Lluch, A., Almonacid, V. y Garcés, V. (2007). Depresión y duelo anticipatorio en el paciente oncológico. En C. Camps y P.T. Sánchez (Eds.), *Duelo en oncología*. Madrid: Dispublic SL, 183-196.

Mancini, A. D. y Bonanno, G. A. (2006). Resilience in the face of potential trauma: Clinical practices and illustrations. *Journal of clinical psychology*, 62(8), 971-985.

Martín, M.J., Matellanes, M.B., y Pérez, J. (2007). El impacto psicológico del cáncer de pulmón en el paciente y su familia. *Mapfre medicina*, 18(2), 108-113.

Mehnert, A., Brähler, E., Faller, H., Härter, M., Keller, M., Schulz, H., y Koch, U. (2014). Four-week prevalence of mental disorders in patients with cancer across major tumor entities. *Journal of Clinical Oncology*, 32(31), 3540-3546.

Mehnert, A., Lehmann, C., Graefen, M., Huland, H. y Koch, U. (2010). Depression, anxiety, post-traumatic stress disorder and health-related quality of life and its association with social support in ambulatory prostate cancer patients. *European journal of cancer care*, 19(6), 736-745.

Melguizo-Garín, A., Martos-Méndez, M. J. y Hombrados-Mendieta, I. (2019). Influencia del apoyo social sobre el estrés y la satisfacción vital en padres de niños con cáncer desde una perspectiva multidimensional. *Psicooncología*, 16(1), 25.

Palao, Á., Rodríguez, B., Priede, A., Maeso, A., y Arranz, H. (2011). Cambios psicológicos e intervenciones basadas en mindfulness para los supervivientes de un cáncer. *Psicooncología*, 8(1), 7-20.

Pérez, C. y González, B. L. (2016). Claudicación familiar con pacientes oncológicos en etapas avanzadas de la enfermedad. *Revista del Hospital Psiquiátrico de La Habana*, 13(1).

Robert, V., Álvarez, C. y Valdivieso, F. (2013). Psicooncología: Un modelo de intervención y apoyo psicosocial. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 24(4), 677-684.

Rodríguez-Quintana, R., Hernando-Trancho, F., Cruzado, J. A., Olivares, M. E., Jamal, I., y Laserna, P. (2012). Evaluación de la calidad de vida, estado emocional y estrategias de afrontamiento en pacientes con enfermedad neoplásica pulmonar. *Psicooncología*, 9(1), 95-112.

Rojas, C. y Gutiérrez, Y. (2016). Aproximaciones en psicooncología: una breve revisión. *Psicooncología: aportes a la comprensión y la terapéutica*, 29-47.

Romero, V. (2013). Tratamiento del duelo: exploración y perspectivas. *Psicooncología*, 10(2/3), 377.

Rueda, P. y Cerezo, M. V. (2020). Resiliencia y Cáncer: Una relación necesaria. *Escritos de Psicología-Psychological Writings*, 13(2), 90-97.

Sánchez, B. F., Martín, V. J., Vázquez, C. M. S., y Alonso, E. B. (2016). Atención psicológica para pacientes con cáncer y sus familiares: ¿qué nos encontramos en la práctica clínica? *Psicooncología*, 13(2/3), 191.

Rutter, M. (2007). Resilience, competence and coping. *Child Abuse and Neglect*, 31, 205-209.

Sánchez, P. T., Corbellas, C., y Camps, C. (2007). Depresión y duelo anticipatorio en el paciente oncológico. En C. Camps y P.T. Sánchez (Eds.), *Duelo en oncología*. Madrid: Dispublic SL, 237-52.

Shapiro, J. P., McCue, K., Heyman, E. N., Dey, T. y Haller, H. S. (2010). Coping-related variables associated with individual differences in adjustment to cancer. *Journal of Psychosocial Oncology*, 28(1), 1-22.

Sociedad Española de Oncología Médica. (SEOM). *Las cifras del cáncer en España 2020*. Madrid: SEOM, 6.

Soler, M. C (2001). Intervención en la familia y el duelo. *Revista de psicología de la salud*, 13(2), 97-117.

Stewart, D. E. y Yuen, T. (2011). A systematic review of resilience in the physically ill. *Psychosomatics*, 52(3), 199-209.

Torrico, E., Santín C., Andrés, M., Menéndez, S. y López, M. J. (2002). El modelo ecológico de Bronfenbrenner como marco teórico de la Psicooncología. *Anales De Psicología / Annals of Psychology*, 18(1), 45-59.

Varela B, Alonso R, Galain A, Ibañez A, Abreu M. Defensas y afrontamiento frente al cáncer de mama luego del diagnóstico y cirugía. *Rev Psiquiatr Urug* 2011;72:110-22.

Vinaccia, S., Quiceno, J. M., Fernández, H., Contreras, F., Bedoya, M., Tobón, S. y Zapata, M. (2005). Calidad de vida, personalidad resistente y apoyo social percibido en pacientes con diagnóstico de cáncer pulmonar. *Psicología y salud*, 15(2), 207-220.

Worden, J. W., Aparicio, Á. y Barberán, G. S. (2013). *El tratamiento del duelo: asesoramiento psicológico y terapia*. Barcelona: Paidós.