

Consulta holística en el anciano con cáncer



3

1. INTRODUCCIÓN

El presente escrito pretende definir el alcance de un proyecto elaborado en la sede de Vigo de la Asociación Española Contra el Cáncer (AECC), que actualmente se encuentra en fase de aprobación (está pendiente su puesta en marcha próximamente).

La edad cronológica, junto con las enfermedades crónicas y las limitaciones funcionales, es uno de los mayores predictores de mortalidad, y desempeña también un papel fundamental en la aparición de tumores malignos. Alrededor del 65% de las personas que padecen cualquier tipo de patología cancerígena superan la edad de 65 años¹⁻³.

En función de este dato, nos encontramos con una amplia población, con necesidades y características especiales, que deben ser tenidas en cuenta y que en muchos casos no se corresponden con las del adulto joven y necesitan un abordaje más específico⁴⁻⁵.

Entre las necesidades que encontramos al tratar con este tipo de pacientes hallamos limitaciones funcionales, déficit cognitivo, aislamiento social, dependencia económica y funcional, necesidades espirituales, abordaje del final de vida, despedidas y asuntos pendientes, duelos, trastornos psicológicos, yatrogenia hospitalaria... El número de necesidades es muy elevado, lo que supone un reto a la hora de facilitar un tratamiento de calidad para este tipo de paciente⁶⁻⁸.

En muchos casos, lo que encontramos es la infantilización del adulto mayor, quien pierde su lugar en la toma de decisiones relativas a su vida; la falta de comunicación en aras de su protección (conspiración del silencio) le deja sin información⁹⁻¹¹. La persona se encuentra más aislada, sin información y con todas las limitaciones propias de su estado de salud, lo que contribuye a unos elevados niveles de ansiedad y puede desencadenar en un trastorno del estado de ánimo, en el que la depresión es el más común¹²⁻¹³.

Los trastornos del estado de ánimo, fundamentalmente la depresión en los mayores, tienen una prevalencia elevada, que oscila entre el 5 y el 20% en la población que vive en la comunidad, entre un 11 y un 45% de los ancianos hospitalizados y hasta un 30-75% de los ancianos institucionalizados¹⁴.

Una amplia evidencia indica que la depresión es más frecuente en pacientes con múltiples enfermedades orgánicas. En un estudio de prevalencia sobre más de 30.000 adultos detectó que los pacientes con enfermedades crónicas tenían tres veces más de probabilidades de desarrollar depresión. Se estima que cerca del 25% de los pacientes con dos o más entidades clínicas presentan depresión¹⁵⁻¹⁹.

En estos casos, podríamos hablar también de trastornos adaptativos mixtos, con sintomatología ansiosa y depresiva o con un predominio depresivo, debido fundamentalmente al proceso por el que transitan en ese momento²⁰.

Todo lo referido con anterioridad deja patente la necesidad de un abordaje multidisciplinar cuyo pilar fundamental sea la mejora de la calidad de vida en el anciano²¹⁻²³.

2. OBJETIVOS

2.1. Problema de salud detectado

Las personas mayores que deben afrontar un proceso canceroso disponen de menores recursos físico-emocionales y sociales que las personas más jóvenes^{24,25}.

Una atención de paradigma biomédico que descuide el resto de esferas puede incrementar el nivel de aislamiento y estrés vital, lo que influye no solo en la calidad de vida, sino también en la evolución de la enfermedad (existe bibliografía de carácter más experimental que describe esta influencia)²⁶⁻³².

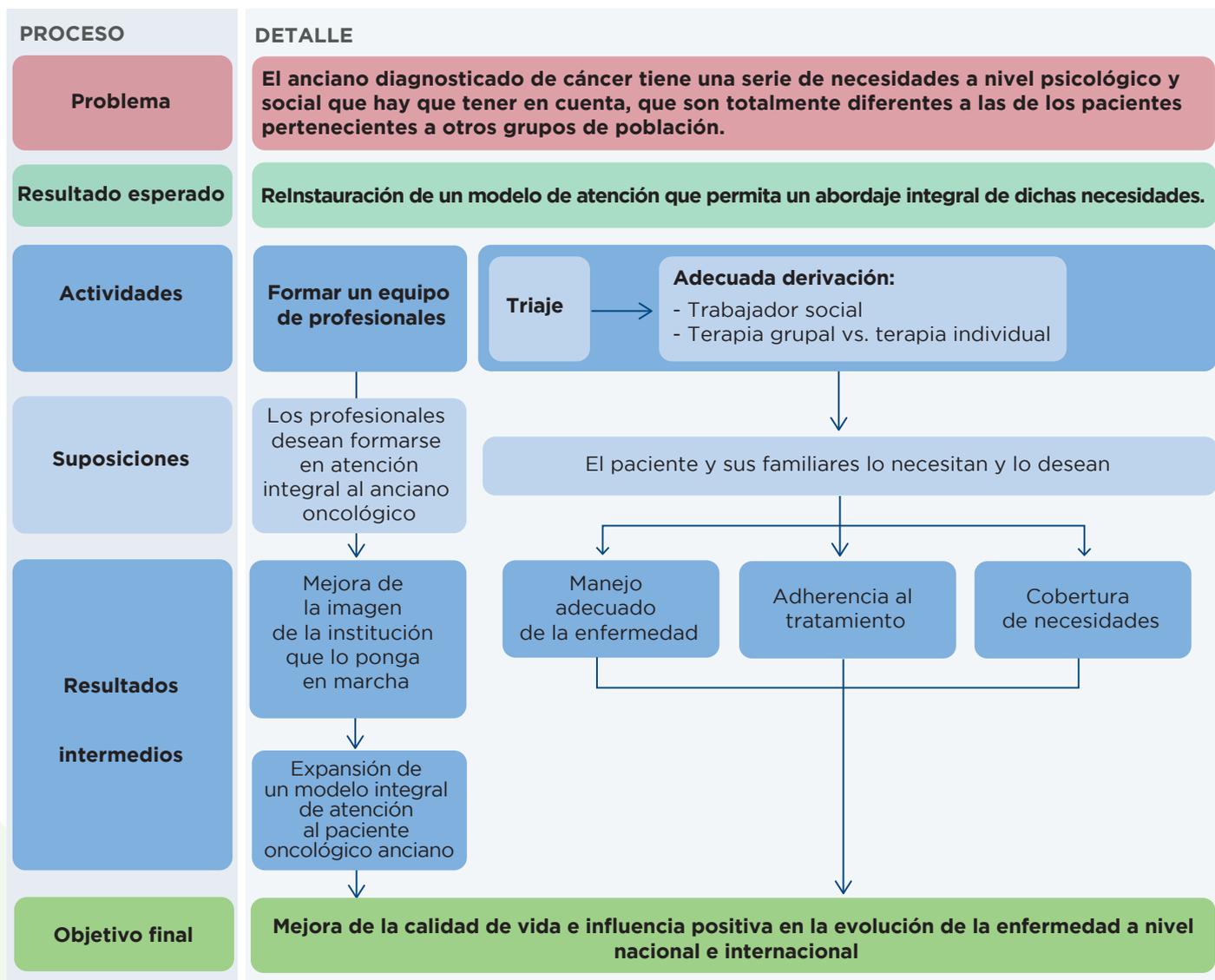
2.2. Solución propuesta

Nuestra solución pretende definir un marco de intervención con un abordaje total y multidisciplinar del anciano que es diagnosticado de una patología oncológica, con la finalidad de repercutir positivamente en un aumento de su calidad de vida (objetivo primario) y de efectuar la influencia más favorable posible en la evolución de la enfermedad (objetivo secundario)³³.

Al considerar al paciente como un todo, nuestro marco de actuación incluye a los familiares o cuidadores principales, quienes también se enfrentan a una serie de desafíos, que deben ser abordados, durante todas las fases del proceso: diagnóstico, tratamiento, cuidados paliativos y fallecimiento^{34,35}.

Por tanto, con el presente proyecto queremos definir un marco de atención estructurada que aborde adecuadamente las necesidades funcionales, psicológicas y sociales, del paciente anciano y sus familiares, durante el proceso oncológico (v. figura 1)^{36,37}.

Figura 1. Diagrama de la teoría del cambio de nuestro proyecto sobre la consulta holística en el anciano con cáncer.



Este proyecto aportará importantes beneficios a la vida de pacientes y familiares. Se ha realizado un análisis coste-consecuencias, que se ha representado mediante un diagrama dirigido a resultados, cuyo balance es altamente favorable (v. figura 2).

3. DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO

3.1. Contexto

El ámbito de aplicación inicial de este proyecto se reduciría a las diferentes consultas hospitalarias de oncología médica de la provincia de Pontevedra (caracterizada por una gran población rural envejecida), donde el oncólogo, al detectar un paciente con una edad superior a 70 años, ponga en marcha el protocolo de actuación.

3.2. Equipo

Equipo multidisciplinar que, además de con un oncólogo, cuente con un enfermero, un psicooncólogo y un trabajador social.

Figura 2. Diagrama dirigido a los resultados con el análisis coste-consecuencias del proyecto de creación de una consulta holística en el anciano con cáncer.



3.3. Descripción

Tras la visita inicial a la consulta de oncología médica, el oncólogo, al encontrarse con un paciente que supera los 70 años, lo derivará, junto con sus familiares, a la consulta del psicólogo, quien hará un triaje inicial en el que valorará el tipo de necesidades que presenta dicho paciente y procederá, tras la evaluación de estas, a la pertinente derivación (v. figura 3)³⁸⁻⁴¹.

En el caso de que dichas necesidades sean de tipo social o económico, se derivará al trabajador social, quien también estará en disposición de valorar la búsqueda de voluntarios en el caso de aislamiento social, necesidades de ocio o soledad⁴².

Si las necesidades fueran de tipo psicológico, es el psicólogo quien procederá con el seguimiento y abordaje de la problemática. Él mismo también tendrá que valorar si hay una patología psicológica (trastornos del estado de ánimo, trastornos ansiosos...), la viabilidad de terapia individual y, en el caso de que la problemática esté más relacionada con los retos por afrontar tras el diagnóstico de cáncer, se valorará la viabilidad de la terapia grupal⁴³⁻⁵¹.

El protocolo previamente citado también sería objeto de aplicación en los cuidadores, ya que ellos también presentarán necesidades psicológicas derivadas del cuidado de su familiar que se añadirán a sus circunstancias personales. En dicho contexto, también se evaluará, en el caso de necesidades psicológicas, la idoneidad de la terapia grupal o individual⁵²⁻⁵⁷.

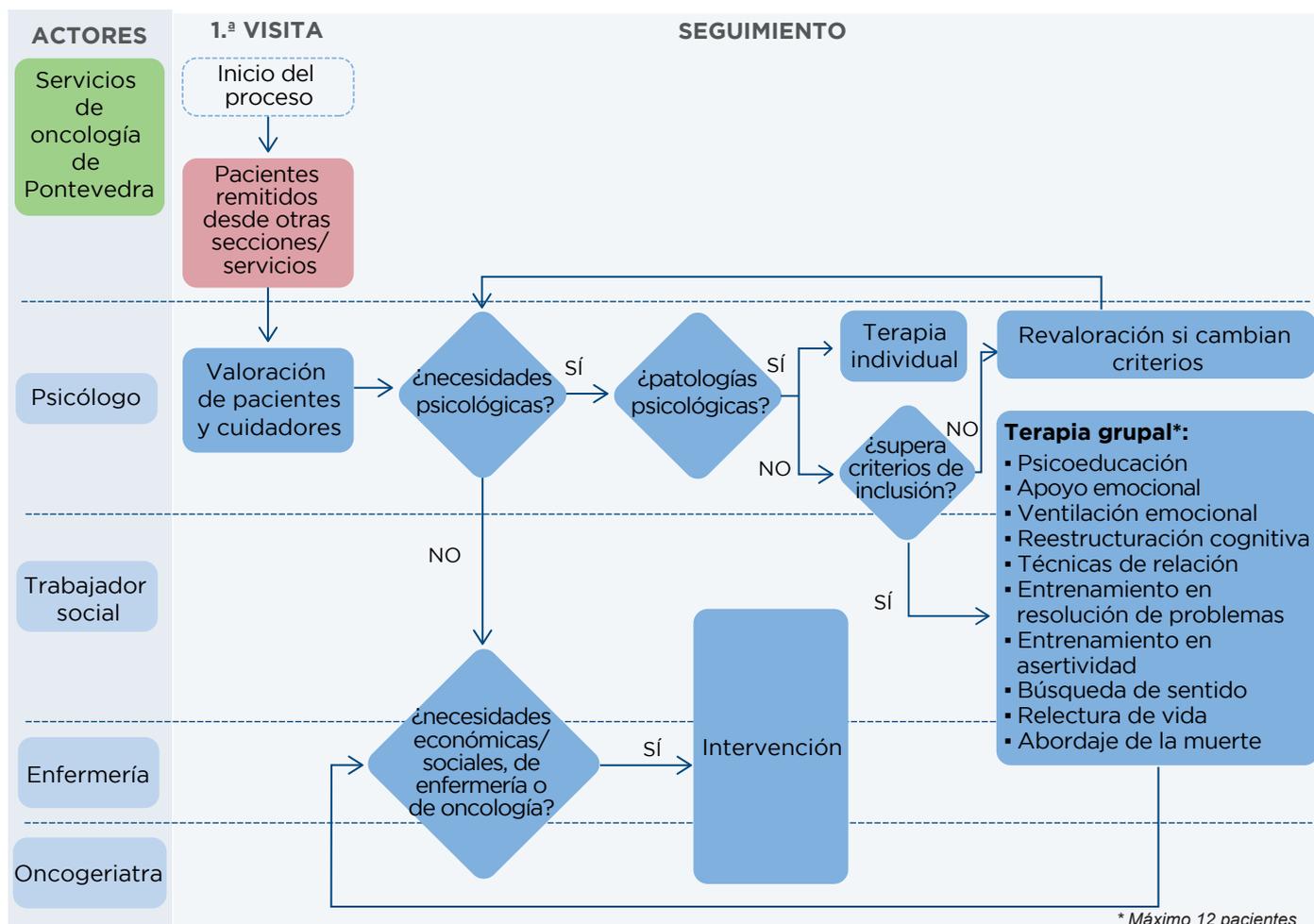
3.3.1. Terapia individual

Durante el triaje previo se hace una evaluación en la que se determina que, debido a la sospecha de algún tipo de patología psicológica, la persona se beneficiaría más de una intervención individual.

REEVALUACIÓN.

Tras la sospecha de la problemática psicológica, se intenta confirmar dicha hipótesis con la aplicación de test psicológicos, junto con una entrevista semiestructurada para completar la información ya recogida relativa a los repertorios conductuales, el funcionamiento cognitivo y el estado emocional⁵⁸⁻⁶¹.

Figura 3. Diagrama del proceso de valoración y derivación según las necesidades detectadas en la unidad de oncología médica.



Evaluar también permite identificar los objetivos del tratamiento y las variables que pueden facilitar su abordaje. Toda la información recogida es susceptible de ser reflejada en un informe psicológico.

DIAGNÓSTICO O JUICIO CLÍNICO.

Identificación del problema comportamental, cognitivo, emocional o social de la persona⁶². Durante este proceso se tomarán las siguientes decisiones:

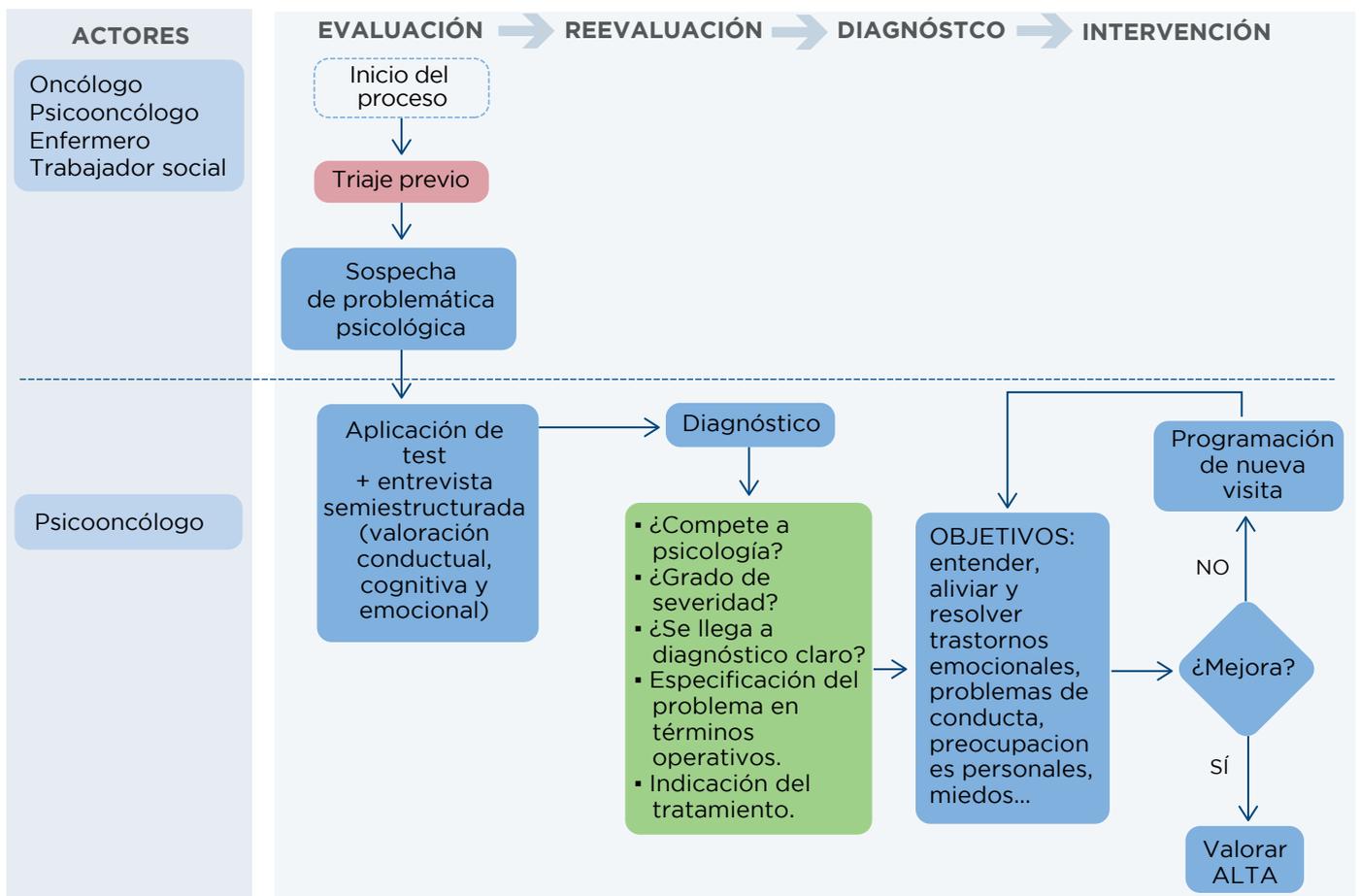
1. Decisión sobre si se trata de un problema que cae dentro de nuestra competencia o no.
2. Decisión sobre el grado de severidad o gravedad de las primeras informaciones que se ofrecen.
3. Diagnóstico, si procede.
4. Especificación del problema en términos operativos.
5. Indicación del tratamiento.

INTERVENCIÓN.

El tratamiento supone intervenciones clínicas sobre las personas con el objeto de entender, aliviar y resolver trastornos emocionales, problemas de conducta, preocupaciones personales, miedos y otros⁶³⁻⁶⁵. En todo momento se reevaluarán los objetivos de la intervención para adecuarse a las nuevas necesidades que vayan surgiendo a lo largo del proceso.

En el momento en que se produzca un alivio de la sintomatología, así como una generalización de los recursos aprendidos en todos los contextos vitales, se valorará la idoneidad del alta, mostrando siempre disponibilidad si fuera necesaria una segunda demanda (v. figura 4).

Figura 4. Diagrama del proceso de atención psicológica con terapia individual.



3.3.2. Terapia grupal

A pesar de los beneficios de las psicoterapias individuales, la terapia grupal también ha demostrado ser eficaz en la mejora del autoconcepto y en el afrontamiento de la afectividad negativa, y es una facilitadora de la ventilación emocional. Además, es una oportunidad de aprendizaje gracias a la cual los pacientes pueden compartir habilidades y recursos de afrontamientos que favorezcan la adaptación a la situación^{66,67}.

Entre las ventajas de la aplicación grupal se encuentra el coste-beneficio: en un momento en que la carga asistencial es tan importante, un solo terapeuta puede atender a varios pacientes simultáneamente. Favorece la normalización de la experiencia de la enfermedad, facilita la identificación de problemas propios en el otro y los recursos de afrontamiento utilizados, y permite la creación de lazos afectivos. En definitiva, los grupos generan un sentido de pertenencia junto con el desarrollo de una realidad compartida^{68,69}.

Los criterios de inclusión para asegurarnos de la eficacia de la intervención grupal serían los siguientes:

- Ausencia de deterioro cognitivo.
- Pronóstico superior a 6 meses.
- Aceptar la participación en el grupo.
- Compromiso de asistencia.
- No estar hospitalizado en el momento del inicio del grupo.

Una vez formado el grupo, que a ser posible no superaría los 12 pacientes, seguiría la cronología que se describe en la **tabla 1**.

Tabla 1. Cronología de las técnicas utilizadas en las sesiones de terapia grupal.

SESIÓN	OBJETIVO	TÉCNICAS UTILIZADAS
1. ^a SESIÓN	<ul style="list-style-type: none"> • Adquisición de información del proceso de la enfermedad 	<ul style="list-style-type: none"> • Psicoeducación a través de un profesional de la salud (oncólogo, enfermera...)
2. ^a SESIÓN	<ul style="list-style-type: none"> • Abordaje del malestar emocional 	<ul style="list-style-type: none"> • Apoyo emocional • Ventilación emocional
3. ^a SESIÓN	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar y retar creencias irracionales 	<ul style="list-style-type: none"> • Reestructuración cognitiva
4. ^a SESIÓN	<ul style="list-style-type: none"> • Reducción de la ansiedad 	<ul style="list-style-type: none"> • Técnicas de relajación
5. ^a SESIÓN	<ul style="list-style-type: none"> • Aumentar la percepción de control • Definición de objetivos 	<ul style="list-style-type: none"> • Entrenamiento en la solución de problemas
6. ^a SESIÓN	<ul style="list-style-type: none"> • Adquisición de habilidades de comunicación • Apertura de canales de comunicación con su familia 	<ul style="list-style-type: none"> • Entrenamiento en la asertividad
7. ^a SESIÓN	<ul style="list-style-type: none"> • Reflexión existencial 	<ul style="list-style-type: none"> • Búsqueda de sentido • Relectura de vida • Abordaje de la muerte

En la **1.^a sesión**, a través de la psicoeducación se busca proporcionar al paciente información básica sobre la enfermedad, los síntomas más característicos y su abordaje, además de ciertas estrategias de afrontamiento. Se puede completar dicha información con folletos o documentos que consideremos de interés, reduciendo así el sentimiento de indefensión e incertidumbre relacionado con la falta de información⁷⁰⁻⁷².

En la **2.^a sesión** se quiere gestionar y favorecer la reducción del malestar emocional. A través del apoyo emocional se facilitan la percepción de control y la toma de decisiones, creando un ambiente seguro que favorece el contacto y la normalización de las emociones. La ventilación emocional, por su parte, ayuda a la expresión de emociones sin el autocontrol que el paciente se impone a sí mismo en presencia de otras personas a las que quiere proteger; esta técnica promueve el entendimiento de la espiral emocional asociada al proceso de la enfermedad⁷³⁻⁷⁶.

En la **3.^a sesión** se trabaja con los pensamientos, que influyen significativamente en la experiencia emocional de las personas; a través de la reestructuración cognitiva se busca identificar pensamientos y creencias desadaptativas y sustituirlas por otras más apropiadas que reduzcan a su vez el malestar emocional^{77, 78}.

En la **4.^a sesión** las técnicas de relajación son las protagonistas: se quiere enseñar a la persona a controlar su nivel de activación, modificando las condiciones fisiológicas. Nos centraremos en las más usadas en pacientes oncológicos: relajación muscular progresiva (identificación de las señales de tensión y uso de estrategias para controlarlas) e imaginación guiada (representación mental agradable que evoque ese tipo de sensaciones en el organismo)⁷⁹.

Durante la **5.^a sesión** se potencian la percepción de control del paciente así como la definición de objetivos. La técnica de solución de problemas permite la identificación del problema y de la respuesta que se le da y que no resulta eficaz, para posteriormente generar un número mayor de respuestas alternativas entre las cuales elegir la solución más óptima y valorar a posteriori los resultados de la elección⁸⁰⁻⁸².

Un pilar fundamental que permite el correcto abordaje del proceso de la enfermedad es la comunicación tanto con la familia como con el personal sanitario. Por ello, en la **6.^a sesión** el entrenamiento en asertividad permite desarrollar un modelo de comunicación eficaz en el que seamos capaces de expresar sentimientos negativos y positivos adecuadamente y de favorecer la autoafirmación defendiendo nuestros legítimos derechos, lo que facilitará la comunicación del enfermo con su entorno⁸³⁻⁸⁸.

Por último, siempre que se valore que el grupo esté preparado, se abordará el tema de la muerte, explorando e inculcando los miedos asociados y favoreciendo así la reflexión existencial sobre la propia vida. La búsqueda de sentido se hace más patente cuando la enfermedad nos coloca ante el final de

la vida y en ese momento el dotar de significado a nuestra experiencia vital se hace más necesario, de esta manera el ser humano es capaz de autorrealizarse ante el sufrimiento asociado al proceso que está viviendo. También la relectura de vida cobra relevancia en este momento y surge de la necesidad de volver atrás, de valorar su pasado parándose en las experiencias satisfactorias, así como en lo negativo y en su abordaje, lo que favorece y contribuye a dotar de sentido la experiencia biográfica^{10, 89-90}.

En el caso de los familiares también se haría un abordaje grupal más breve, de cuatro sesiones, que facilite la asistencia, ya que generalmente trabajan o tienen que solicitar permisos con bastante asiduidad por la condición médica de su familiar.

El objetivo no es solo la ventilación emocional sino también la adquisición de habilidades de afrontamiento y de comunicación que faciliten la conexión con el enfermo, al mismo tiempo que se favorece un mayor entendimiento del proceso emocional por el que pasan sus familiares⁹¹⁻⁹⁴.

4. BIBLIOGRAFÍA

1. Ramsdale, Erika E., and Supriya G. Mohile. "Providing Optimal Multidisciplinary Care to Older Patients With Cancer". *Journal of Oncology Practice* 13.2 (2017): 105-106.
2. Shahrokni, Armin, et al. "How we care for an older patient with cancer". *Journal of Oncology Practice* 13.2 (2017): 95-102.
3. Terret, Catherine, et al. "Multidisciplinary approach to the geriatric oncology patient". *Journal of Clinical Oncology* 25.14 (2007): 1876-1881.
4. Corujo, E., y D. G. Pérez. "Cambios más relevantes y peculiaridades de las enfermedades en el anciano". *Sociedad Española de Geriatría y Gerontología. Tratado de Geriatría para Residentes*. Madrid: SEGG (2007): 47-58.
5. Fernández-Ballesteros, Rocío. "Psicología de la vejez". *Humanitas* 1 (2004): 27-38.
6. Belsky, J. K. "Psicología del envejecimiento: Teoría, investigación e intervenciones". (1996).
7. Grisales-Naranjo, Luz Viviana, and María Mercedes Arias-Valencia. "Humanized care; the case of patients subjected to chemotherapy". *Investigación y Educación en Enfermería* 31.3 (2013): 364-376.
8. Stuart-Hamilton, Ian. *Psicología del envejecimiento*. Ediciones Morata, 2002.
9. Alonso, C. "La comunicación con la familia del paciente en fase terminal. La conspiración del silencio." *Die. M. y López I (eds.), Aspectos psicológicos en cuidados paliativos*. Madrid: Ades (2000): 93-96.
10. Arranz, P.; Barbero, J.; Barreto, P.; Bayés, R. *Intervención emocional en cuidados paliativos. Modelo y protocolos*. Barcelona: Ariel, 2003.
11. Cairney, John, et al. "Comorbid depression and anxiety in later life: patterns of association, subjective well-being, and impairment." *The American Journal of Geriatric Psychiatry* 16.3 (2008): 201-208.
12. Gil P, Martín M. (coords.). *Guía de buena práctica clínica en geriatría. Depresión en las personas mayores*. *Sociedad Española de Geriatría y Gerontología*. Madrid: Scientific Communication Management, 2017.
13. Ruiz-Benítez, M.^a de los Ángeles, y M.^a Cristina Coca. "El pacto de silencio en los familiares de los pacientes oncológicos terminales". *Psicooncología* 5.1 (2008): 53-69.
14. Wolitzky-Taylor, K., Castriotta, N., Lenze, E. J., Stanley, M. A., Graskie, M. G. Anxiety disorders: a comprehensive review. *Depresión and anxiety*. 2010; 27:190-211.
15. Akechi T, Ietsugo T, Sukigara M, Okamura H, Nakano T, Akizuki N, Uchitomi Y. Symptom indicator of severity of depression in cancer patients: A comparison of the DSM-IV criteria with alternative diagnostic criteria. *General Hospital Psychiatry*. 2009;31:225-232. [PubMed]
16. Carey M, Noble N, Sanson-Fisher R, Mackenzie L. Identifying psychological morbidity among people with cancer using the Hospital Anxiety and Depression Scale: Time to revisit first principles? *Psycho-Oncology*. 2012;21:229-238. [PubMed]
17. Hopko DR, Bell JL, Armento MEA, Robertson SMC, Hunt MK, Wolf NJ, Mullane C. The phenomenology and screening of clinical depression in cancer patients. *Journal of Psychosocial Oncology*. 2008;26:31-51. [PubMed]
18. Lebel S, Devens GM. Stigma in cancer patients whose behaviour may have contributed to their disease. *Future Oncology*. 2008;4:717-733. [PubMed]
19. Saracino R.M., Rosenfeld B., Nelson C.J. Towards a new conceptualization of depression in older adult cancer patients: a review of the literature. *Aging Ment Health* 2015; 27: 1-13
20. Holland J, Evcimen Y. Common psychiatric problems in Elderly Patients with Cancer. Alexandria, VA: American Society of Clinical Oncology Educational Book; 2007. pp. 307-311.
21. Limonero, J. T. "Evaluación de necesidades y preocupaciones en enfermos en situación terminal". *Revista de Psicología de la Salud* 13.2 (2001): 63-77.

22. Mateos, J. "Trabajo interdisciplinar en los pacientes al final de la vida". *El psicólogo en el ámbito hospitalario*. Bilbao: Desclée De Brouwer (2003): 814-30.
23. Sanz, Jaime, and Elizabeth Modolell. "Oncología y psicología: un modelo de interacción". *Psicooncología* 1.1 (2004): 3-12.
24. Balsis S, Cully JA. Comparing depression diagnostic symptoms across younger and older adults. *Aging and Mental Health*. 2008;12:800-806. [PubMed]
25. Hegeman JM, Kok RM, van der Mast RC, Giltay EJ. Phenomenology of depression in older compared with younger adults: Meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*. 2012;200:275-281. [PubMed]
26. Lutgendorf SK, DeGeest K, Dahmouh L, et al. Social isolation is associated with elevated tumor norepinephrine in ovarian carcinoma patients. *Brain, Behaviour, and Immunity* 2011;25(2):250-255. [PubMed Abstract]
27. Lutgendorf SK, Sood AK, Anderson B, et al. Social support, psychological distress, and natural killer cell activity in ovarian cancer. *Journal of Clinical Oncology* 2005;23(28):7105-7113. [PubMed Abstract]
28. Lutgendorf SK, Sood AK, Antoni MH. Host factors and cancer progression: biobehavioural signaling pathways and interventions. *Journal of Clinical Oncology* 2010;28(26):4094-4099. [PubMed Abstract]
29. McDonald PG, Antoni MH, Lutgendorf SK, et al. A biobehavioural perspective of tumor biology. *Discovery Medicine* 2005;5(30):520-526.
30. Moreno-Smith M, Lutgendorf SK, Sood AK. Impact of stress on cancer metastasis. *Future Oncology* 2010;6(12):1863-1881. [PubMed Abstract]
31. Segerstrom SC, Miller GE. Psychological stress and the human immune system: a meta-analytic study of 30 years of inquiry. *Psychological Bulletin* 2004;130(4):601-630. [PubMed Abstract]
32. Sloan EK, Priceman SJ, Cox BF, et al. The sympathetic nervous system induces a metastatic switch in primary breast cancer. *Cancer Research* 2010;70(18):7042-705
33. Ballesteros, Rocío Fernández. "Calidad de vida en la vejez: condiciones diferenciales". *Anuario de psicología/The UB Journal of Psychology* 73 (1997): 89-104.
34. Bayés, R. Una estrategia para la detección del sufrimiento en la práctica clínica. *Revista Sociedad Española del Dolor*. 2000; 7:70-4. 6.
35. Bayés R. Psicología del sufrimiento y de la muerte. *Anuario de psicología/The UB Journal of Psychology* 29.4 (1998): 5-17.
36. Arranz, P.; Barbero, J.; Barreto, P.; Bayés, R. Soporte emocional desde el equipo interdisciplinario. En: Torres L. M. *Medicina del dolor*. Barcelona: Masson; 1997, pp. 396-398.
37. Gorchs N, Roca J. Equipos interdisciplinarios. En: Gómez-Batiste X, Planas J, Roca J, Viladiu P. *Cuidados paliativos en oncología*. Barcelona: JIMS, 1996; pp. 355-363.
38. Beveridge, R. "The Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scale: A new and critical element in health care reform". *Journal of Emergency Medicine* 16 (1998): 507-511.
39. Jiménez, J. Gómez. "Clasificación de pacientes en los servicios de urgencias y emergencias: Hacia un modelo de triaje estructurado de urgencias y emergencias". *Emergencias* 15 (2003): 165-174.
40. Hernández, Manuel, et al. "Salud mental y malestar emocional en pacientes con cáncer". *Psicooncología* 9.2/3 (2012): 233.
41. Holland, Jimmie C., and Barry D. Bultz. "The NCCN guideline for distress management: a case for making distress the sixth vital sign". *Journal of the National Comprehensive Cancer Network* 5.1 (2007): 3-7.
42. Novellas, A. (2003). Modelo de trabajo social en la atención oncológica. ICO, 2002.
43. Carlson, Linda E., et al. "Screening for distress in lung and breast cancer outpatients: A randomized controlled trial". *Journal of Clinical Oncology* 28.33 (2010): 4884-4891.
44. Dolbeault, Sylvie, et al. "Screening for psychological distress in two French cancer centers: Feasibility and performance of the adapted distress thermometer". *Palliative & supportive care* 6.2 (2008): 107-117.
45. Graves, Kristi D., et al. "Distress screening in a multidisciplinary lung cancer clinic: Prevalence and predictors of clinically significant distress. *Lung Cancer* 55.2 (2007): 215-224.
46. Iscoe, N, Williams JI. (1991). Prediction of psychosocial distress in patients with cancer. In: Osoba D (ed.), *Effect of cancer on quality of life*, CRC Press: Boca Raton-Boston-Ann Arbor-London, pp. 41-59.
47. Mitchell, AJ. Pooled results from 38 analyses of the accuracy of distress thermometer and other ultra-short methods of detecting cancer-related mood disorder. *J Clin Oncol* 2007; 25:4670-81
48. Pascoe S, Edelman S. Prevalence of psychological distress and use of support services by cancer patients at Sydney Hospitals. *Aus N Zeal J Psychiatr* 2001; 34:785-91. Doi: 10.1046/j. 1440- 1614.2000.00817.x 12.
49. Söllner, W., et al. "How successful are oncologists in identifying patient distress, perceived social support, and need for psychosocial counselling?". *British Journal of Cancer* 84.2 (2001): 179.
50. Winzer, Alexandra, et al. "Interest in a psycho-educational group intervention among out-patients with malignant melanoma in relation to their need: Which patients are likely to participate?" *Psycho-Oncology* 18.11 (2009): 1179-1188.
51. Zabora, James, et al. "The prevalence of psychological distress by cancer site." *Psycho-Oncology* 10.1 (2001): 19-28.

52. Stevens MM. Family adjustment and support. En: Doyle D, Hanks GWC, Macdonald N (eds.), Oxford Textbook of Palliative Medicine. Oxford: Oxford university Press, 1993:714-7.
53. Astudillo, W., S. Gabilondo y C. Garmendia. "Sociedad Vasca de Cuidados Paliativos". *San Sebastián* Noviembre (2001).
54. Baider, L.; Cooper, C. L.; Kaplan De-Nour, A. (ed.). *Cancer and the Family*. 2.ª ed. Nueva York: John Wiley & Sons, 2000.
55. Kissane, D. W.; Bloch, S.; Burns, W. I. *et al.* "Perceptions of family functioning and cancer". *Psychooncology* 1994;3:259-269.
56. Kissane, D. W.; Bloch, S. *Family Focused Grief Therapy. A model of family-centred care during palliative care and bereavement*. Buckingham: Open University Press, 2002.
57. Velasco, M. L.; Sinibaldi, J. *Manejo del enfermo crónico y su familia (sistemas, historias y creencias)*. México: Manual Moderno, 2001.
58. Colell Brunet, R. y J. T. Limonero García. "¿Qué preocupa al cuidador del enfermo oncológico?". *Revista Rol de Enfermería* 26.2 (2003): 92-96.
59. Krikorian, Alicia, Joaquín T. Limonero, and Matthew T. Corey. "Suffering assessment: A review of available instruments for use in palliative care". *Journal of palliative medicine* 16.2 (2013): 130-142.
60. Mateo Ortega, D.; Gómez-Batiste, X.; Limonero, J. T.; Martínez-Muñoz, M.; Buisan, M.; De Pascual, V. "Efectividad de la intervención psicosocial en pacientes con enfermedad avanzada y final de vida". *Psicooncología* 2013;10(2-3):299-316.
61. Muñoz, Manuel. *Manual práctico de evaluación psicológica clínica*. Madrid: Síntesis, 2003.
62. *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales: DSM-5*. Editorial Médica Panamericana, 2014.
63. Barreto, P.; Arranz, P.; Barbero, J.; Bayés, R. "Intervención psicológica con personas en la fase final de la vida". En: Caballo, V. (ed.). *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos*. Madrid: Siglo XXI, 1998, pp. 431-451.
64. Cruzado, J. "Manual de psicooncología: tratamientos psicológicos en pacientes con cáncer." Madrid: Pirámide (2013).
65. Trill, E. M. D., e Imedio, E. L. Manual de Psico-oncología 2003. Ades Ediciones.
66. Ochoa, C.; Sumalla, E. C.; Maté, J.; Castejón, V.; Rodríguez, A.; Blanco, I. et al. "Psicoterapia positiva grupal en cáncer. Hacia una atención psicosocial integral del superviviente de cáncer". *Psicooncología* 2010;7(1):7-34.
67. Spiegel, D.; Classen, C. *Group therapy for cancer patients. A Research-based Handbook of Psychosocial Care*. Nueva York: Basic Books, 2000.
68. Die Trill, M. Psicoterapia de grupo. En M. Die Trill (ed.), *Psico-oncología* (pp. 519-532). Madrid: 2003, Aula de Estudios Sanitarios (ADES).
69. Yalom, I. *The Theory and Practic of Group Psychotherapy*. 4.ª ed. Nueva York: Basic Books, 1995.
70. Fawzy, Fawzy I., *et al.* "A structured psychiatric intervention for cancer patients: I. Changes over time in methods of coping and affective disturbance". *Archives of general Psychiatry* 47.8 (1990): 720-725.
71. Fawzy, Fawzy I., *et al.* "Malignant melanoma: effects of an early structured psychiatric intervention, coping, and affective state on recurrence and survival 6 years later". *Archives of General Psychiatry* 50.9 (1993): 681-689.
72. Fawzy, Fawzy I., and Nancy W. Fawzy. "A structured psychoeducational intervention for cancer patients". *General Hospital Psychiatry* (1994).
73. Classen, Catherine C., *et al.* "Supportive-expressive group therapy for primary breast cancer patients: A randomized prospective multicenter trial". *Psycho-Oncology* 17.5 (2008): 438-447.
74. Faller, Hermann, *et al.* "Effects of psycho-oncologic interventions on emotional distress and quality of life in adult patients with cancer: Systematic review and meta-analysis". *Journal of Clinical Oncology* 31.6 (2013): 782-793.
75. Ochoa, C. *Psicoterapia positiva grupal en cáncer: la facilitación del crecimiento como vía terapéutica*. I Congreso Nacional de la Sociedad Española de Psicología Positiva. Symposium, 2012, p. 17.
76. Ochoa, C. *Psicoterapia positiva grupal en supervivientes de cáncer: eficacia en la reducción de malestar emocional y en la facilitación de crecimiento postraumático (comunicación oral)*. IV Congreso Nacional de la Sociedad Española de Psicooncología. Barcelona, 2009.
77. Edelman, Sarah, and Antony D. Kidman. "Description of a group cognitive behaviour therapy programme with cancer patients". *Psycho-Oncology* 8.4 (1999): 306-314.
78. Spiegel, David, *et al.* "Group psychotherapy for recently diagnosed breast cancer patients: a multicenter feasibility study". *Psycho-Oncology* 8.6 (1999): 482-493.
79. Lewis, Emma J., and Donald M. Sharp. "Relaxation and image based therapy". *Handbook of Psychotherapy in Cancer Care* (2011): 49-58.
80. Ballester Arnal, R. "Eficacia terapéutica de un programa de intervención grupal cognitivocompartamental para mejorar la adhesión al tratamiento y el estado emocional de pacientes con infección por VIH/SIDA". *Psicothema* 15.4 (2003).
81. Bell, Alissa C., and Thomas J. D'Zurilla. "Problem-solving therapy for depression: A meta-analysis". *Clinical Psychology Review* 29.4 (2009): 348-353.
82. D'zurilla, Thomas J., and Marvin R. Goldfried. "Problem solving and behavior modification". *Journal of Abnormal Psychology* 78.1 (1971): 107.

83. Back, A.; Arnold, R.; Tulsy, J. *El arte de la comunicación con pacientes muy graves: entre la honestidad, la empatía y la esperanza*. Madrid: Alianza, 2012.
84. Barbero, J.; Barreto, P.; Arranz, P.; Bayés, R. "No quiere saber. ¿Hasta dónde contarle?". En: *Comunicación en oncología clínica*. Madrid: Just in Time, 2005, pp. 33-37.
85. Breitbart, William, *et al.* "Meaning-centered group psychotherapy for patients with advanced cancer: A pilot randomized controlled trial". *Psycho-Oncology* 19.1 (2010): 21-28.
86. Bultz, Barry D., and Linda E. Carlson. "Emotional distress: The sixth vital sign-future directions in cancer care". *Psycho-Oncology* 15.2 (2006): 93-95.
87. Rodin, Gary, *et al.* "Clinician-patient communication: A systematic review". *Supportive care in cancer* 17.6 (2009): 627-644.
88. Schapira, L.; Eisenberg, P. D.; MacDonald, N.; Mumber, M. P.; Loprinzi, C. "A revisitación of 'Doc, how much time do I have?'". *Classic Papers, Supplement to Journal Clinical Oncologist* 2003;21(9):8-11.
89. Applebaum, Allison J., Julia R. Kulikowski, and William Breitbart. "Meaning-centered psychotherapy for cancer caregivers (MCP-C): Rationale and overview." *Palliative & supportive care* 13.6 (2015): 1631-1641.
90. Kissane, David W., *et al.* "Cognitive-existential group psychotherapy for women with primary breast cancer: a randomized controlled trial." *Psycho-Oncology* 12.6 (2003): 532-546.
91. Crespo, María, y Javier López Martínez. *El estrés en cuidadores de mayores dependientes: cuidarse para cuidar*. Madrid: Pirámide, 2007.
92. Escudero, Guillermo Gil, Mónica Rodríguez-Zafra y Loreto Cid Egea. "Cuidar al cuidador: la ayuda psicoterapéutica a cuidadores de mayores dependientes mediante dinámica de grupos". *Miscelánea Comillas. Revista de Ciencias Humanas y Sociales* 66.128 (2008): 117-167.
93. Martínez, M.^ª Esperanza Manso, M.^ª del Pilar Sánchez López, and Isabel Cuéllar Flores. "Salud y sobrecarga percibida en personas cuidadoras familiares de una zona rural". *Clínica y Salud* 24.1 (2013): 37-45.
94. Torres Egea, M.^ª, Esperanza Ballesteros Pérez y Pablo David Sánchez Castillo. "Programas e intervenciones de apoyo a los cuidadores informales en España". *Gerokomos* 19.1 (2008): 9-15.