

Duelo y psicooncología

Máster en Procesos de Duelo

**acompañar
desde
el vínculo**



1. **Introducción: el cáncer como acontecimiento biográfico**
2. **La dimensión del duelo en la experiencia oncológica**
3. **Duelo anticipado: vivir con la conciencia de la pérdida**
4. **La familia en duelo: cuidadores que también sufren**
5. **Reacciones emocionales ante el diagnóstico y el tratamiento**
6. **Acompañamiento psicológico en la fase de enfermedad activa**
7. **Duelo en la remisión o recaída: lo que nadie espera**
8. **La muerte posible, la vida presente: intervención en cuidados paliativos**
9. **Dinámicas terapéuticas para pacientes oncológicos y familias**
10. **Consideraciones éticas y culturales en el acompañamiento oncológico**
11. **Conclusión: una mirada integral al sufrimiento y la esperanza**
12. **Referencias bibliográficas comentadas**

Capítulo 1. Introducción: el cáncer como acontecimiento biográfico

El diagnóstico de cáncer no es solo un hecho médico. Es, sobre todo, un acontecimiento biográfico que fractura el curso esperado de la vida. Irrumpe en la cotidianidad, sacude el sentido de continuidad y nos enfrenta, muchas veces de forma abrupta, con la vulnerabilidad, la pérdida y la finitud. En ese sentido, hablar de psicooncología no es solo hablar de psicología aplicada a la enfermedad, sino de acompañar el sufrimiento que nace cuando lo impensable se vuelve real.

Desde una perspectiva relacional, el cáncer genera una ruptura no solo en el cuerpo, sino también en la narrativa que las personas construyen sobre sí mismas. Aquello que “yo era” (activo, fuerte, invulnerable, necesario para otros) entra en conflicto con lo que el nuevo rol de “paciente oncológico” implica. Este quiebre simbólico activa un proceso de duelo, aunque no siempre se nombre como tal.

Cifras que humanizan

Según datos del Observatorio Global del Cáncer (Globocan, 2022), se diagnosticaron más de 19 millones de nuevos casos de cáncer en el mundo. En España, el número supera los 280.000 anuales, y en América Latina, más de 1.5 millones. Detrás de cada número hay una historia detenida, un proyecto reescrito y una familia que comienza, también, un proceso de adaptación a la pérdida.

Pero la pérdida no es solo la muerte. En el contexto oncológico, hay muchas pérdidas que preceden —o incluso reemplazan— a la muerte física: pérdida de salud, de imagen corporal, de autonomía, de rol social, de expectativas de futuro, de intimidad, de identidad.

Testimonio real (paciente, 49 años)

“Yo antes era el que llevaba la empresa, el que cuidaba a todos. Desde que me diagnosticaron linfoma, soy ‘el enfermo’. Me lo dicen con buena intención, pero me duele. Siento que dejé de ser yo.”

Este relato es uno entre miles. Nos recuerda que, antes de intervenir con técnicas o herramientas, necesitamos comprender el lugar simbólico que ocupa el cáncer en la vida de cada persona.

Acontecimiento límite y duelo invisible

La psicooncología contemporánea ha subrayado el valor de entender el cáncer como una *experiencia límite* (Yalom, 1980), es decir, como una vivencia que confronta al individuo con dimensiones existenciales como la muerte, el sentido, la soledad y la libertad. Estas dimensiones —a menudo silenciadas en los discursos sanitarios— emergen en consulta con fuerza y vulnerabilidad.

El duelo en el proceso oncológico es, muchas veces, un **duelo invisible** (Doka, 1989): no se legitima socialmente, no se nombra como tal, y sin embargo condiciona el estado emocional y relacional del paciente. Duelo por lo que se pierde, por lo que ya no será, por lo que no se dijo.

Ejemplo clínico:

Una paciente de 35 años con cáncer de mama metastásico compartía en sesión:

“Nadie me habla de la posibilidad de morir. Todos me dicen que hay que luchar, que sea fuerte. Y yo lo intento... pero en el fondo lo que quiero es despedirme con tiempo. Me siento sola en este deseo.”

Como terapeutas, necesitamos abrir espacios donde estas palabras tengan cabida, donde la despedida no sea un tabú, y donde acompañar implique sostener sin corregir.

Claves para el acompañamiento inicial:

- Nombrar la experiencia como un acontecimiento biográfico, no solo biomédico.
- Validar las emociones emergentes sin patologizar: el miedo, la rabia, la tristeza, el desconcierto.
- Escuchar la narrativa del paciente: ¿Qué significa este diagnóstico para ti?
- Permitir el dolor sin apresurar el optimismo.
- Identificar duelos implícitos desde el primer momento.

Dinámica terapéutica inicial: *“La línea de la vida interrumpida”*

Objetivo: ayudar al paciente a visualizar el impacto del cáncer en su narrativa vital.

Instrucciones:

1. Se dibuja una línea horizontal con los momentos importantes de la vida.
2. Se marca el punto del diagnóstico.
3. Se invita a escribir o verbalizar qué cambios, interrupciones o pérdidas supuso.
4. Se reflexiona sobre lo que permanece, lo que duele, lo que aún se desea.

Esta dinámica puede realizarse tanto en sesiones individuales como en talleres psicoeducativos. El objetivo no es “cerrar” el duelo, sino legitimarlo y dotarlo de palabras.

Capítulo 2. La dimensión del duelo en la experiencia oncológica

El cáncer no solo produce sufrimiento físico. Impacta directamente en la esfera emocional, relacional y existencial. Desde una mirada psicooncológica, reconocemos que **todo proceso oncológico incluye múltiples experiencias de pérdida**, algunas visibles y otras no nombradas, que activan procesos de duelo tanto en el paciente como en su entorno.

No hay un único duelo, sino una constelación de microduelos que pueden aparecer de forma simultánea o secuencial: el cuerpo que cambia, la sexualidad que se transforma, el rol familiar que se desdibuja, los proyectos que se aplazan o se interrumpen. La enfermedad se convierte, así, en un territorio donde el duelo se entrelaza con la esperanza, la lucha, el miedo y el amor.

Dimensiones del duelo oncológico

Dimensión	Ejemplo clínico
Corporal	“Desde la quimio no reconozco mi cuerpo: he perdido el pelo, el pecho, el deseo.”
Identitaria	“Yo era el que sostenía a mi familia. Ahora soy quien necesita ayuda.”
Laboral y social	“Me suspendieron del trabajo. Siento que ya no sirvo.”
Temporal	“Vivo con la sensación de que ya no tengo tiempo.”
Relacional	“Mi pareja me evita. No hablamos del tema.”
Espiritual o existencial	“No sé por qué me pasa esto. Todo ha perdido sentido.”

Estos duelos, si no se acompañan, pueden derivar en sufrimiento psíquico intenso, retraimiento o descompensación emocional. La clave es *nombrarlos, validarlos* y crear espacio para que puedan ser elaborados.

Ejemplo clínico

Andrés, 63 años, con diagnóstico de cáncer de próstata avanzado, expresó en consulta:

“No me siento enfermo, pero ya no me llaman para tomar decisiones en casa. Es como si me hubieran jubilado de mi propia vida.”

Este tipo de expresión da cuenta de una **pérdida de rol**, muchas veces no reconocida, pero profundamente dolorosa. La intervención psicológica debe atender no solo el síntoma emocional (tristeza, ansiedad), sino el significado simbólico de aquello que se ha perdido.

Duelo no reconocido o desautorizado (disenfranchised grief)

Kenneth Doka (1989) acuñó este concepto para referirse a los duelos que no son socialmente reconocidos, expresados o legitimados. En oncología, esto es frecuente:

- El duelo del paciente que ha “superado” la enfermedad pero se siente fracturado.
- El duelo del cuidador que sufre en silencio mientras sostiene a otros.
- El duelo de los adolescentes oncológicos, cuya pérdida de normalidad se banaliza.
- El duelo por el cambio de imagen corporal, tratado como algo “superficial”.

Comentario clínico:

El silencio no protege; a menudo, cronifica. Por eso, el psicólogo debe convertirse en una figura que da permiso simbólico para hablar de la pérdida, sin minimizarla ni medicalizarla.

Dinámica: “*Lo que no se ve*”

Objetivo: Nombrar y visibilizar las pérdidas invisibles del proceso oncológico.

Instrucciones:

1. Se entrega una silueta del cuerpo humano en papel.
2. Se invita al paciente (o grupo) a escribir dentro del cuerpo lo que se ha perdido que *no se ve a simple vista*: confianza, ganas, intimidad, rol...
3. Fuera de la silueta, pueden escribir lo que los demás sí ven: caída del cabello, fatiga, intervenciones quirúrgicas.
4. Se reflexiona sobre esta diferencia y se abre el espacio para integrar ambas capas de experiencia.

Esta dinámica es especialmente útil en grupos psicoeducativos o en sesiones donde el paciente tiene dificultades para verbalizar el duelo.

Capítulo 3. Duelo anticipado: vivir con la conciencia de la pérdida

El duelo anticipado se refiere al proceso de elaboración emocional que comienza antes de que la pérdida se materialice. En oncología, este fenómeno es especialmente frecuente: pacientes y familias empiezan a despedirse de la salud, del futuro esperado, de los vínculos tal y como eran, incluso antes de que ocurra la muerte.

Este tipo de duelo es complejo, silencioso y, a menudo, solitario. Muchos pacientes no se sienten autorizados para llorar “algo que aún no ha pasado”, mientras que los profesionales y cuidadores tienden a reforzar narrativas de lucha, esperanza y positividad, lo cual puede dejar poco espacio para el miedo, la tristeza o el deseo de cerrar asuntos pendientes.

Definición y características

Según Therese Rando (2000), el duelo anticipado no es simplemente esperar la muerte, sino comenzar a experimentar, de forma parcial y emocional, el proceso de pérdida. Incluye:

- Reconocer la posibilidad o inminencia de la muerte.
- Sentir tristeza por lo que ya se está perdiendo.
- Prepararse emocionalmente para el desenlace.
- Reorganizar mentalmente los vínculos y los planes.

Testimonio real

“Desde que me dijeron que la metástasis ya no responde al tratamiento, siento que vivo con una cuenta atrás. A veces me despierto pensando si este será mi último verano.” – Rebeca, 58 años.

Riesgos clínicos si no se acompaña:

- **Aislamiento emocional:** “Nadie quiere hablar de esto conmigo.”
- **Falsa esperanza forzada:** “Si me permito sentir tristeza, es que me estoy rindiendo.”
- **Bloqueo afectivo:** “Mejor no pensar, no sentir.”
- **Duelo complicado posterior** en familiares que no pudieron despedirse o hablar de la muerte.

Ejemplo clínico

Carlos, 42 años, en tratamiento paliativo por tumor cerebral, expresaba su miedo a hablar con sus hijos:

“No quiero que me recuerden como alguien que se rindió. Pero también quiero que sepan cuánto los amo y lo que deseo para ellos.”

En estos casos, el psicólogo puede ayudar a traducir el miedo en vínculo, y la conciencia de muerte en oportunidad de legado y reparación emocional.

Claves de intervención terapéutica en duelo anticipado:

- **Validar la ambivalencia:** se puede sentir esperanza y tristeza al mismo tiempo.
- **Facilitar conversaciones significativas:** preparar despedidas, agradecimientos, perdones.
- **Trabajar la autonomía emocional del paciente:** ¿qué quiere hacer con el tiempo que queda?
- **Proteger los vínculos significativos:** dar lugar a conversaciones difíciles, pero necesarias.

Dinámica: “Lo que quiero dejar dicho”

Objetivo: Ayudar al paciente a expresar pensamientos o afectos importantes antes del final.

Instrucciones:

1. Se entregan tarjetas en blanco.
2. El paciente escribe mensajes a distintas personas significativas: “A mi hija...”, “A mi pareja...”, “A quien me cuide...”
3. No es obligatorio entregarlas, pueden guardarse o verbalizarse en sesión.
4. El psicólogo acompaña el proceso sin presionar, validando las emociones emergentes.

Variante terapéutica: Esta dinámica puede transformarse en una grabación de audio o video, como parte de un legado afectivo.

Capítulo 4. La familia en duelo: cuidadores que también sufren

En todo proceso oncológico, la familia no solo acompaña: también atraviesa su propio proceso de duelo. A menudo invisibilizado, el sufrimiento de los cuidadores se expresa en forma de desgaste físico, ansiedad, ambivalencia emocional y sensación de impotencia. Sin embargo, en la consulta psicológica suelen llegar solo cuando “ya no pueden más”.

Los cuidadores —especialmente las parejas, hijas/os adultos o hermanos cercanos— sostienen rutinas, medicamentos, citas médicas, estados de ánimo... mientras silencian sus propias necesidades. Esta sobrecarga emocional, sumada a la anticipación de la posible pérdida, da lugar a un **duelo anticipado en espejo**, con consecuencias clínicas y vinculares significativas.

Testimonio real

“Me siento mal por estar cansada. Mi madre es la que está enferma, no yo. Pero a veces, cuando se duerme, me encierro a llorar en el baño.” – Marta, 38 años, cuidadora de su madre con cáncer de páncreas.

Síntomas frecuentes en familiares y cuidadores:

- Insomnio, agotamiento físico crónico.
- Sentimientos de culpa por tener emociones ambivalentes (cansancio, rabia, deseo de que “acabe ya”).
- Pérdida de rol personal (“ya no soy yo, solo soy la que cuida”).
- Dificultades para anticipar el duelo o expresar miedo a la pérdida.
- Sensación de no poder compartir lo que sienten por temor a “debilitar” al paciente.

Ejemplo clínico

Enrique, 61 años, esposo de una mujer con cáncer metastásico, consultó por ansiedad. Su discurso era el siguiente:

“Ella se está muriendo y yo estoy haciendo terapia. Me siento egoísta. Pero me noto cada vez más irritable. Me he sorprendido deseando que todo acabe pronto, y eso me destroza.”

Este tipo de relato es frecuente. La intervención aquí no solo valida el derecho del cuidador a su dolor, sino que lo ayuda a entender que su sufrimiento no le resta amor, sino que revela el coste emocional de sostener.

Claves de intervención con familiares:

- Legitimar el dolor del cuidador como propio, no solo como reflejo del paciente.
- Trabajar la ambivalencia emocional desde la compasión, no desde la culpa.
- Fomentar pequeños espacios de autocuidado y presencia personal.
- Favorecer el diálogo familiar (si es posible): lo no dicho genera aislamiento.
- Prevenir el duelo complicado en los cuidadores más sobreimplicados.

Dinámica: “Lo que sostengo y lo que necesito”

Objetivo: Ayudar a los cuidadores a identificar sus recursos y carencias.

Instrucciones (individual o grupal):

1. En una hoja, se dibujan dos columnas:
 - “Lo que sostengo” (ej. emociones ajenas, decisiones, horarios médicos...).
 - “Lo que necesito” (espacio personal, ayuda práctica, descanso, expresión...).
2. Se reflexiona sobre el desequilibrio habitual entre ambas columnas.
3. El/la terapeuta puede invitar a pensar en un primer paso pequeño para pedir ayuda.

Comentario clínico:

Muchas veces el duelo anticipado del cuidador se manifiesta como hiperactividad: control de todo, disponibilidad total, anulación de sí mismo. Reconocer este patrón es una forma de prevenir el colapso emocional posterior.

Capítulo 5. Reacciones emocionales ante el diagnóstico y el tratamiento

El momento del diagnóstico oncológico suele vivirse como un antes y un después. En pocos minutos, una persona pasa de considerarse sana a enfrentarse a una realidad cargada de incertidumbre, tratamientos invasivos y, en ocasiones, amenazas vitales. Las reacciones emocionales que emergen no siguen un patrón lineal, pero comparten elementos que los profesionales clínicos debemos aprender a identificar y acompañar.

Principales reacciones emocionales al diagnóstico

1. **Shock e incredulidad**
 - Reacciones fisiológicas intensas: palpitaciones, disociación, bloqueo mental.
 - Frases típicas: “No puede ser”, “Debe haber un error”, “No lo estoy asimilando”.
2. **Negación adaptativa**
 - Mecanismo de defensa inicial que permite ganar tiempo psíquico para procesar.
 - Puede coexistir con una comprensión intelectual del diagnóstico.
 - Riesgo: negación prolongada que impida el inicio del tratamiento.
3. **Rabia e irritabilidad**
 - Dirigida hacia uno mismo, los médicos, la familia, o incluso “el destino”.
 - Puede manifestarse como malhumor constante o sensibilidad extrema.
 - Es una emoción secundaria que encubre dolor o miedo.
4. **Miedo y ansiedad anticipatoria**
 - Temor al tratamiento, al dolor, a la muerte o a la desfiguración física.
 - Ansiedad que anticipa complicaciones aún no presentes.
 - Puede generar insomnio, ataques de pánico o somatización.
5. **Tristeza y sensación de pérdida**
 - Puede confundirse con depresión clínica, pero no siempre lo es.
 - Llanto fácil, retraimiento, pérdida de apetito o de interés.
 - Necesita ser nombrada, no eliminada con frases de consuelo automático.
6. **Culpa**
 - “¿Habré hecho algo mal?”, “¿Será por no haberme cuidado?”.
 - Especialmente frecuente en cánceres con carga social (ej. pulmón, colon).
 - Puede reforzarse por el entorno (“¿fumabas mucho?”).

Ejemplo clínico

Lucía, 57 años, diagnosticada con cáncer de mama, expresó:

“Cuando me lo dijeron, me quedé paralizada. Sentía que me hablaban, pero no oía nada. Luego vino la rabia: ¿por qué a mí, ahora que empezaba a vivir más tranquila?”

Claves para la intervención psicológica en esta etapa

- Acompañar sin apresurar. Escuchar lo que se dice y lo que se calla.
- Evitar frases que minimicen (“hay que ser fuerte”, “todo irá bien”).
- Nombrar el miedo y el dolor como reacciones válidas y compartidas.
- Facilitar espacios donde el paciente no tenga que “poner buena cara”.

- Utilizar técnicas de grounding o mindfulness para estabilizar emocionalmente.

Dinámica: “La rueda de las emociones”

Objetivo: Ayudar a los pacientes a identificar y diferenciar sus emociones tras el diagnóstico.

Instrucciones:

1. Se entrega una plantilla con una rueda de emociones básica (alegría, tristeza, miedo, rabia, sorpresa...).
2. El paciente colorea o marca las emociones que ha sentido desde el diagnóstico.
3. Se exploran juntos:
 - ¿Cuál de estas emociones te cuesta más mostrar?
 - ¿Cuál aparece con más frecuencia?
 - ¿Con cuál te gustaría trabajar hoy?

Comentario clínico:

Esta dinámica es útil para pacientes que no verbalizan fácilmente o que sienten que “no tienen derecho” a estar mal. También permite al terapeuta observar patrones y elaborar hipótesis clínicas.

Capítulo 6. Acompañamiento psicológico en la fase de enfermedad activa

La fase de enfermedad activa —que incluye el diagnóstico, los tratamientos, las recaídas o complicaciones— representa un periodo especialmente vulnerable desde el punto de vista emocional y relacional. Durante esta etapa, el impacto del cáncer se manifiesta no solo en el cuerpo, sino también en la organización de la vida cotidiana, en los vínculos y en la percepción de uno mismo.

El acompañamiento psicológico aquí no se limita a “animar” o “escuchar”, sino que requiere una presencia especializada, capaz de identificar dinámicas de sufrimiento, facilitar recursos internos y externos, y acompañar al paciente en su proceso de adaptación a una nueva normalidad, incierta y cambiante.

Objetivos principales del acompañamiento en esta etapa:

- Estabilizar emocionalmente al paciente ante los efectos del diagnóstico y los tratamientos.
- Favorecer la elaboración del duelo por las pérdidas reales o simbólicas.
- Facilitar la comunicación con la familia y el equipo médico.
- Sostener la motivación y la adherencia al tratamiento.
- Reforzar el sentido de agencia y dignidad personal.

Ejemplo clínico

Antonio, 66 años, en quimioterapia por cáncer colorrectal avanzado, compartía:

“Yo antes me sentía fuerte. Desde que empecé el tratamiento, no me reconozco. Todo el mundo me ve como el enfermo. Yo me sigo sintiendo yo... pero sin energía, sin ganas.”

Este tipo de relatos son una puerta de entrada para trabajar la dimensión identitaria y los duelos simbólicos que el proceso médico genera.

Áreas de intervención frecuente

1. Identidad y autoestima

- Cambios físicos (caída del cabello, cicatrices, astenia) pueden afectar profundamente.
- El terapeuta puede explorar: “¿Qué parte de ti sientes que se mantiene?”, “¿Qué parte cuesta más reconocer ahora?”.

2. Dinámica familiar y rol social

- Muchos pacientes sienten que su rol ha cambiado (de proveedor a receptor de cuidados).
- Se puede trabajar desde preguntas circulares: “¿Qué ha cambiado en la forma en que te ven los demás?”

3. Adherencia y afrontamiento

- Acompañar la toma de decisiones sobre tratamientos, efectos secundarios o limitaciones.
- Explorar la narrativa del “paciente cumplidor” versus el “paciente en resistencia”.

4. Gestión emocional y regulación afectiva

- Técnicas de relajación, respiración, journaling, visualización positiva.
- Validación constante: “No hay una forma correcta de llevar esto. Solo la tuya.”

Dinámica: “El diario de la enfermedad”

Objetivo: Promover la expresión emocional y la autoobservación durante el tratamiento.

Instrucciones:

1. Se propone al paciente escribir (en papel o digitalmente) un diario breve con entradas diarias o semanales.
2. Preguntas guía:
 - ¿Cómo estoy hoy?
 - ¿Qué me ha aliviado o ayudado?
 - ¿Qué me ha dolido?
 - ¿Qué me gustaría decir y no he dicho?
3. Se puede trabajar el contenido en consulta (si el paciente lo desea) para identificar patrones emocionales o temas no resueltos.

Variante terapéutica: En pacientes con más dificultades expresivas, se puede usar el diario en formato de símbolos, colores o imágenes.

Comentario clínico

El acompañamiento no busca “curar el malestar”, sino habitarlo con el paciente, darle sentido, y construir un espacio donde lo que duele también pueda tener palabras y vínculo. La presencia empática, sin prisa y sin juicio, es a menudo el recurso más terapéutico.

Capítulo 7. Duelo en la remisión o recaída: lo que nadie espera

Aunque pueda parecer contradictorio, **la remisión completa o parcial del cáncer no siempre implica alivio emocional**. Muchos pacientes, tras superar el tratamiento activo, experimentan un duelo inesperado: el duelo por todo lo que han perdido durante la enfermedad, por el yo anterior, por las certezas que ya no regresarán. Este periodo —que socialmente se celebra como un “final feliz”— puede estar lleno de silencios emocionales, incomprensión social y soledad subjetiva.

Por otro lado, cuando aparece una recaída, se reactiva no solo el miedo a la muerte, sino también el sufrimiento anterior, con una carga emocional doble: “Otra vez no”. La recaída desafía el relato de superación, desestabiliza al entorno y activa nuevas formas de duelo anticipado y existencial.

Testimonio real

“Cuando terminé el tratamiento, todos me felicitaban. Me decían que era una luchadora, una campeona. Pero yo solo quería llorar. Sentía que no era la misma, que algo se había roto para siempre.” – Elena, 49 años, superviviente de cáncer de mama.

Reacciones comunes tras la remisión:

- Sensación de vacío (“¿y ahora qué?”).
- Miedo al retorno del cáncer (síndrome del “paciente vigilante”).
- Aislamiento emocional por la falta de comprensión (“ya pasó, no te quejes”).
- Dificultad para reintegrarse al trabajo, la pareja o los roles previos.
- Pérdida del sentido vital tras la hiperfocalización en el tratamiento.

Ejemplo clínico

Iván, 37 años, en remisión de linfoma de Hodgkin, compartía:

“Durante meses viví con un objetivo: curarme. Ahora no sé quién soy. Estoy cansado, no tengo ganas de volver a mi vida anterior. Es como si algo hubiera cambiado dentro de mí.”

Reacciones ante la recaída:

- Shock emocional (“no me lo esperaba”).
- Sensación de derrota o fracaso personal.
- Rabia con el sistema médico o con uno mismo.
- Mayor urgencia por cerrar asuntos pendientes o despedirse.

Claves de acompañamiento psicológico:

1. En la remisión:

- Validar el duelo por la “normalidad perdida”.
- Ayudar a resignificar la experiencia: ¿qué deja esta etapa?, ¿cómo integrar lo vivido?
- Favorecer espacios de expresión emocional (diario, grupos, metáforas).
- Evitar imponer el relato del “héroe” o del “paciente modelo”.

2. En la recaída:

- Sostener el impacto inicial sin respuestas prefabricadas.
- Explorar el vínculo con el cuerpo, la esperanza, la pérdida de confianza.
- Acompañar conversaciones con la familia desde la honestidad y la compasión.
- Facilitar el tránsito emocional hacia una nueva etapa de cuidados.

Dinámica: “La línea de la vida interrumpida”

Objetivo: Integrar emocionalmente el antes, el durante y el después de la experiencia oncológica.

Instrucciones:

1. El paciente dibuja una línea del tiempo que represente su vida desde el diagnóstico hasta el presente.
2. Se marcan:
 - Momentos significativos (diagnóstico, tratamientos, recaídas...).
 - Pérdidas vividas y aprendizajes realizados.
3. El terapeuta puede preguntar:
 - ¿Qué momentos te marcaron más?
 - ¿Qué queda de la persona que eras antes?
 - ¿Qué te gustaría conservar o transformar?

Comentario clínico:

Esta dinámica permite resignificar la experiencia desde una narrativa de continuidad, en lugar de ruptura. Ofrece al paciente una visión integrada de su historia, donde el duelo tiene lugar, pero también lo tiene la identidad reconstruida.

Capítulo 8. La muerte posible, la vida presente: intervención en cuidados paliativos

Cuando la enfermedad oncológica entra en fase avanzada o terminal, el acompañamiento psicológico se transforma. Ya no se trata de mantener la esperanza de curación, sino de sostener el sentido, aliviar el sufrimiento y preservar la dignidad del paciente. En cuidados paliativos, el trabajo clínico exige una presencia radical: estar sin invadir, escuchar sin interrogar, acompañar sin dirigir.

El duelo, en este contexto, no se limita al que vendrá tras la muerte, sino que ya está presente: en el cuerpo que cambia, en los vínculos que se preparan para despedirse, en la vida que se acorta. El psicólogo en paliativos no acompaña la muerte, acompaña la vida que queda, ayudando a que sea tan significativa y consciente como sea posible.

Testimonio real

“Ya no me importa curarme. Lo que quiero es que mi nieta se acuerde de mí con una sonrisa. Por eso le estoy escribiendo cuentos.” – Rosa, 71 años, cáncer avanzado de ovario.

Necesidades emocionales frecuentes en esta etapa:

- Ser tratados con verdad, sin dramatismo ni negación.
- Poder expresar el miedo sin ser corregidos (“no digas eso”).
- Revisar la propia vida: aciertos, errores, vínculos, legado.
- Sentirse acompañados, no solo asistidos.
- Saber que su familia podrá continuar sin ellos.

Ejemplo clínico

Julían, 62 años, en cuidados paliativos por cáncer de páncreas, compartía:

“No me asusta morirme, me asusta que mis hijos no sepan que los quise de verdad. Nunca fui bueno para decirlo.”

Este tipo de verbalizaciones permiten al terapeuta abrir espacios de despedida simbólica, de reparación emocional o de legado afectivo.

Claves del acompañamiento en cuidados paliativos:

1. **Verdad y tiempo emocional**
 - Adaptar la información al ritmo emocional del paciente.
 - Nombrar la muerte sin herir: “¿Quieres que hablemos de lo que viene?”.
2. **Escucha del deseo y la voluntad**
 - ¿Qué le importa al paciente en este tramo final?
 - ¿Hay asuntos pendientes que desee cerrar?
3. **Trabajo con la familia**
 - Facilitar despedidas honestas y posibles.
 - Acompañar la culpa, el miedo o la negación de los allegados.
4. **Sentido y legado**
 - Acompañar rituales, cartas, grabaciones, símbolos que sirvan de puente entre el paciente y sus seres queridos.
5. **Cuidado del equipo profesional**
 - Espacios de supervisión emocional para prevenir el desgaste y la fatiga por compasión.

Dinámica: “La caja del legado”

Objetivo: Favorecer el cierre simbólico y la transmisión afectiva.

Instrucciones:

1. Se propone al paciente crear una caja (real o simbólica) donde incluir objetos, cartas, fotos, audios, dibujos o palabras para sus seres queridos.
2. El terapeuta acompaña el proceso, respetando los ritmos emocionales del paciente.
3. En pacientes con dificultades físicas, se puede delegar en familiares, grabar audios, o usar soportes digitales.

Comentario clínico:

Esta dinámica no busca negar la muerte, sino afirmar la vida que aún existe y puede ser compartida. A menudo, lo que más calma al paciente no es saber que vivirá, sino que su presencia emocional permanecerá.

Capítulo 9. Dinámicas terapéuticas para pacientes oncológicos y familias

La intervención psicológica en oncología requiere herramientas sensibles, adaptadas a las distintas fases del proceso. Las dinámicas vivenciales no solo permiten verbalizar el sufrimiento, sino también organizar simbólicamente lo que se está viviendo, recuperar agencia y crear espacios de intimidad y sentido.

En este capítulo reunimos **dinámicas aplicables tanto en sesiones individuales como grupales**, dirigidas a pacientes oncológicos y sus familias, con fines expresivos, vinculares o de afrontamiento emocional.

◆ Dinámicas para pacientes**1. La caja del legado (individual)**

- Desarrollada en el capítulo anterior: invita al paciente a dejar una huella emocional.
- Aplicable en fases paliativas o de remisión.
- Se trabaja con objetos simbólicos o textos significativos.

2. La silla del yo antes y después

- Se colocan dos sillas: en una, el paciente representa su yo anterior al diagnóstico; en otra, su yo actual.
- El paciente dialoga entre ambas posiciones.
- Objetivo: integrar cambios identitarios.

3. El mural de los cuidados

- Se invita al paciente a escribir (en papel o digitalmente) una lista de personas, gestos y recursos que le hacen sentirse cuidado.
- Se visualiza y comenta en sesión.
- Permite reconectar con apoyos y sostén afectivo.

4. El diario de emociones (formato libre)

- Diario de texto, audio, imagen o dibujo para registrar emociones diarias.
- Se explora en consulta sin obligación de compartir.
- Ayuda a observar ciclos emocionales y expresar sin juicio.

5. Mi tiempo es ahora (mindfulness aplicado)

- Sesión guiada centrada en conectar con el momento presente.
 - Se enfoca en respiración, sensaciones corporales, gratitud o deseos inmediatos.
 - Útil para reducir ansiedad anticipatoria.
-

◆ Dinámicas con familias

1. La carta que nunca escribí

- Cada miembro escribe una carta al paciente (o viceversa) sin necesidad de entregarla.
- Luego, si lo desean, comparten fragmentos en sesión.
- Favorece la expresión emocional y los cierres pendientes.

2. Círculo de preguntas invisibles

- Cada miembro formula una pregunta que nunca se ha atrevido a hacer (ej. “¿Tienes miedo?”, “¿Qué deseas para mí?”).
- Las preguntas se leen anónimamente y se responden libremente.
- Aplicable en contextos de alta carga emocional o evasión.

3. El árbol del legado compartido

- En un papel grande se dibuja un árbol.
- Raíces: valores recibidos.
- Tronco: historia común.
- Ramas: lo que desean dejar a otros.
- Se trabaja la continuidad y pertenencia familiar.

4. Mapa del viaje vivido

- Se dibuja un camino con hitos (diagnóstico, tratamiento, recaída, logros...).
- Familia y paciente lo construyen juntos, con emociones y aprendizajes.
- Ayuda a resignificar la experiencia desde lo colectivo.

5. Yo estoy aquí

- Dinámica breve para momentos críticos.
- Cada miembro expresa en voz alta una frase breve de presencia: “Estoy contigo”, “No sé qué decir, pero no me voy”.
- Refuerza el acompañamiento sin necesidad de soluciones.

Comentario clínico final:

Las dinámicas no sustituyen al vínculo, pero lo potencian. Elegidas con sensibilidad y facilitadas con cuidado, pueden abrir caminos donde las palabras no llegan. En oncología, donde la experiencia emocional es tan intensa como silenciosa, estos recursos permiten tocar lo invisible con respeto y calidez.

Capítulo 10. Consideraciones éticas y culturales en el acompañamiento oncológico

El acompañamiento en psicooncología implica trabajar con personas en situaciones extremas de vulnerabilidad. Por eso, además de sensibilidad clínica, necesitamos una sólida brújula ética que nos permita navegar entre decisiones difíciles, realidades diversas y contextos culturales variados. En este capítulo abordamos algunas claves imprescindibles para una práctica psicológica respetuosa, contextualizada y humana.

Ética del acompañamiento: principios clave

1. Autonomía del paciente

- Respetar el derecho del paciente a decidir sobre su tratamiento, sus tiempos, y la información que desea recibir.
- *Ejemplo clínico:* Un paciente en recaída solicita no ser informado del pronóstico exacto. El equipo debe valorar este deseo sin imponer una visión médica o psicológica.

2. No maleficencia y beneficencia

- Toda intervención psicológica debe buscar aliviar el sufrimiento sin imponer cambios no deseados.
- *Ejemplo:* No forzar verbalizaciones emocionales en pacientes que eligen el silencio como mecanismo de regulación.

3. Justicia

- Asegurar que el acompañamiento llegue también a poblaciones más vulnerables: pacientes sin red social, con dificultades económicas o barreras culturales.

4. Consentimiento informado en intervenciones psicológicas

- Informar al paciente del tipo de intervención, el enfoque terapéutico y su derecho a retirarse en cualquier momento.

5. Confidencialidad

- Aún en contextos hospitalarios o de equipo interdisciplinar, preservar la intimidad emocional del paciente.

Consideraciones culturales

La experiencia del cáncer, la muerte y el duelo están profundamente mediadas por la cultura. No todos los pacientes expresan el sufrimiento de la misma forma, ni entienden el proceso de enfermedad con las mismas claves simbólicas.

1. Narrativas culturales del sufrimiento

- Algunas culturas valoran la resistencia emocional, otras promueven el desahogo o los rituales comunitarios.
- *Ejemplo clínico:* Un paciente latinoamericano puede mostrar emocionalidad abierta en consulta, mientras que uno del norte de Europa puede necesitar más tiempo y distancia.

2. Percepciones del cuerpo, la muerte y el dolor

- Algunas tradiciones interpretan la enfermedad como castigo, prueba o destino.
- En otros contextos, el cáncer puede vivirse con vergüenza o estigma (especialmente en comunidades con menos acceso a información).

3. Lenguaje y metáforas

- Términos como “luchar contra el cáncer” pueden ser movilizadores para algunos y opresivos para otros.
- El terapeuta debe adaptar su discurso y explorar: “¿Cómo describes tú lo que estás viviendo?”.

4. Acompañamiento a familias migrantes

- Mayor riesgo de aislamiento, dificultades idiomáticas y modelos de salud diferentes.
- El terapeuta debe explorar creencias, expectativas y estilos relacionales específicos de cada entorno cultural.

Ejercicio clínico para supervisión

Revisión ética de un caso límite

1. Traer a supervisión un caso donde hayas dudado sobre cómo intervenir.
2. Preguntas guía:
 - ¿Qué valores estaban en juego?
 - ¿Qué hubieras hecho distinto con más información?
 - ¿Cómo influyeron tus propias creencias?

Este ejercicio permite identificar sesgos, límites y necesidades de formación continua en contextos clínicos complejos.

Comentario clínico final:

La ética en psicooncología no es un código rígido, sino una actitud constante de escucha, respeto y ajuste. Acompañamos personas, no diagnósticos. Y esas personas vienen del mundo: diverso, contradictorio, profundamente humano.

Capítulo 11. Conclusión: una mirada integral al sufrimiento y la esperanza

Acompañar en oncología es caminar junto a quienes transitan territorios donde la vida, la enfermedad, la muerte y el sentido se entrelazan cada día. No es solo aliviar síntomas psicológicos ni ofrecer pautas técnicas. Es sostener, en presencia, la complejidad de lo que duele y, al mismo tiempo, abrir espacios donde la persona pueda seguir habitándose con dignidad, vínculo y humanidad.

El duelo forma parte del proceso oncológico desde el inicio. Es un duelo que no siempre tiene que ver con la muerte, pero sí con el cambio, con lo perdido, con lo que ya no será igual. Es un duelo anticipado, postergado, colectivo, a veces mudo. Y sin embargo, es también una oportunidad —si se acompaña bien— para resignificar la vida, para reconstruir el vínculo con uno mismo y con los otros.

Como psicólogos, nuestra labor no es “hacer sentir mejor” a toda costa, sino **crear condiciones para que el sufrimiento tenga sentido, se exprese con seguridad y pueda transformarse en algo vivible**. No todos los pacientes van a sanar emocionalmente. No todos lo desean o lo necesitan de la misma manera. Pero todos merecen un acompañamiento que respete su forma única de afrontar, de nombrar, de vivir y de morir.

En palabras de Robert Neimeyer (2015):

“No se trata de encontrar el sentido universal de la muerte, sino de ayudar a cada persona a encontrar su propio significado de vivir, aun en medio de la pérdida.”

Esta mirada integradora nos permite no caer en la psicología “positivista” que niega el dolor, ni en una visión fatalista que lo convierte en destino inevitable. **Entre ambas está nuestra tarea clínica:** construir puentes, no respuestas; ofrecer presencia, no promesas; acompañar sin invadir, sostener sin condicionar.

Capítulo 12. Referencias bibliográficas

- Bonanno, G. A. (2009). *The other side of sadness: What the new science of bereavement tells us about life after loss*. Basic Books.
- Bosticco, C., & Thompson, T. L. (2005). Narratives and story telling in coping with grief and bereavement. *Omega: Journal of Death and Dying*, 51(1), 1–16.
- González Fernández, J., Nevado, M. (2017). *Acompañar en duelo*. Desclee de Brouwer.
- González Fernández, J., Nevado, M. (2020). *Crecer en la pérdida*. RBA.
- González Fernández, J., Zuzao, A. (2024). *La comunicación esencial con el paciente*. Editorial Pirámide.
- González Fernández, J. (y otros) (2025). *Renacer en la pérdida*. Editorial Sentir.
- Neimeyer, R. A. (2001). *Meaning reconstruction and the experience of loss*. American Psychological Association.
- Neimeyer, R. A. (2015). *Techniques of grief therapy: Creative practices for counseling the bereaved*. Routledge.
- Pessin, H., Galietta, M., & Breitbart, W. (2002). Individual Meaning-Centered Psychotherapy for the treatment of psychological and existential distress: A preliminary report. *Palliative & Supportive Care*, 1(3), 241–252.
- Prigerson, H. G., & Maciejewski, P. K. (2008). Prolonged grief disorder: Psychometric validation of criteria proposed for DSM-V and ICD-11. *PLoS Medicine*, 5(8), e199.
- Rodríguez Vega, B., & Bayés, R. (2009). *Psicooncología: Intervención psicológica en el enfermo de cáncer*. Masson.
- Worden, J. W. (2018). *El tratamiento del duelo: Asesoramiento psicológico y terapia*. Paidós.
- Wright, L. M., & Bell, J. M. (2009). *Creencias: El corazón de la curación en las familias y la enfermedad*. Gedisa.

Yalom, I. D. (2008). *Mirar al sol: Superar el miedo a la muerte*. Tusquets.



Sígueme en:

