



Facultad de psicología

Trabajo de  
fin de grado

Modalidad 1  
“Trabajos de revisión bibliográfica”

Psicoterapia en  
pacientes con cáncer  
avanzado y  
depresión. Una  
revisión bibliográfica.

Autora del TFG

María del Carmen Sánchez  
Piñero

**Grado en Psicología**  
Año 2018

Trabajo de Fin de Grado presentado en la Facultad de Psicología de la Universidad de Santiago de Compostela para la obtención del Grado en Psicología

*Así, frente a la muerte hay dos actitudes: una, hacia adelante, que la concibe como creación; otra, de regreso, que se expresa como fascinación ante la nada o como nostalgia del limbo. Una civilización que niega a la muerte, acaba por negar la vida.*

-Octavio Paz

# Índice

Resumen .....	pg. 4
Abstract .....	pg. 5
Introducción .....	pg. 6
Depresión y cáncer avanzado: una estrecha relación .....	pg. 6
Intervención psicológica en cáncer y depresión .....	pg. 9
Método .....	pg. 12
Resultados .....	pg. 15
Análisis de las muestras empleadas en las investigaciones .....	pg. 29
Objetivos de las investigaciones .....	pg. 30
Variables e instrumentos .....	pg. 31
Diseño y características de los tratamientos .....	pg. 33
Resultados y conclusiones .....	pg. 38
Discusión .....	pg. 40
Conclusiones .....	pg. 44
Referencias bibliográficas .....	pg. 45
Índice de tablas .....	pg. 51
Índice de figuras .....	pg. 52
Índice de cuadros .....	pg. 53
Anexos .....	pg. 54
Anexo 1 .....	pg. 54
Anexo 2 .....	pg. 56
Anexo 3 .....	pg. 58
Anexo 4 .....	pg. 59

# Resumen

A lo largo de la literatura científica cáncer y depresión aparecen frecuentemente unidos. En la investigación desde la última década es notable un interés en el tratamiento de la depresión en enfermos con cáncer avanzado. Tanto investigadores como clínicos demandan un mayor número de estudios en este campo. Para intentar asegurar el bienestar psicológico de estos pacientes se han desarrollado diferentes psicoterapias.

El objetivo de esta revisión bibliográfica es evaluar la eficacia de diversos tipos de psicoterapias (CALM, terapia de la dignidad y terapia centrada en el sentido) a la hora de disminuir el sufrimiento psicológico y existencial/espiritual en enfermos oncológicos avanzados.

Al analizar los resultados, puede concluirse que, a nivel general, las psicoterapias han sido eficaces para disminuir sintomatología depresiva y distrés, resultando adecuadas para reducir la tristeza en enfermos cercanos al final de la vida.

## **Palabras clave:**

Cáncer avanzado; depresión; psicoterapia.

## **Número de palabras del trabajo:**

8.914

# Abstract

Cancer and depression are often united throughout the scientific literature. A remarkable interest in the treatment of depression in patients with advanced cancer has been present in the research from the past decade. Both researchers and clinicians are demanding a greater number of studies in this field. To try to ensure the psychological well-being of these patients, different psychotherapies have been developed

The aim of this literature review is to evaluate the efficacy of various types of psychotherapies (CALM, therapy of dignity and meaning-centered therapy) to decrease the psychological and existential/spiritual suffering in advanced cancer patients.

Analyzing the results, it can be concluded that, overall, psychotherapies have been effective to reduce depressive symptoms and distress, resulting suitable to reduce the sadness in patients near the end of life.

**Keywords:** advanced cancer; depression; psychotherapy.

# Introducción

## **Depresión y cáncer avanzado: una estrecha relación**

El cáncer y la depresión a menudo se presentan de la mano, sobre todo cuando los pacientes oncológicos son terminales. Respecto a esto, Julião y Barbosa (2011) afirman que, aunque la depresión es uno de los problemas más habituales en cuidados paliativos, con frecuencia es subdiagnosticada y poco investigada. Estos autores encontraron que los factores de riesgo para la depresión en pacientes paliativos son: menor edad, género femenino, historia anterior de depresión, dificultad en el control de síntomas, deterioro del nivel de funcionamiento, tipo de enfermedad (siendo más común en cáncer de páncreas, cabeza y cuello) y factores relacionados con el tratamiento (por ejemplo, alteraciones neuroendocrinas debidas a la patología, pronóstico limitado o dolor agudo) y preocupaciones existenciales/espirituales.

Puopolo et al. (2017) revisaron la literatura sobre los factores de riesgo para depresión en enfermos con cáncer y en consonancia con los resultados anteriores, indicaron que un peor pronóstico, metástasis, bajo bienestar espiritual, deterioro cognitivo, pobre control en el curso de la enfermedad, fatiga, trastornos de sueño, un proceso largo de enfermedad y ser mujer correlacionan con tener depresión.

En cuanto a los datos de prevalencia sobre la presencia de depresión en pacientes oncológicos, al revisar la literatura se constata cierta variabilidad. Así, por ejemplo, Breitbart et al. (2006) sitúan la prevalencia del 9% al 18%. Julião y Barbosa (2011), a partir de un análisis detallado de diferentes estudios, encontraron porcentajes que oscilan del 23% cuando

la depresión es diagnosticada por el profesional sanitario al 63% cuando es autoinformada por el enfermo, aunque la media sería aproximadamente del 15%.

Por su parte, Rodin, Nolan y Katz (2004) informan de una gran variabilidad del trastorno depresivo mayor en individuos con cáncer: del 1.5% al 50%. Rudilla, Barreto, Oliver y Galiana (2015) exponen que un 25% de pacientes con cáncer experimentan síntomas depresivos, aumentando la cifra al 77% cuando la enfermedad es avanzada. Cuando Puopolo et al. (2017) se adentran en este campo concluyen que hasta el 24.6% de pacientes cercanos al final de la vida padecen sintomatología depresiva.

Pese a estas grandes variaciones, la depresión en el ámbito de los cuidados paliativos y específicamente en el enfermo oncológico avanzado constituye una problemática bastante habitual, y es necesario dar con la evaluación e intervención adecuadas. En este tipo de población, emitir un diagnóstico de depresión es una tarea complicada porque deben distinguirse los síntomas físicos que son consecuencia de la enfermedad de los síntomas vegetativos que surgen por el cuadro depresivo. Para facilitar esta labor, Rodin et al. (2004) proponen emplear el “método sustitutivo”, consistente en suplir los síntomas con mayor probabilidad de confundirse con enfermedad médica por otros con mayor posibilidad de tener origen afectivo, disminuyendo la influencia de los síntomas médicos a la hora de realizar el diagnóstico.

Profundizando en el vínculo depresión-cáncer avanzado, cabe destacar lo apuntado por distintos autores, cuando relacionan el estar deprimido con un menor cumplimiento terapéutico, incremento del tiempo de hospitalización, peor calidad de vida y reducción de la capacidad para enfrentarse al dolor y a los síntomas físicos (Rodin, 2008), una mayor angustia y malestar espiritual/existencial (Breitbart et al. 2006; Puopolo et al. 2017), un incremento del deseo de adelantar la muerte (Breitbart et al. 2006) y mayor riesgo de suicidio (Rodin, 2014). Además, la depresión en pacientes oncológicos terminales es un predictor de baja calidad de vida y se asocia con un pronóstico negativo de la enfermedad (Puopolo et al., 2017).

Aunque el cáncer avanzado y la depresión se dan a menudo en conjunto, ésta última no se diagnostica en numerosas ocasiones. El tratamiento de los síntomas físicos del cáncer ha avanzado mucho en los últimos años y es el centro de atención, eclipsando los síntomas psicológicos que surgen como consecuencia de la enfermedad y que a veces son ignorados o pasan desapercibidos (Rodin, 2014). Como reflexionan Julião y Barbosa (2011), el personal sanitario debería desarrollar una mayor conciencia sobre las patologías psicosociales que se dan en los enfermos terminales. Un hallazgo reciente y particularmente interesante es que

Okuyama, Akechi, Mackenzie y Furukawa (2017) han encontrado que los pacientes oncológicos terminales normalmente prefieren un tratamiento no farmacológico para la depresión, como es el caso de la psicoterapia.

Dada la controversia sobre la depresión en pacientes paliativos, no han faltado investigadores que han apuntado la necesidad de “matizar” la sintomatología depresiva en los pacientes en fases terminales. Respecto a esto, es especialmente sugerente la propuesta de síndrome de desmoralización de Kissane, Clarke y Sreet (2001). Estos autores desarrollan una opción diferente al estado de ánimo deprimido en pacientes paliativos a partir de algunos de los planteamientos de Frankl (1998), afirmando que, en este tipo de población, sería más frecuente el síndrome de desmoralización que la depresión. Este síndrome ha sido examinado extensamente en nuestro ámbito nacional por Rudilla et al. (2015), quienes exponen que serviría para realizar un diagnóstico diferencial más afinado. El denominado síndrome de desmoralización se caracterizaría por presencia de desánimo, desaliento, desamparo, pérdida de sentido de la vida y fracaso, sin que los síntomas somáticos propios de la conceptualización de la depresión tengan un peso importante. Desde el campo de los cuidados paliativos esta idea está atrayendo la atención y los esfuerzos se dirigen hacia la consolidación del concepto y probar su existencia como síndrome psiquiátrico (Rudilla, Galiana, Oliver y Barreto, 2016a).

Es frecuente que los clínicos al trabajar con pacientes paliativos emitan un diagnóstico depresivo cuando la sintomatología no responde exactamente a esta etiqueta. Cuando los síntomas relacionados con las necesidades espirituales (como pérdida del sentido de la vida o sensación de fracaso) son los principales, el síndrome de desmoralización resulta el diagnóstico más adecuado. La diferencia más notable entre depresión y síndrome de desmoralización es que, en la depresión, la sintomatología somática es muy importante, y en el síndrome de desmoralización, el hincapié es mayor en los aspectos emocionales y experienciales. La anhedonia, por su parte, se daría en pacientes deprimidos, pero no en desmoralizados. Éstos últimos se caracterizarían por sentirse impotentes, aislados, desesperados, alienados, rechazados y con baja autoestima, siendo su seña de identidad la “incompetencia subjetiva” (Rudilla et al. 2016a).

LeMay, K. y Willson, G. (2008) investigaron sobre el distrés existencial en enfermedades terminales, defendiendo que la no consideración de las necesidades existenciales puede causar distrés y depresión en algunos pacientes, e incrementar su ideación suicida y deseo de muerte.

Debido a esto, han sido distintos los intentos llevados a cabo en el ámbito clínico para hacer frente al sufrimiento inherente a la enfermedad oncológica avanzada. Sin embargo, desafortunadamente sigue habiendo una falta de consenso acerca de lo que implica el “dolor espiritual”. Este tipo de malestar encontraría lugar en el concepto clásico de “dolor total”, de carácter multidimensional.

En definitiva, se considera necesario un adecuado diagnóstico y tratamiento de la depresión en pacientes oncológicos avanzados ya que esto no es una cuestión baladí. Profundizar en cómo hacer frente a esta problemática emocional posibilitará que los enfermos disfruten de calidad de vida en sus últimos días.

## **Intervención psicológica en cáncer y depresión**

El interés por el desarrollo y la evaluación de intervenciones psicosociales estructuradas para abordar el sufrimiento espiritual y el estrés cuando el final de la vida se acerca está aumentando (Ftanou, Pascoe y Ellen, 2017) y por parte de la psicología y de la psiquiatría se observa un mayor énfasis en las intervenciones que se dirigen de manera más específica a las cogniciones y al comportamiento, dándole importancia a los aspectos subjetivos.

Dentro de este campo, los ensayos controlados aleatorizados (randomized controlled trial, RCT) están acumulando evidencia sobre qué intervenciones son las más eficaces para mejorar la calidad de vida de pacientes oncológicos terminales. Este tipo de ensayo, utilizado en el campo biosanitario se considera un procedimiento adecuado para la acumulación de evidencia científica con menor probabilidad de sesgos cognitivos

No obstante, en las investigaciones con población paliativa es frecuente que el rigor sea limitado debido a la falta de herramientas validadas (Rodin, 2017). Además, debido a la alta tasa de mortandad presente en los estudios, la fiabilidad y validez de las investigaciones se ve perjudicada.

Más específicamente, debido a la frecuencia con la que se puede observar el binomio cáncer-depresión en enfermos oncológicos avanzados y el fuerte impacto que esto tiene en su calidad de vida, en este trabajo se analizan detalladamente diversas modalidades de psicoterapia que abordan la depresión en el campo de la oncología.

Para ello, se revisan RCT recientes (publicados entre el año 2010 y 2018), donde se investiga acerca de la eficacia de distintas aproximaciones psicoterapéuticas.

Los diferentes enfoques terapéuticos en los que se centran los estudios seleccionados son de corte existencial y pueden dividirse en tres bloques: terapia de la dignidad (TD), intervenciones centradas en el sentido y psicoterapia *Managing Cancer And Living Meaningfully* (CALM).

En un intento de delimitar, *grosso modo*, a qué se refieren cada uno de estos programas de psicoterapia, a continuación, se exponen de manera resumida cada uno de ellos.

### *Terapia de la dignidad*

Psicoterapia breve e individualizada de corte existencial que persigue disminuir el estrés y mejorar la experiencia al final de la vida de los enfermos. Desarrollada por H.M. Chochinov (2012) en torno a un modelo de dignidad que surgió a partir de su propia experiencia del autor al trabajar con pacientes con cáncer avanzado.

En la terapia de la dignidad (TD) se recalca que, la dignidad, elemento central para mantener el bienestar psicológico, se ve perjudicada en pacientes paliativos (Kissane, Levin, Hales, Lo y Rodin, 2011).

Normalmente el programa se lleva a cabo a lo largo de tres sesiones (véase anexo 1) durante las cuales se va preparando un documento de generatividad en el que figuran los aspectos más importantes de la vida del participante, así como los mensajes que desea transmitir a sus seres queridos. Esto hace que el enfermo se sienta valorado y perciba que algo de sí mismo perdurará después de la muerte (Julião, Barbosa, Oliveira, Nunes y Vaz Carneiro, 2013).

### *Terapia centrada en el sentido*

Modelo de psicoterapia breve desarrollada por Breitbart para incrementar el bienestar espiritual (Breitbart y Poppito, 2014 ab). El objetivo básico es ayudar a los pacientes a vivir con sentido incluso cuando una enfermedad pone en riesgo su supervivencia.

Se nutre de las ideas desarrolladas por Viktor Frankl (1989/1946), afirmando que aunque no se puede decidir si se sufre o no, siempre se cuenta con la libertad de decidir cómo afrontar la adversidad.

Esta técnica cuenta con un protocolo manualizado de ocho sesiones en las que se explora el impacto que el cáncer ha tenido en la vida de la persona y los conceptos y fuentes

de significado. Los temas de cada sesión y los objetivos que se persiguen se detallan en el anexo 2.

En cuanto al formato, existen tanto modalidades grupales (*Meaning-Centered Group Psychotherapy*, MCGP) como individuales (*Individual Meaning-Centered Psychotherapy*, IMCP o *Meaning Making Intervention*, MMi).

### *Terapia CALM*

*Managing Cancer And Living Meaningfully (CALM)* es un modelo psicoterapéutico de reciente creación, desarrollado por el equipo de Rodin (Hales, Lo y Rodin, 2010) específicamente para pacientes con cáncer avanzado que sufren de niveles elevados de estrés emocional. Busca promover el crecimiento psicológico (Shaw et al. 2017) y bebe de teorías existenciales, relacionales y del apego. Pese a estar actualmente en desarrollo e investigación, ya ofrece resultados bastante prometedores.

La duración del tratamiento es de 3 a 6 sesiones individuales de entre 45 a 60 minutos aproximadamente. No obstante, el tiempo dedicado a cada tema y a las sesiones depende de las necesidades de cada paciente (Lo et al. 2015).

Una de las características más destacables de este programa es que, pese a que la terapia es individual, se recomienda la asistencia del cuidador principal al menos a una de las sesiones (Nissim et al. 2011).

En concreto, en las sesiones se abordan cuatro dominios principales (que se detallan en el anexo 3): manejo de síntomas y comunicación con los cuidadores, cambios en uno mismo y en las relaciones con personas cercanas, sentido y propósito y futuro y muerte.

En definitiva, se han presentado distintas opciones terapéuticas, especialmente novedosas en el campo de los cuidados paliativos, siendo nuestro interés, a continuación, el profundizar en su contenido y en los resultados proporcionados desde la investigación.

## Método

Con la finalidad de obtener información sobre la eficacia de las diferentes psicoterapias en pacientes con cáncer avanzado y depresión, se llevó a cabo una búsqueda bibliográfica de los trabajos empíricos publicados desde el año 2010 al 2018. Para ello, se consultaron las bases de datos PsycINFO y Medline.

En primer lugar se realizó la búsqueda en PsycINFO a través de los siguientes criterios:

- “Psychotherapy” (cualquier campo) AND
- “Cancer” (cualquier campo) AND
- “Depression”
- Grupo de edad: Adulthood (18 Yrs & Older)
- Idioma: Español, Inglés

Se encontraron un total de 277 artículos.

A continuación, se revisó Medline con los siguientes términos:

- “Psychotherapy “ AND
- “Cancer” AND
- “Depression”
- Idioma: inglés (no se encontraron resultados en español)

El número de publicaciones encontradas fue de 376, obteniéndose un total de 653 artículos entre ambas bases de datos. No obstante, había un total de 96 artículos duplicados entre PubMed y PsycINFO, por lo que se contemplaron 557 publicaciones.

Para depurar más la búsqueda se aplicaron los siguientes criterios de inclusión y de exclusión reflejados en el cuadro 1:

Cuadro 1.

*Criterios de inclusión y de exclusión de los artículos revisados*

Criterios de inclusión	Criterios de exclusión
-Estudios con población clínica adulta (18 años o más)	-Población infantil o adolescente
-Pacientes con diagnóstico de cáncer avanzado y depresión	-Diagnóstico de cáncer en estadios iniciales
- Estudios controlados aleatorizados	-Estudios de caso o cualitativos
-Investigaciones en las que se pruebe la eficacia de la psicoterapia	-Idioma diferente al castellano o inglés
-Realización de al menos una medida de depresión	-Publicaciones sólo con muestras de familiares o cuidadores
-Publicaciones desde el año 2010 al 2018	

Después de haber aplicado los criterios se observó que la mayor parte de psicoterapias se podían categorizar en tres tipos: terapia de la dignidad, terapia centrada en el sentido y CALM. En base a ello, después de un análisis detallado del material disponible, se seleccionaron un total de 11 artículos pertenecientes a dichas aproximaciones psicoterapéuticas. Se realizó una búsqueda manual en la bibliografía de estos artículos y se localizó un estudio que resultaba de interés para el trabajo, ascendiendo a 12 el total de artículos incluidos en esta revisión.

El proceso de búsqueda se presenta esquematizado en la figura 1, a continuación.

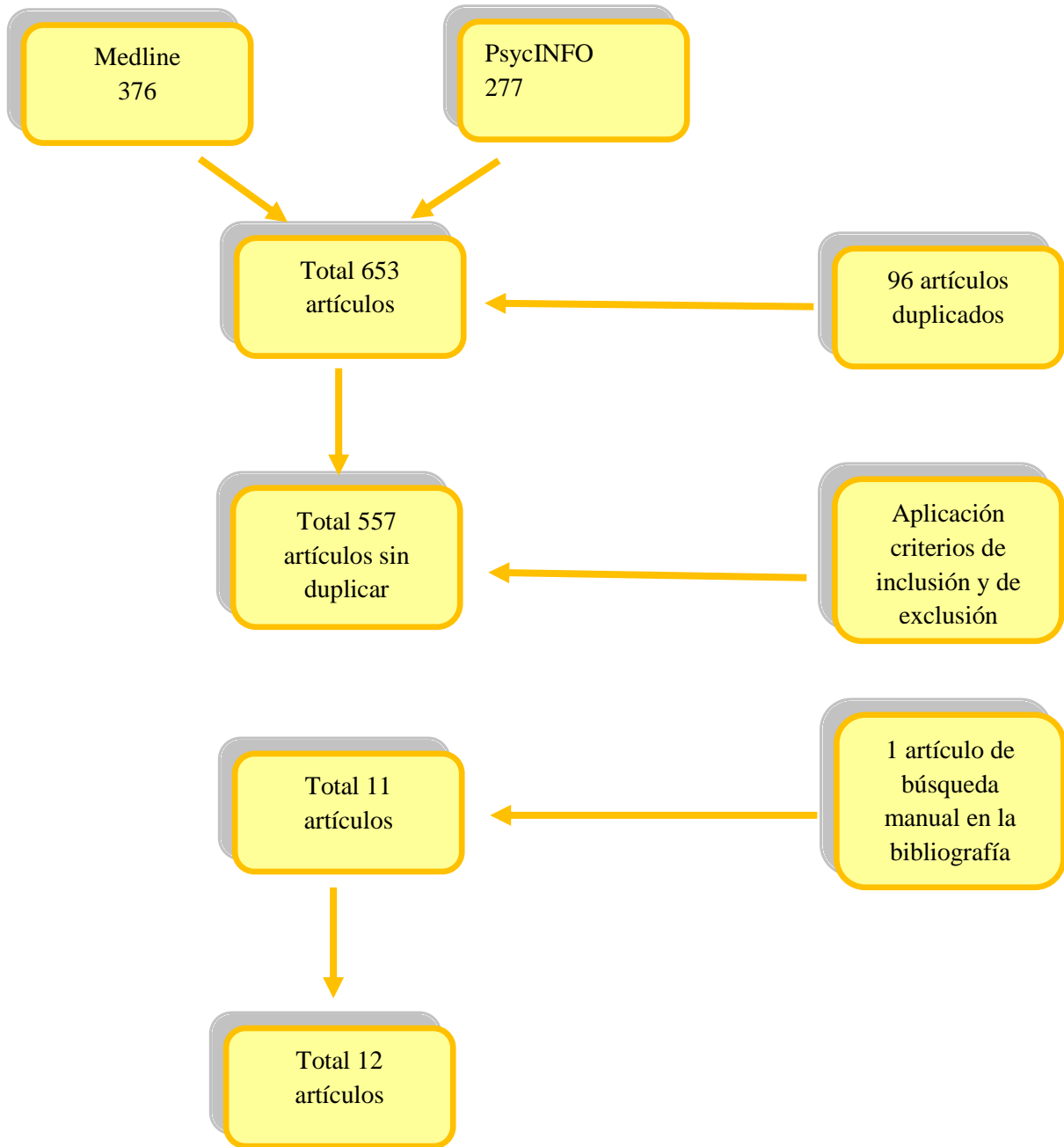


Figura 1.

*Diagrama de flujo de la búsqueda bibliográfica.*

# Resultados

A lo largo de los últimos años el desarrollo de estudios que pretenden comprobar la eficacia de terapias psicológicas en el campo de la psicooncología ha aumentado, cobrando el tratamiento del malestar psíquico mayor importancia. Muchas de estas psicoterapias pretenden disminuir la sintomatología depresiva, por ser un problema habitual en las poblaciones con cáncer.

Siendo el objetivo principal de esta revisión averiguar qué terapias son eficaces en el tratamiento de la depresión en enfermos oncológicos avanzados, se han examinado un total de 12 artículos, todos ellos ensayos controlados aleatorizados. Estos estudios han sido publicados desde el año 2010 hasta el año 2018.

En concreto, la TD, la psicoterapia centrada en el sentido (tanto en formato grupal como individual), una intervención de corte narrativo y un enfoque reciente y novedoso como la terapia CALM (*Cancer and Living Meaningfully*) serán las intervenciones psicoterapéuticas cuya eficacia es objeto de este trabajo.

El resumen acerca de las principales investigaciones analizadas se recogen en la Tabla 1. Tal y como se aprecia a continuación, en dicha tabla se incluyen datos acerca de las muestras utilizadas, objetivos a alcanzar, variables e instrumentos de medida, características de los programas de tratamiento y principales resultados.

Tabla 1.

*Revisión de estudios sobre la eficacia de diferentes psicoterapias en pacientes con cáncer avanzado.*

Autor, año	Muestra	Objetivos de la investigación	Variables e instrumentos	Diseño y características del tratamiento	Resultados y conclusiones
<i>Breitbart, W. et al., (2010)</i>	N= 90 pacientes con cáncer. Lugar: EE. UU. Edad media (años):60.1 % mujeres: 51.1 % hombres: 48.9 Tipo de enfermedad: cáncer en estadio III o IV de próstata, pecho, colorrectal o pulmón.	Analizar el impacto de la intervención MCGP en bienestar espiritual, significado y distrés psicológico en comparación con pacientes que reciben SGP.	Bienestar espiritual (FACIT-SP) Desesperanza (BHS) Ansiedad y depresión (HADS) Deseo de acelerar la muerte (SAHD) Optimismo/pesimismo (LOT)	G.E.= 49 participantes G.C.= 41 participantes  Duración: 1 sesión semanal durante 8 semanas  Evaluación: antes de la 1ª sesión, al finalizar la última sesión y 2 meses después de completar el tratamiento.	MCGP parece ser una intervención beneficiosa para pacientes con sufrimiento espiritual y emocional al final de la vida. Incrementos mayores de bienestar espiritual y significado en MCGP. Mejora significativa al cabo de dos meses en las variables ansiedad y deseo de muerte. No se observan mejoras en SGP.

<p>Henry et al., (2010)</p>	<p>N=24 pacientes con cáncer. Lugar: Canadá. Edad media (años):55 % mujeres: 100 % hombres: 0 Tipo de enfermedad: cáncer de ovarios en estadio III o IV recientemente diagnosticado.</p>	<p>Comprobar si la MMi es útil en pacientes con cáncer de ovarios.</p>	<p>Bienestar espiritual (FACIT-SP, subescala existencial de MQOL) Autoeficacia (GSES) Ansiedad y depresión (HASD)</p>	<p>G.E.=12 participantes G.C.=12 participantes  Duración: de 3 a 4 sesiones de 90 minutos.  Evaluación: en la línea base; después de 1 mes y 3 meses de haber finalizado el tratamiento.</p>	<p>Mayor significado de la vida en pacientes que recibieron MMi después de 1 mes y 3 meses de la intervención.  No diferencias significativas en ansiedad y depresión (HADS) desde un punto de vista continuo; sin embargo, a los 3 meses los niveles del grupo control eran el doble que en el grupo experimental.  MMi fue una intervención eficaz en mujeres con cáncer de ovarios recientemente diagnosticadas.</p>
-----------------------------	--	--	---	--	---

<p>Chochinov et al., (2011)</p>	<p>N= 326 pacientes oncológicos terminales Lugar: Canadá, EE. UU. y Australia Edad media (años): 64.2 (TD), 66.7 (SPC), 64.3 (CCC) % mujeres: 35.8 (TD), 33.3 (SPC), 35.7 (CCC) % hombres: 52 (TD), 45 (SPC), 51 (CCC) Tipo de enfermedad: cáncer de pulmón, pecho, gastrointestinal, genitourinario, ginecológico, hematológico, cerebral y otros tipos con esperanza de vida de 6 meses o menos</p>	<p>Analizar si la TD es eficaz reduciendo el malestar psicológico de pacientes oncológicos terminales</p>	<p>Bienestar espiritual (FACIT-SP) Depresión y ansiedad (HADS) Dignidad (PDI) Calidad de vida (QLS) Síntomatología física (ESAS, algunos ítems de SISC) Capacidad funcional (PPS)</p>	<p>G. 1 (TD)= 108 participantes G. 2 (SPC)= 111 participantes G. 3 (CCC)= 107 participantes  Duración: no figura  Evaluación: en la línea base, después de la finalización del estudio.</p>	<p>No se observan diferencias significativas en distrés en los 3 grupos. TD significativamente mejor que CCC en bienestar espiritual. TD mejor que SPC en disminución de la tristeza y depresión. TD mayor porcentaje de satisfacción por la participación en el estudio. Beneficios autorreportados TD en las experiencias del final de la vida. Su eficacia para disminuir el distrés, depresión y deseo de acelerar la muerte o suicidio deben ser probadas todavía.</p>
-------------------------------------	---	---	---	---	---

<p>Hall et al., (2011)</p>	<p>N= 45 pacientes con cáncer avanzado. Lugar: Reino Unido Edad media (años): 65.30 (G.C.), 64.91 (G.E.) % mujeres:43 (G.C.), 59 (G.E.) % hombres: 57 (G.C.), 41 (G.E.) Tipo de enfermedad: cáncer avanzado respiratorio, digestivo, genital (masculino y femenino), urinario, de ojo/cerebro, tiroides, linfático, de pecho, bucal o sarcoma de tejidos blandos.</p>	<p>Probar que la terapia de la dignidad disminuye el estrés en pacientes con cáncer avanzado</p>	<p>Distrés asociado a dignidad (PDI) Esperanza (HHI) Distrés psicológico (HADS) Calidad de vida (EQ-5D, 2 escalas tipo Likert) Medidas de cuidados paliativos Beneficios de la terapia de la dignidad (valorados de 1 a 5)</p>	<p>G.E.= 22 participantes G.C.= 23 participantes  Duración: entrevistas de entre 30 y 60 minutos (el nº no figura)  Evaluación: en la línea base, 1 y 4 semanas después de completar el tratamiento.</p>	<p>No se observan diferencias en los niveles de estrés asociados a la dignidad en ambos grupos.  El G.E. reportó mayores niveles de esperanza mayor grado de beneficios por la participación en el estudio. La TD puede ayudar a personas con cáncer avanzado a mantener la esperanza y mejorar su experiencia al final de la vida.</p>
----------------------------	---	--	--	--	---

<p>Breitbart, W. et al., (2012)</p>	<p>N= 120 pacientes oncológicos. Lugar: EE. UU. Edad media (años):54.4 % mujeres: 60.5 % hombres: 39.5 Tipo de enfermedad: tumoraciones cancerosas sólidas en estadio III o IV o linfoma no Hodgkin. Diagnósticos más comunes cáncer de pecho, colon, páncreas, ovarios y pulmón.</p>	<p>Comprobar si el nuevo formato individual de la terapia reduce la alta tasa de abandono observada en la modalidad grupal y averiguar su eficacia a la hora de mejorar el bienestar de pacientes oncológicos avanzados. Se compara esta intervención con el masaje terapéutico.</p>	<p>Bienestar espiritual (FACIT-SWB) Calidad de vida (MQOL) Ansiedad/ depresión (HADS) Desesperanza (BHS) Distrés sintomático (MSAS)</p>	<p>G.E.=64 participantes G.C.=56 participantes</p> <p>Duración: 1 sesión semanal de 1 hora durante 7 semanas.</p> <p>Evaluación: antes de su asignación aleatoria los participantes valoraban el grado de utilidad de ambos tratamientos; batería de evaluación cubierta antes de la primera sesión, después de la última sesión y 2 meses después del tratamiento.</p>	<p>Efectos post-tratamiento mayores para IMCP en bienestar espiritual y calidad de vida. Mejora en distrés sintomático en IMCP. No diferencias significativas entre grupos en ansiedad y desesperanza. Las diferencias observadas no eran significativas después de 2 meses. IMCP beneficios a corto plazo para sufrimiento espiritual y calidad de vida en pacientes oncológicos avanzados. Tasa de abandono menor que en formato grupal.</p>
-------------------------------------	---	--	---	---	--

<p>Julião et al., (2013)</p>	<p>N= 60 pacientes terminales Lugar: Portugal Edad media (años):66.5 % mujeres: 58.1 (G.C.), 51.7 (G.E.) % hombres: 41.9 (G.C.), 48.3 (G.E.) Tipo de enfermedad: mayoritariamente cáncer (93.5%) y otras enfermedades terminales (6.5%), 6 meses de esperanza de vida o menos.</p>	<p>Comprobar la influencia de la TD en síntomas depresivos y ansiosos en pacientes terminales con altos niveles de distrés.</p>	<p>Depresión y ansiedad (HADS)</p>	<p>G.E.= 29 participantes G.C.= 31 participantes  Duración:4 a 5 sesiones a lo largo de un mes de 30-60 minutos (TD). Sesiones diarias de 25 minutos durante 1 mes (SPC).  Evaluación: línea base; días 4, 15 y 30 de seguimiento</p>	<p>TD se asocia con descenso significativo de síntomas depresivos en días 4 y 15 de seguimiento (no en el 30). Asociada a descenso de síntomas de ansiedad durante todo el seguimiento. G.C. incremento significativo de síntomas depresivos durante período de seguimiento. TD parece tener efectos beneficiosos a corto plazo sobre síntomas depresivos y ansiosos; mejora la experiencia al final de la vida, pero no ha demostrado que mejore síntomas de depresión y ansiedad en pacientes que sufren más distrés.</p>
------------------------------	--	---	------------------------------------	---	---

<p>Julião et al., (2014)</p>	<p>N= 80 pacientes terminales                  Lugar: Portugal                  Edad media (años):66.1                  % mujeres: 56.1 (G.C.), 51.3 (G.E.)                  % hombres: 43.9 (G.C.), 48.7 (G.E.)                  Tipo de enfermedad: mayoritariamente cáncer (90.2%) y otras enfermedades terminales (9.8%), 6 meses de esperanza de vida o menos.</p>	<p>Evaluar la eficacia de la terapia de la dignidad en depresión y ansiedad en una muestra de pacientes terminales y altos niveles de estrés</p>	<p>Depresión y ansiedad (HADS)</p>	<p>G.E.= 39 participantes                  G.C.= 41 participantes                   Duración:4 o 5 encuentros de 30-60 minutos para realizar TD a lo largo de 1 mes.                   Evaluación: en la línea base; al día 4, 15 y 30 de haber finalizado la terapia.</p>	<p>TD asociada con decremento en puntuaciones de depresión (al día 4 y 30 de seguimiento, pero no en el 15) y ansiedad. Efecto beneficioso de TD en síntomas depresivos y ansiosos de pacientes paliativos. Los beneficios se mantienen tras el seguimiento de 30 días.</p>
------------------------------	---	--	------------------------------------	--	---

<p>Breitbart, W. et al., (2015)</p>	<p>N= 253 pacientes con cáncer. Lugar: EE.UU. Edad media (años): 59.6 (SGP), 57 (MCGP) % mujeres: 67.8 (SGP), 71.2 (MCGP) % hombres: 32.2 (SGP), 28.8 (MCGP) Tipo de enfermedad: cáncer en estadio IV o III si el pronóstico es malo de pecho, páncreas, pulmón y colorrectal principalmente.</p>	<p>Comprobar la eficacia de MCGP para reducir el distrés y promover el bienestar espiritual en pacientes con cáncer avanzado.</p>	<p>Bienestar espiritual (FACIT-SP) Calidad de vida (MQOL) Depresión (BDI) Ansiedad (HADS, subescala ansiedad)</p>	<p>G.E.= participantes 132 G.C.= participantes 121  Duración: 8 semanas (1 sesión por semana).  Evaluación: antes de la primera sesión grupal de tratamiento y dos meses después de su finalización. Al finalizar, se completa un cuestionario sobre la naturaleza percibida de la intervención.</p>	<p>Mejoras significativas en bienestar espiritual, calidad de vida; reducciones significativas en depresión, falta de esperanza, deseo de acelerar la muerte y distrés sintomático para participantes del MCGP.  Resultados que apoyan la eficacia de MCGP como tratamiento para distrés existencial y psicológico en pacientes con cáncer avanzado.</p>
-------------------------------------	---	---	---	--	--

<p>Scheffold, K. et al., (2015)</p>	<p>N= 262 pacientes oncológicos avanzados. Lugar: Alemania Edad media (años): NS % mujeres: NS % hombres: NS Tipo de enfermedad: tumores cancerosos en estado III o IV.</p>	<p>Examinar la eficacia de la terapia CALM en pacientes con cáncer avanzado</p>	<p>Orientación, memoria, concentración (SOMC) Depresión (PHQ-9, SCID-I, BDI-II) Distrés (DT) Ansiedad (GAD-7) Desmoralización (DS) Fatiga (BFI) Distrés sintomático (MSAS-SF) Bienestar espiritual (FACIT-SP) Distrés ante la muerte (DADDS) Crecimiento postraumático (PTGI) Calidad de vida (QUAL-EC) Ansiedad/ evitación en relaciones sociales cercanas (ECR-M16) Comunicación pareja (CCS) Beneficio tratamiento (Clinical Evaluation Questionnaire)</p>	<p>G.E.= 131 participantes G.C.= 131 participantes  Duración: 8 sesiones de 50 minutos a lo largo de 6 meses.  Evaluación: durante el proceso de selección, en la línea base, a los 3 meses y a los 6 meses.</p>	<p>Evidencia estadística de que CALM puede reducir la depresión y el distrés existencial en pacientes oncológicos avanzados con niveles altos de distrés.</p>
-------------------------------------	---	---	---	--	---

<p>Lo, C. et al., (2016)</p>	<p>N= 60 pacientes con cáncer avanzado.                  Lugar: Canadá                  Edad media (años): 56.62 (G.C.), 55.37 (G.E.)                  % mujeres: 73 (G.C.), 67 (G.E.)                  % hombres: 27 (G.C.), 33 (G.E.)                  Tipo de enfermedad: cáncer en estadio IIIB o IV de pulmón, III o IV de trompas de Falopio, IV endocrino/pecho/gastrointestinal/ Genitourinario/ginecológico, cáncer de páncreas en cualquier estadio.</p>	<p>Evaluar la metodología y la viabilidad de realizar un ensayo controlado aleatorizado para la terapia CALM.</p>	<p>Depresión (PHQ-9, SCID)                  Ansiedad generalizada (GAD-7)                  Ansiedad ante la muerte (DADDS)                  Bienestar espiritual (FACIT-SP)                  Ansiedad y evitación de apego (ECR-M16)                  Autoestima (RSE)                  Evitación experiencial (AAQ-II)                  Calidad de vida (QUAL-EC)                  Crecimiento postraumático (PTGI)                  Beneficios del tratamiento (TRS-R)</p>	<p>G.E.= 30 participantes                  G.C.= 30 participantes</p> <p>Duración: variable en función del avance terapéutico. Como mínimo 3 sesiones a lo largo de 3 meses. Hasta 6 meses (total 6 sesiones).</p> <p>Evaluación: en la línea base, a los 3 meses y a los 6 meses.</p>	<p>Disminución en depresión (PHQ-9, SCID), ansiedad y evitación de apego (ECR-M16). No se observan efectos en el resto de variables.</p> <p>Se recomienda realizar una fase 3 de ensayo controlado aleatorizado para la terapia CALM para probar su eficacia.</p>
------------------------------	--	---	--	--	---

<p>Rudilla, D. et al., (2016b)</p>	<p>N= 70 pacientes que recibían cuidados paliativos en casa Lugar: España Edad media (años): 68.29 (G.C.), 72.14 (G.E.) % mujeres: 37.1 (G.C.), 42.9 (G.E.) % hombres: 62.9 (G.C.), 57.1 (G.E.) Tipo de enfermedad: diagnóstico de cáncer (80% G.C./ 77.1 G.E.), otro diagnóstico (20% G.C., 22.9% G.E.)</p>	<p>Investigar los efectos del counseling y TD en pacientes paliativos, comparar ambas terapias y ver cuál se adapta mejor a las necesidades del enfermo.</p>	<p>Sentido de dignidad (PDI) Ansiedad y depresión (HADS) Resiliencia (BRCS) Espiritualidad (GES) Apoyo social (Duke-UNC-11 FSSQ) Calidad de vida (2 ítems de EORTC-QLQ-C30)</p>	<p>G.1 (TD) = 35 participantes G. 2 (Counseling)=35 participantes  Duración: 3 meses (visitas a la casa del paciente 2 ó 3 veces por semana y sesiones de 30-60 minutos)  Evaluación: antes, durante y después de las sesiones</p>	<p>Dignidad, ansiedad, espiritualidad y calidad de vida mejoraron en ambos grupos de manera similar. La depresión se incrementó en el grupo que recibió TD después de la intervención. La resiliencia no se vio afectada. La depresión no aumentó en el grupo que recibió counseling y la resiliencia se incrementó. TD y counseling son beneficiosos para el bienestar de pacientes paliativos. Resultados mejores para el grupo que recibió counseling en depresión, resiliencia y ansiedad.</p>
------------------------------------	--	--	---	--	--

<p>Lloyd-Williams, M. et al., (2018)</p>	<p>N= 57 pacientes paliativos con cáncer avanzado. Lugar: Inglaterra Edad media (años): 63.4 (G.C.), 66.2 (G.E.) % mujeres: 65.2 (G.C.), 75 (G.E.) % hombres: 34.8 (G.C.), 25 (G.E.) Tipo de enfermedad: cáncer avanzado con una esperanza de vida de 12 meses o menos</p>	<p>Evaluar la eficacia de una intervención de corte narrativo para tratar la depresión en pacientes paliativos con cáncer avanzado.</p>	<p>Depresión (PHQ-9, y 1 ítem que preguntaba el grado en el que se sentían deprimidos los participantes) Carga sintomática (ESAS)</p>	<p>G.E.= 33 participantes G.C.= 24 participantes  Duración: variable, sesiones de 25 a 60 minutos.  Evaluación: en la línea base; a las 2, 4 y 6 semanas de seguimiento.</p>	<p>Esta intervención narrativa es eficaz en pacientes paliativos con depresión severa o moderada, reduce las puntuaciones en depresión más que los cuidados habituales aislados. Los pacientes que recibieron la intervención tuvieron una tasa de supervivencia mayor. Los efectos de la terapia se mantienen a las 6 semanas de seguimiento.</p>
--	--	---	---	--	--

**Abreviaturas:** AAQ-II: Acceptance and Action Questionnaire-II; BDI-II: Beck Depression-Inventory II; BFI: Brief Fatigue Inventory; BHS: Beck Hopelessness Scale; BRCS: Brief Resilient Coping Scale; CALM: Cancer and Living Meaningfully; CCC: Client-Centered Care; CCS: Couple Communication Scale; DADDS: Death And Dying Distress Scale; DS: Demoralization Scale; DT: Distress Thermometer; Duke-UNC-11 FSSQ: test de Duke de 11 ítems (Functional Social Support); ECR-M16: Experience in Close Relationships Inventory Modified Short Term Version; EORTC-QLQ-30: European Organisation for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire 30; EQ-5D: European Quality of Life-5 Dimensions ; ESAS: Edmonton Symptom Assessment Scale; FACIT-SP, FACIT-SWB: Functional Assessment of Chronic Illness Therapy-Spiritual Well-Being Scale; G.C.: Grupo control; G.E.: Grupo Experimental; GAD-7: Generalized Anxiety Disorder Questionnaire; GES: Grupo de Espiritualidad de la SECPAL (un test); GSES: General Self-Efficacy Scale, HADS: Hospital Anxiety and Depression Scale; HHI: Herth Hope Index; IMCP: Individual Meaning-Centered Psychotherapy; LOT: Life Orientation Test; MCGP: Meaning Centered Group Psychotherapy; MMi: Meaning-Making intervention; MQOL: McGill Quality Of Life Questionnaire; MSAS: Memorial Symptom Assessment Scale; MSAS-SF: Memorial Symptom Assessment Scale Short Form; NS: No Señalado; PDI: Patient Dignity Inventory; PHQ-9: Patient Health Questionnaire; PPS: Palliative Performance Scale; PTGI: Posttraumatic Growth Inventory; QLS: Quality of Life Scale; QUAL-EC: Quality of Life at the End of Life Cancer; RSE: Rosenberg Self-esteem Scale; SAHD: Schedule of Attitudes toward Hastened Death; SCID-I: Structured Clinical Interview for DSM-IV; SGP: Supportive Group Psychotherapy; SISC: Structured Interview for Symptoms and Concerns; SOMC: Short Orientation Memory Concentration test; SPC: Standard Palliative Care; TD:Terapia de la Dignidad; TRS-R: Therapeutic Realizations Scale-Revised.

# Análisis de las muestras empleadas en las investigaciones

El *número de individuos* que conforman las muestras en las investigaciones oscila desde 24 personas en el estudio de Henry et al. (2010) hasta 326 en el trabajo realizado por Chochinov et al. (2011). La media de participantes de los 12 estudios analizados se sitúa en 121 pacientes.

La media de *edad* de los enfermos era de 61,9 años. Todas las investigaciones aportaban información sobre la edad de los participantes excepto la de Scheffold et al. (2015).

Respecto a la composición por *sexos*, todas las muestras estaban formadas por hombres y mujeres, menos en el trabajo de Henry et al. (2010), donde el 100% eran mujeres con cáncer de ovarios. En general, se constata que el porcentaje de mujeres es ligeramente mayor que el de hombres (55.8% vs. 44.1%).

Todos los participantes en los estudios padecían *cáncer* en estadios avanzados. En 9 de las investigaciones las muestras estaban compuestas exclusivamente por pacientes oncológicos avanzados. Sin embargo, en 3 de los trabajos, (Rudilla et al., 2016b; Julião et al., 2013, 2014) se incluían también pacientes paliativos con diagnósticos diferentes al cáncer y con una esperanza de vida limitada.

Los *tipos de cáncer* más comunes eran pulmón, mama, próstata, colorrectal, ovarios y linfoma tipo no Hodgkin. Todos ellos en estadio III o IV, es decir, avanzados. También se consideraba el cáncer de páncreas sin atender a su estadio.

En general, los *criterios de inclusión* a lo largo de las publicaciones fueron contar con cáncer en estadio III o IV o ser paciente paliativo con una esperanza de vida limitada, tener al menos 18 años y hablar el idioma del país en el que se realizó la investigación. Por su parte, los *criterios de exclusión* fueron presentar deterioro cognitivo o limitaciones psíquicas, no ser capaz de proporcionar el consentimiento informado y en algunos casos tener una esperanza de vida tan breve que dificultara terminar la investigación.

Los estudios fueron aprobados por comités de ética en diversos hospitales antes de ponerse en marcha y se llevaron a cabo en diferentes *países*: tres en Estados Unidos, dos en Reino Unido, dos en Canadá, dos en Portugal, uno en España y uno en Alemania y finalmente se incluye un estudio intercentros de distintos países (Canadá, Estados Unidos y Australia).

## **Objetivos de las investigaciones**

En general el objetivo principal de los diferentes estudios que se han incluido en esta revisión ha sido analizar el nivel de eficacia de diferentes aproximaciones psicoterapéuticas para pacientes que se encuentran en estadios avanzados de una enfermedad oncológica.

Más concretamente, atendiendo a las peculiaridades de cada aproximación psicoterapéutica (CALM, TD y terapias centradas en el sentido) el interés de los distintos trabajos se ha dirigido especialmente a valorar si se han producido o no cambios en los diversos tipos de variables (emocionales, espirituales, calidad de vida...).

Estos objetivos se han concretado en comparaciones entre grupos de distinto tipo. Así por ejemplo, algunos investigadores se han interesado por llevar a cabo un análisis entre modalidades terapéuticas diferentes, como es el caso del estudio de Rudilla et al. (2016b) donde se comparan counseling y TD; sin embargo, otros han tratado de dilucidar si una modalidad psicoterapéutica es más eficaz que el tratamiento estándar para pacientes con cáncer avanzado, como es el caso del estudio de Henry et al. (2010) entre otros.

## Variables e instrumentos

A lo largo de los distintos estudios revisados se consideran variables de muy distinta índole (emocionales, existenciales/espirituales, cognitivas, funcionales, ...) que son evaluadas por instrumentos diversos.

Así, atendiendo a los *constructos emocionales*, la depresión fue medida con PHQ-9 (*Patient Health Questionnaire*), SCID-I (*Structured Clinical Interview for DSM-IV*), BDI-II (*Beck Depression-Inventory II*); siendo el HADS (*Hospital Anxiety and Depression Scale*, subescala depresión) el más comunmente aplicado. La ansiedad se analizó utilizando el GAD-7 (*Generalized Anxiety Disorder Questionnaire*) y HADS (*Hospital Anxiety and Depression Scale*, subescala ansiedad) y la evaluación del distrés se realizó por medio del DT (*Distress Thermometer*), MSAS (*Memorial Symptom Assessment Scale*) y MSAS-SF (*Memorial Symptom Assessment Scale Short Form*) empleadas para el distrés sintomático, DADDS (*Death And Dying Distress Scale*) utilizada para el distrés ante la muerte; en el deseo de acelerar la muerte la medida empleada fue SAHD (*Schedule of Attitudes toward Hastened Death*).

En relación a *variables de corte existencial/espiritual*, el bienestar espiritual se estudió con la escala FACIT-SWB (*Functional Assessment of Chronic Illness Therapy-Spiritual Well-Being Scale*); la espiritualidad se evaluó por medio de un test elaborado por GES (*Grupo de Espiritualidad de la SECPAL, Sociedad Española de Cuidados Paliativos*); el sentido de la dignidad se analizó con PDI (*Patient Dignity Inventory*); la desmoralización se abordó con la DS (*Demoralization Scale*); para evaluar la desesperanza se utilizó BHS (*Beck Hopelessness Scale*) y para la esperanza HHI (*Herth Hope Index*).

La calidad de vida se analizó con EQ-5D (*European Quality of Life-5 Dimensions*), EORTC-QLQ-30 (*European Organisation for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire 30*), MQOL (*McGill Quality Of Life Questionnaire*), QLS (*Quality of Life Scale*), QUAL-EC (*Quality of Life at the End of Life Cancer*) y el crecimiento post-traumático con PTGI (*Posttraumatic Growth Inventory*).

*Aspectos cognitivos* tales como la autoeficacia, autoestima, optimismo/pesimismo y resiliencia fueron evaluadas con GSES (*General Self-Efficacy Scale*), RSE (*Rosenberg Self-esteem Scale*), LOT (*Life Orientation Test*) y BRCS (*Brief Resilient Coping Scale*) respectivamente.

Otras variables a considerar han sido las relaciones sociales evaluadas con el AAQ-II (*Acceptance and Action Questionnaire-II*), CCS (*Couple Communication Scale*), Duke-UNC-11 FSSQ (*test de Duke de 11 ítems Functional Social Support*), ECR-M16 (*Experience in Close Relationships Inventory Modified Short Term Version*).

Por último, la sintomatología física fue abordada con las siguientes herramientas : ESAS (*Edmonton Symptom Assessment Scale*), SISC (*Structured Interview for Symptoms and Concerns*), BFI (*Brief Fatigue Inventory* ) y PPS (*Palliative Performance Scale*) para la capacidad funcional.

## **Diseño y características de los tratamientos**

En vistas a facilitar la comprensión de las diferentes psicoterapias, a continuación se detallan sus características, recogiendo una breve descripción de cada enfoque, su temporalidad y el tipo de profesional que lo lleva a cabo.

La totalidad de estudios contenidos en esta revisión son ensayos controlados aleatorizados, y en todos ellos se observa la presencia de un grupo experimental (que recibe el tratamiento objeto de estudio) y un grupo control (que o bien recibe únicamente el cuidado habitual para enfermos paliativos o algún otro tipo de intervención).

Tabla 2.  
Características de la TD en los estudios

Estudio	Nº de sesiones y duración	Descripción de la técnica	Profesional que implementa la técnica
Chochinov et al. (2011)	1ª sesión inicial, 30 minutos. 2ª sesión donde se tratan los aspectos deseados por el paciente, 60 minutos. 3ª sesión donde se entrega el documento de generatividad, 30 minutos. Sesiones de entre 30 y 60 minutos.	Psicoterapia breve para disminuir el sufrimiento existencial e incrementar propósito, sentido y crecimiento personal de enfermos terminales.	Psicólogo, psiquiatra o enfermera con experiencia en cuidados paliativos.
Hall et al. (2011)			Investigadores y psicólogos con entrenamiento especializado.
Julião et al. (2013 y 2014)			Investigador principal con formación específica en la técnica (Miguel Julião)
Rudilla et al. (2016b)			Psicólogo de la unidad de cuidados paliativos en el hogar.

Tabla 3.

*Características de la psicoterapia centrada en el sentido en los estudios*

Estudio	Nº de sesiones y duración	Descripción de la técnica	Profesional que implementa la técnica
Breitbart et al. (2010 y 2015)	Protocolo manualizado de 8 semanas 1 sesión semanal de 90 minutos (duración aproximada)	Aproximación psicoterapéutica centrada en el bienestar espiritual de pacientes oncológicos avanzados. Toma ideas desarrolladas por Viktor Frankl y desarrollada por Breitbart. Formato grupal e individual. Modalidad grupal	Psiquiatra o psicólogo clínico con experiencia en tratamiento de enfermos con cáncer junto con un doctorado en psicología de segundo nivel o estudiante de tesis doctoral de psicología.
Henry et al. (2010)	Flexible, de 1 a 4 sesiones de 30 a 90 minutos donde se fomenta la autoexploración.	MMi intervención existencial breve de formato individual centrada en el significado de la vida.	Un psicólogo, Melissa Henry, la investigadora principal
Breitbart et al. (2012)	Intervención manualizada de 7 semanas 7 sesiones de 1 hora, 1 por semana	Igual que el formato grupal pero adaptado al individual. Explora las fuentes de significado, intenta incrementar el propósito y la paz de los pacientes.	Psicólogo clínico o doctorandos en psicología con formación especializada.

Tabla 4.  
*Características de la psicoterapia CALM en los estudios*

Estudio	Nº de sesiones y duración	Descripción de la técnica	Profesional que implementa la técnica
Scheffold et al. (2015)	8 sesiones de 50 minutos de terapia a lo largo de 6 meses.	Psicoterapia breve individual desarrollada para pacientes con cáncer avanzado con la finalidad de reducir la sintomatología depresiva y ansiosa que además fortalece las relaciones enfermo-cuidador.	Psicólogos con entrenamiento en el campo de la psicooncología o psicoterapia.
Lo et al. (2016)	3 a 6 sesiones a lo largo de 3 a 6 meses Recomendable 1 sesión al mes Flexible, Mínimo de 3 sesiones a lo largo de 3 meses		Clínicos con entrenamiento que recibían supervisión semanal en grupo por parte del equipo de Rodin y Hales, los que desarrollan la terapia

Tabla 5.

*Características de la intervención de corte narrativo en los estudios*

Estudio	Nº de sesiones y duración	Descripción de la técnica	Profesional que implementa la técnica
Lloyd-Williams et al. (2018)	Depende del paciente, aunque normalmente 1 única entrevista que dura de 25 a 60 minutos.	Intervención de corte narrativo semi-estructurada e individual que explora las perspectivas de significado del paciente, si sufre distrés o ansiedad y su bienestar físico, psicológico y espiritual.	Investigadores con entrenamiento

## **Resultados y conclusiones**

Analizando los resultados de los estudios desde una perspectiva global, puede afirmarse que las intervenciones han sido capaces de reducir distrés y sintomatología depresiva en enfermos oncológicos terminales.

De manera más detallada, la terapia CALM, revisada a través de los estudios de Scheffold et al. (2015) y de Lo et al. (2016), han demostrado disminuir depresión y distrés existencial, proporcionando oportunidades para la expresión emocional de los participantes y aumentando su seguridad. Aunque esta psicoterapia ha sido desarrollada recientemente y todavía se están llevando a cabo los primeros estudios, parece ser un enfoque prometedor con el potencial de ayudar a individuos afectados por cáncer y depresión.

En la intervención de corte narrativo llevada a cabo por Lloyd-Williams et al. (2018) las puntuaciones en depresión disminuyeron significativamente en los enfermos que recibieron psicoterapia, frente a los del grupo control que solo recibieron cuidados paliativos estándar (ver anexo 4). Además el promedio de días de supervivencia del grupo experimental fue mayor (157 vs. 102 días). Pese a esto, los resultados no son extrapolables debido al pequeño tamaño de la muestra y a que hace falta más investigación con este tipo de intervención.

Los programas psicoterapéuticos centrados en el sentido incrementaron los niveles de significado y bienestar espiritual. En concreto, la investigación de Breitbart et al. (2010) encontró mejoras en los niveles de bienestar espiritual, sentido, ansiedad y el deseo de muerte; además, los cambios en el bienestar espiritual y el sentido se mantuvieron a los dos meses de seguimiento. El distrés psicológico se redujo en menor grado. Con la intervención MMi, Henry et al. (2010) pusieron de manifiesto que las enfermas que recibieron la terapia gozaban de menor distrés y mayor sentido de la vida, incluso a los tres meses de seguimiento. Por su parte, los resultados de la IMCP implementada por Breitbart et al. (2012) sugieren que el efecto era mayor para el distrés existencial y más débil en sintomatología ansiosa o depresiva, obteniéndose efectos a corto plazo sobre la calidad de vida y el sufrimiento espiritual. Sin embargo, con este formato que resultó más flexible para los pacientes, las altas tasas de abandono que se observaron en la modalidad grupal disminuyeron significativamente. En la publicación de Breitbart et al. (2015), la MCGP volvió a asociarse

con mejorías significativas en el bienestar espiritual y la calidad de vida y con disminución en los niveles de depresión, desesperanza, deseo de acelerar la muerte y distrés debido a sintomatología física

Respecto a los resultados obtenidos en la TD, Chochinov et al. (2011) comprobaron que la terapia incrementó el bienestar espiritual y disminuyó la tristeza en mayor grado que los cuidados paliativos estándar o la atención centrada en el cliente. Hall et al. (2011) encontraron no obstante, que las diferencias en los niveles de distrés entre el grupo experimental y el grupo control eran inconsistentes, aunque en los participantes que recibieron TD los niveles de esperanza y beneficios autoinformados eran superiores. Julião et al. (2013) en su estudio expusieron que la psicoterapia tenía efectos beneficiosos sobre la sintomatología depresiva y ansiosa a corto plazo, sin embargo, en otro estudio de Julião et al. (2014) los síntomas depresivos y ansiosos disminuyeron y esta mejora se mantuvo a los treinta días de seguimiento. Sorprendentemente, cuando la eficacia de la intervención fue comparada con el counseling en el trabajo de Rudilla et al. (2016b), los resultados en depresión, resiliencia y ansiedad fueron mejores para el Counseling, aunque ambos tratamientos mejoraron el bienestar de los enfermos.

## Discusión

Pena, tristeza, desilusión, desesperanza, son algunos sentimientos que, en mayor o menor medida, caracterizan a las personas que padecen una enfermedad oncológica en fase avanzada. Así, tanto desde la literatura científica como desde el ámbito clínico se confirma que el malestar emocional es un importante componente del nivel de sufrimiento experimentado por los pacientes con enfermedades neoplásicas (Rodin, 2008). Es más, la presencia de problemas anímicos como son síntomas depresivos e incluso un diagnóstico de depresión mayor, parecen complicar, todavía más, la situación clínica del paciente al repercutir negativamente en cómo la sobrellevan sus familiares.

Así pues, ante estas consideraciones previas era previsible que se produjese un importante interés desde el campo de la salud en la búsqueda de medidas terapéuticas para hacer frente a esta problemática. Dicho interés se ha plasmado en interesantes propuestas (LeMay y Wilson, 2008; Wang, Chow and Chan, 2017) que, desde distintos frentes (médico, psiquiátrico, psicológico, antropológico) han conseguido aliviar el sufrimiento inherente a distintas casuísticas en fase terminal.

La revisión de la literatura realizada en este trabajo fin de grado ha posibilitado confirmar la existencia de distintos formatos psicoterapéuticos elaborados con el objetivo de paliar el sufrimiento de las pacientes que están próximos a la muerte.

A este respecto, se hace necesario matizar que estos acercamientos terapéuticos se han dirigido a algo más que el control de los síntomas físicos de la enfermedad oncológica (e.g., dolor, anorexia, insomnio,...), concediendo una gran prioridad a los componentes emocionales (en especial la ansiedad y la depresión) y, más recientemente, a las “grandes

cuestiones” existenciales/espirituales que destacan en las fases avanzadas de las neoplasias (Ellis, Cobb, OConnor, Dunn, Irving and Lloyd-Williams, 2015).

Es precisamente en este marco en el que se ha situado el trabajo: análisis de aquellos programas de tratamiento psicológico que pueden ser eficaces para abordar la depresión y otros aspectos colaterales (bienestar espiritual, dignidad, calidad de vida, por ejemplo) que surgen en el proceso de morir en oncología.

Tres grandes formatos psicoterapéuticos han sido los pilares del desarrollo de esta revisión bibliográfica: terapia de la dignidad (Chochinov, 2012) psicoterapia centrada en el sentido (Breitbart and Poppito, 2014ab) y Managing Cancer and Living Meaningfully (CALM) (Hales, Lo and Rodin, 2010). Modalidades terapéuticas, como ya hemos comentado, que presentan elementos comunes (e.g., consideración del sufrimiento espiritual/existencial), pero también elementos claramente diferenciales (elaboración de un legado narrativo, búsqueda de sentido e influencia del apego). Sin embargo, no falta algún otro intento muy reciente (ver anexo 4) que incorpora la narrativa especialmente dirigida hacia la sintomatología depresiva (Lloyd-Williams et al., (2018).

En general, los resultados obtenidos a partir de la aplicación de los distintos programas psicoterapéuticos, confirman su idoneidad para reducir el nivel de malestar emocional y espiritual/existencial de los pacientes oncológicos en estadios avanzados de la enfermedad. Pero, centrándonos en aspectos más concretos relativos al impacto de distintas modalidades terapéuticas, los pacientes mejoraron en múltiples y diferentes variables.

Así, por ejemplo, atendiendo a la terapia de la dignidad, Chochinov et al. (2011) informan de mejoras a nivel clínico en tristeza y sintomatología depresiva. Además, la comparación entre grupos permitió confirmar que la terapia de la dignidad es especialmente relevante para mejorar el sentido de la dignidad, la calidad de vida y el bienestar espiritual. Los trabajos posteriores de Juliao et al., (2013, 2014) permiten concluir que la reducción de la sintomatología depresiva se mantiene a lo largo de distintos períodos de seguimiento, pero no en otros. Respecto a esto, aunque los datos explican una cierta dirección positiva hacia el “núcleo” de esta terapia, esto es potenciar el sentido de la dignidad, un cierto “halo afectivo de tristeza” permanece en el transcurso de la enfermedad.

En relación a la terapia centrada en el sentido, en su formato grupal, en el primer estudio (Breitbart et al., 2010), los pacientes indican mejoras significativas en su nivel de sufrimiento emocional y bienestar espiritual (en especial, aumento del sentido y propósito en la vida). A los dos meses de seguimiento, se produce un descenso tanto en el nivel de ansiedad (no en depresión) como en el deseo de adelantar la muerte. Sin embargo, en una

investigación posterior (Breitbart et al., 2015) además de los efectos positivos sobre variables de distinta índole (bienestar espiritual, calidad de vida, esperanza) se produce una disminución de la sintomatología depresiva. La aplicación del formato individual de la terapia centrada en el sentido (Breitbart et al., 2012), confirma mejoría en depresión al finalizar el programa, pero no en el seguimiento a los 2 meses. Estos resultados parecen indicar que si bien el abordaje terapéutico proporcionó sentido, propósito e incluso paz a nivel personal (bienestar espiritual), la pena y tristeza queda a modo de “rescoldo” en el difícil proceso de afrontar la muerte.

Por último, la aplicación del programa CALM (Managing Cancer and Living Meaningfully), que ha sido diseñado especialmente para abordar la depresión en pacientes con cáncer avanzado, ha conllevado reducciones significativas en depresión y malestar existencial (Scheffold et al., 2015) y en ansiedad y apego evitativo (Lo et al., 2016). Posiblemente la especificidad de esta modalidad terapéutica que invita a la reflexión en la esfera emocional, sin obviar la importancia del apego y relación con los otros significativos (profesionales y familiares), pueda explicar los buenos resultados sobre la depresión.

En definitiva, las distintas propuestas revisadas, han tratado de atender a esa dimensión esencialmente humana que es el sufrimiento que se recrudece en los estadios finales de la enfermedad oncológica. Pese a que tal y como se desprende de los datos aportados la eliminación “total” del malestar en el paciente no se alcanza

A pesar de los interesantes resultados obtenidos en las investigaciones consideradas, es necesario poner de manifiesto las *limitaciones* que presentan.

Así, en primer lugar, se recalca que la mayor parte de las muestras empleadas en los estudios eran de tamaño reducido. Además, en muchas investigaciones el tamaño muestral quedó mermado debido a las altas tasas de mortalidad y abandono. Estos sucesos son característicos cuando se trabaja con población paliativa, debido al pronóstico de las enfermedades, afectando la pérdida de participantes a la validez y fiabilidad de los resultados. Debido a esto, se incrementa la probabilidad de sesgos y disminuye la capacidad de generalización de los resultados.

En segundo lugar, las intervenciones psicoterapéuticas no son comparables entre sí, ni los tratamientos de los distintos grupo control. El estudio de Scheffold et al. (2015) y el de Lo et al. (2016) hacen referencia a la eficacia de la terapia CALM; la investigación de Lloyd-Williams et al. (2018) pretende indagar a cerca de la eficacia de una intervención de corte narrativo; por su parte, los trabajos de Henry et al. (2010) y Breitbart et al. (2010, 2012,

2015) analizan intervenciones centradas en el sentido; finalmente, las publicaciones de Chochinov et al. (2011), Hall et al. (2011), Julião et al. (2013, 2014) y Rudilla et al. (2016b) están dedicadas a la terapia de la dignidad. Además de que estos grupos experimentales son muy diferentes entre sí, en la condición de grupo control se observa un arsenal de tratamientos muy variados, desde la técnica de masaje terapéutico empleada en el estudio de Breitbart et al. (2012) o el counseling en el trabajo de Rudilla et al. (2016b) hasta intervenciones en las que el grupo control únicamente recibió el tratamiento estándar en cuidados paliativos, como la de Henry et al. (2010), entre otros.

En tercer lugar, cabe mencionar que el número de estudios publicados en este campo todavía es escaso, pese a que en la última década el interés esté empezando a despertar. A la luz de este vacío en la investigación, los resultados sobre la eficacia de tratamientos psicoterapéuticos en poblaciones paliativas no resultan tan esclarecedores ni permiten obtener conclusiones con una gran capacidad de generalización.

No obstante y pese a estas limitaciones, es necesario remarcar que todos los estudios revisados en este trabajo fueron ensayos controlados aleatorizados, esto es, investigaciones que presentan una adecuada calidad a nivel metodológico, lo que supone una garantía de cara a asumir como válidos los resultados obtenidos.

Por lo tanto, desde esta investigación se aporta evidencia de que, en general, los distintos programas de tratamiento analizados resultaron ser eficaces en el abordaje del nivel de malestar existencial/espiritual y la sintomatología depresiva en enfermos que sufren una enfermedad oncológica en estado avanzado, resultando útiles para mejorar su calidad de vida.

De todos modos, y en la línea de lo comentado por los distintos autores, se hace necesario el desarrollo de un mayor número de publicaciones en este campo clínico, a la vez que sería muy recomendable que las futuras líneas de investigación contaran con muestras de mayor tamaño, de manera que fuera posible profundizar en los beneficios de este tipo de intervenciones.

## Conclusiones

Para finalizar se presentan una serie de conclusiones obtenidas a raíz de este trabajo:

1. La depresión en pacientes con cáncer avanzado es un problema frecuente que conlleva un sufrimiento añadido a su situación, empeorando su calidad de vida.
2. En general, las terapias de corte existencial-narrativo se muestran eficaces en el abordaje del malestar emocional de los pacientes oncológicos en fase avanzada
3. La implementación de distintas modalidades psicoterapéuticas en pacientes oncológicos terminales conlleva, asimismo, cambios en variables de distinta índole (emocionales, existenciales, funcionales, psicosociales).
4. La aplicación de la terapia de la dignidad produce una especial mejoría en el sentido de la dignidad, el significado de la vida y la voluntad de vivir
5. El sentido, el propósito vital y el bienestar espiritual, entre otras, son las variables que muestran mayor mejoría en los pacientes que se implican en la terapia centrada en el sentido.
6. La *Managing Cancer and Living Meaningfully* (CALM) se confirma como una aproximación terapéutica especialmente idónea para tratar el malestar emocional y la sintomatología depresiva.

En definitiva, tal y como se desprende de este trabajo de revisión, el “acercamiento” desde la psicoterapia a las personas que se encuentran en las fases finales de la vida como consecuencia de una enfermedad oncológica consolida el deseo inicial de encontrar un “espacio digno” antes de la despedida.

## Referencias bibliográficas

- Breitbart, W. and Poppito, S. (2014a). *Meaning-centered group psychotherapy for patients with advanced cancer. A treatment manual*. Oxford: Oxford university Press.
- Breitbart, W. and Poppito, S. (2014b). *Individual meaning-centered psychotherapy for patients with advanced cancer. A treatment manual*. Oxford: Oxford university Press.
- Breitbart, W., Gibson C. and Chochinov, H.M. (2006). Cuidados paliativos. En Levenson J. (Ed.), *Medicina psicosomática* (pp. 1005-1033). Barcelona: Ars Médica.
- Breitbart, W., Poppito, S., Rosenfeld, B., Vickers, A., Li, Y., Abbey, J., ... Cassileth, B. (2012) Pilot Randomized Controlled Trial of Individual Meaning-Centered Psychotherapy for Patients With Advanced Cancer. *Journal of Clinical Oncology*, 30(12), 1304-1309. doi: <http://www.dx.doi.org/10.1200/JCO.2011.36.2517>
- Breitbart, W., Rosenfeld, B., Gibson, C., Pessin, H., Poppito, S., Nelson, C., ... Olden, M. (2010). Meaning-centered group psychotherapy for patients with advanced cancer: a pilot randomized controlled trial. *Psychooncology*, 19(1), 1-13. doi: <http://www.dx.doi.org/10.1002/pon.1556>

- Breitbart, W., Rosenfeld, B., Pessin, H., Applebaum, A., Kulikowski, J. and Lichtenthal, W. (2015). Meaning-Centered Group Psychotherapy: An Effective Intervention for Improving Psychological Well-Being in Patients With Advanced Cancer. *Journal of Clinical Oncology*, 33(7), 749-754. doi: <http://www.dx.doi.org/10.1200/JCO.2014.57.2198>
- Chochinov, H. M. (2012). *Dignity therapy final words for final days*. Oxford: Oxford University Press.
- Chochinov, H., Kristjanson, L., Breitbart, W., McClement, S., Hack, T., Hassard, T. and Harlos, M. (2011). Effect of dignity therapy on distress and end-of-life experience in terminally ill patients: a randomised controlled trial. *Lancet Oncology*, 12(8), 753-762. doi: [http://www.dx.doi.org/10.1016/S1470-2045\(11\)70153-X](http://www.dx.doi.org/10.1016/S1470-2045(11)70153-X)
- Ellis, J., Cobb, M.K., O'Connor, T., Dunn, L., Irving, G., and Lloyd-Williams, M. (2015). The meaning of suffering in patients with advance progressive cancer. *Chronic Illness*, 0(0), 1-12. doi: <http://www.dx.doi.org/10.1177/1742395314565720>
- Frankl, V. (1998). *El hombre en busca de sentido*. Barcelona: Herder (Original 1946).
- Ftanou, M., Pascoe, M. and Ellen, S. (2017). Psychosocial Interventions for End-of-Life Care: An Invited Commentary. *Australian Psychologist*, 52, 340-345. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/ap.12305>
- Hales, S., Lo, C. and Rodin, G. (2010). *Managing Cancer and Living Meaningfully (CALM) treatment manual. An individual psychotherapy for patients with advanced cancer*. Toronto, Canada.
- Hall, S., Goddard, C., Opio, D., Speck, P., Martin, P. and Higginson, I. (2011). A novel approach to enhancing hope in patients with advanced cancer: a randomised phase II trial of dignity therapy. *BMJ Supportive & Palliative Care*. 1(3),1-7. doi: <http://www.dx.doi.org/10.1136/bmjspcare-2011-000054>

- Henry, M., Cohen, S., Lee, V., Sauthier, P., Provencher, D., Drouin, P., ... Mayo, N. (2010). The Meaning-Making intervention (MMi) appears to increase meaning in life in advanced ovarian cancer: a randomized controlled pilot study. *Psycho-Oncology*, 19(12). doi: <http://www.dx.doi.org/10.1002/pon.1764>
- Julião, M. and Barbosa A. (2011). Depressão em cuidados paliativos. *Acta Médica Portuguesa*, 24(S4), 807-818.
- Julião, M., Barbosa, A., Oliveira, F., Nunes, B. and Vaz Carneiro, A. (2013). Efficacy of dignity therapy for depression and anxiety in terminally ill patients: Early results of a randomized controlled trial. *Palliative and Supportive Care*, 11(6), 481-489. doi: <http://www.dx.doi.org/10.1017/S1478951512000892>
- Julião, M., Oliveira, F., Nunez, B., Vaz Carneiro, A. and Barbosa, A. (2014). Efficacy of Dignity Therapy on Depression and Anxiety in Portuguese Terminally Ill Patients: A Phase II Randomized Controlled Trial. *Journal of Palliative Medicine*, 17(6), 688-695. doi: <http://www.dx.doi.org/10.1089/jpm.2013.0567>
- Kissane, D., Clarke, D., Street, A. (2001). Demoralization syndrome-a relevant psychiatric diagnosis for palliative care. *Journal of Palliative Care*, 17 (1), 12-21.
- Kissane, D.W., Levin, T., Hales, S., Lo, C. and Rodin, G. (2011). Psychotherapy for Depression in Cancer and Palliative Care. En Kissane, D.W., Maj, M. and Sartorius, N., (eds.) *Depression and Cancer* (pp. 177-206). India: John Wiley & Sons.
- LeMay, K., Wilson, K. (2008). Treatment of existencial distress in life threatening illness: A review of manualized interventions. *Clinical Psychology Review*, 28, 472-493. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.cpr.2007.07.013>

- Lloyd-Williams, M., Shiels, C., Ellis, J., Abba, K., Gaynor, E., Wilson, K. and Dowrick, C. (2018). Pilot randomised controlled trial of focused narrative intervention for moderate to severe depression in palliative care patients: DISCERN trial. *Palliative Medicine*, 32(1), 206-215. doi: <http://www.dx.doi.org/10.1177/0269216317711322>
- Lo, C., Hales, S., Chiu, A., Panday, T., Malfitano, C., Jung, J., ... Rodin, G. (2016). Managing Cancer And Living Meaningfully (CALM): randomised feasibility trial in patients with advanced cancer. (2016). *BMJ Supportive & Palliative Care*, 0, 1-10. doi: <http://www.dx.doi.org/10.1136/bmjspcare-2015-000866>
- Lo, C., Hales, S., Rydall, A., Panday, T., Chiu, A., Malfitano, C., ... Rodin, G. (2015). Managing Cancer And Living Meaningfully: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*, 16:391, 1-8. doi: <http://dx.doi.org/10.1186/s13063-015-0811-1>
- Nissim, R., Freeman, E., Lo, C., Zimmermann, C., Gagliese, L., Rydall, A., ... Rodin, G. (2011). Managing Cancer and Living Meaningfully (CALM): A qualitative study of a brief individual psychotherapy for individuals with advanced cancer. *Palliative Medicine*, 26(5), 713-721. doi: <http://dx.doi.org/10.1177/0269216311425096>
- Okuyama, T., Akechi, T., Mackenzie, L. and Furukawa T. (2017). Psychotherapy for depression among advanced, incurable cancer patients: A systematic review and meta-analysis. *Cancer Treatment Reviews*, 56, 16-27. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ctrv.2017.03.012>
- Pupolo, M., Brain, E., Agarwal, A., Lam, M., Chow, E. and Henry, B. (2017). Factors and correlates of depression in advanced cancer patients: A scoping review. *Journal of Pain Management*, 10(1), 67-77.

- Rodin, G. (2008). Treatment of depression in patients with cancer. *Lancet*, 372:8-10.
- Rodin, G. (2014). Effective treatment for depression in patients with cancer. *The Lancet*, 384(9948), 1076-1078. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61342-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61342-8)
- Rodin, G. (2017). Psychotherapeutic Interventions Near the End of Life: Theory, Evidence and Future Directions. *Australian Psychologist*, 52, 335-339. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/ap.12307>
- Rodin, G., Nolan, R.P. and Katz, M.R. (2004). Depression (in the Medically III). En Levenson, J. (Ed.), *APPI Textbook of psychosomatic Medicine* (pp. 113-217). Arlington, VA: American Psychiatric Press.
- Rudilla, D., Barreto, P., Oliver, A. and Galiana, L. (2015). Síndrome de desmoralización como alternativa diagnóstica al estado de ánimo deprimido en pacientes paliativos. *Psicooncología*, 12(2-3), 315-334. doi: [http://dx.doi.org/10.5209/rev\\_PSIC.2015.v12.n2-3.51012](http://dx.doi.org/10.5209/rev_PSIC.2015.v12.n2-3.51012)
- Rudilla, D., Galiana, L., Oliver, A. and Barreto, P. (2016a). Demoralization Scale in Spanish-Speaking Palliative Care Patients. *Journal of Pain and Symptom Management*, 51(4), 769-775. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2015.11.019>
- Rudilla, D., Galiana, L., Oliver, A. and Barreto, P. (2016b). Comparing counseling and dignity therapies in home care patients: A pilot study. *Palliative and Supportive Care*, 14, 321-329. doi: <http://www.dx.doi.org/10.1017/S1478951515001182>
- Scheffold, K., Philipp, R., Engelmann, D., Schulz-Kindermann, F., Rosenberger, C., Oechsle, K., ... Mehnert, A. (2015). Efficacy of a brief manualized intervention Managing Cancer and Living Meaningfully (CALM) adapted to German cancer care settings:

study protocol for a randomized controlled trial. *BMC Cancer*, 15:592, 1-10. doi:  
<http://www.dx.doi.org/10.1186/s12885-015-1589-y>

Shaw, C., Chrysikou, V., Davis, S., Gessler, S., Rodin, G. and Lanceley, A. (2017). Inviting end-of-life talk in initial CALM therapy sessions: A conversation analytic study. *Patient Education and Counseling*, 100(2), 259-266. doi:  
<http://dx.doi.org/10.1016/j.pec.2016.08.024>

# Índice de tablas

Tabla 1 .....	pg. 16
Tabla 2 .....	pg. 34
Tabla 3 .....	pg. 35
Tabla 4 .....	pg. 36
Tabla 5 .....	pg. 37

# Índice de figuras

Figura 1 .....	pg.14
----------------	-------

# Índice de cuadros

Cuadro 1 .....	pg. 13
----------------	--------

# Anexos:

## Anexo 1.

### *Protocolo y fases de la terapia de la dignidad*

Protocolo de preguntas sobre la terapia de la dignidad (citar aquí a Chochinov et al. 2002 mejor, así tengo otra cita)

1. Cuéntame un poco de tu historia de vida, ¿qué partes recuerdas más o piensas que son más importantes? ¿Cuándo te has sentido más vivo?
2. ¿Hay alguna cosa en concreto que le gustaría que su familia supiera de usted, alguna cosa en particular por la que le gustaría que le recordaran?
3. ¿Qué roles han sido los más importantes que ha desempeñado en la vida de su familia? ¿Por qué han sido tan importantes para usted y qué cree que consiguió con ellos?
4. ¿Cuáles son sus logros más importantes y de cuáles se siente más orgulloso?
5. ¿Hay alguna cosa en particular que sienta que necesite decirle a sus seres queridos o cosas que le gustaría volver a decirles otra vez?
6. ¿Cuáles son sus esperanzas y sueños para sus seres queridos?
7. ¿Qué ha aprendido sobre la vida que le gustaría comunicar a otros? ¿Qué consejos o palabras de guía le gustaría transmitir a su hijo, hija, marido, esposa, padres u otros?
8. ¿Hay palabras o incluso instrucciones que le gustaría dar a su familia para ayudarles a que se preparen para el futuro?
9. En la creación de este documento permanente, ¿le gustaría añadir alguna otra cosa?

## Fases de la terapia de la dignidad

### *Entrevista:*

En esta primera fase, el terapeuta le presenta el protocolo de preguntas de la terapia de la dignidad al paciente, y revisa con él los aspectos más significativos de su existencia. El protocolo de preguntas sirve como guía y se realiza de manera flexible, adaptándose al transcurrir de la sesión .

La duración de esta entrevista oscila entre 30 y 60 minutos, es grabada y posteriormente transcrita.

### *Preparación del documento de generatividad:*

En base a los aspectos rememorados con los enfermos sobre sus vidas y la información obtenida en la entrevista sobre los aspectos importantes de la existencia del paciente, el terapeuta elabora un documento de generatividad, que ayuda a que la persona sienta que deja un legado y una huella de trascendencia tras su paso por el mundo.

### *Entrega y revisión del documento de generatividad:*

Cuando el documento ya ha sido editado, se le entrega al participante para que lo revise y compruebe si está conforme o desea hacer alguna modificación. Una vez que se llega al acuerdo, el enfermo se queda con las copias que desee para sus seres queridos y él mismo.

### Fuente:

Chochinov, H. M. (2012). *Dignity therapy final words for final days*. Oxford: Oxford University Press.

## Anexo 2.

### *Sesiones y objetivos psicoterapia centrada en el sentido*

Temas tratados en las sesiones de psicoterapia centrada en el sentido:

- Sesión nº1: conceptos y fuentes de significado
- Sesión nº2: cáncer y sentido
- Sesión nº3: fuentes históricas de significado, el legado pasado
- Sesión nº4: fuentes históricas de significado, el legado del presente y del futuro
- Sesión nº5: fuentes actitudinales de significado, encontrar las limitaciones de la propia vida
- Sesión nº6: fuentes creativas de significado, creatividad y responsabilidad
- Sesión nº7: fuentes experienciales de significado, naturaleza, arte y humor
- Sesión nº8: finalización, despedidas y esperanzas para el futuro

Objetivos a alcanzar en las sesiones de psicoterapia centrada en el sentido:

1ª sesión: explicar el objetivo de la intervención, conocer la historia del cáncer del paciente e introducir los conceptos y las fuentes de significado.

2ª sesión: conocer cómo la identidad de la persona se ha visto afectada tras el diagnóstico de cáncer.

3ª y 4ª sesión: investigar sobre las fuentes de sentido del paciente en el pasado, presente y las posibles fuentes para el futuro. Explorar el legado que el paciente dejó en el pasado, el que está dejando ahora y el que podrá dejar en un futuro. Pensar en algún tipo de proyecto para dejar un legado.

5ª sesión: reflexionar sobre las limitaciones que la enfermedad supone a los pacientes y comprender que pese a estas circunstancias el enfermo sigue teniendo la libertad de elegir qué actitud va a mantener ante esas limitaciones y el sufrimiento.

6ª sesión: ayudar a encontrar al participante acciones que pueden realizar relacionadas con la creatividad y la responsabilidad para fomentar su sentimiento de responsabilidad y capacidad de crear.

7ª sesión: recordar experiencias sobre el sentido de la vida del enfermo, especialmente aquellas relacionadas con el amor, la belleza y el humor.

8ª sesión: expresión de deseos y planes para el futuro.

Fuente:

Breitbart, W. and Poppito, S. (2014a). *Meaning-centered group psychotherapy for patients with advanced cancer. A treatment manual*. Oxford: Oxford university Press.

Breitbart, W. and Poppito, S. (2014b). *Individual meaning-centered psychotherapy for patients with advanced cancer. A treatment manual*. Oxford: Oxford university Press.

### Anexo 3.

#### *Dominios generales psicoterapia CALM*

En la terapia CALM se trabaja sobre cuatro dominios que proporcionan un marco de trabajo o guía para el terapeuta. Son los siguientes:

1. Control de síntomas y comunicación con cuidadores: en este dominio se coopera para mejorar la comunicación con los cuidadores y se intenta que las decisiones médicas que se tomen aseguren el mejor cuidado y control de los síntomas debidos a la enfermedad.
2. Cambios en uno mismo y en relaciones con personas cercanas: en este dominio se trabajan los cambios que hayan podido sufrir la autoestima y la identidad del enfermo como consecuencia de la enfermedad. Se indaga también sobre los cambios que haya podido haber en las relaciones con los seres queridos y se prestan cuidados y apoyo al enfermo.
3. Espiritualidad, sentido y propósito: en este dominio se profundiza en la comprensión del significado del sufrimiento y la muerte del enfermo así como en sus prioridades y metas.
4. Preparación para el futuro, mantenimiento de la esperanza y hacer frente a la mortalidad: en este dominio se intentan reconocer los temores anticipatorios del paciente, se busca un equilibrio entre la vida y la muerte, se planea cómo van a ir avanzando los tratamientos y se prepara a la persona para la muerte.

Fuente:

Scheffold, K., Philipp, R., Engelmann, D., Schulz-Kindermann, F., Rosenberger, C., Oechsle, K., ... Mehnert, A. (2015). Efficacy of a brief manualized intervention Managing Cancer and Living Meaningfully (CALM) adapted to German cancer care settings: study protocol for a randomized controlled trial. *BMC Cancer*, 15:592, 1-10. doi: <http://www.dx.doi.org/10.1186/s12885-015-1589-y>

Anexo 4.

*Formato de intervención narrativa para la depresión severa en pacientes de cuidados paliativos*

- A nivel general, ¿se siente deprimido?
- Si tuviese que explicarle a alguien cómo es su depresión o su estado de ánimo bajo ¿qué le diría? Por favor, descríballo con detalle.
- ¿Cuál o cuáles son las principales causas de su depresión?
- ¿Hay algo que le ha ayudado a disminuir o aliviar su depresión o su desánimo? ¿Qué recursos tiene para hacer frente a su depresión?
- ¿Qué ha impedido que su depresión empeore o vaya a más?
- ¿Qué aspectos de su vida son más importantes para usted?
- ¿Cómo ha afrontado los tiempos difíciles en su vida antes de tener cáncer?
- ¿La espiritualidad o la fe juegan un papel importante en su vida? ¿De qué modo o en qué sentido? Me puede comentar algo más acerca de ello.
- Algunas personas nos han contado que les resulta difícil encontrar o dar sentido a lo que les ha sucedido; consideran que no es justo o se preguntan ¿Por qué a mí? ¿Por qué ahora? ¿Qué puede comentar a este respecto?
- ¿La esperanza es importante para usted? ¿Qué espera? En relación a esta cuestión, ¿se ha producido algún cambio desde que descubrió que tenía cáncer?
- ¿De qué recursos dispone para hacer frente a las situaciones vitales?

Fuente:

Lloyd-Williams, M., Shiels, C., Ellis, J., Abba, K., Gaynor, E., Wilson, K. and Dowrick, C. (2018). Pilot randomised controlled trial of focused narrative intervention for moderate to severe depression in palliative care patients: DISCERN trial. *Palliative Medicine*, 32(1), 206-215. doi: <http://www.doi.org/10.1177/0269216317711322>