
Treball Fi de Grau

Intervenciones psicológicas eficaces para mejorar la depresión en pacientes de cáncer en cuidados paliativos: revisión sistemática de la literatura

Nadia Jiménez Rodríguez



Aquest TFG està subject a la licència [Reconeixement-NoComercial-SenseObraDerivada 4.0 Internacional \(CC BY-NC-ND 4.0\)](#)

Este TFG está sujeto a la licencia [Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada 4.0 Internacional \(CC BY-NC-ND 4.0\)](#)

This TFG is licensed under the [Attribution-NonCommercial-NoDerivatives 4.0 International \(CC BY-NC-ND 4.0\)](#)

Intervenciones psicológicas eficaces para mejorar la depresión en pacientes de cáncer en cuidados paliativos: revisión sistemática de la literatura

Grado en Psicología

Autor	Nadia Jiménez Rodríguez
Director	Iris Crespo Martín
Fecha de presentación	13/05/2024

Resumen

Con el aumento de la esperanza de vida, aparecen enfermedades crónicas progresivas que producen sufrimiento en aquellos que la padecen. Entre estas enfermedades, se encuentra, sobre todo, el cáncer. Tras su diagnóstico, surgen manifestaciones clínicas en el paciente que varían en función de la fase de enfermedad en la que se encuentre. En el caso de pacientes que se encuentran en cuidados paliativos, la aparición de síntomas depresivos es frecuente, lo que puede implicar repercusiones en su bienestar emocional, calidad de vida y gestión de la enfermedad. Con el objetivo de identificar y analizar las características concretas de las intervenciones que resultan efectivas para mejorar la depresión en estos pacientes, se ha realizado una revisión sistemática de la literatura. Las bases de datos empleadas para la búsqueda fueron PubMed y Web of Science. Tras tener en cuenta los criterios de inclusión y exclusión, las intervenciones que resultaron eficaces fueron la intervención psicosocial diádica, la psicoterapia individual centrada en el sentido en cuidados paliativos, la entrevista narrativa y la intervención de atención colaborativa basada en la web. En conclusión, existen terapias psicológicas efectivas para mejorar la depresión en aquellos pacientes de cáncer que están en cuidados paliativos, y cada una tiene unas características concretas. No obstante, sería recomendable investigar más en estudios futuros acerca de las necesidades específicas que surgen en estos pacientes de cáncer terminal.

Palabras clave: cuidados paliativos, intervenciones psicológicas, cáncer terminal, depresión.

Índice

Introducción.....	6
Métodos.....	15
Diseño y procedimiento.....	15
Selección de estudios.....	15
Extracción de datos.....	17
Resultados.....	18
Discusión.....	23
Referencias.....	28

Introducción

En el transcurso de este último siglo se ha experimentado un aumento de la esperanza de vida (Garralda et al., 2016; Morin et al., 2017; Trujillo, 2015). Con ello, aparecen enfermedades crónicas que constituyen la principal causa de fallecimiento (Grau et al., 2015; Morin et al., 2017; Trujillo, 2015), y cada vez hay más afectados. Concretamente en Cataluña, un estudio valoró que el 75% de todas las defunciones se atribuían a enfermedades crónicas progresivas (Murtagh et al., 2014). Esto es algo a destacar, teniendo en cuenta que la enfermedad es uno de los procesos en los que se produce más sufrimiento (Antueno & Silberberg, 2018). Además, esto se refleja de forma más clara si se valora que, de los pacientes con enfermedades crónicas que asisten a hospitales, alrededor de un 40% muestran distorsiones emocionales, así como dificultades para adaptarse a su situación (Grau et al., 2015).

Entre estas enfermedades crónicas progresivas, se encuentra, sobre todo, el cáncer (Grau et al., 2015; Morin et al., 2017), que continúa siendo uno de los principales motivos de mortalidad en todo el mundo (Anuk et al., 2019; Correa & Salazar, 2007). Según estimaciones de la OMS, en 2020 se registró en Europa un 22,8% de incidencia de personas con diagnóstico de cáncer (4.398.443 personas) a nivel mundial. De estas, un 19,6% murieron (1.955.231 personas). Especialmente en España, la incidencia es del 6,4% (282.421 personas), mientras que la mortalidad es del 5,8% (113.054 personas) (World Health Organization [WHO], 2020). Se estima que estas cifras irán en aumento (Correa & Salazar, 2007).

El cáncer es una enfermedad en la que se produce una proliferación incontrolada de células, provocando la desintegración de los tejidos y creando neoplasias, también conocidas como tumores (Correa & Salazar, 2007). Para que se produzca esta proliferación, las células necesitarán de más terreno para expandirse, por lo que acabarán deslizándose y ocupando los órganos del cuerpo más próximos al tumor, incluso haciendo que algunos de ellos pierdan su funcionalidad. Además, también puede darse la metástasis, en la que esas células cancerígenas van a desviarse de la zona en la que se suscitó el tumor (Allende, 2012).

Con la aparición del cáncer, las personas van a pasar por distintas fases a lo largo del proceso de enfermedad, y en cada una de ellas surgen manifestaciones propias (Correa & Salazar, 2007).

La primera de ellas es la comunicación del diagnóstico, que equivale al período más desafiante por todo el afloramiento emocional que conlleva recibir esta noticia. Es una etapa de crisis vital (Fernández et al., 2016) donde es común que aparezcan síntomas tales como desconcierto, negación e incertidumbre. A partir de esta noticia, va a haber cambios en la vida diaria de esa persona (Correa & Salazar, 2007), y son muy típicos los síntomas de ansiedad y depresión. Se realizó un estudio donde se incluían a pacientes con cáncer tras el diagnóstico, y el 28,5% de estos mostró sintomatología tanto ansiosa como depresiva por la que requerían atención de salud mental (Fernández et al., 2016). Además, otro estudio relacionado muestra cómo los pacientes de cáncer sentían más ansiedad en el diagnóstico, que no tanto durante el tratamiento oncológico (Gil et al., 2012).

Posteriormente a la etapa del diagnóstico, aparece el tratamiento. Ya el hecho de permanecer a la espera de este genera angustia significativa, que se verá reflejada en preocupación por desconocer lo que va a suceder (Kozaka, 2015).

Después, podría aparecer la fase de remisión y/o recurrencia, en las que también hay repercusiones, o la fase de cáncer avanzado (Kozaka, 2015). Esta última es una etapa muy complicada en la que ya no hay eficacia de las intervenciones médicas, por lo que se suele interpretar como una situación amenazante (Fernández et al., 2016). Aparecen cantidad de miedos que se vinculan con la afectación más emocional, ansiedad, pánico, ira, preocupaciones sobre el sentido de la vida, y temores por temas familiares, sociales y/o económicos, entre otros (Kozaka, 2015; Krikorian, 2008). También, se empiezan a dar de forma común manifestaciones de tipo social, como el aumento de la conducta de aislamiento (Kozaka, 2015).

Finalmente, aparece la fase terminal, en la que el foco está en reflexionar en la vida pasada. En esta, además de los síntomas emocionales que se mantienen a lo largo de toda la enfermedad, pueden aparecer también alteraciones a nivel cognitivo. En este estadio también conviene mencionar la angustia, pues se acentúa notablemente en los últimos meses de vida, y se refiere a un conjunto de emociones adversas que se experimentan en el cáncer, y que su origen es multicausal, es decir, que se origina debido a factores psicológicos, físicos, sociales, y/o espirituales. Por ejemplo, puede aparecer causada por modificaciones significativas en la vida, y/o ausencia de soporte familiar, entre otros

(Anuk et al., 2019; Kozaka, 2015). Esta angustia puede llevar a impedir la aceptación de la enfermedad (Kozaka, 2015). Además, todas estas alteraciones contribuyen al sufrimiento de la persona (Svenaesus, 2020).

Es importante reflexionar sobre la definición del sufrimiento. Este concepto, según Cassell (1983), se entiende como ese malestar que deriva de la percepción de peligro inminente ante la enfermedad, y que se relaciona con peor calidad de vida y declive en el bienestar. Este puede ser un tipo de sufrimiento más a nivel existencial, en el que el enfermo pierde su identidad y siente cansancio vital, así como falta de sentido e inquietud por asuntos pendientes (Antueno & Silberberg, 2018; Svenaesus, 2020). Es un sufrimiento que no viene generado, en la mayoría de los casos, por dolor físico, sino por otras vertientes psicológicas, como bien lo demuestra un estudio realizado en 2018 por Antueno y Silberberg. En él se realizaron dos entrevistas a pacientes con el objetivo de valorar las principales justificaciones de su sufrimiento. En la primera, se destacó sobre todo su preocupación y angustia, mientras que, entre los motivos no tan comunes, se ubican los síntomas físicos. En la segunda entrevista realizada, se observa como algunas de las causas del sufrimiento eran la pérdida de autonomía y el miedo a morir (Antueno & Silberberg, 2018). Esto también está relacionado con otros estudios, en los que en la pluralidad de evaluaciones de los pacientes los problemas no eran únicamente a nivel físico, sino por malestar psicológico derivado de ansiedad y depresión, sufrimiento, temor a morir, así como inquietud por los familiares (Ascencio, 2020).

Durante esta trayectoria, también se experimenta el proceso de duelo. El duelo es una reacción esencial y natural que engloba todas las pérdidas, aunque la que más atemoriza es la de la propia salud y la vida. Aparece un abanico de experiencias emotivas y físicas a partir de las que se lidia con el dolor (Segovia, 2020). Según Kübler-Ross, existen 5 fases en el duelo; negación, ira, negociación, depresión, y aceptación. En este caso, se van a comentar basándose en el propio proceso que vive la persona enferma. Primeramente, la etapa de negación se caracteriza por rechazar la enfermedad terminal (Kübler-Ross, 2006). Seguidamente, aparece la ira, caracterizada por una respuesta a raíz del sentimiento de enfermarse, que se manifiesta mediante rabia y hostilidad, entre otros. Por otro lado, la negociación se relaciona con que la persona prescinde de todo tipo de comportamientos lesivos para uno mismo, y se implica en la recuperación. Después, aparece la

depresión, que será la fase en la que surgen emocionalmente síntomas de vacío a causa de las circunstancias. Y, por último, la aceptación, en la que se reconoce la enfermedad que se tiene, junto con las repercusiones que conlleva (Miaja & Moral de la Rubia, 2013). Estas fases tendrán relación con la actitud que se tome hacia la enfermedad. Un estudio realizado en pacientes con cáncer intratable mostró que la aceptación se relaciona con un buen estado afectivo y mayor calidad de vida. Sin embargo, la culpa y la negación se relacionan con peor estado de ánimo, y, por ende, calidad de vida más desfavorable. Esto nos afirma la necesidad de trabajar el uso de estrategias de afrontamiento positivas, pues esto eleva la calidad de vida y el estado de ánimo del paciente identificado (Nipp et al., 2016).

Por otro lado, la aparición de patología mental es elevada. Un estudio de 2016 reclutó a 566 pacientes con cáncer, y se afirmó que la tasa de diagnósticos psiquiátricos era del 97,5%. De esta manera, se concluye en este estudio que se han de ofrecer servicios de salud mental como un componente integral del tratamiento oncológico (Anuk et al., 2019).

Queda constatado que el cáncer no tiene únicamente implicaciones en el ámbito físico del paciente a causa de su enfermedad, sino que aparecen también expresiones a nivel interpersonal, social, y, en gran medida, emocional (Grassi, 2020), y todas estas alteraciones tendrán repercusión en el abordaje de la enfermedad (Anuk et al., 2019). Por ello, es a partir de aquí, que nace la necesidad de prestar servicio a estas personas que se encuentran en una situación de vulnerabilidad al final de la vida, y que esta ayuda va más allá del tratamiento del cáncer por sí solo (Murtagh et al., 2014). Además, surge esta situación teniendo en cuenta la definición de salud según la OMS (2023), que se expresa como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (World Health Organization [WHO], 2023). Esta definición refleja la importancia de tener en cuenta la huella que el cáncer deja a nivel, no únicamente físico, sino también psicológico, social y espiritual, a efectos de mejorar la calidad de vida en los pacientes que sufren enfermedades amenazantemente letales. En su respuesta, nacen los cuidados paliativos (Correa & Salazar, 2007; Garralda et al., 2016; Morin et al., 2017).

Su creación empieza en la época medieval bajo el nombre de hospicio, *hospice* en inglés, y se llevaban a cabo para aquellos viajeros, indigentes y moribundos en lugares de refugio (Sánchez, 2020;

Santacruz & Martínez, 2021; Trujillo, 2015). Más tarde, en el siglo XIX, se consideran un centro de cuidados a pacientes terminales dirigido por comunidades religiosas (Santacruz & Martínez, 2021). Durante una época, solamente trataban a pacientes con tuberculosis, aunque pasados los años también lo hacían con personas con cáncer (Sánchez, 2020).

Sin embargo, con la llegada de los progresos en medicina, se desatiende el malestar de estas personas. Por ello, Cicely Saunders, pionera de los cuidados paliativos, entre el 1950 y 1960, se empieza a centrar en el cuidado de estas personas (Santacruz & Martínez, 2021). A partir de aquí, se crearon hospicios más modernos en los que también se tenía en cuenta a la familia, lo que marcó un cambio sustancial (Sánchez, 2020). Además, Cicely Saunders añade el concepto “dolor total”, entendido como el sufrimiento que fusiona vertientes físicas, emocionales y espirituales en relación con el paciente y su familia (Santacruz & Martínez, 2021). Aun así, no fue hasta el 1975 que se experimentó la transición total de estos hospicios a lo que hoy en día se conoce como Cuidados Paliativos, en el que un cirujano de origen canadiense llamado Balfour Mount acuñó el término de cuidado paliativo (Sánchez, 2020; Santacruz & Martínez, 2021).

A comienzos de la década de los años ochenta, se empezaron a establecer las primeras unidades de cuidados paliativos. Una de ellas, en España, concretamente en un hospital de Santander, el año 1982. Además, en 1992 se funda la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL) con la intención de conectar a todos aquellos profesionales que ejercen en este campo (Sánchez, 2020).

A día de hoy, los cuidados paliativos brindan una aproximación integral y centrada en la persona considerando sus necesidades (Garralda et al., 2016; Morin et al., 2017). Son un tipo de atención hacia el paciente con enfermedad crónica y avanzada, en la que intervienen distintos profesionales, como son médicos, nutricionistas y psicólogos (Correa & Salazar, 2007; Grau et al., 2015; Murtagh et al 2014). El objetivo es la mejora en calidad de vida, incidiendo de forma directa en el dolor y el sufrimiento del paciente y su familia (Correa & Salazar, 2007; Grau et al., 2015; Santos & García, 2021). Es decir, que no únicamente considera brindar apoyo emocional a los pacientes, sino también a los familiares (Correa & Salazar, 2007). Es importante destacarlo, pues, como afirma Kübler-Ross (1994), la familia sufre síntomas a nivel psicológico similares al del paciente. También, según Rosen (1990), las familias percibirán mucha incertidumbre que causará niveles de ansiedad, así

como labilidad emocional, entre otros (Correa & Salazar, 2007). Se entiende familia por aquellas personas con las que el paciente tiene un vínculo de conocimiento, afecto e importancia, por lo que se pueden considerar tanto familiares, como amigos. Dicha intervención a la familia tendrá efecto positivo en el paciente, pues necesita tener un buen soporte de apoyo (Souza et al., 2022). También, los cuidados paliativos tienen en cuenta aspectos sociales que aparecen en la etapa terminal de la vida del paciente (Allende, 2012).

Asimismo, la OMS define los cuidados paliativos como un enfoque integral de atención destinada a mejorar la calidad de vida del paciente, así como de su familia. Previene y alivia el sufrimiento de ambos de manera temprana, así como toma en consideración aspectos físicos, psicosociales y espirituales (Morin et al., 2017). Además, la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL) coincide con esta definición (Trujillo, 2015). De forma genérica, se centran en que el paciente no pierda su identidad y, junto con su familia, encuentre paz y comodidad (Allende, 2012).

A pesar de los objetivos que estos cuidados buscan, actualmente se considera que existe una falta de contribución de servicios paliativos, lo que se entiende como un problema de salud a nivel global. Por ello, cada vez con mayor urgencia se enfatiza la necesidad de implementar los cuidados paliativos. Se estimó, en 2017, que casi la mitad de las personas que morían al año experimentaban malestar significativo debido a su salud, por lo que podrían beneficiarse de estos cuidados, y una proporción del 80% de ellos se encuentra en países de nivel económico medio y bajo (Clark et al., 2020). Aun así, en países de alto ingreso la situación es similar (Etkind et al., 2017). Un estudio realizado en 2016 calculó que, en España, cada año fallecían 380.000 personas, de las que, entre un 50 y 60% podían beneficiarse de los cuidados paliativos al final de su enfermedad (Garralda et al., 2016). Concretamente, en 2018, la OMS estimó que alrededor de 40 millones de personas necesitaban cuidados paliativos, pero únicamente el 14% de estos los recibían (Santos & García, 2021).

A pesar del aumento de casos en los que se requiere de atención paliativa, no se alcanzan los estándares necesarios ni para la mitad de la población mundial. Un estudio realizado en 198 países corrobora la urgente necesidad de establecer cuidados paliativos en la mayoría de ellos (Morin et al., 2017). Alrededor de una cuarta parte de estos, lo que equivalía a un 3,1% de la población mundial, no

muestra actividad registrada en este ámbito. Entre estos, se encuentran países europeos, como Andorra, Kosovo, Mónaco, etcétera (Clark et al., 2020). Esto podría ser debido a que se está en una situación en la que hay claras limitaciones a nivel económico en el ámbito de la salud en varios continentes, entre ellos, Europa (Grassi, 2020). Por lo tanto, se observa cómo la ciudadanía mundial se encuentra dividida entre las regiones en las que se prestan cuidados paliativos y las que no (Clark et al., 2020).

De cara al futuro, el porcentaje de personas que necesitarán de estos servicios puede aumentar. Se realizó un estudio en el que querían comprobar el número de personas que se encontraban al final de vida y que podían favorecerse de los cuidados paliativos, para estimar así cuál sería esa proporción de cara al 2040. Se tomaron dos naciones de alto ingreso, como son Inglaterra y Gales, y usaron dos estimaciones, que son el número de muertes y las muertes causadas por enfermedades crónicas concretas, suponiendo que estas personas habían tenido manifestaciones a nivel físico, psicológico, espiritual y social. Con esto, se estimó que la proporción crecerá entre un 25% y 47% más (Etkind et al., 2017). Otro estudio establece que, para 2060, se duplicará el sufrimiento causado por la salud (Clark et al., 2020).

Además, se identifican que las enfermedades por las que más crecerá la necesidad de cuidados paliativos son dos, y una de ellas el cáncer. Ya hoy en día esta enfermedad es una de las que más se trata desde este ámbito, y se estima que aumentarán los casos (Etkind et al., 2017). Y así lo valora la OMS, pues la incidencia del cáncer en España en 2020 ha sido de 282.000 personas, mientras que, en 2040, se estima que sea de 375.000. De la misma manera, la mortalidad también aumentará, pues se prevé la cifra de 160.000 personas en 2040, en comparación de 113.000 en 2020 (WHO, 2020).

Por último, cabe destacar el papel fundamental que tienen los psicólogos dentro de los cuidados paliativos (Fernández et al., 2014; Grau et al., 2015). Existe diversidad de competencias sobre el rol que toman estos en el ámbito paliativo, que varían según los autores (Ascencio, 2020). Aun así, un estudio que recoge sus múltiples funciones ubica la principal en la atención psicológica al paciente y su familia. Por otro lado, otros mencionan las tareas dentro del equipo interdisciplinar, entre las que se resalta comunicar las necesidades del paciente. También, el tratamiento de sus

preocupaciones ante el proceso de muerte, el reconocimiento de procesos mentales subconscientes y el uso de técnicas específicas son labores que los psicólogos ejecutan (Fernández et al., 2014). Lo que está claro es que requiere tener destrezas clínicas para manejar toda la gama de trastornos psicológicos teniendo en cuenta factores a nivel social, físico, cultural y espiritual (Ascencio, 2020). Además, contribuyen en el apoyo durante el duelo, la valoración psicológica, y el abordaje subjetivo del paciente, todo ello, teniendo también en cuenta a la familia, así como al equipo sanitario (Fernández et al., 2014; Trujillo, 2015).

Según los pacientes y sus cuidadores, un estudio muestra cómo, la mayoría de ellos (un 50% de los pacientes y un 57% de sus cuidadores), definen al psicólogo del equipo como “la persona que asesora y ayuda a los demás a buscar soluciones, a expresar sentimientos, a llevar una enfermedad, y que ayuda en las preocupaciones en los momentos malos y difíciles de la vida, y resuelve problemas mentales” (Ibáñez et al., 2012).

Sin embargo, aun sabiendo el gran papel que tienen estos en el ámbito, y conociendo su importancia como un elemento básico del equipo, se evidencia el escaso porcentaje de estos en servicios paliativos. Esto es debido a que hay percepciones de que estas funciones pueden ser llevadas a cabo por otros profesionales (Fernández et al., 2014). Varios investigadores en 2019 afirmaron que los grupos de cuidados paliativos que incluyen psicólogos representan solo el 11%. De la misma manera, no ha sido hasta hace poco tiempo que la rama de la psicología ha conseguido reconocimiento en el ámbito paliativo (Ascencio, 2020). Es relevante considerar esta situación, pues se conoce que los cuidados paliativos brindan variedad de beneficios a los pacientes de cáncer, y así lo han afirmado varios estudios. Uno de ellos destaca los altos índices que indicaron los pacientes en lo que se refiere al apoyo emocional que recibían durante su enfermedad (un 31,7% indicaron recibir acompañamiento emocional “a menudo”, y un 41,7% “siempre” al final de su enfermedad). Esto promueve una mejora en el bienestar del paciente, así como una elevada satisfacción en el contexto de cuidados paliativos (Santos & García, 2021). Además, otro estudio hace explícito que los beneficios de estos cuidados se observan en un corto período de tiempo, con un número de sesiones moderadamente pequeño, por lo que resulta fructuoso (Fernández et al., 2016).

Teniendo en cuenta estos datos, la prestación de cuidados paliativos tendría que ser accesible para todos (Clark et al., 2020). Por ello, con el fin de concienciar sobre la importancia de intervenir en personas con cáncer terminal junto con su familia, justificando la necesidad de ampliar la prestación de estos servicios, se plantea una revisión sistemática de la literatura. En esta se realiza una recopilación exhaustiva de la información existente sobre las intervenciones psicológicas que han resultado eficaces para mejorar la depresión en pacientes de cáncer en cuidados paliativos.

Por ello, se formula la siguiente pregunta de investigación, a partir de la cual se realiza la revisión sistemática del presente trabajo: *¿Qué tipo de intervenciones psicológicas son eficaces para mejorar la depresión en pacientes de cáncer en cuidados paliativos y qué características concretas tienen?*

Métodos

Diseño y procedimiento

Se llevó a cabo una revisión sistemática en la que se ejecutó una búsqueda bibliográfica mediante la utilización de palabras clave que habilitaran aquellos estudios publicados hasta la fecha sobre las intervenciones psicológicas eficaces para mejorar la depresión en pacientes con cáncer en cuidados paliativos. Para ello, la búsqueda se realizó con las siguientes palabras clave en inglés; “*psychological*” AND “*intervention*” AND “*improve*” AND “*depression*” AND “*cancer*” AND “*palliative care*”. Dicha investigación se llevó a cabo en dos bases de datos diferentes, como son PubMed y Web of Science. Los filtros utilizados fueron, por un lado, seleccionar únicamente aquellos estudios que fueran ensayos clínicos, y por otro, recoger aquellos artículos con fecha de publicación mayor o igual al año 2010.

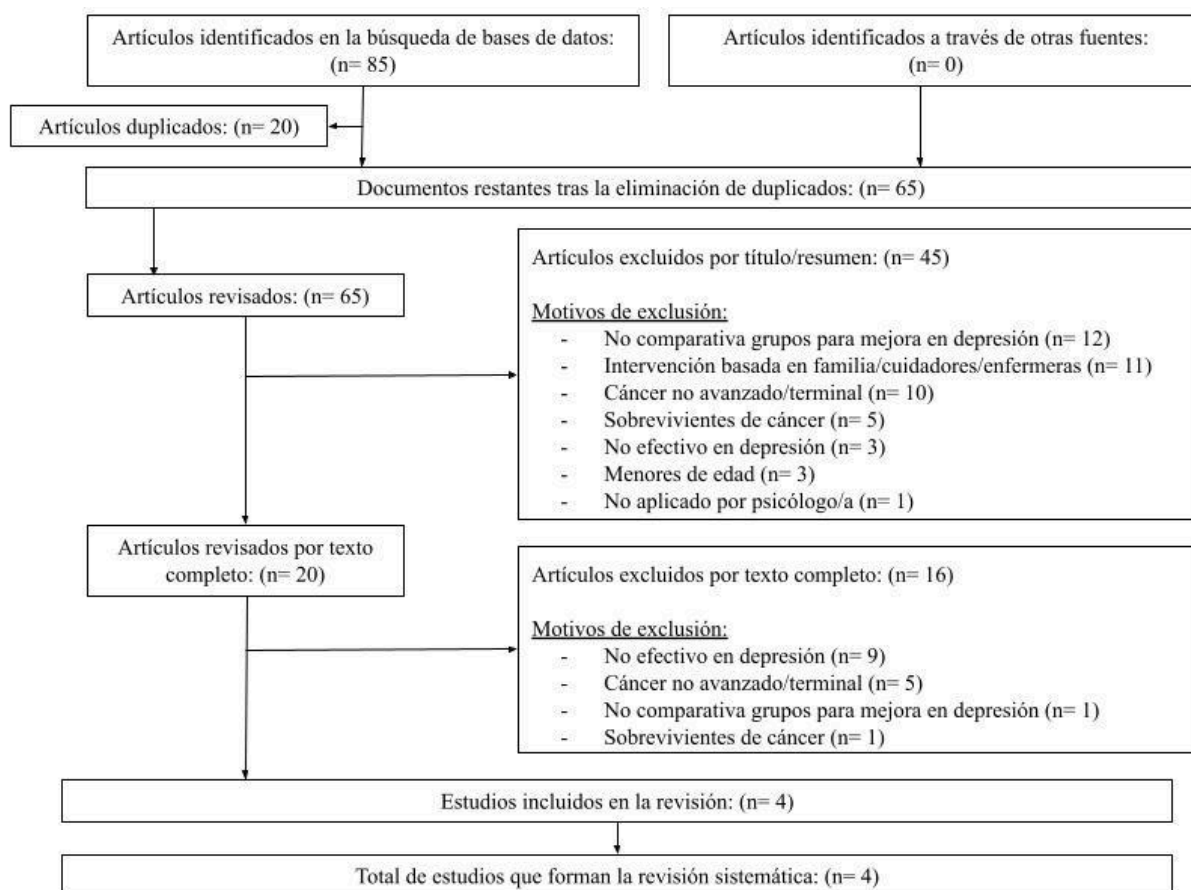
Selección de estudios

La búsqueda dio un resultado de 45 artículos en PubMed y 40 en Web of Science. Los criterios de inclusión fueron que existiera en el artículo una comparativa entre un grupo que recibe la intervención psicológica y otro que no para observar una mejora en la variable depresión, que los participantes fueran mayores de 18 años, y que el cáncer que presentaban se encontraría en fase terminal o estadio avanzado. También, se incluyó cualquier tipo de cáncer. Los criterios de exclusión se emplearon para artículos en los que la intervención no fuera aplicada por un psicólogo, los pacientes del estudio ya hubieran superado el cáncer, cuando no existían mejoras significativas en la depresión, y cuando dicha intervención no buscaba el beneficio directo del paciente. Tras realizar una comparación para determinar aquellos artículos duplicados en ambas bases de datos, se obtuvieron un total de 65 ensayos clínicos. En la figura 1 se observa el diagrama de flujo de la selección de los artículos. Según el título y/o resumen de los estudios encontrados, 12 de estos se descartaron por no mostrar una comparativa entre grupos de intervención psicológica y control para observar una mejora en la depresión, 11 por estar la intervención enfocada en conseguir mejoras en familiares/cuidadores/enfermeras y no en el paciente, 10 por tratarse de participantes que no presentaban cáncer en estadio avanzado y/o terminal, 5 por tratarse de pacientes sobrevivientes de

cáncer, 3 por no evidenciar mejoras significativas en la variable depresión, 3 por incluir a participantes menores de edad, y 1 por no ser la intervención aplicada por un profesional de psicología. Tras la lectura del artículo completo, 9 fueron descartados por no evidenciar mejoras significativas en la variable depresión, 5 por tratarse de participantes que no presentaban cáncer en estadio avanzado y/o terminal, 1 por no mostrar una comparativa entre grupos de intervención psicológica y control para observar una mejora en la depresión, y 1 por tratarse de pacientes sobrevivientes de cáncer. La selección final incluyó un total de 4 artículos que cumplieron los criterios de inclusión.

Figura 1

Diagrama de flujo del proceso de selección de los artículos



Nota. Diagrama de flujo en el que se muestra el proceso de selección de los artículos identificados en las bases de datos.

Extracción de datos

De estos artículos, a nivel demográfico, se extrajeron datos sobre el año y el lugar en el que se realizaron, el tamaño de la muestra, la edad de los participantes, y el tipo de cáncer que presentaban los pacientes. En cuanto a la intervención psicológica empleada, se obtuvieron datos sobre el nombre de la intervención, así como si su formato era grupal, individual, o en díada. También se recogieron el número de sesiones ejecutadas, la formación que había realizado el psicólogo encargado, los distintos apartados o contenidos que se iban a trabajar en la terapia, y los cuestionarios que se usaron para medir los niveles de depresión, tanto antes como después del tratamiento.

Resultados

Los datos extraídos de los artículos que comprenden esta revisión sistemática se plasman en la Tabla 1. Considerando la cronología de los artículos, el más antiguo es del año 2012, seguido por otro de ellos publicado en 2015. Poco después, aparece otro estudio realizado en 2016. El estudio más reciente incluido en esta búsqueda es de 2020. A nivel geográfico, la mitad de los artículos fueron publicados en Estados Unidos, pues uno de ellos fue llevado a cabo en Nueva York y el otro en Pittsburgh. El resto estaban ubicados en Alemania y en el noroeste de Inglaterra. En cuanto al muestreo, el número mayor de muestras recogidas en uno de los estudios es de un total de 261 participantes, seguido de otro de ellos que contaba con 100 pacientes repartidos aleatoriamente entre el grupo de intervención y control. Los otros dos restantes incluían 51 y 39 miembros también distribuidos en ambos grupos. Por otro lado, la edad de los participantes escogidos en los estudios fue muy similar, pues fluctúa entre los 61 años y los 68, aproximadamente. Con respecto al tipo de cáncer, se observa como en el 75% de los estudios el cáncer de pulmón es el más prevalente en las muestras, siendo este en uno de los artículos el único tipo de cáncer valorado. Sin embargo, también se incluyen otra tipología de cáncer como son de pecho, colorrectal, de intestino, de próstata, de páncreas y de categoría hepatocelular, entre otros.

Las cuatro terapias recogidas fueron la intervención psicosocial diádica (*Dyadic Psychosocial Intervention*), la psicoterapia individual centrada en el sentido en cuidados paliativos (*Individual Meaning Centered Psychotherapy Palliative Care, IMCP-PC*), la entrevista narrativa (*Narrative Interview*) y la intervención de atención colaborativa basada en la web (*Web-based Collaborative Care Intervention*).

La intervención psicosocial diádica (*Dyadic Psychosocial Intervention*) se diferencia de las demás intervenciones debido a que esta reúne díadas formadas por el paciente y su cuidador, aunque esta revisión se centrará únicamente en observar las mejoras en el propio paciente. Este programa se divide en 6 sesiones implementadas por medio de una conexión telefónica de 60 minutos con un psicólogo. Los temas a tratar son el estrés y el afrontamiento, resolución de conflictos, herramientas para encontrar un equilibrio entre ser autosuficiente y pedir ayuda, comunicación asertiva, gestión de los síntomas, etcétera. Además, a lo largo de las sesiones los participantes reciben contenidos y

ejercicios para realizar, así como también se les facilitan ciertas orientaciones para completar contenidos prácticos. La escala que se empleó para evaluar los niveles de depresión previos y posteriores al tratamiento fue la *Patients Reported Outcomes Measurement Information System* (PROMIS) (Badr et al., 2015).

La posterior intervención se denomina psicoterapia individual centrada en el sentido en cuidados paliativos (*Individual Meaning Centered Psychotherapy Palliative Care, IMCP-PC*). Es un tipo de intervención originada de la psicoterapia centrada en el sentido, pero en este caso adaptada a pacientes que requieren de cuidados paliativos. Tiene el objetivo de fortalecer la percepción de propósito y significado de la vida del paciente a lo largo de 3 sesiones, cada una con un curso de entre 45 minutos a 1 hora. En la primera de las sesiones, se trata la propia conciencia mediante la reflexión de eventos pasados y el autoconcepto previo y posterior al diagnóstico de la enfermedad. En la sesión número dos se centran los pilares del sentido, como son los motivos creativos, actitudinales, experienciales e históricos, a partir de los cuales se les pregunta si, a pesar de las restricciones del cáncer, estos se mantienen. Por último, la tercera sesión está programada para ayudar a experimentar su propio legado y meditar sobre la huella que aspiran dejar en este mundo. Para ello, han de activar recuerdos pasados en los que la entereza haya tenido un papel relevante, y hacer explícitas las limitaciones que han experimentado desde entonces a raíz del diagnóstico. En cuanto a la escala de medida, se estimaron los niveles de depresión mediante la *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS) (Fraguell et al., 2020).

En cambio, la entrevista narrativa (*Narrative Interview*) tiene como objetivo brindar un espacio en el que el paciente pueda narrar su historia, de tal forma que se analiza lo que este expresa para identificar cualquier discurso incapacitante y/o angustioso, y construir una nueva historia que tenga más significado. Los principios fundamentales de esta terapia son el respeto por la persona y la importancia de la historia personal de cada uno, así como fortalecer al paciente para la elección y que participe activamente en el proceso. Los objetivos que se plantean son conseguir cierto grado de autoconciencia y capacitación, resolución de conflictos, e integridad del ego, a partir de la cual se llega a un estado de satisfacción con la vida vivida. Por otro lado, se consideran diversas opiniones sobre la experiencia del sufrimiento y el sentido, así como del bienestar en todas sus dimensiones.

Asimismo, se busca que los participantes intercambien las tácticas que han empleado para asegurar su salud, y no solo que los participantes verbalicen el motivo causante del sufrimiento. En este caso, el terapeuta no actuará como un profesional experto, sino más como oyente. La mejora en los síntomas depresivos se detectó a partir de la *Edmonton Symptom Assessment Scale* (ESAS) (Lloyd et al., 2012).

Por último, la intervención de atención colaborativa basada en la web (*Web-based Collaborative Care Intervention*), en la que, mediante una web, un terapeuta capacitado en Terapia Cognitivo Conductual (TCC) y en tratamiento con pacientes de cáncer realiza una serie de intervenciones. Mediante esta tecnología, se pretende reducir los síntomas relacionados con el cáncer, como la depresión, entre otros. Esta página web ofrece varias áreas de intervención. Una de ellas es de psicoeducación sobre la depresión, el dolor y otros aspectos. Además, también se incluye una sección de autorregistros que permite la anotación de los síntomas y la presentación de las fluctuaciones a nivel gráfico. Incluso, integra una sala de chat que favorece la comunicación entre otros participantes, un espacio para llevar un diario personal, una biblioteca de recursos disponibles, y contenidos audiovisuales con vídeos educativos y de relajación. Los pacientes reciben contacto telefónico cada dos semanas y visitas presenciales cada dos meses. La escala de medida utilizada para valorar el descenso de síntomas depresivos fue la *Center for Epidemiologic Studies Depression Scale* (CES-D) (Steel et al., 2016).

Tabla 1

Datos extraídos de los artículos que comparan intervenciones psicológicas entre grupo intervención y control para la mejora de la depresión

Estudio	(n) Total	(n)		Edad \bar{x}		Tipo de cáncer (n)	Intervención	Escala medida de depresión	Depresión antes \bar{x}		Depresión después \bar{x}	
		I	C	I	C				I	C	I	C
Badr et al. (2015)	39	20	19	68.17 (total)		Pulmón	Intervención psicosocial diádica (Dyadic Psychosocial Intervention)	Patients Reported Outcomes Measurement Information System (PROMIS)	14.75	14.74	11.65	16.00
Fraguell et al. (2020)	51	24	27	67.75	67.00	Pulmón (11) Ginecológico (7) Colorrectal (8) Otros (25)	Psicoterapia individual centrada en el sentido en cuidados paliativos (Individual Meaning Centered Psychotherapy Palliative Care, IMCP-PC)	Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)	10.38	12.19	6.13	12.50
Lloyd et al. (2012)	100	49	51	65.80	64.10	Pecho (23) Pulmón (11) Intestino (16) Cerebro (2) Cuello uterino (1) Cabeza/cuello (4) Riñon (4) Hígado (2) Linfoma (8)	Entrevista narrativa (Narrative Interview)	Edmonton Symptom Assessment Scale (ESAS)	2.50	1.50	2.00	1.50

					Esofago (3) Ovario (1) Mieloma (1) Melanoma (2) Páncreas (5) Próstata (7) Estomago (3) Útero (2)						
Steel et al. (2016)	261	144	117	61 (total)	Colangiocarcinoma y carcinoma hepatocelular (167) Otros cánceres primarios con metástasis hepáticas (94)	Intervención de atención colaborativa basada en la web (Web-based Collaborative Care Intervention)	Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D)	25.90	25.49	15.30	24.70

Nota. “I” = grupo que recibe la intervención; “C” = grupo control.

Discusión

La presente revisión sistemática proporciona un análisis exhaustivo de aquellas intervenciones psicológicas que son eficaces para mejorar la depresión en pacientes que sufren de cáncer y que se encuentran en cuidados paliativos. Para lograrlo se han analizado minuciosamente aquellos artículos que cumplían con los criterios de inclusión. De esta manera, se ha obtenido una perspectiva rigurosa del tema escogido y se ha asegurado la adecuada selección de los datos que dan respuesta a la pregunta de investigación.

Esta revisión ha recopilado cuatro terapias psicológicas que resultan efectivas para mejorar la depresión en pacientes de cáncer en cuidados paliativos, y que se pueden clasificar según sus áreas de intervención. La intervención psicosocial diádica y la intervención de atención colaborativa basada en la web se centran en la aplicación de psicoeducación sobre aspectos como, por ejemplo, el estrés, el dolor y la depresión. Además, otro de sus objetivos es ofrecer herramientas para el afrontamiento de la enfermedad en el paciente y pautas para llevar a cabo técnicas de relajación, así como para la gestión de los síntomas y resolución de conflictos. Por lo tanto, mientras que el enfoque de estas intervenciones está orientado a la facilitación de contenidos teóricos y asesoramiento para la realización de ejercicios prácticos (Badr et al., 2015; Steel et al., 2016), la psicoterapia individual centrada en el sentido en cuidados paliativos y la entrevista narrativa tratan temas autobiográficos. En estas, se trabaja el significado de vida mediante la reflexión de eventos pasados, la experiencia de sufrimiento, el autoconcepto previo y posterior al diagnóstico, y el legado del paciente (Fraguell et al., 2020; Lloyd et al., 2012). Esto podría relacionarse con el aumento notable de una inclinación hacia intervenciones en las que se hace revisión de vida del paciente, ya que se atiende a las preocupaciones a nivel existencial que aparecen (Keall et al., 2015), y que se suelen asociar con una falta de sentido, pérdida de identidad y cansancio vital, entre otros (Antueno & Silberberg, 2018; Svenaeus, 2020). Este tipo de terapias son beneficiosas para mejorar la depresión, el sufrimiento y la angustia, y encontrar sensación de paz (Hesse et al., 2019; Keall et al., 2015).

Por lo que se refiere al artículo que evalúa la efectividad de la intervención psicosocial diádica (*Dyadic Psychosocial Intervention*), discierne del resto de terapias porque, en esta, la intervención se da en díadas formadas por el paciente y su cuidador (Badr et al., 2015). Esto es

importante, pues se sabe que en la familia también aparecen síntomas a nivel psicológico e incertidumbre (Correa & Salazar, 2007), y la intervención sobre esta conlleva efectos positivos en el paciente, ya que son una base de soporte y apoyo para ellos (Souza et al., 2022). Asimismo, un metaanálisis evaluó estudios en los que se observaron los niveles de depresión en pacientes adultos con cáncer durante 3 meses posteriores a la aplicación de terapias diádicas. De estos, doce intervenciones distintas resultaron ser efectivas para mejorar los síntomas depresivos de los pacientes. Esto muestra la importancia de incluir las necesidades de la díada paciente - cuidador a la hora de crear nuevas intervenciones (Hu et al., 2019).

Por otro lado, en la intervención de atención colaborativa basada en la web se trata de mejorar, entre otros, la depresión de los pacientes a través de una página web en la que aparecen varias áreas de intervención (Steel et al., 2016). A día de hoy, se sabe que existen ventajas de la tecnología que se pueden aplicar en personas que tienen enfermedades crónicas. De hecho, la tendencia de incluir la tecnología en la prestación de cuidados paliativos no es algo novedoso, sino que es algo que ya se ha implementado en varias ocasiones para mejorar la calidad del vínculo humano en estos contextos (Mills, 2019). Un ejemplo es la realidad virtual, que resulta una alternativa atractiva a la hora de realizar intervenciones psicológicas en entornos paliativos (Martin et al., 2022). Un metaanálisis que recoge resultados sobre la efectividad de la realidad virtual en cuidados paliativos confirma mejoras significativas en la variable depresión, entre otras (Mo et al., 2022). Estos hallazgos sientan las bases para seguir investigando sobre el uso de la realidad virtual en este ámbito con tal de potenciar los resultados (Martin et al., 2022).

Sin embargo, además de estas terapias que resultan beneficiosas para mejorar el bienestar psicológico de los pacientes, se conocen otras que también pueden ser beneficiosas en pacientes de cuidados paliativos. Entre ellas se encuentra la terapia de la dignidad (Vuksanovic et al., 2017). Dos revisiones de la literatura muestran que esta terapia tiene resultados alentadores, puesto que lleva a la mejora de la dignidad de los pacientes, así como de su calidad y experiencia al final de su vida (Cuevas et al., 2021; Xiao et al., 2018). No obstante, una de las revisiones apunta no observar mejoras significativas en la variable depresión (Xiao et al., 2018), mientras que la otra búsqueda bibliográfica muestra que esta terapia fue relevante para disminuir los síntomas depresivos, pero del entorno

familiar del paciente (Cuevas et al., 2021). Este aspecto podría tener relación con algo similar ocurrido en esta revisión sistemática, pues muchos de los artículos han tenido que ser eliminados por no observar en la muestra seleccionada una mejoría significativa en la variable depresión, aunque sí en otros aspectos. Este dato es algo a destacar, teniendo en cuenta que la mayoría de pacientes suelen sufrir malestar psicológico derivado de síntomas depresivos (Ascencio, 2020). Una posible respuesta a esta situación podría ser por la dificultad asociada al tratamiento de la depresión en el ámbito paliativo, debido a las implicaciones psicosociales y físicas que surgen de la enfermedad. Además, se conoce que hay poca evidencia sobre la efectividad de intervenciones psicológicas para mejorar la depresión en poblaciones paliativas (Rayner et al., 2011).

Por último, una gran cantidad de los estudios han sido excluidos de esta revisión por no estar la intervención dirigida a población paliativa, que era uno de los criterios de inclusión. Este aspecto es de gran relevancia, debido a que, en función de la etapa del cáncer en la que se encuentra la persona, aparecen unas manifestaciones u otras (Correa & Salazar, 2007). Por ejemplo, en la fase terminal de la enfermedad, un síntoma propio es la angustia existencial que experimenta el paciente (Anuk et al., 2019; Kozaka, 2015), que no tanto la negación, incertidumbre, preocupación por desconocer lo que va a pasar y el aislamiento, que son manifestaciones más habituales en fases previas de la enfermedad (Correa & Salazar, 2007; Kozaka, 2015). Es por ello que los resultados obtenidos en los estudios que incluyen a toda la población paliativa pueden no ser generalizables, ya que existe diversidad de síntomas en estos pacientes según la etapa de enfermedad en la que se encuentren. Según Perusinghe y otros (2021), una solución a esta situación podría ser catalogar el tipo de intervención a recibir según la fase en la que se encuentra el paciente, pues la terapia planteada para una persona con un pronóstico de vida de años difiere claramente de las necesidades que tiene uno que se encuentra en fase terminal (Perusinghe et al., 2021).

En cuanto a las limitaciones de este estudio, cabe señalar, primeramente, que el resultado de salud al que esta revisión ha sido sometido puede haber restringido los hallazgos. Se interpreta esto teniendo en cuenta el tipo de pacientes evaluados en esta búsqueda, pues se encuentran en una situación de vulnerabilidad en la que es propia que aparezcan una amplia gama de síntomas, entre ellos, depresivos. Además, estos vienen derivados de una experiencia muy distinta a la que podría ser

la de una persona sin diagnóstico de cáncer en etapa terminal que sufre depresión. Esta disparidad en los síntomas puede haber influenciado la evaluación de los niveles de depresión previos y posteriores al tratamiento. Además, las escalas de medida empleadas para medir los niveles de depresión, excepto la *Edmonton Symptom Assessment Scale* (ESAS), están pautadas para cualquier tipo de paciente, por lo que no son específicas para esta población en etapa terminal, lo que también ha podido afectar.

En segundo lugar, es importante recalcar que en la búsqueda sistemática se emplearon las palabras clave “*psychological*” AND “*intervention*” para indagar aquellas intervenciones a nivel de psicología que pudieran ser efectivas para reducir los síntomas depresivos de los pacientes. Es posible que esto haya limitado el rastreo de artículos, pues en la mayoría de estos no se incluyen estas palabras. Esta situación podría haberse evitado intercambiando el uso de estas palabras clave por “*therapy*” o “*treatment*”, por ejemplo.

En tercer lugar, otra limitación que ha podido perjudicar ha sido en relación con aquellos artículos que incluían intervenciones que no eran únicamente para personas con cáncer en estado terminal, sino que trataban todas las etapas de la enfermedad. Estos estudios se han tenido que excluir, teniendo en cuenta la diferencia de necesidades que surgen en unas etapas u otras. Además, la muestra de personas en etapa terminal no era representativa.

También, considerando la variabilidad de las terapias a nivel psicológico a lo largo de los años, se ha considerado óptimo seleccionar aquellos artículos en el que el año de publicación fuera posterior al 2010, siendo este incluido. Esta medida puede haber restringido la selección de los estudios.

Por último, es considerable señalar que esta revisión solo incluyó la búsqueda en dos bases de datos, en lugar de cuatro o más, lo que ha podido limitar los resultados obtenidos.

En conclusión, los hallazgos de esta revisión sistemática demuestran que la intervención psicosocial diádica (*Dyadic Psychosocial Intervention*), la psicoterapia individual centrada en el sentido en cuidados paliativos (*Individual Meaning Centered Psychotherapy Palliative Care, IMCP-PC*), la entrevista narrativa (*Narrative Interview*) y la intervención de atención colaborativa basada en la web (*Web-based Collaborative Care Intervention*) son terapias psicológicas eficaces para mejorar la depresión en aquellos pacientes de cáncer que están en cuidados paliativos. Cada una de

estas difiere entre sí y tiene características concretas, aunque se pueden clasificar según sus áreas de intervención. La intervención psicosocial diádica y la intervención de atención colaborativa basada en la web buscan dotar a los pacientes de herramientas para la gestión de la enfermedad, mientras que la psicoterapia individual centrada en el sentido en cuidados paliativos y la entrevista narrativa ponen en valor el legado del paciente. No obstante, sería aconsejable investigar más en estudios futuros acerca de las necesidades específicas que surgen en los pacientes de cáncer terminal, diferenciándose de las de una persona en cualquiera de los otros estadios, y asegurando así su adecuada intervención.

Referencias

- Allende, S. (2012). *Manual de cuidados paliativos para pacientes con cáncer*. Alfíl.
- Antueno, P. D., & Silberberg, A. (2018). Eficacia de los cuidados paliativos en el alivio del sufrimiento. *Persona y Bioética*, 22(2), 367-380. <https://doi.org/10.5294/pebi.2018.22.2.12>
- Anuk, D., Özkan, M., Kizir, A., & Özkan, S. (2019). The characteristics and risk factors for common psychiatric disorders in patients with cancer seeking help for mental health. *BMC Psychiatry*, 19, 269. <https://doi.org/10.1186/s12888-019-2251-z>
- Ascencio, L. (2020). Análisis situacional de los psicólogos de cuidados paliativos. *Psicooncología*, 17(2), 357-373. <http://dx.doi.org/10.5209/psic.71362>
- Badr, H., Smith, C. B., Goldstein, N. E., Gomez J. E., & Redd. W. E. (2015). Dyadic Psychosocial Intervention for Advanced Lung Cancer Patients and Their Family Caregivers: Results of a Randomized Pilot Trial. *Cancer*, 121(1), 150-158. <https://doi.org/10.1002/cncr.29009>
- Clark, D., Baur, N., Clelland, D., Garralda, E., López, J., Connor, S., & Centeno, C. (2020). Mapping Levels of Palliative Care Development in 198 Countries: The Situation in 2017. *Journal of Pain and Symptom Management*, 59(4), 794-807. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2019.11.009>
- Correa, D., & Salazar, I. C. (2007). Aspectos psicológicos del cáncer y su afrontamiento. En M. Arrivillaga, D. Correa y I. C. Salazar (Eds.), *Psicología de la salud: Abordaje integral de la enfermedad crónica* (pp. 3-26). El Manual Moderno.
- Cuevas, P. E., Davidson, P., Mejilla, J., & Rodney, T. (2021). Dignity Therapy for End-of-Life Care Patients: A Literature Review. *Journal of Patient Experience*, 8. <https://doi.org/10.1177/2374373521996951>
- Etkind, S. N., Bone, A. E., Gomes, B., Lovell, N., Evans, C. J., Higginson, I. J., & Murtagh, F. E. (2017). How many people will need palliative care in 2040? Past trends, future projections and implications for services. *BMC Medicine*, 15(1). <https://doi.org/10.1186/s12916-017-0860-2>

- Fernández, B., Jorge, V., Sánchez, C. M., & Bejar, E. (2016). Atención psicológica para pacientes con cáncer y sus familiares: ¿qué nos encontramos en la práctica clínica? *Psicooncología*, *13*(2-3), 191-204. <https://doi.org/10.5209/PSIC.54432>
- Fernández, M., Ortega, A., Pérez, M. N., García, M. P., & Cruz, F. (2014). Funciones y situación actual de la intervención de los psicólogos en cuidados paliativos. *Psicooncología*, *11*(1), 163-172. https://doi.org/10.5209/rev_psic.2014.v11.n1.44925
- Fraguell, C., Limonero, J. T., & Gil, F. (2020). Psychological intervention in patients with advanced cancer at home through Individual Meaning-Centered Psychotherapy-Palliative Care: A pilot study. *Supportive Care in Cancer*, *28*(10), 4803-4811. <https://doi.org/10.1007/s00520-020-05322-2>
- Garralda, E., Hasselaar, J., Carrasco, J. M., Van, K., Siouta, N., Csikos, A., Menten, J., & Centeno, C. (2016). Integrated palliative care in the Spanish context: a systematic review of the literature. *BMC Palliative Care*, *15*(1). <https://doi.org/10.1186/s12904-016-0120-9>
- Gil, F., Costa, G., Hiljer, I., & Benito, L. (2012). First Anxiety, Afterwards Depression: Psychological Distress in Cancer Patients at Diagnosis and after Medical Treatment. *Stress & Health*, *28*(5), 362-367. <https://doi.org/10.1002/smi.2445>
- Grassi, L. (2020). Psychiatric and psychosocial implications in cancer care: the agenda of psycho-oncology. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, *29*, 1-3. <https://doi.org/10.1017/S2045796019000829>
- Grau, J., Chacón, M., & Llanta, M. D. C. (2015). La evaluación psicológica del sufrimiento y de la calidad de vida al final de la vida: Una revisión. En G. R. Ortiz y I. D. R. Stange (Eds.), *Psicología de la Salud: Diversas perspectivas para mejorar la calidad de vida* (pp. 172- 218).
- Hesse, M., Forstmeier, S., Mochamat, M., & Radbruch, L. (2019). A Review of Biographical Work in Palliative Care. *Indian Journal of Palliative Care*, *25*(3), 445-454. https://doi.org/10.4103/IJPC.IJPC_16_19
- Hu, Y., Liu, T., & Li, F. (2019). Association between dyadic interventions and outcomes in cancer patients: a meta-analysis. *Supportive Care in Cancer*, *27*(3), 745-761. <https://doi.org/10.1007/s00520-018-4556-8>

- Ibáñez, C., Díaz, R., & Díaz, E. (2012). ¿Qué es para usted un psicólogo? Responden enfermos y cuidadores principales. *Medicina Paliativa*, 19(3), 87-94. <https://doi.org/10.1016/j.medipa.2010.11.008>
- Keall, R. M., Clayton, J. M., & Butow, P. N. (2015). Therapeutic Life Review in Palliative Care: A Systematic Review of Quantitative Evaluations. *Journal of Pain and Symptom Management*, 49(4), 747-761. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2014.08.015>
- Kozaka, J. (2015). The clinical course of cancer and mental adjustment. *Current Gynecologic Oncology*, 13(1), 27-43. <https://doi.org/10.15557/CGO.2015.0004>
- Krikorian, A. (2008). Valoración del sufrimiento en pacientes con cáncer avanzado. *Psicooncología*, 5(2-3), 257-264.
- Kübler-Ross, E. (2006). *Sobre el duelo y el dolor*. Luciérnaga.
- Lloyd, M., Cobb, M., O'Connor, C., Dunn, L., & Shields, C. (2012). A pilot randomised controlled trial to reduce suffering and emotional distress in patients with advanced cancer. *Journal of Affective Disorders*, 148(1), 141-145. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2012.11.013>
- Martin, J. L., Saredakis, D., Hutchinson, A., Crawford, G., & Loetscher, T. (2022). Virtual Reality in Palliative Care: A Systematic Review. *Healthcare*, 10(7). <https://doi.org/10.3390/healthcare10071222>
- Miaja, M., & Moral de la Rubia, J. (2013). El significado psicológico de las cinco fases del duelo propuestas por Kübler-Ross mediante las redes semánticas naturales. *Psicooncología*, 10(1), 109-130. https://doi.org/10.5209/rev_psic.2013.v10.41951
- Mills, J. (2019). Digital health technology in palliative care: Friend or foe? *Progress in Palliative Care*, 27(4), 145-146. <https://doi.org/10.1080/09699260.2019.1650420>
- Mo, J., Vickkerstaff, V., Minton, O., Tavabie, S., Taubert, M., Stone, P., & White, N. (2022). How effective is virtual reality technology in palliative care? A systematic review and meta-analysis. *Palliative Medicine*, 36(7), 1047-1058. <https://doi.org/10.1177/02692163221099584>
- Morin, L., Aubry, R., Frova, L., MacLeod, R., Wilson, D. M., Loucka, M., Csikos A., Ruiz, M., Cardenas., Rhee Y., Teno, J., Öhlén, J., Deliens, L., Houttekier, D., & Cohen, J. (2017).

- Estimating the need for palliative care at the population level: A cross-national study in 12 countries. *Palliative Medicine*, 31(6), 526-536. <https://doi.org/10.1177/0269216316671280>
- Murtagh F. EM., Bausewein, C., Verne, J., Groeneveld, E. I., Kaloki, Y. E., & Higginson, I. J. (2014). How many people need palliative care? A study developing and comparing methods for population-based estimates. *Palliative Medicine*, 28(1), 49-58. <https://doi.org/10.1177/0269216313489367>
- Nipp, R. D., El-Jawahri, A., Fishbein, J. N., Eusebio, J., Stagl, J. M., Gallagher, E. R., Park, E. R., Jackson, V. A., Pirl, W. F., Greer, J. A., & Temel, J. S. (2016). The relationship between coping strategies, quality of life, and mood in patients with incurable cancer. *American Cancer Society Journals*, 122(13), 2110-2116. <https://doi.org/10.1002/cncr.30025>
- Perusinghe, M., Chen, K. Y., & McDermott, B. (2021). Evidence-Based Management of Depression in Palliative Care: A Systematic Review. *Journal of Palliative Medicine*, 24(5), 767-781. <https://doi.org/10.1089/jpm.2020.0659>
- Rayner, L., Price, A., Hotopf, M., & Higginson, I. (2011). Expert opinion on detecting and treating depression in palliative care: A Delphi study. *BMC Palliative Care*, 10(1). <https://doi.org/10.1186/1472-684x-10-10>
- Sánchez, I. M. (2020). *Los cuidados paliativos: Un estudio jurídico*. Dykinson.
- Santacruz, J. G., & Martínez, L. F. (2021). Cuidados paliativos: conceptos básicos. *Revista de Nutrición Clínica y Metabolismo*, 4(2), 14-18. <https://doi.org/10.35454/rncm.v4n2.212>
- Santos, J. M., & García, E. (2021). Percepción de la calidad de vida y satisfacción del paciente en cuidados paliativos. *Revista Conamed*, 26(3), 109-115. <https://dx.doi.org/10.35366/101675>
- Segovia, C. (2020). El doloroso camino del duelo (y, sin embargo, hay luz). *Enfermería Nefrológica*, 23(4), 329-332. <https://dx.doi.org/10.37551/s2254-28842020033>
- Souza, L. C., Cestari, V. R. F., Nogueira, V. P., Furtado, M. A., Oliveira, I. M. M., Moreira, T. M. M., Salvetti, M., & Pessoa, V. L. M. (2022). Analysis of the historical evolution of the concept of palliative care: a scoping review. *Acta Paulista Enfermagem*, 35. <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2022AR0180666>

- Steel, J. L., Geller, D. A., Kim, K. H., Butterfield, L. H., Spring, M., Grady, J., Sun, W., Marsh, W., Antoni, M., Dew, M. A., Helgeson, V., Schulz, R., & Tsung, A. (2016). Web-Based Collaborative Care Intervention to Manage Cancer-Related Symptoms in the Palliative Care Setting. *Cancer*, 122(8), 1270-1282. <https://doi.org/10.1002/cncr.29906>
- Svenaesus, F. (2020). To die well: the phenomenology of suffering and end of life ethics. *Medicine, Health Care and Philosophy*, 23, 335-342. <https://doi.org/10.1007/s11019-019-09914-6>
- Trujillo, N. (2015). *Cuidados paliativos*. Dextra Editorial.
- Vuksanovic, D., Green, H., Morrissey, S., & Smith, S. (2017). Dignity Therapy and Life Review for Palliative Care Patients: A Randomized Controlled Trial. *Journal of Pain and Symptom Management*, 53(2), 162-170. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2016.09.005>
- World Health Organization. (2020). *Global Cancer Observatory*. <https://gco.iarc.fr>
- World Health Organization. (2023). *¿Cómo define la OMS la salud?* <https://www.who.int/es/about/frequently-asked-questions>
- Xiao, J., Chow, K. M., Liu, Y., & Chan, C. W. H. (2018). Effects of dignity therapy on dignity, psychological well-being, and quality of life among palliative care cancer patients: A systematic review and meta-analysis. *Psycho-oncology*, 28(9), 1791-1802. <https://doi.org/10.1002/pon.5162>