



Universitat Autònoma de Barcelona

ADVERTIMENT. L'accés als continguts d'aquesta tesi queda condicionat a l'acceptació de les condicions d'ús establertes per la següent llicència Creative Commons:  http://cat.creativecommons.org/?page_id=184

ADVERTENCIA. El acceso a los contenidos de esta tesis queda condicionado a la aceptación de las condiciones de uso establecidas por la siguiente licencia Creative Commons:  <http://es.creativecommons.org/blog/licencias/>

WARNING. The access to the contents of this doctoral thesis it is limited to the acceptance of the use conditions set by the following Creative Commons license:  <https://creativecommons.org/licenses/?lang=en>

Psicoterapia centrada en el sentido en paciente oncológico con enfermedad avanzada

Clara Fraguell i Hernando

*Joaquín T. Limonero
Francisco Gil Moncayo*

UAB
Universitat Autònoma
de Barcelona

2020

Tesis Doctoral

Psicoterapia Centrada en el Sentido en paciente oncológico con enfermedad avanzada

Clara Fraguell i Hernando

Directores: Joaquín T. Limonero y Francisco Gil Moncayo

Doctorat en Psicologia de la Salut i de l'Esport
Departament de Psicologia Bàsica, Evolutiva i de l'Educació
Facultat de Psicologia



2020

AGRADECIMIENTOS

AGRADECIMIENTOS

(Parte de estos agradecimientos están escritos en catalán, puesto que es mi lengua materna y la lengua en la que me comunico con ellos)

Nunca me hubiera imaginado que acabaría haciendo la tesis doctoral. Siempre había pensado que era un hito inalcanzable. Sentía una gran admiración por quien era capaz de adentrarse en un proyecto de tal envergadura, y ahora me veo redactando los agradecimientos de *mi* tesis doctoral. Aquello que se hace al final y aparece al principio. Porque se revisa y repasa del último punto a la primera letra, pues es importante tomar conciencia de todo el camino recorrido.

A veces hay quien dice que la vida es un camino de casualidades, y nunca he estado del todo de acuerdo en esto. Es cierto que es importante estar en el momento adecuado en el sitio adecuado, pero también es cierto que la clave es la perseverancia pero, sobretodo, la ilusión. En mi caso soy fiel creyente de la ilusión. Siempre digo que la ilusión mueve montañas y hacer esta tesis, me ha hecho ilusión.

No ha sido fácil llegar hasta aquí. Trabajar a tiempo completo mientras te dedicas a hacer la tesis, también a tiempo completo, no es camino fácil. Pero aquí estoy.

Parece que fue ayer cuando estaba en el colegio haciendo el “treball de recerca”, durante el bachillerato. Mientras me esforzaba en escoger el tema, me cautivó la idea de investigar acerca de los sentimientos primordiales para no dejarse vencer por la muerte en un campo de exterminio nazi. Después de ese trabajo inocente, de principiante, hecho con ilusión y responsabilidad, mis resultados dejaron al descubierto que eran el realismo, la esperanza y el sentimiento de libertad, los constructos que hacían que las personas prisioneras no cambiaran su ración de rancho por una cajetilla de cigarros o que no se tiraran a la cerca electrificada. Fue un trabajo duro a nivel personal,

pero intenso y gratificante a nivel emocional y madurativo. Fue mi primer análisis cualitativo, casi sin saberlo.

Después de cursar la carrera de Psicología, tuve claro que quería dedicarme a la Psicooncología. La sorpresa fue descubrir la Psicoterapia Centrada en el Sentido, de la mano del Dr. Francisco Gil. Después de hacer una estancia en el ICO Girona con Jun Lluçh, a quien quiero trasladarle mi más sincero agradecimiento, conocí a Paco. Paco me abrió las puertas del ICO de l'Hospitalet y me ofreció la oportunidad de ir al Memorial Sloan-Kettering de Nueva York, siguiendo mis pasos por la pasión que me despierta la psicoterapia centrada en el sentido (Meaning-Centered Group Psychotherapy), de William Breitbart. Fue una experiencia increíble. Breitbart se basaba en la experiencia de Viktor Frankl en el campo de exterminio nazi, gran conocido por mí durante mi prematura investigación escolar. Ver la muerte de cerca en un momento de la biografía personal que no estaba prevista, hace desarrollar unos sentimientos y herramientas no previstos.

Paco ha sido mi base, mi mentor. Quien creyó en mí desde el principio; quien me dio toda su confianza e hizo que yo también la tuviera en mi misma. Me he sentido como una ahijada. Él me propuso hacer la tesis doctoral. Me asusté, pero supe que no podía decirle que no. Me abrumaba el reto, pero a la vez, me hacía ilusión. Me dijo que tenía que conocer al Dr. Quim Limonero. Me acuerdo perfectamente de sus primeras palabras cuando le conocí en un congreso en Málaga y le expliqué, casi sin respirar, todos mis planes: "step by step", fue su respuesta. Así lo hemos hecho. Paso a paso.

Paco y Quim han sido un tándem perfecto. Paco desde el hospital, Quim desde la universidad. Respetando mis tempos, confiando en mí y dándome ánimos soportaban con estoicidad mis correos electrónicos llenos de dudas. Siempre demostrando respeto el uno por el otro. Os admiro.

A les meves companyes de l'EAPS Mutuam Barcelona (Marta, Sílvia, Helena, Núria) i a totes per la vostra col·laboració amb el meu estudi. A les meves companyes de l'EAPS Mutuam Girona, per compartir les meves aventures amb

el doctorat. També vull agrair al grup Mutuam la facilitat i la confiança que m'han brindat per poder dur a terme aquest projecte.

Als meus germans, en Marc i en Pau, que m'han ajudat a créixer, a lluitar i a formar la meva personalitat. Sempre m'he sentit acompanyada i protegida, mai m'he sentit perduda al vostre costat. Us estimo.

A en Rafel, el meu projecte de vida. Per confiar en mi, per suportar el camí de la tesi junts. Per prendre-t'ho amb humor, per respectar-me, creure en mi, animar-me i acompanyar-me sempre. T'estimo.

Als meus pares. No seria qui sóc sense ells. No, no és un tòpic. Són les persones que més han cregut en mi des que vaig néixer. Sempre alimentant l'ambició des de l'amor i la senzillesa. Des del respecte i la il·lusió. Em sento privilegiada d'haver sentit la confiança i amor incondicional que m'heu donat. Gràcies, us estimo.

A la petita Elna, per despertar en mi la lluita insaciable, la motivació infinita i l'empenta per acabar la tesi amb determinació. T'estimo fins el cel.

I, per últim, però no per això menys important, als meus pacients. A totes les persones que han vetllat pel meu treball, que han respost amb esperança, confiança i paciència les meves preguntes. A ells, que demanaven col·laborar amb el meu estudi per aportar el seu granet de sorra a la recerca i a la comunitat. A tots ells, gràcies.

Financiación:

Este trabajo se ha realizado, en parte, gracias a la ayuda PSI2017-85134-R del Ministerio de Economía, Industria y Competitividad de España (MINECO).

ÍNDICE

ÍNDICE

I. ABREVIATURAS	17
II. RESUMEN	21
Resum en català	23
Resumen en español	24
Abstract in English	25
1.INTRODUCCIÓN	27
2. SUFRIMIENTO Y MALESTAR EMOCIONAL EN PACIENTES CON ENFERMEDAD AVANZADA	31
3. INTERVENCIONES PSICOLÓGICAS EN PACIENTES CON ENFERMEDAD AVANZADA	45
4. OBJETIVOS E HIPÓTESIS DEL TRABAJO	55
4.1. Objetivo general	57
4.2. Objetivos específicos	57
4.3. Hipótesis	58
5. METODOLOGÍA Y RESULTADOS	59
5.1. Organización de los objetivos y estudios de la tesis doctoral.....	61
5.2. Publicaciones del compendio	62
5.2.1. Publicación 1. Psychological aspects of meaning-centered group psychotherapy: Spanish experience.	62
5.2.2. Publicación 2. Replication Study of Meaning-Centered	

Group Psychotherapy in Spain. <i>Cultural and Linguistic Challenges</i>	63
5.2.3. Publicación 3. Meaning-centered psychotherapy integrated with elements of compassion: A pilot study to assess feasibility and utility.....	64
5.2.4. Publicación 4. Psychological intervention in patients with advanced cancer at home through Individual Meaning-Centered Psychotherapy-Palliative Care: a pilot study	64
5.3. Metodología y resultados de las publicaciones	65
5.3.1. Publicación 1	65
5.3.2. Publicación 2	67
5.3.3. Publicación 3	69
5.3.4. Publicación 4	74
6. DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS	77
6.1. Objetivos 1 y 2	79
6.2. Objetivo 3	81
6.3. Objetivo 4	83
6.4. Limitaciones	85
6.5. Futuras líneas de investigación	86
7. CONCLUSIONES	89
8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	93
9. ANNEXOS	105
9.1. Trabajos presentados a congresos	

9.1.1. IPOS 2014 – comunicación oral: The Development, Implementation and Evaluation of the Meaning-Centered Group Psychotherapy

9.1.2. SEPO 2016 – comunicación oral – Premio a la comunicación oral: Modelo de Psicoterapia Centrada en el Sentido/Compasión para pacientes de cáncer con enfermedad avanzada

9.1.3. IPOS 2016 – comunicación oral: Psychological aspects of Meaning-Centered group psychotherapy: Spanish experience

9.1.4. SECPAL 2018 – comunicación póster: Psicoterapia Centrada en el Sentido – en Cuidados Paliativos en paciente con cáncer avanzado-terminal atendido en domicilio

9.1.5. SEPO 2019 – comunicación oral: Adaptación de la Psicoterapia Centrada en el Sentido en pacientes con cáncer avanzado que reciben cuidados paliativos en domicilio: resultados de un estudio preliminar

I. ABREVIATURAS

I. ABREVIATURAS

CP	Cuidados Palitivos
EAPS	Equip d'Atenció Psicosocial
ICO	Institut Català d'Oncologia
INE	Instituto Nacional de Estadística
JCR	Journal Citation Report
MCP	Meaning-Centered Psychotherapy
MCGP	Meaning-Centered Group Pshychotherapy
MSKCC	Memorial Sloan Kettering Cancer Center
OCDE	Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico
PADES	Programa de Atenció Domiciliària Equip de Suport
PBCS-CP	Psicoterapia Breve Centrada en el Sentido en Cuidados Paliativos
PBCSC	Psicoterapia Breve Centrada en el Sentido y la Compasión
PCS	Psicoterapia Centrada en el Sentido
PGCS	Psicoterapia Grupal Centrada en el Sentido
SECPAL	Sociedad Española de Cuidados Paliativos
SEOM	Sociedad Española de Oncología Médica
SJR	Scientific Journal Rankings- SCImago
UAB	Universitat Autònoma de Barcelona

RESUMEN

RESUMEN

Català:

Més del 60% dels pacients amb càncer informen que estan patint malestar emocional (Derogatis et al., 1983) i el 13-18% de persones ateses pels equips de cures pal·liatives presenten la síndrome de desmoralització (Robinson et al., 2015). És per aquest motiu que William Breitbart va presentar la PCS (MCP). Aquesta psicoteràpia té com a objectius: 1) afavorir que els pacients amb càncer cerquin sentit a la seva vida, malgrat les incerteses i les limitacions de la malaltia, 2) cercar noves maneres de reenganxar-se a la vida: transcendir, 3) aprendre a distingir entre les limitacions que podem canviar/superar i acceptar les que no es poden canviar, 4) integrar el diagnòstic de càncer en la història de vida del pacient, 5) expressar sentiments i emocions i 6) millorar l'adaptació psicològica a través de donar sentit a la vida.

Tenint en compte la distància que mantenim, culturalment, amb el món estatunidenc, hipotetitzàvem que durant l'aplicació de la psicoteràpia grupal en la nostra cultura mediterrània emergirien temes no contemplats per l'autor, i que era imprescindible que els tinguéssim en compte per poder fer una bona adaptació al nostre entorn cultural.

Per tal de procurar millorar la psicoteràpia ens va semblar interessant afegir elements de compassió i autocompassió i comparar el resultat d'aplicar-los amb la PBCS, adaptada per Rosenfeld als pacients que es troben enllitats a l'hospital, en situació de final de vida.

Per últim, i com a fet destacable després de fer una recerca exhaustiva i no trobar cap psicoteràpia individual plantejada específicament per a pacients amb una malaltia oncològica en situació avançada-terminal a domicili, vam adaptar la psicoteràpia per a aquesta casuística.

Paraules clau: càncer avançat, teràpia de grup, sentit, psicoteràpia, compassió, autocompassió, cures pal·liatives, atenció domiciliària

Español:

Más del 60% de los pacientes con cáncer informan que están sufriendo malestar emocional (Derogatis et al., 1983) y el 13-18% de personas atendidas por los equipos de cuidados paliativos presentan el síndrome de desmoralización (Robinson et al., 2015). Es por este motivo que William Breitbart presentó la PCS (MCP). Esta psicoterapia tiene como objetivos: 1) favorecer que los pacientes con cáncer busquen sentido a su vida a pesar de la incertidumbre y de las limitaciones de la enfermedad, 2) buscar nuevas maneras de reengancharse a la vida: trascender, 3) aprender a distinguir entre las limitaciones que podemos cambiar/superar y aceptar las que no se pueden cambiar, 4) integrar el diagnóstico de cáncer en la historia de vida del paciente, 5) expresar sentimientos y emociones y 6) mejorar la adaptación psicológica a través de dar sentido a la vida.

Considerando la distancia que mantenemos a nivel cultural con el mundo estadounidense, hipotetizábamos que durante la aplicación de la psicoterapia grupal en nuestra cultura mediterránea emergirían temas no contemplados por el autor, y que era imprescindible que los tuviéramos en cuenta para poder hacer una buena adaptación a nuestro entorno cultural.

A fin de procurar mejorar la psicoterapia nos pareció interesante añadir elementos de compasión y autocompasión y comparar el hecho de aplicarlos con la PBCS, adaptada por Rosenfeld a los pacientes que se encuentran encamados en el hospital, en situación de final de vida.

Por último, y como hecho destacable, después de hacer una búsqueda exhaustiva y no encontrar ninguna psicoterapia individual planteada específicamente para pacientes con una enfermedad oncológica en situación avanzada-terminal atendidos en su domicilio, adaptamos la psicoterapia para esta casuística.

Palabras clave: cáncer avanzado, terapia de grupo, sentido, psicoterapia, compasión, autocompasión, cuidados paliativos, atención domiciliaria.

English:

More than 60% of cancer patients report that they are suffering from emotional distress (Derogatis et al., 1983). Besides, 13-18% of patients receiving palliative care present demoralization syndrome (Robinson et al., 2015). Due to that William Breitbart introduced MCP. It focuses on 6 different goals: 1) encourage cancer patients to seek meaning in their lives despite the uncertainty and limitations of the disease, 2) find new ways to re-engage in life: to transcend, 3) learn to distinguish between the limitations that we can change/overcome and accept those that cannot be changed, 4) integrate the cancer diagnosis into the patient's life history, 5) express feelings and emotions and 6) improve psychological adaptation through giving meaning to life.

Taking into account our relevant distance with the North American culture, we hypothesized that some essential issues -not previously contemplated by the author- would emerge during the application of group psychotherapy in our Mediterranean culture.

Moreover, in order to further develop MCP, we considered interesting to include aspects like "compassion" and "self-compassion" and compare their application with the MCGP, adapted by Rosenfeld to patients who are bedridden in the hospital, in an end-of-life situation.

Finally, not having found any previous suitable individual psychotherapy specifically designed for patients with an advanced-terminal cancer disease attended at home, we adapted psychotherapy for this case.

Keywords: advanced cancer, group therapy, meaning, psychotherapy, compassion, self-compassion, palliative care, home care

1. INTRODUCCIÓN

1. INTRODUCCIÓN

Según el Instituto Nacional de Estadística (INE, 2019), en el último siglo la esperanza de vida ha aumentado y se ha conseguido gracias a los avances médicos y tecnológicos, a los cambios en los hábitos nutricionales y estilos de vida, mejora en los niveles de condiciones materiales y en la educación, así como el acceso de la población a los servicios sanitarios.

Según la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE, 2017), a pesar del ligero retroceso entre 2014 y 2015, la esperanza de vida en el estado español ha aumentado desde 2005 en aproximadamente 3 años en total, que supone una mejora superior a la del promedio de la OCDE.

En España entre 1998 y 2018, la esperanza de vida al nacimiento de los hombres ha pasado de 74,4 a 80,5 años y la de las mujeres de 82,3 a 85,9 años, según los indicadores demográficos básicos que publica el INE. Teniendo en cuenta las proyecciones hechas por el mismo instituto la esperanza de vida al nacer alcanzaría los 82,9 años en los hombres y los 87,7 en las mujeres en el año 2033, lo que supone una ganancia respecto a los valores actuales de 2,5 y de 1,9 años respectivamente. Estos datos provocarán, irremediablemente, un aumento de las personas con enfermedades crónicas, degenerativas e incapacitantes.

Basándonos en la Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM, 2018), las enfermedades oncológicas siguen siendo una de las principales causas de mortalidad. 14 millones de casos nuevos en el mundo se diagnosticaron en el año 2012 (OMS), según los últimos datos disponibles. Las estimaciones poblacionales indican que en el año 2035 se habrán alcanzado los 24 millones de casos, un aumento del 70% de nuevos casos.

Sin embargo, cabe tener en cuenta que, debido al aumento poblacional y a las técnicas de detección precoz, así como al aumento de la esperanza de vida de la población que ha experimentado en los últimos 20 años, el número de tumores ha crecido de manera constante en el estado español. Así mismo, las

modificaciones en el estilo de vida y, por tanto, las modificaciones en los factores de riesgo controlables que pueden modificar el riesgo de aparición de tumores, conlleva un posible cambio en los resultados futuros y hace que posiblemente sean distintos a los resultados salientes de las estimaciones basadas exclusivamente en datos poblacionales.

Los pacientes diagnosticados de una enfermedad oncológica pueden sufrir malestar no sólo a nivel físico sino también a nivel psicológico, social y espiritual. Las necesidades de los pacientes oncológicos varían según el trayecto de la enfermedad afectando considerablemente a la calidad de vida (LeMay y Wilson, 2008). Los pacientes con enfermedad oncológica avanzada-terminal necesitan tratamientos adecuados a sus necesidades, es por ello que aparecen los cuidados paliativos.

Tal y como define la SECPAL, los cuidados paliativos son unos cuidados “especialmente diseñados para proporcionar bienestar o confort y soporte a los pacientes y a sus familias en las fases finales de una enfermedad terminal”. Deberíamos añadir que, no sólo en la fase terminal de la enfermedad, sino que deberían empezar los cuidados en la fase en que ni la curación ni la cronificación son posibles. El objetivo de los CP son procurar eliminar el dolor evitable y apaciguar el dolor inevitable. Estos cuidados ni aceleran ni detienen el proceso de morir. Mantener los síntomas - físicos, emocionales, espirituales y sociales - bajo control es necesario para poder alcanzar el objetivo último: que los últimos días del paciente puedan ser vividos con dignidad, de la manera que éste decida.

Rosenfeld (2017) considera la falta de sentido y propósito en la vida como un elemento clave del malestar emocional que a menudo acompaña un diagnóstico de una enfermedad terminal o deterioro de las capacidades funcionales.

Es por ello, que es importante disponer de tratamientos adecuados a las necesidades de los pacientes que se encuentran en un contexto de enfermedad avanzada-terminal.

2. SUFRIMIENTO Y MALESTAR EMOCIONAL EN PACIENTES CON ENFERMEDAD AVANZADA

2. SUFRIMIENTO Y MALESTAR EMOCIONAL EN PACIENTES CON ENFERMEDAD AVANZADA

De acuerdo con Rosenfeld (2017), la falta de sentido y propósito en la vida son detectados como un elemento clave del malestar emocional que a menudo acompaña un diagnóstico de una enfermedad terminal o deterioro de las capacidades funcionales, a las que se les suele dedicar más atención.

Según Bayés (2009), “en la mayoría de nuestras facultades y escuelas universitarias del ámbito de la salud, así como en los hospitales universitarios, únicamente se suele enseñar a los estudiantes a explorar organismos y conductas, no personas; a diagnosticar y tratar enfermedades o patologías, no sufrimiento”. Así pues cobra sentido el mensaje de Eric Cassell (1982): "Los que sufren, no son los cuerpos; son las personas", frase que da relevancia a la teoría de Bayés, en que cree imprescindible que los futuros médicos y enfermeras estén formados en tratar a las personas, y hace un llamamiento a humanizar los hospitales y centros sanitarios. La medicina moderna se ha basado fundamentalmente en el *curar* y *ser curado*, y no a responder a las necesidades específicas y priorizadas por el enfermo y su entorno, construyendo el concepto de *cuidar* (Maté, 2014).

Bayés (2009) en el acto de investidura de doctor honoris causa en Psicología por la UNED diferenció el sufrimiento del dolor, investidura donde fue nombrado, aportando diferentes visiones de distintos autores procedentes de campos tan diversos como la psicología, la antropología, la filosofía, la medicina y la bioética:

- Loeser y Melzack, por ejemplo, expertos en el campo del dolor, describen que "el sufrimiento es una respuesta negativa inducida por el dolor pero también por el miedo, la ansiedad, el estrés, la pérdida de personas u objetos queridos y otros estados psicológicos";
- Laín, considera que “un hombre enfermo es, esencialmente, un hombre amenazado por la invalidez, el malestar, la succión por el cuerpo, el aislamiento y la proximidad de la muerte”;

- El Informe Hastings nos indica que "la amenaza que representa para alguien la posibilidad de padecer dolores, enfermedades o lesiones puede ser tan profunda que llegue a igualar los efectos reales que éstas tendrían sobre el cuerpo". Por último,
- Cassell, "se produce sufrimiento cuando la persona se siente amenazada en su integridad biológica o psicológica".

Más concretamente, el informe Hastings considera que se debe proporcionar una muerte tranquila cuando ésta es inevitable. En el informe en cuestión se describen los cuatro fines de la Medicina del Siglo XXI (Callahan, 2000):

1. Prevenir las enfermedades y conservar la salud
2. Aliviar el dolor y el sufrimiento
3. Atender y curar a los enfermos y cuidar a los incurables
4. Evitar una muerte prematura y buscar una muerte tranquila cuando ésta es inevitable.

La atención a la persona que padece un cáncer y está en situación de final de vida no es sencilla. El proceso final de vida siempre es subjetivo y varía en la manera cómo es percibido tanto por el paciente, como por sus seres queridos, o los sanitarios que le atienden (Maté, 2014). No todas las personas que padecen dolor sufren, ni todas las que sufren padecen dolor. Como también decía, "dolor y sufrimiento no son términos sinónimos" (Bayés, 1998).

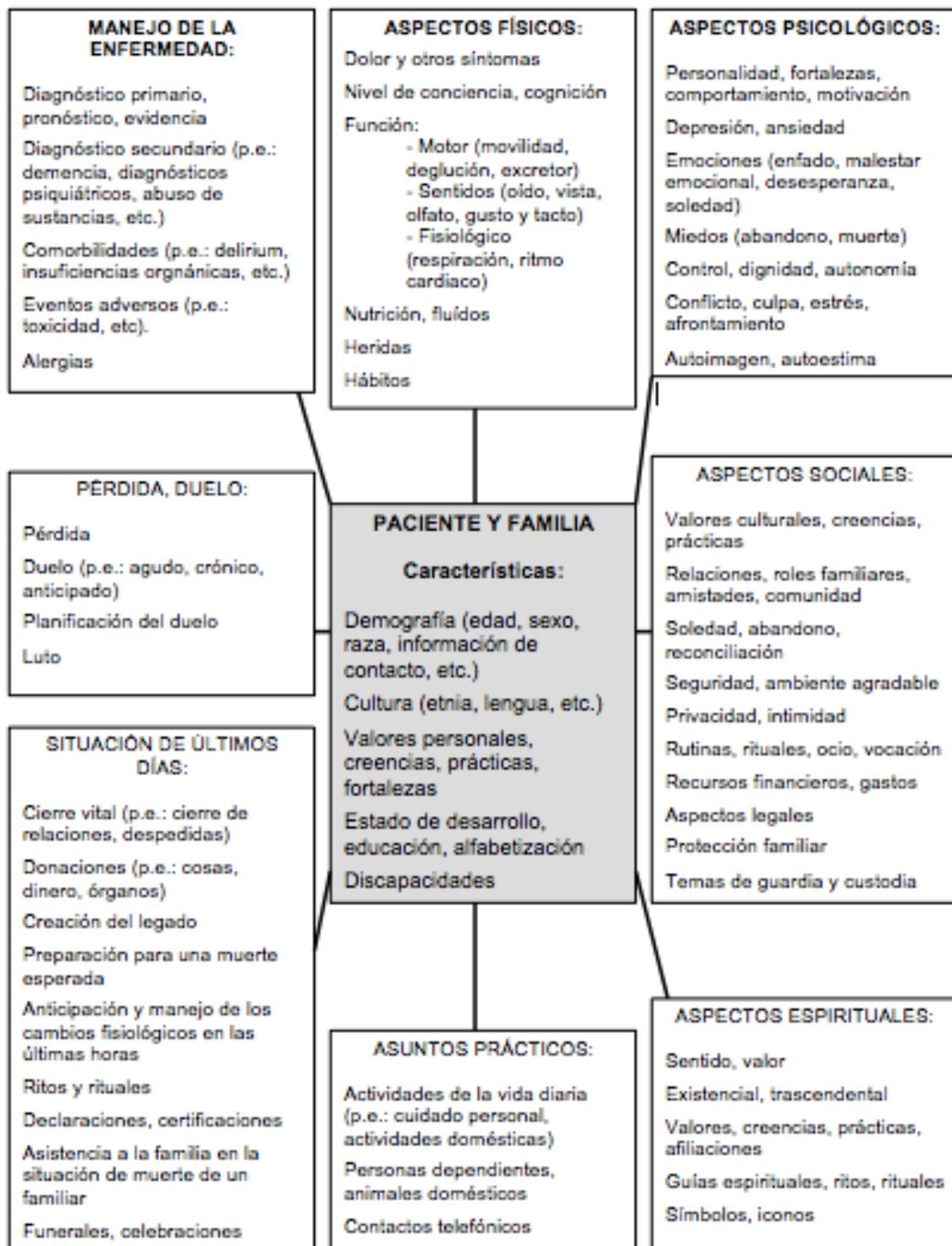
Para atender a las personas de una manera integral se requiere de una evaluación de sus necesidades que tenga en cuenta los aspectos acerca de su realidad física, emocional, social y espiritual (Librada, Herrera y Pastrana, 2015). Tal y como se reclama desde el estudio Prisma (cfr. Librada, Herrera y Pastrana, 2015) se debe plantear un cambio en la atención en el ámbito de los cuidados paliativos y tomar una perspectiva más holística. Se deben incluir los siguientes ejes:

- La vivencia del paciente: cultural, física, psicológica, social y espiritual
- La vivencia del cuidador: bienestar, sufrimiento y carga de cuidados

- La calidad de los cuidados: planificación, continuidad e idoneidad de la atención

Un modelo que tiene en cuenta la vivencia del paciente y del cuidador, integrando así de una manera más holística el cuidado del enfermo, es el modelo multidimensional de necesidades (*Square of Care*) de Ferris y Librach (2005), el cual sitúa al paciente y a la familia en el centro de la atención (Figura 1).

Figura 1. Modelo multidimensional de necesidades (Square of Care) (Modificado de Ferris y Librach, 2005).

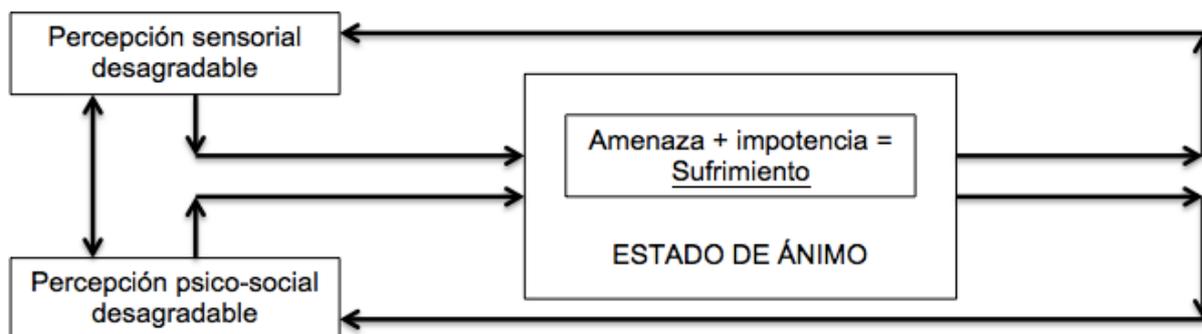


Chapman y Gravin (1993), definieron el sufrimiento como un “estado afectivo, cognitivo y negativo complejo caracterizado por la sensación que experimenta la persona de encontrarse amenazada en su integridad, por su sentimiento de impotencia para hacer frente a esta amenaza y por el agotamiento de los recursos personales y psicosociales que le permitirían afrontarla”.

Es importante resaltar que una gran parte de los enfermos oncológicos afrontan un diagnóstico grave y que, además, deben tolerar la incertidumbre del tratamiento (secuelas y efectividad) y del trascurso de la enfermedad, hecho que puede llegar a provocar más amenaza que el diagnóstico en sí mismo. Como añade Maté (2014) en su tesis doctoral, “las pérdidas se suceden y acumulan habitualmente sin poder elaborarse de manera ideal, de tal manera que, cuando el paciente ha aceptado una, aparece otra que de nuevo se ha de elaborar y aceptar”.

El modelo de intervención integral que propone Bayés (1998) y Bayés Arranz, Barbero y Barreto (1996), consta de los elementos y secuencias siguientes: la *estimulación*, los *recursos* y el *sufrimiento*. El grado de amenaza percibida (estimulación) condiciona la emergencia del sufrimiento que, a su vez, depende de la interpretación de cada persona y los recursos personales de los que disponga. Así pues, el sufrimiento es un estado o situación experimentada como desagradable, tanto si tiene un origen en el funcionamiento del propio organismo biológico (dolor, disnea, etc.) como si procede del entorno psicosocial o biográfico (soledad, abandono, culpabilidad, etc.) y es percibida por la persona como una amenaza importante para su integridad o supervivencia física o emocional. Ante esta amenaza, el sujeto hace una evaluación de sus *recursos* y en caso de sentirse impotente para afrontarla, esta situación deriva en una generación de *sufrimiento*. Este sufrimiento, según Bayés et al. (1998) puede amplificar la intensidad del síntoma o situación amenazadora, lo cual pone en evidencia la falta de control sobre la situación y aumenta el sufrimiento. Por otro lado, este sufrimiento ocurre en una persona con un estado de ánimo concreto (Figura 2).

Figura 2. Modelo para una intervención paliativa en enfermos al final de la vida (Modificado de Bayés, Arranz, Barreto y Barbero, 1996).



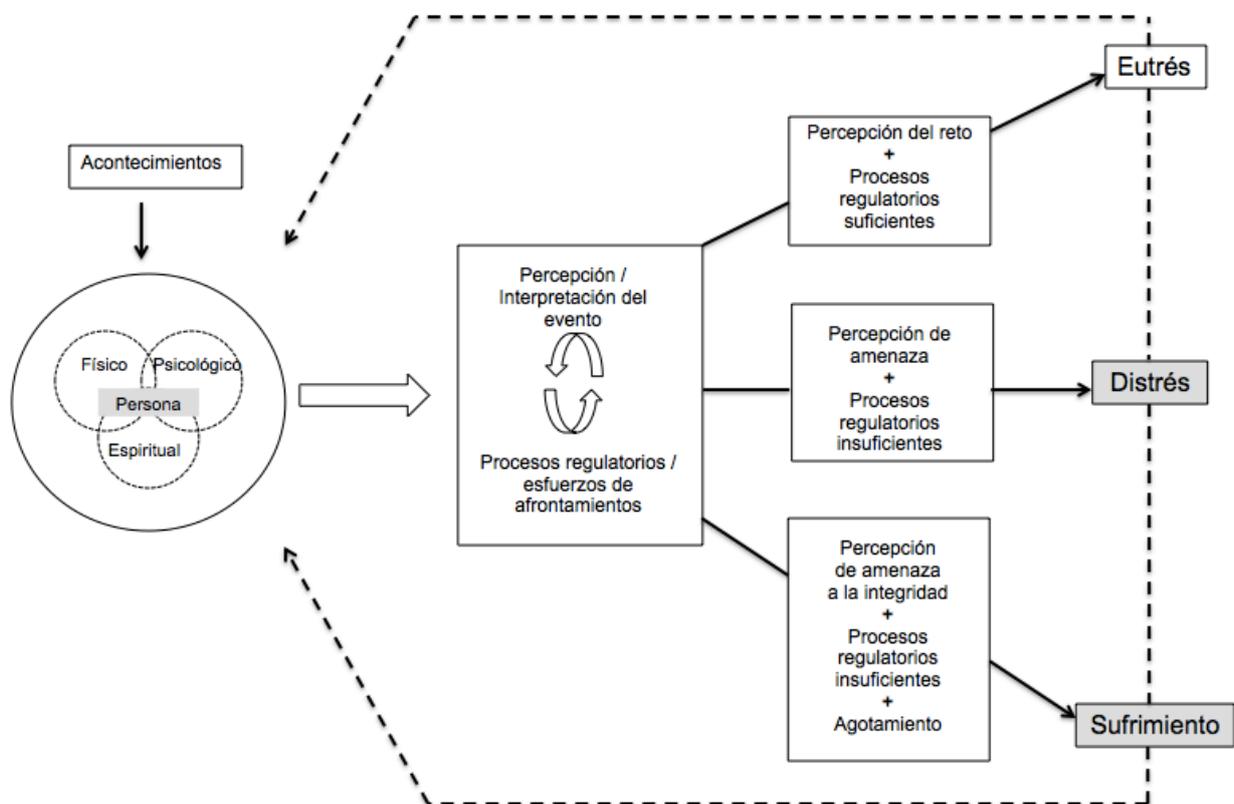
Según Bayés, Arranz, Barbero y Barreto (1996) consideraron que si se pretende disminuir el sufrimiento de una persona e incrementar, paralelamente, su bienestar, será importante:

- Identificar aquellos síntomas – biológicos, cognitivos o ambientales – que son vividos por el paciente como una amenaza relevante, debiéndolos priorizar y categorizar.
- Compensar, eliminar o debilitar los síntomas.
- Descubrir y potenciar los propios recursos del paciente, incrementando su percepción de control sobre la situación.
- En caso de que el paciente esté sufriendo un estado de ánimo con características ansiosas o depresivas se deberá ofrecer técnicas adecuadas – farmacológicas o psicológicas – para poderlo modificar y/o compensar, evitando la cronificación.
- Por último, siempre que sea posible se deberá, no sólo eliminar o paliar el sufrimiento, sino mejorar y aumentar las opciones de satisfactores, los cuales, al ser incompatibles con la amenaza, contribuirán a alejarlas.

Krikorian y Limonero (2012) describen el sufrimiento desde una visión integral en la que proponen que “el sufrimiento aparece cuando se pierde el balance dinámico entre las amenazas percibidas y los procesos regulatorios (que incluyen estrategias de afrontamiento, así como los procesos neurofisiológicos

involucrados en la respuesta de estrés”. En el momento en que aparece una *amenaza*, se activan una serie de *mecanismos*: respuestas físicas, psicológicas, sociales y espirituales, cuyo fin es lograr la adaptación y recuperar el bienestar. Aún así, cuando la percepción de amenaza implica un daño a la integridad personal y los recursos y procesos regulatorios resultan insuficientes, aparece el agotamiento y, por consiguiente, el sufrimiento (Krikorian, Limonero y Maté, 2012; en prensa) (Figura 3).

Figura 3. Modelo de una visión integral de sufrimiento (Modificado de Krikorian y Limonero, 2012)



El miedo a la muerte suele ser uno de los temores más comunes y según la presencia de síntomas físicos y/o psicológicos, podía aumentar (Bayés y Limonero, 1999). Aun así, según la experiencia profesional, en la mayoría de los casos los pacientes refieren miedo al sufrimiento – entendido como descontrol de síntomas -, más que a la muerte como concepto. Se puede concluir que una evaluación psicológica y existencial adecuada sobre la ansiedad ante la muerte o el sufrimiento podría permitir la identificación de las

necesidades concretas del paciente y procurar el alivio del sufrimiento, con la intención de proporcionarle mejor bienestar (Maté, 2014).

Benito, Maté y Pascual (2011) trabajaron los factores y síntomas que creían que contribuían, en mayor medida, al sufrimiento ya que frecuentemente son invalidantes, y concluyeron lo siguiente (Figura 4):

Figura 4. Factores que contribuyen al sufrimiento (Modificado de Benito, Maté y Pascual, 2011).

<p>Paciente:</p> <ul style="list-style-type: none">- Síntomas físicos: dolor, debilidad, anorexia, disnea, vómitos, estreñimiento, sequedad de boca.- Problemas psicológicos: ansiedad, irritabilidad, falta de concentración, insomnio, depresión, confusión.- Cuestiones existenciales: alteración de la integridad, falta de sentido, aislamiento, preocupación por el futuro, asuntos pendientes, etc.- Sufrimiento empático por los seres queridos- Soporte insuficiente del sistema sanitario <p>Familia:</p> <ul style="list-style-type: none">- Sufrimiento empático por el ser querido- Carga de cuidados: emocional, física, económica y sanitaria- Conflictos: discrepancias con el paciente, otros familiares o el personal sanitario- Duelo anticipado- Soporte insuficiente del sistema sanitario

Según Limonero, Gómez y Mateo (2016) es necesario evaluar el bienestar de las personas que se encuentran en situación de final de vida de manera reiterada, ya que éste es el objetivo principal de los cuidados paliativos. Es imprescindible tener en cuenta cuáles son las necesidades del enfermo (y las de su familia) y diferenciar entre las reacciones emocionales adaptativas y las desadaptativas. Por lo que refiere a la evaluación, es importante diferenciar entre evaluación transversal y longitudinal. Según los autores, la clave está en conjugar los dos tipos de evaluación y procurar, siempre que sea posible, estudios longitudinales, pues permiten hacer una valoración más completa de las intervenciones psicosociales.

Dichos autores consideran que es necesario disponer de instrumentos adecuados con el fin de evaluar el bienestar (malestar emocional o sufrimiento) y las reacciones emocionales específicas consecuentes. En una situación en que el paciente está viviendo una enfermedad avanzada o terminal, el instrumento adecuado debería cumplir los siguientes requisitos: 1) aplicación sencilla; 2) preguntas adecuadas al lenguaje habitual de los enfermos; 3) administración susceptible de generar efectos terapéuticos no iatrogénicos; 4) evaluación de aspectos importantes para el paciente en su situación; 5) breve; 6) monitoraje de la evolución del malestar emocional a lo largo del tiempo; 7) facilitar la derivación, si fuera necesario, a un profesional especializado.

Algunos instrumentos de evaluación que cumplen los requisitos propuestos por Limonero et al. (2016) son: *Percepción del paso del tiempo* (Bayés 1995 y 1997), *Cuestionario de detección de malestar emocional (DME) en enfermos con cáncer avanzado o al final de la vida* (Maté, Mateo, Bayés et al., 2009 y Limonero, Mateo, Maté-Méndez et al., 2012) y la *Representación gráfica de la enfermedad y autoevaluación (PRISM)* (Bünchi, Sensky, Sharpe y Timberlake, 1998 y Krikorian, Limonero, Vargas y Palacio, 2013).

Años antes, Viktor Frankl (1959), publicó su experiencia en los campos de exterminio nazis (Auschwitz y Türkheim), donde fue capaz de adquirir plena conciencia del sentido y dignidad de la vida de los hombres y del valor del sufrimiento, mientras tenía que soportar las peores vejaciones y crudas brutalidades. Escribió: “el hombre está dispuesto incluso a sufrir a condición de que este sufrimiento tenga un sentido”.

Frankl habla de la “tragedia” del ser humano (o triple desafío) cuando se refiere a tres situaciones que le tocan vivir, inevitablemente, al ser humano sólo por existir: el sufrimiento, la culpa y la muerte. Considera estos valores importantes porque se consideran las propias actitudes frente a lo inevitable, que son lo que da sentido a la vida en “situaciones límite” (Sociedad Mexicana de Análisis Existencial y Logoterapia - SMAEL, 2019). Era un gran optimista, pero no basaba ese optimismo en la negación de las limitaciones, sino en la posibilidad

de trascenderlas y de encontrar sentido, incluso, en la tragedia. Considera que el sufrimiento no puede ser en vano dado que puede abrir nuevas y profundas perspectivas en la persona y transformarse en un logro personal.

1. *Sufrimiento*: Frankl pensaba que cada hombre tiene un único destino, al igual que la muerte, que forma parte de la vida. Llamaba destino a lo que esencialmente “limita la libertad del hombre”, ya que ni está dentro del área de poder del hombre ni de su responsabilidad.

Lo definía como “aquello que no puede ser evitado”, algo intrínseco a la vida humana. Centra la actitud de afrontamiento al crecimiento personal; pues vivimos el sufrimiento sin sentido se convierte en estéril, sordo y destructivo; en el momento en que se le halla un sentido, trasciende a la persona y se puede convertir en una oportunidad para crecer.

2. *Culpa*: Frankl distingue la culpa como “respuesta a asumir la responsabilidad de mis sentimientos” – vivir la culpa como “liberadora” - y la culpa como “traición a mí mismo” -. La culpa es algo propio del ser humano, ya que éste es el único capaz de vivir los valores y está capacitado para diferenciar el bien del mal y valorar los propios actos mediante la introspección. Frankl anima a que siempre busquemos “de qué somos responsables, no de qué somos culpables”.

3. *La muerte*: según Frankl, la muerte da pleno sentido a la vida. El hecho de pensar en la muerte puede ser vivido como algo amenazante para muchas personas aunque sea parte de la vida y sea inevitable. A través de ella, se puede valorar más la vida y la existencia, pues significa aceptar nuestra finitud terrenal. Consideraba que la muerte daba pleno sentido a la vida, pues la limita de manera infranqueable y, por consiguiente, nuestro futuro.

Para finalizar el capítulo me parece interesante nombrar al Dr. Bayés, otra vez, y exponer sus conclusiones de su *diario de viaje* (Bayés, 1998), un diario íntimo y personal, donde pasea y reflexiona acerca de todo lo aprendido a lo largo de su vida:

- 1- El sufrimiento y la muerte son universales. Todo viaje tiene un principio y un fin.
- 2- El sufrimiento es consecuencia de la valoración personal y subjetiva de que algo amenaza o daña seriamente nuestra existencia o integridad; de la de alguien, o algo, que consideramos de importancia vital para nosotros. Y de que nada podemos hacer para evitarlo o repararlo.
- 3- Las causas de sufrimiento son innumerables y distintas para cada individuo, en cada momento de su vida.
- 4- La única manera de conocer la intensidad y la causa del sufrimiento de otra persona – y, por tanto, de mantener abierta la posibilidad de aliviarlo - es que nos explique qué es lo que le hace sufrir.
- 5- La evaluación del tiempo subjetivo en comparación con el tiempo cronológico puede constituir – por lo menos en algunos casos – un valioso indicador indirecto de la existencia, o no, de sufrimiento subyacente.
- 6- Controlar los síntomas orgánicos es importante pero no equivale a eliminar el sufrimiento. Podemos paliar un dolor con analgésicos, pero para aliviar el sufrimiento de otra persona será preciso que ésta perciba una disminución en su valoración de la intensidad o inmediatez del estímulo, estado o situación que, en cada momento, considere amenazador para ella.
- 7- El *Counselling* – siempre que exista un compromiso genuino de acompañamiento por parte del profesional de la salud y éste sea aceptado por el paciente - puede ser el instrumento que nos permita conseguirlo.

3. INTERVENCIONES PSICOLÓGICAS EN PACIENTES CON ENFERMEDAD AVANZADA

3. INTERVENCIONES PSICOLÓGICAS EN PACIENTES CON ENFERMEDAD AVANZADA

Si pensamos en CP, no podemos empezar este capítulo sin mencionar a Cicely Saunders, una enfermera voluntaria en el hospital St. Luke's de Londres, donde comenzó a cuidar a personas enfermas moribundas, hasta el último minuto (Ortega y López Ríos, 2005). En 1967 inauguró el St. Christopher's Hospice, en Londres, donde atendía a sus pacientes poco tiempo antes de morir. A raíz de aquí nació el movimiento *hospice*, de alcance mundial.

En el 1989, la OMS publicó, por primera vez, las primeras recomendaciones sobre cuidados paliativos en cáncer, llamados "*Palliative cancer care*". En el estado español tres hospitales comenzaron a desarrollar la actividad paliativa: el Hospital Universitario Marqués de Valdecilla de Santander en 1984, el Hospital de la Santa Creu de Vic (Barcelona) y el Hospital de la Creu Roja de Lleida.

El objetivo principal (y primordial) de la atención paliativa es aliviar el sufrimiento humano y conseguir una mejora del bienestar, mediante un óptimo control de síntomas.

La intervención psicológica se puede llevar a cabo en, al menos, cuatro periodos (tanto con los pacientes como con sus familiares): 1) antes del impacto del diagnóstico de la enfermedad, 2) tras el diagnóstico de la enfermedad y el comienzo de la intervención, 3) durante el avance de la enfermedad y el proceso de muerte y, por último, 4) tras la muerte del paciente (Haley, Kasl-Godley, Larson y Neimeyer, 2003).

Según los modelos adaptados (Breitbart, W. y Keller, K.S., 2003; Chochinov, H.M., 2007 y Maté-Méndez, J., 2013), hay dos ideas que son imprescindibles para dar una buena atención psicológica durante la situación de enfermedad avanzada: cada persona es única y debe recibir una atención individualizada (citado en Mateo-Ortega, D., Gómez-Batiste, X., Maté, J., Beas, E., Ela, S., Lasmarías, C. y Limonero, J.T., 2018). Siempre que sea posible se recomienda

utilizar modelos psicológicos basados en la evidencia, según Campbell et al. (2013, cfr. Mateo-Ortega, Gómez-Batiste, Maté, Beas, Ela, Lasmarías, y Limonero, J.T., 2018).

En el contexto de la enfermedad avanzada diferentes autores - descritos en los próximos párrafos - han propuesto intervenciones para poder paliar el malestar emocional que puede surgir cuando las personas se encuentran en un proceso de final de vida.

Chochinov, Hack, Hassard, Kristjanson, McClement y Harlos (2005) desarrollaron una intervención individual, la Terapia de la Dignidad (*Dignity Therapy*), con la intención de abordar el malestar psicosocial y existencial con pacientes con enfermedad oncológica terminal. Su trabajo consiste en una hora de entrevista con el paciente que es transcrita, editada y retornada al paciente. Chochinov et al. encontraron resultados significativos en el estado de ánimo deprimido pero no en los ítems que miden la dignidad, ansiedad, deseos de avanzar la muerte o ideación suicida.

En 2003, Kissane, Bloch, Smith, Micah, Clarke, Ikin, Love, Ranieri y McKenzie evaluaron el efecto de la Psicoterapia de Grupo Cognitiva-Existencial (*Cognitive-Existential Group Therapy*) con mujeres con cáncer de mama durante dos semanas, centrándose en la reestructuración cognitiva, resolución de problemas, fomentando la esperanza y haciendo un examen de prioridades de cara al futuro. Después de las dos semanas de psicoterapia asignaron a las mujeres ($n = 303$) de manera randomizada a tres semanas extras de “clases de relajación” o a tres semanas de “clases de relajación a solas”. No encontraron diferencias significativas en relación con el distrés emocional, aunque encontraron una tendencia a la disminución de la ansiedad y a un incremento en la satisfacción.

Todas estas intervenciones demostraron mejoras en el optimismo y en el humor aunque no habían evaluado su impacto en el bienestar espiritual, el sentido, paz y propósito. Además, pocas de ellas se habían centrado en pacientes con cáncer avanzado o enfermedades terminales. Por este motivo,

influenciado por la logoterapia de Viktor Frankl, se desarrolló la PGCS (*MCGP*, por sus siglas en inglés) (Greenstein y Breitbart, 2000), con la intención de mantener o promover el sentido para así mejorar el bienestar emocional y espiritual en pacientes con cáncer avanzado, incluso cuando se acercan al final de la vida. Este enfoque psicoterapéutico está estructurado en ocho sesiones (Figura 4), y utiliza ejercicios didácticos y experienciales que tratan sobre temas relacionados con el sentido y el cáncer avanzado. Cada sesión trata un tema concreto relacionado con los conceptos y fuentes de sentido, la relación y el impacto del cáncer en el sentido y la identidad de uno mismo, ubicando la propia vida en el contexto histórico y personal, por ejemplo, trabajando el propio legado (sesión 3 y 4).

Figura 5. Sesiones de la PGCS (Modificado de Gil, 2013).

Sesión	PGCS
1	Conceptos y fuentes de sentido
2	Cáncer y sentido
3	Fuentes históricas de sentido (legado: pasado)
4	Fuentes históricas de sentido (legado: pasado)
5	Fuentes actitudinales de sentido: encontrando limitaciones vitales
6	Fuentes creativas de sentido: creatividad y responsabilidad
7	Fuentes experienciales de sentido: naturaleza, arte y humor
8	Cierre: finalización y deseos de futuro

Más concretamente, los objetivos de la PGCS son (Gil, 2013): 1) Favorecer que los pacientes con cáncer busquen sentido a su vida, a pesar de las incertidumbres y limitaciones de la enfermedad, reordenando y evaluando antiguos momentos con sentido; buscando nuevos sentidos a la vida y superar

limitaciones prácticas, 2) buscar nuevas formas de reengancharse a a vida: trascender, 3) aprender a distinguir entre las limitaciones que podemos cambiar/superar y aceptar aquellas que no se pueden cambiar, 4) integrar el diagnóstico de cáncer en la historia de vida del paciente, 5) expresar sentimientos y emociones y, 6) mejorar la adaptación psicológica a través de darle sentido a la vida (Breitbart et al., 2010).

Los resultados obtenidos demuestran la importancia de desarrollar intervenciones psicoterapéuticas para pacientes que se encuentran en una situación de final de vida ya que tienen mejoras sustanciales en la calidad de vida y en el bienestar espiritual.

La PGCS ha sido replicada en distintos países y hospitales del mundo, debido a su gran interés por llevar a cabo una psicoterapia que se centre en las necesidades de los pacientes con cáncer avanzado.

Una psicoterapia adaptada a la cultura que tenemos el objetivo de estudiar, es más eficaz que los tratamientos no adaptados, y las intervenciones dirigidas a un grupo reducido culturalmente homogéneo son más efectivas que aquellas aplicadas a un grupo heterogéneo, según Smith, Rodríguez y Bernal (2011).

Gil y Breitbart (2013) publicaron los resultados del estudio piloto, que replicaba el estudio de Breitbart con población española que estaba viviendo una enfermedad oncológica avanzada. Los resultados mostraron una reducción de la sintomatología ansiosa y depresiva, desesperanza y deseo de adelantar la muerte, a la vez que aumentaban el bienestar emocional y sensación de sentido. Tras la intervención de grupo, la sensación de paz y la fe aumentaron.

En Holanda, se basaron en el modelo adaptado de la PGCS para supervivientes (PGCS-S) de cáncer que habían completado el tratamiento curativo (Holtmaat, van der Speck, Witte y Breitbart, 2017). Esta adaptación substituye los conceptos acerca de la muerte por conceptos acerca de proseguir con la vida a pesar de las limitaciones. Concretamente, la PGCS-S encontró que los pacientes con mayor nivel de distrés emocional y con

menores recursos psicológicos sacaban más provecho de las intervenciones psicológicas. Después de comparar la PGCS-S con el tratamiento que se suele hacer (CAU: care as usual), encontraron que en el grupo experimental había una reducción considerable de los síntomas depresivos, particularmente en hombres, y aumentaba el propósito vital en estos pacientes supervivientes.

En el manual *Meaning-Centered Psychotherapy in the cancer setting: Finding meaning and hope in the face of suffering* (Breitbart, 2017), Goldzweig, Hasson-Ohayon, Elinger, Laronne, Wertheim y Pizem publicaron un capítulo sobre la adaptación de la PGCS en el contexto israelí. Los autores valoraron que el hecho de implementar terapias en contextos distintos al que se desarrolla una psicoterapia, obliga al investigador a ser flexible y sensible con las características culturales de los participantes. Cabe tener en cuenta la realidad y complejidad cultural que se vive en Israel. El conflicto violento entre judíos y árabes hace que se conviva con el terror, la mortalidad y los conflictos militares en el día a día. Después de la adaptación de la psicoterapia pudieron llevar a cabo dos estudios piloto sin grupo control. Los resultados preliminares indicaron que la PGCS era beneficiosa para la mayoría de pacientes con síntomas depresivos, ansiedad y sentido. Además, pareció que la adaptación había sido apropiada.

Leng, Lui, Chen, Huang, Breitbart y Gany (2017) compartieron, en el mismo manual que Goldzweig, la adaptación de la PCS en pacientes chinos inmigrados en los EUA. Basándose en el CAP (Cultural Adaptation Process – Proceso de Adaptación Cultural) de Domenech-Rodríguez y Weiling, tuvieron en cuenta diferentes temas clave: la familia (basándose en el punto de vista de Confucio, quien da un gran valor a las personas mayores), la cultura (las supersticiones y el estigma que supone el cáncer), la inmigración (las personas inmigradas suelen tener menos recursos económicos que las personas nativas, cada persona viene con su propia historia personal y suelen querer vivir sus últimos días de su vida en su país natal) y, por último, el final de vida (morir en casa es un tema tabú en la comunidad china que puede causar ansiedad y un impacto espiritual negativo). Después de estudiar la comunidad los resultados determinaron cinco áreas clave que era importante tener en cuenta para la

adaptación de la PCS: estigma y vergüenza del cáncer y la psicoterapia, barreras del estatus socioeconómico, organización del cuidado por parte de la familia, sincronía cultural en el lenguaje y conceptos de la PCS y, por último, alianza terapéutica.

Sutkevičiūtė, Stančiukaitė y Bulotienė (2017), se centraron en la adaptación individual a pacientes lituanos de la PGCS, la PCS, llevada a cabo también por Breitbart y colaboradores. Después de haber aleatorizado la muestra de 120 pacientes con cáncer en estadio III o IV la dividieron en dos grupos (PCS vs grupo control). Los pacientes que participaron en el grupo experimental obtuvieron resultados significativamente mejores en bienestar espiritual y calidad de vida que los pacientes del grupo control.

Por último, Rosenfeld, Saracino, Tobias, Masterson, Passin, Applebaum, Brescia y Breitbart (2017), publicaron una adaptación de la PGCS para personas con cáncer avanzado-terminal y que estén recibiendo cuidados paliativos. Llevaron a cabo un estudio piloto con 12 pacientes y se les aplicó la adaptación de la PGCS a nivel individual e idearon una versión abreviada dirigida a las necesidades paliativas de los pacientes (PCS-CP) que se encuentran en sus últimas semanas o meses de vida. El objetivo del estudio fue evaluar si una versión abreviada (3 sesiones) e individual de la PCS podría ser implementada en pacientes que se encuentran en cuidados paliativos y generar datos preliminares para adaptaciones y modificaciones adicionales. Además, tenían como objetivo detectar cuáles eran los temas más relevantes para pacientes terminales. Después de las 3 intervenciones, 8 pacientes respondieron a los cuestionarios pre y post tratamiento. La devolución de los pacientes fue alentadora según los autores, ya que no hubo ningún paciente que considerara que la intervención causara malestar emocional, al contrario, generalmente sintieron que la intervención les había resultado positiva.

Dentro de la práctica budista se conoce la *compasión* como “una sensibilidad hacia el sufrimiento del yo y de los otros juntos con un compromiso profundo para tratar de aliviarlo”. Basándose en el trabajo de Paul Gilbert y la Terapia Centrada en la Compasión (*Compassion Focused Therapy – CFT*), Gil,

Fraguell, Benito, Casellas-Grau y Limonero (2018) integraron elementos de compasión y autocompasión en la MCP de Breitbart (2010, 2012 y 2015). Observaron que los elementos o constructos más importantes y útiles para los pacientes fueron: sentido, autocompasión (ser amable y comprensivo con uno mismo), compasión, legado, coraje y compromiso.

El hecho de estudiar e investigar con personas que se encuentran en una situación de enfermedad avanzada-terminal, nos marca la intervención psicológica, limitando y condicionando el número de sesiones, el contenido y la duración de las mismas. Es por ello que destacamos la importancia de diseñar y plantear intervenciones adaptadas a sus necesidades. Desde nuestro punto de vista, y según los resultados obtenidos, la PGCS es la que más se adecua a estas limitaciones.

4. OBJETIVOS E HIPÓTESIS

4. OBJETIVOS E HIPÓTESIS

4.1. Objetivo general

El objetivo general de esta tesis doctoral es adaptar y aplicar a nuestro contexto la PCS desarrollada por el equipo William Breitbart del MSKCC a enfermos con cáncer avanzado.

4.2. Objetivos específicos

1. Adaptar la PGCS (MCGP, por sus siglas en inglés) de Breitbart a nuestro contexto y realidad (artículo 1 y capítulo).
2. Analizar las posibles diferencias existentes en los temas emergentes resultantes de la implementación de esta intervención con la terapia original.
3. Comparar la eficacia de la PBCS-CP de Rosenfeld con la Psicoterapia Breve Centrada en el Sentido con incorporación de elementos de compasión y autocompasión (PBCSC) y con el tratamiento usual de soporte psicológico, como el *Counselling* (artículo 2).
4. Implementar la PBCS-CP en pacientes atendidos en domicilio (artículo 3) y comparar su eficacia con el tratamiento usual de soporte psicológico, como el *Counselling*

4.3. Hipótesis:

Las hipótesis que presentamos fueron las siguientes:

1. Adaptar la PGCS a nuestra población provocará la emergencia de conceptos no contemplados en la psicoterapia original.
2. La PBCSC es más eficaz que la PBCS-CP y que el *Counselling*.
3. La PBCS-CP se puede aplicar en domicilio
4. La PBCS-CP es más eficaz que las que el tratamiento usual de soporte como el *Counselling* aplicadas en domicilio.

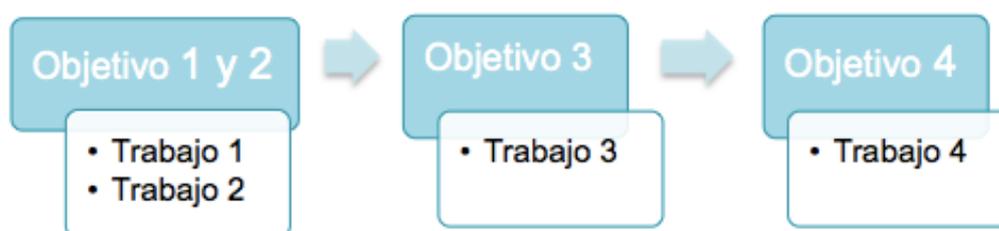
5. METODOLOGÍA Y RESULTADOS

5. METODOLOGÍA Y RESULTADOS

5.1. Organización de los objetivos y estudios de la tesis doctoral

En la siguiente figura se representa la organización de los trabajos y/o publicaciones incluidos en esta tesis doctoral (Figura 5):

Figura 6. Organización de los objetivos y estudios de la tesis doctoral



Tal y como se ha descrito anteriormente, **el primer objetivo específico (Objetivo 1)** que se propuso fue el de adaptar la PGCS de Breitbart a nuestro contexto y realidad. El resultado de este objetivo queda materializado en la **Publicación 1**, titulada: *Psychological aspects of Meaning-Centered Group Psychotherapy: Spanish experience* y en la **Publicación 2** titulada: *Replication Study of Meaning-Centered Group Psychotherapy in Spain: Cultural and Linguistic Challenges*. Así mismo, y con relación al segundo objetivo específico (**Objetivo 2**), se observó que la implementación de la PGCS presentaba algunas diferencias si se comparaba con los resultados obtenidos por el equipo de Breitbart sobre los temas emergentes. Estas diferencias se plasmaron también en las dos publicaciones anteriores.

Posteriormente, y con relación al objetivo 3, se llevó a cabo una adaptación de la Psicoterapia Breve Centrada en el Sentido para personas que se encuentran en una situación terminal recibiendo cuidados paliativos (PBCS-CP) de

Rosenfeld, y se comparó su eficacia con el mismo modelo de psicoterapia, integrando elementos de compasión y autocompasión (PBCSC), y con el tratamiento de soporte usual (Counselling) (**Objetivo 3**). Este objetivo se responde con la **Publicación 3**: *Meaning-Centered Psychotherapy Integrated with Elements of Compassion: a pilot study to assess feasibility and utility*.

El **Objetivo 4**, Implementar la PBCS-CP en pacientes atendidos en domicilio y comparar su eficacia con el tratamiento usual de soporte psicológico (Counselling) se materializó con la **Publicación 4**: *Psychological intervention in patients with advanced cancer at home through Individual Meaning-Centered Psychotherapy-Palliative Care: a pilot study*.

5.2. Publicaciones del compendio

Tal y como se ha anunciado anteriormente, esta tesis doctoral se presenta bajo la modalidad de compendio de publicaciones y está compuesta por las siguientes publicaciones:

Objetivos específicos 1 y 2:

5.2.1. Publicación 1:

Fraguell, C., Limonero, J.T. y Gil, F. (2017). Psychological aspects of Meaning- Centered Group Psychotherapy: Spanish experience. *Palliative and Supportive Care*, 13(6): 1631–1641.
<https://doi.org/10.1017/S1478951517000293>

- ISI Journal Citation Reports ® Ranking 2016; 57/77 (Health Policy & Services)
- Impact Factor – JCR (2017): 1.01; Quartile: Q3
- SCImago Journal Ranking – SJR (2017): 0.611; Q2

Psychological aspects of meaning-centered group psychotherapy: Spanish experience

CLARA FRAGUELL,¹ JOAQUÍN T. LIMONERO, PH.D.,¹ AND FRANCISCO GIL, PH.D.^{1,2}

¹Stress and Health Research Group, Faculty of Psychology, Universitat Autònoma de Barcelona, Spain

²Psycho-Oncology Unit, Hospital Duran i Reynals, Institut Català d'Oncologia, l'Hospitalet de Llobregat, Barcelona, Spain

(RECEIVED April 22, 2016; ACCEPTED March 23, 2017)

5.2.2. Publicación 2:

Gil, F., Fraguell, C. y Limonero, J.T. (2017). Replication Study of Meaning-Centered Group Psychotherapy in Spain: Cultural and Linguistic Challenges. En *Meaning-Centered Psychotherapy in the cancer setting: Finding meaning and hope in the face of suffering*, editor William Breitbart. Nueva York, Estados Unidos: Oxford University Press, pp. 157-167

13

Replication Study of Meaning-Centered Group Psychotherapy in Spain

Cultural and Linguistic Challenges

FRANCISCO GIL, CLARA FRAGUELL, AND JOAQUÍN T. LIMONERO

Don't you worry about being important in your life, others will give meaning to your life.

FILM: *A Patisserie in Tokyo*

DIRECTOR: NAOMI KAWASE

Objetivo específico 3:

5.2.3. Publicación 3:

Gil, F., Fraguell, C., Benito, L., Casellas-Grau, A. y Limonero, J.T. (2018). Meaning-Centered Psychotherapy integrated with elements of Compassion: a pilot study to assess feasibility and utility. *Palliative and Supportive Care*, 16(6): 643-647. <https://doi.org/10.1017/S1478951518000548>

- ISI Journal Citation Reports ® Ranking 2018; 38/81 (Health Policy & Services)
- Impact Factor – JCR (2018): 1,965 Quartile: Q2
- SCImago Journal Ranking – SJR (2018): 0.691; Q2

<p><i>Palliative and Supportive Care</i></p> <p>cambridge.org/pax</p> <p>Original Article</p> <p>Cite this article: Gil F, Fraguell C, Benito L, Casellas-Grau A, Limonero JT (2018). Meaning-centered psychotherapy integrated with elements of compassion: A pilot study to assess feasibility and utility. <i>Palliative and Supportive Care</i>, 1–5. https://doi.org/10.1017/S1478951518000548</p> <p>Received: 27 June 2017 Revised: 13 June 2018 Accepted: 26 June 2018</p> <p>Key Words: Meaning; Psychotherapy; Self-compassion; Cancer; Advanced cancer</p> <p>Author for correspondence: Francisco Gil, Psycho-oncology Unit, Duran i Reynals Hospital, Institut Catala d'Oncologia, L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona, Spain, E-mail: fgil@iconcologia.net</p>	<p>Meaning-centered psychotherapy integrated with elements of compassion: A pilot study to assess feasibility and utility</p> <p>Francisco Gil, PH.D.¹, Clara Fraguell², Lúcia Benito, PH.D.³, Anna Casellas-Grau, PH.D.¹ and Joaquin T. Limonero, PH.D.⁴</p> <p>¹Psycho-oncology Unit, Duran i Reynals Hospital, Institut Catala d'Oncologia, L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona, Spain; ²Mutuam-EAPS Barcelona; Stress and Health Research Group, Faculty of Psychology, Universitat Autònoma de Barcelona, Barcelona, Spain; ³Control and Preventive Service, Duran i Reynals Hospital, Institut Catala d'Oncologia, L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona, Spain and ⁴Stress and Health Research Group, Faculty of Psychology, Universitat Autònoma de Barcelona, Barcelona, Spain</p> <p>Abstract</p> <p>Objective. The main objective of this study is to establish emotional benefits of promoting and maintaining meaning in palliative care patients in the final weeks of life and to assess the benefits of including the compassion and self-compassion constructs in the Meaning-Centered Psychotherapy Model (MCP).</p> <p>Method. Fifty-one cancer inpatients were randomly assigned to one of the three brief interventions for cancer patients in the end of life: the MCP-palliative care version, the MCP-compassionate palliative care (MCP-CPC), or standard counseling. Feasibility, acceptability, and utility were assessed in each condition. Likewise, patients' opinions about the effectiveness</p>
---	---

Objetivo específico 4:

5.2.4. Publicación 4:

Fraguell, C., Limonero, J.T. y 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: 4803–4811. <https://doi.org/10.1007/s00520-020-05322-2>

- ISI Journal Citation Reports ® Ranking 2020; (Health Policy & Services)
- Impact Factor – JCR (2019): 2,625; Quartile: Q2
- SCImago Journal Ranking – SJR (2018/2019): 1.71

Supportive Care in Cancer
<https://doi.org/10.1007/s00520-020-05322-2>

ORIGINAL ARTICLE

Psychological intervention in patients with advanced cancer at home through Individual Meaning-Centered Psychotherapy-Palliative Care: a pilot study

Clara Fraguell-Hernando^{1,2} · Joaquín T. Limonero²  · Francisco Gil^{2,3}

Received: 24 October 2019 / Accepted: 17 January 2020
© Springer-Verlag GmbH Germany, part of Springer Nature 2020



5.3. Metodología y resultados de las publicaciones

5.3.1. Publicación 1 (Objetivo 1 y 2)

Fraguell C, Limonero JT y Gil F (2017) Psychological aspects of Meaning-Centered Group Psychotherapy: Spanish experience. *Palliative and Supportive Care*, 13(6): 1631–1641. <https://doi.org/10.1017/S1478951517000293>

La PGCS es una terapia con un enorme potencial, por lo que queríamos adaptarla a la población española con un diagnóstico de cáncer avanzado-terminal y por ello era importante conocer qué temas emergían (temas emergentes) en los grupos durante la aplicación de la psicoterapia para poderla adecuar a las necesidades de los pacientes y, además, validar los temas propuestos por el autor (temas construidos).

La muestra del estudio estuvo formada por personas diagnosticadas con una enfermedad oncológica es estadio III o IV y que estuvieran recibiendo tratamiento en el Hospital Duran i Reynals (ICO l'Hospitalet). La muestra se obtuvo por conveniencia y se utilizó el método de grupo focal, ya que era un grupo dinámico y que puede proporcionar mejores datos. Se llevaron a cabo tres grupos: ($n = 7$), ($n = 5$) y ($n = 10$) de 2013, en el mismo hospital. Un total de 22 personas participaron en el grupo terapéutico, de los cuales había más mujeres ($n = 12$) que hombres ($n = 10$).

Los criterios de inclusión eran los siguientes: 1) pacientes con una enfermedad oncológica en estadio III o IV, 2) ser mayor de edad, 3) voluntad de participar en el estudio, 4) tener conciencia diagnóstica y pronóstica, 5) firmar el consentimiento informado y 6) ser visitados en consultas externas del hospital. Fueron excluidos los pacientes que no cumplieran los criterios de inclusión y los pacientes con cualquier tipo de afectación orgánica.

El Comité Ético del Hospital de Bellvitge aprobó el estudio. En el momento que se reclutaron 8-12 pacientes por grupo se procedió al inicio del grupo

psicoterapéutico que seguía el procedimiento planteado por la PGCS, con un total de 8 sesiones semanales de una hora y media (90 minutos) de duración.

En primer lugar, se transcribieron Verbatim los vídeos de las sesiones de los tres grupos. Mediante el programa ATLAS® se identificaron los temas que habían surgido durante las ocho sesiones de la PGCS de los distintos grupos psicoterapéuticos. Este análisis se llevó a cabo por la investigadora principal del estudio, por un compañero externo y por otro de los investigadores del estudio, consiguiendo una triangulación. Más adelante se codificaron los temas con la intención de identificarlos como temas de una categoría construida, propuesta por Breitbart, o bien como temas emergentes, es decir, no contemplados por la psicoterapia. Posteriormente se definieron cada uno de los temas para llegar a un acuerdo del significado de cada uno.

Mediante una tabla de frecuencias con los temas ordenados según las fuentes de sentido (actitudinal, experiencial, creativa e histórica) y los temas emergentes a parte, se pudieron comparar los resultados entre los grupos. Con el paquete estadístico SPSS® versión 20 se llevó a cabo el análisis de chi-cuadrado para comparar la existencia de diferencias de distribución o frecuencias entre los tres grupos de participantes respecto a los temas construidos y emergentes de la PGCS. El error tipo alfa asumido para considerar significativo el valor de p fue, en todos los casos, 0.05. Así pues, se llevó a cabo un diseño mixto cualitativo-cuantitativo.

Después de analizar las transcripciones de los grupos y haber organizado los temas encontramos seis temas considerados emergentes por no estar contemplados en la propuesta fundacional de Breitbart: amenaza, beneficio de la terapia de grupo, tristeza, incertidumbre, pérdida del rol social y la importancia de la rutina actual.

Es interesante destacar que el tema que más apareció, en dos de los tres grupos (19,1 i 21,2%) y el segundo más nombrado (11,2%) en el tercer grupo, fue un tema emergente: *amenaza*.

Por tal de ver si existían diferencias entre los grupos, respecto a los temas construidos y emergentes, se llevó a cabo el análisis chi-cuadrado, observando diferencias estadísticamente significativas entre grupos en la mitad de los temas (13).

Estos resultados nos indican que, para poder adaptar la PGCS a pacientes españoles que se encuentran en una situación de cáncer avanzado-terminal, es importante tener en cuenta los seis temas emergentes surgidos en nuestro contexto, sobre todo la *amenaza*, aspecto de gran relevancia reportado por los pacientes.

5.3.2. Publicación 2 (Objetivo 1 y 2)

Gil F, Fraguell C y Limonero JT (2017) Replication Study of Meaning-Centered Group Psychotherapy in Spain: Cultural and Linguistic Challenges. En *Meaning-Centered Psychotherapy in the cancer setting: Finding meaning and hope in the face of suffering*, editor William Breitbart. Nueva York, Estados Unidos: Oxford University Press, pp. 157-167.

Los estudios pilotos aleatorizados de la PCS, hechos hasta la fecha, han demostrado favorecer el sentido; además, han evidenciado que los pacientes con cáncer avanzado mejoraban significativamente la calidad de vida y bienestar espiritual y reducían la ansiedad, depresión, desesperanza y deseos de avanzar la muerte, también de manera significativa.

Breitbart halló que el bienestar espiritual estaba asociado de manera significativa con la desesperación del final de vida (desesperanza, deseos de avanzar la muerte e ideación suicida), teniendo en cuenta la influencia de los síntomas depresivos. Además, cuando el bienestar espiritual era dividido en dos partes, una que medía el sentido y otra la espiritualidad conectada con la fe religiosa, la inhabilidad de mantener el sentido estaba mucho más asociada con la desesperación del final de vida que la fe como componente del bienestar espiritual.

Basándose en la logoterapia de Viktor Frankl, Breitbart consideraba que aunque el trabajo de Frankl no estaba diseñado para pacientes oncológicos o pacientes con enfermedades amenazantes, estos conceptos de sentido y claridad espiritual, podían ser trabajados con pacientes con cáncer, ya que a muchos de ellos les servía como guía y ayuda para poder lidiar con la dificultad para mantener el sentido, la esperanza, y a entender el cáncer y la muerte inminente en su contexto vital.

Dada la calidad del trabajo realizado nos permitió incluir un capítulo en este importante manual y fue una oportunidad para dar a conocer el trabajo realizado de la aplicación de la PGCS en población española. Después de analizar los temas construidos y emergentes de la Publicación 1, se planteó incorporar a la PGCS estos elementos diferenciadores.

5.3.3. Publicación 3 (Objetivo 3)

Gil F, Fraguell C, Benito L, Casellas-Grau A y Limonero JT (2018) Meaning-Centered Psychotherapy integrated with elements of Compassion: a pilot study to assess feasibility and utility. *Palliative and Supportive Care*, 1-5. <https://doi.org/10.1017/S1478951518000548>

El objetivo de este estudio fue el de validar los beneficios emocionales de promover y mantener el sentido en pacientes paliativos, en sus últimas semanas de vida, además de valorar los beneficios de incluir otros constructos que se consideraron relacionados y relevantes como son la compasión y la autocompasión en el modelo de la PCS.

Rosenfeld et al. (2017) propuso una psicoterapia breve de la PCS para pacientes con cáncer avanzado-terminal que se encontraban ingresados. Esta psicoterapia se basaba en 3 sesiones en que se trabajaban los conceptos propuestos en el modelo original pero adaptados a las características de los pacientes paliativos. Concretamente, la primera sesión se centraba en el conocimiento del sentido de uno mismo y la experiencia del sentido de su vida.

Se incluyen espacios para tratar momentos significativos del pasado, su identidad antes y después de su diagnóstico oncológico y aspectos de su vida que tuvieron impacto en sus valores e identidad; la segunda visita va dirigida a las fuentes de sentido y, la tercera visita, está focalizada en buscar el sentido mediante el coraje y el compromiso, viviendo el propio legado y buscando el sentido de la paz. Después de cada sesión se propone una serie de ejercicios voluntarios para trabajar lo propuesto en la sesión.

En este estudio, se propone incorporar los elementos de compasión y autocompasión en la PBCS-CP de Rosenfeld, obteniendo la PBCSC. Para poder comparar las diferentes intervenciones psicológicas, todas ellas se diseñaron con el mismo número de sesiones y duración. Se propusieron 3 sesiones con pacientes con cáncer avanzado-terminal. En la PBCSC, la primera sesión estaba centrada en encontrar el sentido mediante el coraje y el compromiso, viviendo el propio legado y encontrando una sensación de la paz. La segunda sesión, estaba focalizada en la importancia de ser compasivo con los otros y considerar si esta actitud les podía beneficiar a ellos mismos y a su alrededor. Por último, la tercera sesión enfatizaba el fomentar la autocompasión. Igual que en la PBCS, se proponía una serie de ejercicios que podían hacer al final de las sesiones.

Un total de 51 pacientes enfermos de cáncer en situación terminal hospitalizados en el ICO Duran i Reynals, fueron reclutados y asignados aleatoriamente en una de las tres intervenciones breves PBCS-CP, PBCSC o Counselling como tratamiento usual de soporte psicológico. Todos los participantes que fueron derivados a la unidad de psicooncología tenían una esperanza de vida inferior a 6 meses, estaban recibiendo cuidados paliativos y no presentaban alteraciones cognitivas. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética del Hospital de Bellvitge.

Una vez los participantes fueron informados de los objetivos del estudio y del procedimiento, se les pedía que firmaran el consentimiento informado, en caso de estar de acuerdo en participar. Después, los pacientes fueron entrevistados con el objetivo de obtener datos sociodemográficos. Los datos clínicos se

obtuvieron mediante la historia clínica de los pacientes. Durante las sesiones psicoterapéuticas, un asistente de investigación estuvo presente como observador con el objetivo de codificar la adherencia al tipo de tratamiento. Todos los pacientes fueron asignados al mismo psicólogo (FG), quien estaba bien formado en las tres intervenciones. Las sesiones se llevaron a cabo en la habitación privada del paciente; la duración de las sesiones fueron adaptadas a las capacidades funcionales del paciente (30 minutos aproximadamente). Diez pacientes fueron asignados a cada tipo intervención.

Intervenciones psicoterapéuticas individuales:

Counselling: Según Arranz et al. (citado en Ortega Ruiz, Cristina y López Ríos, Francisca, 2005) el *counselling* es el arte de hacer reflexionar a una persona por medio de preguntas, de modo que puede llegar a tomar decisiones que considere adecuadas, facilitando la expresión emocional. Las tres sesiones de *counselling* estaban focalizadas en ayudar al paciente a lidiar con el cáncer avanzado alentándolos a compartir cualquier preocupación relacionada con la enfermedad y/o con el tratamiento. También se buscó validar las emociones y se les pidió describir sus experiencias y emociones relacionadas con el cáncer, además de identificar los retos que les estaba conllevando.

PBCS-CP: El objetivo de la PBCS-CP es extraer los elementos más destacados de la PCS manteniendo la integridad de la psicoterapia, enfatizando particularmente en el desarrollo y mantenimiento del sentido y propósito vital. Siguiendo las recomendaciones de Rosenfeld (2017) limitamos el número de las sesiones individuales a tres, para tener en cuenta las dificultades físicas que tienen los pacientes con necesidades paliativas.

La primera sesión iba dirigida a la comprensión del sentido y la experiencia de sentido en su vida. La segunda sesión se centraba en las fuentes de sentido: actitudinales, experienciales y creativas; en esta segunda sesión se les pedía que reflejaran cuál de estas Fuentes aún vivían a pesar de las limitaciones de la enfermedad. La tercera y última sesión se centraba en encontrar sentido mediante el coraje y el compromiso, viviendo el propio legado y encontrado la

sensación de paz. Los ejercicios fueron diseñados para identificar tiempos pasados cuando los pacientes mostraron coraje y que valoraran como se podían nutrir de esas experiencias de las situaciones vividas. Se les ofreció y alentó a trabajar su legado y cómo habían cambiado el mundo.

PBCSC: este enfoque psicoterapéutico está basado en la PCS y busca mantener la integridad de dicho enfoque, particularmente los aspectos que enfatizan la importancia del sentido y propósito vital. La gran diferencia, entre este enfoque y el estándar PCS, es el incremento del foco sobre la compasión y la autocompasión. Por esta razón, dos de las tres sesiones incluyeron dos ejercicios experienciales diseñados con el objetivo de promover la compasión y autocompasión y la autocompasión. Así pues, hicimos modificaciones menores a la PCS original añadiendo el “ejercicio de conectividad” y la “carta autocompasiva”. Aún así, mantuvimos la misma estructura usada en la intervención PBCS-CP.

La primera sesión de la PBCSC era exactamente la misma que la tercera sesión de la PBCS-CP (dirigida a encontrar sentido mediante el coraje y el compromiso, viviendo el propio legado y experimentando la sensación de paz). La segunda sesión, iba dirigida a la importancia de ser compasivo con los otros, incluyendo los familiares, amigos y hasta con el equipo médico. En esta sesión se les preguntaba a los pacientes sobre la necesidad de mostrarse compasivos con los otros, considerando cómo esto les podría beneficiar a sí mismos y a las personas que les rodean. Al final de la sesión, los pacientes participaron en un “ejercicio de conectividad” donde se les alentó a hacer un *role-playing* en que tenían que decirles a su cuidador principal cómo se sentían y preguntarles cómo se estaban sintiendo. La tercera y última sesión se centraba en fomentar la autocompasión. En esta sesión se animaba a los pacientes a reflejar los beneficios de desarrollar una actitud autocompasiva, siendo amables y comprensivos consigo mismos. Al final de la sesión a los pacientes se les pidió que escribieran una carta autocompasiva que reflejara una experiencia pasada o del presente con el diagnóstico y el tratamiento oncológico. Se les instruyó para ser amables consigo mismos y no juzgarse.

Después de la tercera (y última) sesión, los pacientes completaron un breve cuestionario para compartir sus percepciones sobre las intervenciones y la utilidad de éstas. Se les pidió que marcaran sus respuestas en un cuestionario de satisfacción en una escala del 0 al 3 (no mucho, un poco, bastante y mucho), siendo el 0 nada de satisfacción y el 3 una gran satisfacción. Además, las notas tomadas por el asistente de investigación durante las sesiones psicoterapéuticas fueron usadas para verificar si el investigador principal se ciñó al tipo de intervención psicoterapéutica.

Para el análisis estadístico se utilizó el programa IBM SPSS, versión 21.0. Se realizó un análisis descriptivo univariado de todas las variables de estudio, análisis comparativo mediante las pruebas de Wilcoxon y de Kruskal-Wallis para comparar los diversos tratamientos.

La muestra estuvo bien equilibrada entre hombres (53%) y mujeres (47%). La edad promedio fue de 61.5 años. De los 51 pacientes que comenzaron uno de los tres tratamientos de psicoterapia, 30 (10 en cada grupo) completaron el programa de tres sesiones, así como los cuestionarios post-tratamiento. Los 21 pacientes restantes no pudieron completar el tratamiento completo debido al deterioro físico y / o cognitivo, la derivación a otro hospital o el alta hospitalaria para recibir cuidados paliativos en el hogar. No hubo diferencias en los comentarios expresados por los pacientes sobre la estructura, el enfoque y la duración de los tres modelos psicoterapéuticos. En general, todos los pacientes valoraron positivamente el contenido de las intervenciones. Ninguno de los pacientes consideró que la intervención fuera angustiante y todos quedaron satisfechos con la duración del tratamiento. No encontramos diferencias significativas entre los grupos PBCSC y PBCS-CP en cuanto a las percepciones de los pacientes sobre los constructos o elementos, significado, coraje y compromiso. Tanto el grupo PBCS-CP como el grupo PBCSC encontraron que el sentido, la autocompasión, la compasión, el legado, el coraje y el compromiso eran elementos útiles de la terapia. El ítem mejor calificado en el cuestionario en los tres grupos fue el de satisfacción general, con puntajes promedio que van desde 2.1 (PBCS-CP) a 2.4 (asesoramiento estándar y grupos PBCSC). Curiosamente, hubo una gran discrepancia entre

los grupos con respecto al valor percibido de la intervención para ayudar a encontrar un sentido, con una puntuación de solo 1.0 en los pacientes en el grupo PBCS-CP versus puntuaciones de 1.4 (PBCSC) y 1.6 en el grupo de *Counselling*. También hubo una pequeña discrepancia entre los grupos en respuesta a la importancia / relevancia de los temas, con el puntaje más bajo (1.9) en los grupos de PBCS-CP versus 2.2 en los otros dos grupos.

El resultado de los 3 grupos pilotos demostraron que la ansiedad y los síntomas depresivos se veían reducidos y que se experimentaba una mejoría del bienestar espiritual y del sentido, resultados parecidos a los de Breitbart et al. (2010, 2012 y 2015)

5.3.4. Publicación 4 (Objetivo 4)

Fraguell C, Limonero JT y 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: 4803-4811. <https://doi.org/10.1007/s00520-020-05322-2>

Este artículo tuvo por objetivo demostrar la mayor reducción de la desmoralización, ansiedad y depresión, y malestar emocional en pacientes con cáncer avanzado-terminal atendidos por el PADES a través del modelo PBCS-CP en comparación con la intervención basada en el *Counselling* como tratamiento de soporte.

Basándonos en la psicoterapia breve para pacientes que reciben cuidados paliativos de Rosenfeld (PBCS-CP) aplicada en el ámbito hospitalario, se quiso comparar si la misma se podría aplicar con la misma eficacia, en personas que estaban atendidas en domicilio encontrándose en un proceso de final de vida.

Se hizo una búsqueda exhaustiva, poniéndonos en contacto con William Breitbart y Barry Rosenfeld inclusive, pero no encontramos ninguna psicoterapia individual planteada específicamente para pacientes con una enfermedad oncológica que se encuentran en una situación avanzada-terminal en domicilio para poder comparar resultados.

El PADES es un equipo de atención domiciliaria que atiende a personas que se encuentran en una situación paliativa y necesitan de atención especializada por no tener los síntomas controlados. En Barcelona hay 17 equipos y en los cuales el equipo EAPS Mutuam Barcelona abastece de atención psicológica a todos ellos. Después de haber pedido colaboración a todas las compañeras que trabajan en ellos, sólo 1 de ellas se opuso a ello por motivos personales (objeción de conciencia). Los pacientes atendidos por el PADES, pueden sufrir distintos síntomas tanto físicos, como psicológicos, sociales y espirituales. Cuando un paciente requiere de atención psicológica se ofrece el servicio, bien porque hace demanda explícita o bien porque el/la médico o enfermero/a

detectan la necesidad. A todos los pacientes que cumplían los criterios de inclusión (y que se preveía que podían sobrevivir a 4 semanas) se les propuso participar en el estudio.

Se planificó un diseño experimental de dos ramas: un grupo experimental y un grupo control. Una vez aceptada la participación, se asignó cada paciente a un grupo control (*Counselling*) o experimental (PBCS-CP). Cada psicoterapia consistía en 3 sesiones, en una secuencia temporal de máximo cuatro semanas con una duración de unos 45 minutos, según el estado físico del paciente.

Un total de 51 pacientes participaron en el estudio, de los cuales 24 en el grupo experimental (67,75 años – SD 12,66) y 27 en el grupo control (67 años – SD 11,71) (Figura 1). En el grupo experimental (PBCS-CP), 16 pacientes completaron las tres sesiones de la PBCS-CP y los cuestionarios pre y post, 8 de los participantes iniciales de este grupo no pudieron continuar: 4 por haber sido trasladados a otra unidad, 2 fallecieron y 2 rechazaron el tratamiento. En el grupo control (*Counselling*), un total de 16 pacientes realizaron las tres sesiones y cumplimentaron los cuestionarios pre y post-tratamiento. Del total de 27 pacientes de este grupo, 11 participantes no terminaron las sesiones: 6 fueron por traslado, 4 fallecieron antes de terminar las tres sesiones y 1 rechazó seguir participando en las sesiones. En síntesis, en cada grupo hay 8 hombres y 8 mujeres con edades similares ($U = 130; p < 0.05$). Ninguno de los participantes consideró que las sesiones habían sido estresantes y todos estuvieron satisfechos con la duración del tratamiento. Los pacientes del grupo control (PBCS-CP) consideraron que el sentido, el legado, el coraje y el compromiso fueron elementos de la terapia que les proporcionó ayuda.

A través de instrumentos de medida validados, se evaluaron los cambios en el nivel de bienestar emocional y espiritual. Se observó que, en el grupo de PBCS-CP, en todos los casos los pacientes mejoraron significativamente al disminuir los niveles de desesperanza, ansiedad, depresión y malestar emocional, mientras que en el grupo control, se observó mejoría significativa sólo en relación a la desesperanza.

6.

DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

6. DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

En cada artículo publicado que conforman la presente tesis doctoral se han discutido los resultados pertinentes. Aún así, en este apartado se presenta los principales resultados a la vez que se analizan, discuten y se contrastan las hipótesis, además de tener en cuenta las limitaciones de acuerdo con el objetivo general de esta tesis: **adaptar y aplicar la PCS desarrollada por el equipo de William Breitbart a la población española con cáncer avanzado y valorar la eficacia de la versión breve – PBCS aplicada en pacientes atendidos en domicilio.**

6.1. Objetivo 1 y 2

Adaptar la PGCS (MCGP, por sus siglas en inglés) de Breitbart a nuestro contexto y realidad y analizar las posibles diferencias existentes en los temas emergentes resultantes de la implementación de esta intervención con la terapia original.

Este estudio ha puesto en relieve que la PGCS de Breitbart (2010) para personas con un diagnóstico de cáncer avanzado-terminal, aunque es válida para la adaptación a la población española, hay algunos conceptos que deben ser revisados. Con los resultados del estudio detectamos seis nuevos conceptos que no habían estado identificados previamente en la propuesta fundacional de la PGCS para pacientes estadounidenses de habla inglesa. Encontramos los siguientes temas emergentes (en orden de frecuencia de aparición): amenaza, beneficio de la terapia de grupo, la importancia de la rutina diaria, incertidumbre, tristeza y pérdida del rol social.

Los resultados que obtuvimos, después de haber transcrito todas las sesiones de los tres grupos y haber hecho el análisis cualitativo, indicaron que el sentimiento verbalizado de manera más repetida fue la *amenaza*, hecho que coincide con los resultados aportados por van der Speck et al. (2013), quien llevó a cabo la PGCS en pacientes holandeses y encontraron que la

amenazada a la identidad era uno de los factores con mayor presencia en su adaptación cultural.

Además, de los otros temas emergentes también surgidos en nuestro análisis, otros grupos también reportaron experiencias de crecimiento personal a raíz de su proceso de enfermedad de manera que expresaron tener una mejor conciencia de sus propias vidas y mejores conexiones con la belleza y la naturaleza (fuentes experienciales de sentido) (Scheffold et al., 2014; van der Speck et al., 2013).

Es posible convivir con el cáncer y experimentarlo de una manera adaptativa, viviéndolo con sentido desde la experiencia y transformándolo en una experiencia de crecimiento personal, según la bibliografía (Thorton, 2002; Tedeschi y Calhoun, 2004; Henocho y Danielson, 2009) y acorde con nuestros resultados.

El beneficio de asistir a la terapia de grupo, donde se comparten experiencias con otros participantes que están afrontando la misma enfermedad, permite que los pacientes se sientan validados por los otros integrantes del grupo (Kissane et al., 2007). Un paciente de uno de los grupos analizados lo vivió como “estoy aprendiendo mucho de vosotros – del grupo -, y cuando decaigo, vosotros sois un buen apoyo emocional”.

La adaptación holandesa (van der Speck et al., 2013), israelí (Goldzweig et al., 2017) y española (Gil et al., 2014) de la PGCS coinciden en los beneficios obtenidos por los pacientes con cáncer avanzado a nivel emocional y espiritual.

Refiriéndonos a otras adaptaciones de la PGCS, por ejemplo, en Israel, Golzweig et al. (2017) llevaron a cabo dos grupos experimentales con buenos resultados, pues obtuvieron que la PGCS había sido beneficiosa para la mayoría de pacientes a nivel de síntomas depresivos, ansiedad y sentido, además de comprobar que la adaptación había sido apropiada.

Los resultados del estudio no sólo validan los temas propuestos en la psicoterapia fundacional de Breitbart et al. (2010), sino que, además, se exponen los temas que han emergido de la adaptación a nuestra población, con sus características culturales.

Con una muestra más amplia seguramente podríamos recoger más datos sobre la adaptación de la PGCS en la población española y así poder analizar con más detalle los resultados emergentes del estudio. Creemos que sería necesario ampliar la investigación con muestras mayores a fin de consolidar los resultados obtenidos en el presente estudio.

Las similitudes culturales pueden jugar un rol importante en la construcción del sentido de uno mismo. El hecho de ser la única adaptación (en el momento de la publicación del artículo) a la población española y la relación con la psicoterapia centrada en el sentido demuestra la validez y la aceptación de la PGCS en nuestra población con pacientes oncológicos y la posibilidad de facilitar la adaptación a la población latina, con quien compartimos similitudes culturales.

6.2. Objetivo 3

Comparar la eficacia de la PBCS-CP, de Rosenfeld, con la Psicoterapia Breve Centrada en el Sentido con incorporación de elementos de compasión (PBCSC) y con el tratamiento usual de soporte psicológico, como es el Counselling.

Rosenfeld propuso reducir la PGCS original de Breitbart para poder aplicarla en pacientes al final de vida. Dicha reducción se tradujo en pasar de las ocho sesiones propuestas en la psicoterapia original a tres sesiones para poder llevar a cabo una intervención individual con paciente avanzado-terminal hospitalizado, la Psicoterapia Breve Centrada en el Sentido para pacientes que reciben cuidados paliativos (PBCS-CP).

El objetivo de este estudio fue comparar la viabilidad, aceptabilidad y utilidad de las tres psicoterapias breves para así atender las necesidades de los pacientes que se encuentran en un proceso de final de vida.

De esta aplicación de la PBCS-CP de Rosenfeld, comparándola con la Psicoterapia Breve Centrada en el Sentido y la Compasión, PBCSC (Gil et al., 2018) y tres sesiones de Counselling resultó que no encontramos diferencias significativas en la devolución que dieron los 30 pacientes que llevaron a cabo la totalidad del estudio, sobre la estructura, foco y duración de las tres terapias. Las sesiones no fueron vividas como estresantes y, por el contrario, fueron vividas como intervenciones positivas. Este resultado es consistente con el de Rosenfeld (2017), pues ningún paciente consideró que participar en el estudio había sido desagradable. Este resultado es importante teniendo en cuenta los temas tan profundamente delicados tratados durante las sesiones.

Tal y como se señala en el artículo, es interesante remarcar que en la pregunta del post cuestionario “¿Has sentido que era demasiado corto?” los pacientes de la rama de la PBCSC y del *Counselling* lo encontraron más corto que los de la PBCS-CP, hecho que puede indicar que los participantes de los dos primeros grupos estuvieron más interesados que los del tercer grupo. Aun así, las diferencias que han inclinado las escalas son mínimas, por lo que creemos necesario más estudios para valorar el beneficio de incluir constructos como la compasión y la autocompasión en las intervenciones de final de vida.

Los elementos de la PBCS-CP indicados por los pacientes como más interesantes fueron: sentido, legado, coraje y compromiso. Tanto en el grupo de PBCS-CP como PBCSC encontraron los mismos elementos, aunque en la PBCSC, también consideraron la compasión y la autocompasión como elementos relevantes por lo que, tal y como se ha señalado en el párrafo anterior, este resultado reitera la riqueza de añadir estos constructos en las intervenciones en personas que se encuentran en un momento de final de vida.

La limitación más importante de este estudio ha sido la muestra pequeña, aún así queremos destacar que es un estudio piloto. Otra limitación fue el hecho

que el mismo psicólogo fuera el responsable de llevar a cabo el tratamiento de las tres ramas. Esto sería una limitación pues es posible que los elementos del sentido hayan podido surgir en las sesiones de *Counselling* y los elementos compasivos puedan haber surgido en las otras dos ramas: sentido y *Counselling*, a pesar de que un observador codificaba y aseguraba que el psicólogo se ceñía a los temas en cada una de las sesiones y tipo de intervención psicoterapéutica. Por último, el 40% de los pacientes fueron incapaces de acabar las sesiones de tratamiento psicológico, aun así, esa elevada tasa de abandono es corriente en el campo de los cuidados paliativos, independientemente de la psicoterapia llevada a cabo.

Teniendo en cuenta que los resultados de la PBCS-CP son parecidos a los resultados de Rosenfeld et al. (2017), cabría resaltar la importancia de los constructos propuestos por la PBCSC, la compasión y la autocompasión, para completar la intervención individual a pacientes con enfermedad oncológica avanzada-terminal, pues añadiría valor a la psicoterapia breve.

6.3. Objetivo 4

Implementar la PBCS-CP en pacientes atendidos en domicilio y comparar su eficacia con el tratamiento usual de soporte psicológico, como es el *Counselling*.

Una vez comparada en el estudio anterior (Gil et al., 2018) la PBCS-CP con el tratamiento de soporte emocional usual como el *Counselling* (y la PBCSC) en contexto hospitalario creímos interesante estudiar si la PBCS-CP podría ser eficaz en pacientes atendidos en domicilio por el equipo PADES de la ciudad de Barcelona, ya que no encontramos psicoterapias llevadas a cabo en domicilio con paciente con cáncer avanzado-terminal, propiamente. Para ello, debido a la dificultad para mantener la asiduidad de visitas que se pueden llevar a cabo en el hospital, en este caso se adaptó la PBCS-CP y realizaron las tres sesiones de la psicoterapia en un total de cuatro semanas.

En el presente estudio, hubo dos objetivos principales: el primero fue, tal y como se ha comentado anteriormente, poder ofrecer una psicoterapia adaptada al paciente atendido en domicilio y, en segundo lugar, poder comparar qué diferencias hay entre la PBCS-CP y el *Counselling* en paciente domiciliario, aunque también es interesante valorar si hay alguna diferencia entre los pacientes atendidos en el hospital (Publicación 3) vs domicilio.

De los 51 pacientes que comenzaron a recibir la psicoterapia, 32 la terminaron, respondiendo a los test antes y después de recibir la psicoterapia y llevando a cabo el cuestionario post, sobre cómo se habían sentido durante las sesiones.

Los pacientes atendidos en domicilio han presentado resultados similares a los observados por Gil et al. (2018) con pacientes hospitalizados con cáncer avanzado que recibían cuidados paliativos, en donde se comparaba la PBCS-CP con la PBCSC y el *Counselling*. En ese estudio se observó, en general, una mejora relacionada con el malestar emocional y en el uso de estrategias de afrontamiento adaptativas, aunque no se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas entre las tres intervenciones psicoterapéuticas, a diferencia del presente estudio, que sí que las hemos obtenido. El presente estudio coincide con el de Gil et al. (2018) en la respuesta de los pacientes de ambos grupos, pues han vivido la experiencia como positiva no refiriendo malestar emocional debido a las intervenciones.

Según los resultados obtenidos, se observa que los pacientes que recibieron la PBCS-CP mejoraron significativamente al disminuir los niveles de desesperanza, ansiedad, depresión y malestar emocional, mientras que en el grupo de *Counselling* sólo se apreció una mejoría notable en relación con la desesperanza. A nivel cuantitativo, las cifras de este estudio muestran unos resultados significativamente mejores que en el estudio de la psicoterapia con pacientes hospitalizados, aunque coinciden en el hecho que no hubo diferencias en las devoluciones hechas por los pacientes acerca de la estructura, foco y duración de los dos modelos psicoterapéuticos.

En este estudio, la principal limitación ha sido la medida de la muestra, pues ha venido condicionada por la dificultad de encontrar pacientes que cumplieran con los criterios de inclusión. Además, la tasa de abandono ha sido elevada debido a las pérdidas por fallecimiento, empeoramiento de síntomas y/o traslados a unidades de cuidados paliativos. Para futuros estudios sería interesante reclutar pacientes con una esperanza de vida de más de tres meses o con unos síntomas más estables, aunque estén en una etapa cercana a la muerte.

Una de las principales fortalezas de este trabajo, relacionada con la práctica clínica, ha consistido en poner en evidencia el hecho que se puede implementar una versión reducida de la PCS en enfermos con cáncer avanzado que reciben atención paliativa en domicilio.

En este estudio, promover el sentido a través de trabajar las fuentes de sentido, el coraje y el compromiso e identificar el impacto en la identidad del paciente que ha tenido la enfermedad, así como el legado y el sentido de la paz, influye directamente en una mayor disminución de la ansiedad, depresión, malestar emocional y desesperanza, hecho que coincide con el estudio realizado por Rosenfeld et al. (2017), en que la mejora del sentido y de la paz correspondía con una mejoría significativa de la calidad de vida y una disminución de la depresión, desesperanza y deseos de avanzar la muerte.

Hasta nuestro conocimiento, no hemos encontrado en la literatura estudios que hayan comparado la eficacia de diferentes intervenciones psicológicas en domicilio con enfermos con cáncer avanzado que reciben cuidados paliativos. Nuestro trabajo constituye un primer avance en el conocimiento de la eficacia de intervenciones psicológicas breves y específicas para este tipo de enfermos.

6.4. Limitaciones

A pesar de los resultados obtenidos a lo largo de los diferentes trabajos que forman parte de la tesis, la misma presenta una serie de limitaciones. Estas limitaciones están relacionadas con:

- El tamaño de las muestras. Cabe tener en cuenta que las muestras han sido pequeñas. Aunque hemos podido observar alguna diferencia estadísticamente significativa, el hecho de ampliar la muestra nos permitiría tratar el tema con mayor solidez.
- El hecho de tratar con pacientes con enfermedad avanzada-terminal, implica tener un paciente muy frágil que puede experimentar complicaciones físicas, descontrol de síntomas o un final de vida más o menos inesperado. Es por ello, que la propuesta de llevar a cabo psicoterapias breves y específicas para estos pacientes nos pareció imprescindible para podernos adaptar a su estado.
- Otra potencial limitación está relacionada con el tercer trabajo (Objetivo 3) en dónde un solo psicólogo fuera el único responsable de llevar a cabo las tres ramas de intervención. Puede ser un problema porque es posible que temas sobre el sentido pudieran aparecer en la intervención con *Counselling* y los elementos de compasión pudieran aparecer en las otras dos intervenciones, a pesar de que los temas de cada sesión y tipo de intervención fueran codificados por un observador para garantizar que se ciñera al tipo de intervención psicoterapéutica.
- La fortaleza de esta tesis ha sido adaptar la PGCS a la PCS a nivel individual y adaptar la psicoterapia pensada para un ámbito hospitalario a un ámbito domiciliario.

6.5. Futuras líneas de investigación

A partir de los estudios realizados, de los resultados obtenidos y de la implementación de la intervención psicológica breve centrada en el sentido, proponemos como líneas futuras para ampliar el tema y validar su eficacia:

- Aumentar la muestra de pacientes que reciben la PCS en pacientes oncológicos avanzados. Para ello, proponemos realizar estudios multicéntricos con psicólogos formados en esta intervención.
- Reajustar la duración de las sesiones de las intervenciones psicológicas, sobre todo en el caso de las llevadas a cabo con pacientes con enfermedad avanzada-final de vida en domicilio para reducir la pérdida de sujetos. O bien, intervenir en fases no tan próximas a la muerte. No obstante, la realidad asistencial actual dificulta el reclutamiento de sujetos con una expectativa mayor.
- Valorar ampliar la psicoterapia a los cuidadores principales de los pacientes atendidos para que se puedan beneficiar de su eficacia.
- Plantear la opción de replicar el estudio con pacientes no oncológicos (ELA, EPOC) hospitalizados y en domicilio.

7. CONCLUSIONES

7. CONCLUSIONES

7.1. Conclusiones

- Nuestra investigación valida el uso de la PCS, basada en la MCP fundacional de Breitbart y colaboradores, y la hace válida en la población española con cáncer avanzado.
- La adaptación a la población española de la MCGP y la PGCS, es válida y el análisis cualitativo de ésta detecta diferentes temas emergentes no contemplado en la propuesta inicial propuesta por el grupo de Breitbart. El tema emergente más importante es la amenaza que se convierte en nuestro entorno en un tema predominante y que debería de tenerse en cuenta en futuras aplicaciones y adaptaciones de la PGCS en población española y posiblemente también en pacientes latinoamericanos.
- Tanto la PBCS-CP, como la PBCSC y el *Counselling*, son efectivas y bien recibidas por los pacientes. Las tres opciones psicoterapéuticas son factibles y potencialmente beneficiosas para ayudar a los pacientes a gestionar el malestar emocional derivado de una situación de final de vida.
- Los resultados obtenidos en nuestro estudio son concluyentes. Añadir los constructos de compasión y autocompasión en las intervenciones centradas en la promoción del sentido sería beneficioso.
- Incorporar los constructos de compasión y autocompasión fortalecerá el bienestar emocional y espiritual que los pacientes desarrollan después de trabajar el constructo de sentido y los elementos relacionados (legado, coraje y compromiso).
- La PCS se puede aplicar, de forma individual en pacientes del estado español con cáncer avanzado y en domicilio, demostrando una buena eficacia.

- La PBCS-CP es más efectiva que el *Counselling* en la reducción de los niveles de desesperanza, ansiedad, depresión y malestar emocional en pacientes atendidos en domicilio.

- El sentido es un constructo psicoterapéutico, cuyo mantenimiento y promoción en pacientes con enfermedad avanzada o terminal, mejora el bienestar emocional y espiritual del paciente, independientemente de donde sea atendido el paciente: en el hospital o en su domicilio.

8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Bausewein, C., Daveson, B., Benalia, H., Simon, S.T., Higginson, I.J. (2012). Outcome Measurement in Palliative care. Prisma 2012. disponible en: <http://www.eapcnet.eu/linkclick.aspx?fileticket=t62WtgtHtu%3d&tabid=1577>
- Bayés, R., Arranz, P., Barbero, J. y Barreto, P. (1996). Propuesta de un modelo integral para una intervención terapéutica paliativa. *Medicina Paliativa*, 3, 114-121.
- Bayés, R., Limonero, J.T. y Comas, M.D. (1997). A way to screen for suffering in Palliative Care. *Journal of Palliative Care*, 13 (2), 22-26.
- Bayés, R. (1998). Psicología del sufrimiento y de la muerte. *Anuario de Psicología*, 29 (4), 5-17.
- Bayés, R. (2009). Sobre la felicidad y el sufrimiento. Recuperado el 6 de mayo de 2019: http://www.infocop.es/view_article.asp?id=2215.
- Benito, E., Maté, J. y Pascual, A. (2011). Estrategias para la detección, exploración y atención del sufrimiento en el paciente. *Formación Médica Continuada*, 18(7), 392-400.
- Breitbart, W., Rosenfeld, B., Gibson, C., Pessin, H., Poppito, S., Nelson, C., Tomarken, A., Timm, A.K., Berg, A., Jacobson, C., Sorger, B., Abbey, J. y Olden, M. (2010). Meaning-centered group psychotherapy for patients with advanced cancer: a pilot randomized controlled trial. *Psycho-Oncology*, 19: 21-28. <https://doi.org/10.1002/pon.1556>.

- Breitbart, W., Poppito, S., Rosenfeld, B., Vickers, A.J., Li, Y., Abbey, J., Olden, M., Pessin, H., Lichtenthal, W., Sjoberg, D. y Cassileth, B.R. (2012). Pilot randomized controlled trial of individual Meaning-Centered Psychotherapy for patients with advanced cancer. *Journal of Clinical Oncology*, 30: 1304-1309. <https://doi.org/10.1200/JCO.2011.36.2517>
- Breitbart, W., Rosenfeld, B., Pessin, H., Applebaum, A., Kulikowski, J. y 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. <https://doi.org/10.1200/JCO.2014.57.2198>
- Callahan, D. (2000). Death and the research imperative. *The New England Journal of Medicine*, 243(9), 654-656. <https://doi.org/10.1056/NEJM200003023420910>
- Cassell, E.J. (1982). The nature of suffering and the goals of medicine. *The New England Journal of Medicine*, 306: 639–645. https://doi.org/10.1300/J132v08n01_18
- Chapman, C.R. y Gravin, J. (1993) Suffering and its relationship to pain. *Journal of Palliative Care*, 9 (2), 5-13.
- Chochinov, H.M., Hack, T., Hassard, T., Kristjanson, L.J., McClement, S. y Harlos, M. (2005). Dignity Therapy: a novel psychotherapeutic intervention for patients near the end of life. *Journal of Clinical Oncology*, 23: 5520-5525. <https://doi.org/10.1200/JCO.2005.08.391>.

- Derogatis, L.R., Morrow, G.R., Fetting, J., Penman, D., Piasetsky, S., Schmale, A.M., Henrichs, M. y Carnicke Jr, C.L. (1983). The prevalence of psychiatric disorders among cancer patients. *JAMA*, 249(6): 751-757. <https://doi.org/10.1001/jama.249.6.751>
- Ferris, F.D. y Librach, S.L. (2005). Models, standards, guidelines. *Clinics in Geriatric Medicine*, 21,17-44.
- Fraguell, C., Limonero, J.T. y Gil, F. (2018). Psychological aspects of Meaning- Centered Group Psychotherapy: Spanish experience. *Palliative and Supportive Care*, 16: 317-324. <https://doi.org/10.1017/S1478951517000293>.
- Frankl, V. (1959/1985). Man's search for meaning. New York: Simon & Shuster.
- Fulton, J.J., Newins, A.R., Porter, L.S. y Ramos, K. (2018). Psychotherapy Targeting Depression and Anxiety for Use in Palliative Care: A Meta-Analysis. *Journal of Palliative Medicine*, 21(7): 1024-1037. <https://doi.org/10.1089/jpm.2017.0576>
- Gil, F. y Breitbart, W. (2013). Psicoterapia centrada en el sentido: "vivir con sentido". Estudio piloto. *Psicooncología*, 10, 233-245. https://doi.org/10.5209/rev_PSIC.2013.v10.n2-3.43446.
- Gil, F. y Breitbart, W. (2014). Psicoterapia de grupo centrada en el sentido: vivir con sentido. En *Counselling y psicoterapia en cáncer*, editor Francisco Gil, Barcelona, España: Editorial Elsevier, pp. 305-312.
- Gil, F., Fraguell, C., Benito, L., Casellas-Grau, A. y Limonero, J.T. (2018)

Meaning-centered psychotherapy integrated with elements of compassion: A pilot study to assess feasibility and utility. *Palliative and Supportive Care*, 16: 645-647. <https://doi.org/10.1017/S1478951518000548>

- Goldzweig, G., Hasson-Ohayon, I., Elinger, G., Laronne, A., Wertheim, R. y Pizem, N. (2017). Adaptation of Meaning-Centered Group Psychotherapy in the Israeli Context. En *Meaning-Centered Psychotherapy in the cancer setting: Finding meaning and hope in the face of suffering*, editor William Breitbart. Nueva York, Estados Unidos: Oxford University Press, pp. 145-156.
- Greenstein, M. y Breitbart, W. (2000). Cancer experience of meaning: a group psychotherapy program for people with cancer. *American Journal of Psychotherapy*, 54: 486-500. <https://doi.org/10.1176/appi.psychotherapy.2000.54.4.486>
- Haley, W., Kasl-Godley, J., Larson, D. Y Neimeyer, R. (2003). Roles for psychologists in end-of-life care: emerging models of practice. *Professional Psychology: Research and practice*, 34: 626-633.
- Henschel, I. y Danielson, E. (2009). Existential concerns among patients with cancer and interventions to meet them: an integrative literature review. *Psycho-Oncology*, 18, 225-236. <https://doi.org/10.1002/pon.1424>
- Holtmaat, K., van der Spek, N., Witte, B.I. y Breitbart, W. (2017). Moderators of the effects of meaning-centered group psychotherapy in

cancer survivors on personal meaning, psychological well-being, and distress. *Support Cancer Care*, 25 (11): 3385-3393. <https://doi.org/10.1007/s00520-017-3757-x>.

- Instituto Nacional de Estadística (INE). Recuperado el 9 de mayo de 2020.

https://www.ine.es/ss/Satellite?L=es_ES&c=INESeccion_C&cid=1259926380048&p=1254735110672&pagename=ProductosYServicios/PYSLayout

- Kissane, D.W., Bloch, S., Smith, G.C., Micah, P., Clarke, D.M., Ikin, J., Love, A., Ranieri, N. y McKenzie, D. (2003). Cognitive-existential group psychotherapy for women with primary breast cancer: a randomised controlled trial. *Psycho-Oncology*, 12: 532-546. <https://doi.org/10.1002/pon.683>

- Kissane, D., Grabsch, B., Clarke, D., Smith, G., Love, A., Bloch, S., Snyder, R. D. y Li, Y. (2007). Supportive-expressive group therapy for women with metastatic breast cancer: survival and psychosocial outcome from a randomized controlled trial. *Psycho-Oncology*, 16, 277-286. <https://doi.org/10.1002/pon.1185>

- Krikorian, A., y Limonero, J. T. (2012). An integrated view of suffering in palliative care. *Journal of Palliative Care*, 28(1), 41–49.

- Krikorian, A., Limonero, J. T., y Maté, J. (en prensa). El Sufrimiento en el enfermo oncológico. En Gil F (Ed.). *Counselling y Psicoterapia en Cáncer*. Barcelona: Herder.

- Krikorian, A. y Limonero, J.T. (2012). An integrated view of suffering in palliative care. *Journal of Palliative Care*; 28: 1: 41-49.
- Krikorian, A., Limonero, J. T., Román, J. P., Vargas, J. J., & Palacio, C. (2013). Predictors of Suffering in Advanced Cancer. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*.
<https://doi.org/10.1177/1049909113494092>
- LeMay, K. y Wilson, K.G. (2008). Treatment of existencial distress in life threatening illness: a review of manualized interventions. *Clinical Psychology Review*, 28: 472-493.
<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2007.07.013>
- Leng, J., Lui, F., Chen, A., Huang, X., Breitbart, W. y Gany, F. (2017). Cultural and Linguistic Adaptation of Meaning-Centered Psychotherapy for Chinese Cancer Patients. En *Meaning-Centered Psychotherapy in the cancer setting: Finding meaning and hope in the face of suffering*, editor William Breitbart. Nueva York, Estados Unidos: Oxford University Press, pp. 122-133.
- Librada, S., Herrera, E. y Pastrana, T. (2015). Atención centrada en la persona al final de la vida: Atención sociosanitaria integrada en cuidados paliativos. Actas de Coordinación Sociosanitaria 2015.
<https://www.fundacioncaser.org/sites/default/files/atencionintegradaycp.pdf>
- Limonero, J.T., Gómez, M.J. y Mateo, D. (2016). Avaluació psicològica en cures pal·liatives. En Obra Social “la Caixa”. (Ed), *Manual per a*

l'atenció psicosocial i espiritual a persones amb malalties avançades.

Intervenció psicològica i espiritual (pp. 119-133). Barcelona, España:

Obra Social "la Caixa".

- Maté, J. (2014). Sufrimiento en el paciente oncológico al final de la vida (Tesis doctoral). Universitat Autònoma de Barcelona, Cerdanyola del Vallès.
- Mateo-Ortega, D., Gómez-Batiste, X., Maté, J., Beas, E., Ela, S., Lasmarías, C. y Limonero, J.T. (2018). Effectiveness of Psychosocial Interventions in Complex Palliative Care Patients: A Quasi-Experimental, Prospective, Multicenter Study. *Journal of Palliative Medicine*, 21(6): 802-808. <https://doi.org/10.1089/jpm.2017.0355>
- Organización para la Cooperación y el Desarrollo (OCDE). Recuperado el 28 de abril de 2018. <https://www.oecd.org/spain/Better-Life-Initiative-country-note-Spain-in-Espagnol.pdf>
- Ortega Ruiz, C. y López Ríos, F. (2005). Intervención psicológica en cuidados paliativos: revisión y perspectivas. *Clínica y Salud*, 16(2): 143-160.
- Prieto, C., Chamorro, J., Fernández Castro, J. y Gil, F. (2017). Análisis cualitativo de temas construidos y emergentes a partir de un experiencia piloto de Psicoterapia Centrada en la Compasión (PCC) en pacientes con cáncer avanzado. *Psicooncología*, 14 (1): 159-158. <https://doi.org/10.5209/PSIC.55818>

- Robinson, S., Kissane, D.W., Brooker, J. y Burney, S. (2015). A systematic review of the Demoralization Syndrome in individuals with progressive disease and cancer: a decade of research. *Journal of Pain and Symptom Management*, 49(3): 595-610. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2014.07.008>
- Rosenfeld, B., Saracino, R., Tobias, K., Masterson, M., Passin, H., Applebaum, A., Brescia, R. y Breitbart, W. (2017). Adapting Meaning-Centered Psychotherapy for the palliative care setting: results of a pilot study. *Palliative Medicine*, 31 (2): 140-146. <https://doi.org/10.1177/0269216316651570>.
- Rudilla, D., Barreto, P., Oliver, A. y Galiana, L. (2015). Síndrome de desmoralización como alternativa diagnóstica al estado de ánimo deprimido en pacientes paliativos. *Psicooncología*, 12 (2-3): 315-334. <https://doi.org/10.1016/j.medipa.2017.05.006>
- Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL). Recuperado el 5 de febrero de 2020. https://www.secpal.com/secpal_historia-de-los-cuidados-paliativos-1
- Scheffold, K., Mehnert, A., Müller, V., Koch, U., Härter, M. y Vehling, S. (2014). Sources of meaning in cancer patients – influences on global meaning, anxiety and depression in a longitudinal study. *European Journal of Cancer Care*, 23, 472-480. <https://doi.org/10.1111/ecc.12152>
- Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM). Recuperado el 14 de mayo de 2018.

https://seom.org/seomcms/images/stories/recursos/Las_Cifras_del_cancer_en_Espana2018.pdf

- Sociedad Mexicana de Análisis Existencial y Logoterapia S.C. (SMAEL) Recuperado el 5 de mayo de 2019. <https://www.logoterapia.com.mx/logoterapia/logoterapia-viktor-e-frankl/triada-tragica>
- Smith, T.B., Rodríguez, M.D. y Bernal, G. (2011). Culture. *Journal of Clinical Psychology*, 67 (2): 166-175. <https://doi.org/10.1002/jclp.20757>
- Sutkevičiūtė, M., Stančiukaitė, M. y Bulotienė, G. (2017). Individual Meaning-Centered Psychotherapy for palliative cancer patients in Lithuania. A case report. *Acta Medica Lituanica*, 24 (1): 67-73. <https://doi.org/10.6001/actamedica.v24i1.3464>
- Tedeschi, R.G. y Calhoun, L.G. (2004). Posttraumatic growth: Conceptual foundations and empirical evidence. *Psychological Inquiry: An International Journal for the Advancement of Psychological Theory*, 15, 1-18. https://doi.org/10.1207/s15327965pli1501_01.
- The Dalai Lama (2013). *The power of compassion: A Collection of Lectures by His Holiness the XIV Dalai Lama*. Thorsons, Kindle Edition.
- Thorton, A.A. (2002). Perceiving benefits in the cancer experience. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 9(2), 153-165. <https://doi.org/10.1023/A:1014996127535>

- Van der Spek, N., Vos, J., van Uden-Kraan, C.F., Breitbart, W., Tollenaar, R.A.E.M., Cuijpers, P. y Verdonck-de Leeuw, I.M. (2013). Meaning making in cancer survivors: a focus group study. *PLoS ONE*, 8: e76089. Doi: 10.1371/journal.pone.0076089

9. ANNEXOS

9. ANNEXOS

9.2. Congresos

9.2.1. The development, implementation and Evaluation of Meaning-Centered Group Psychotherapy (MGCP) in Spain.

International Psycho-Oncology Society - IPOS 16th World Congress; Lisboa, 20-24 de octubre de 2014. Comunicación oral.

S10-0136

The Development, Implementation and Evaluation of the Meaning-Centered Group Psychotherapy (MCGP) in Spain

Francisco Gil, Clara Fraguell, Marta Sanchez, Marta Bieto, Joan Prades

Catalan Institute of Oncology, Barcelona, Spain

BACKGROUND: The patients with advanced cancer express feelings of hopelessness, wish to advance the death, and high levels of anxiety and depression associated with the loss of sense of life. The main aim of the Meaning-Centered Group Psychotherapy (MCGP) is to help patients with cancer to live with sense, of a full way, keeping and expanding the sense of his life, living in peace and with an aim in the life. **METHOD:** The project will be performed in 4 phases: (1) Translation/adaptation of therapy, training of therapists (2/group), in discussion with experts-committees; (2) Pilot study in 3 groups (MCGP) of 6-8 patients; (3) Random-

ized controlled trial in two groups (MCGP vs. Supportive Group Psychotherapy); (4) Analyses and generalization phase. At present, we have conducted the pilot study, the second step of the project of validation of the MCGP Model. Also, a qualitative approach with all the sessions recorded and transcribed from the three groups (pilot study) will be carried out. **RESULTS:** Twelve (17/29) patients did not remain in the groups throughout the 8-week intervention. The reasons of the attrition after the first session were: symptoms (7), sensitize (1), death (1) and lack of interest (3). The MCGP intervention showed a reduction of anxiety, depression, and hopelessness, as well as, an increased spiritual welfare and feeling of sense. The transcriptions of the group sessions will be analyzed, and the emergent predominant themes will be exposed during the meeting. **CONCLUSIONS:** After these two first phases, we will introduce some changes in order to prove the efficacy of the MCGP in Spanish cancer patients by reducing the attrition and increasing the completion between the participants. **RESEARCH IMPLICATIONS:** We will follow with our plan of investigation with the phase 3 (randomized controlled trial) and phase 4 (analyses and generalization). **CLINICAL IMPLICATIONS:** The MCGP is a supported intervention for patients with advanced cancer. We intend to validate the meaning psychotherapy model developed by William Breitbart in Spanish cancer patients. **ACKNOWLEDGEMENT OF FUNDING:** None.

9.2.2. Modelo de Psicoterapia Centrada en el Sentido/Compasión para pacientes de cáncer con enfermedad avanzada. Sociedad Española de Psico-Oncología - SEPO VII Congreso; Girona, 28-30 de abril de 2016. Comunicación oral – premio a la comunicación oral.

PSICOONCOLOGÍA. Vol. 13, Suplemento 1: 1-47, 2016.

DOI: 10.5209/rev_PSIC.2016.v13.n1.52192

**VII CONGRESO DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE PSICOONCOLOGÍA
“EL COSTE DE CUIDAR EN ONCOLOGÍA: APOYO A LOS EQUIPOS ASISTENCIALES”**

COMUNICACIÓN Nº 2

Título: MODELO DE PSICOTERAPIA CENTRADA EN EL SENTIDO/COMPASIÓN PARA PACIENTES DE CÁNCER CON ENFERMEDAD AVANZADA.

Autores: FRAGUELL, C.; CASTILLO, M.S.; LIMONERO, J.T.; y GIL, F.

Centro de trabajo: MUTUAM, BARCELONA.

INTRODUCCIÓN

Los pacientes diagnosticados de cáncer avanzado (Estadio IV) presentan un mayor grado de complejidad, en relación al manejo de síntomas físicos y psicológicos. Por ello, requieren de un modelo de intervención ajustado a sus necesidades. Mantener y promover el sentido, una actitud compasiva, aceptar la ayuda y desarrollar una actitud autocompasiva, tiene importantes ventajas.

OBJETIVOS

Conocer el beneficio del Modelo de Psicoterapia Centrada en el Sentido/Compasión (MPCSC) para pacientes con cáncer avanzado a nivel del bienestar emocional y espiritual.

MATERIAL Y MÉTODO

46 pacientes asistieron al grupo, de los cuales 9 han contestado al cuestionario post-intervención (tras la octava semana). El formato del grupo es de carácter abierto, semi-estructurado, teniendo como principal objetivo promover y mantener el sentido y la actitud compasiva/autocompasiva.

Los pacientes son evaluados en tres ocasiones: antes de la primera sesión, tras la octava, y tras la decimosexta sema-

na. Los cuestionarios del estudio fueron: HADS, IES-R, FACIT-sp-12, HAI, ECSS y SCS.

RESULTADOS

Después de la octava semana de participación en el grupo, se obtuvo una mejora estadísticamente significativa en compasión ($p=0,032$) (ECSS), el 77,8% ($n = 7$) puntúan por debajo del punto de corte de la escala de depresión, y el 44,4% ($n = 4$) de la escala de ansiedad (HADS), el 55,5% ($n=5$) presentan una puntuación mayor en sentido (FACIT). Conclusiones: Los pacientes afirman haber logrado un mayor bienestar emocional y espiritual después de su participación en el grupo. El MPCSC aporta importantes ventajas. Entre ellas, un seguimiento psicoterapéutico semanal, una mayor adaptación a los temas o preocupaciones propias de los pacientes, y a diferencia de los grupos de psicoterapia cerrados, aparece la figura del “paciente experto”, como aquel paciente, integrado dentro del grupo, que valida y normaliza las preocupaciones o emociones negativas de los nuevos participantes dentro del grupo.

PALAU DE CONGRESSOS DE GIRONA | 28, 29 y 30 de abril de 2016

VII CONGRESO NACIONAL DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE

PSIC  ONCOLOGIA

El coste de cuidar en oncología: apoyo a los equipos asistenciales



La Sociedad Española de Psicooncología ha otorgado

PREMIO A LA COMUNICACIÓN ORAL

**“MODELO DE PSICOTERAPIA CENTRADA
EN EL SENTIDO/COMPASIÓN PARA
PACIENTES DE CÁNCER CON
ENFERMEDAD AVANZADA.”**

FRAGUELL, C.; CASTILLO, M.S.; LIMONERO, J.T.; y GIL, F.

Presentada en el VII Congreso de la Sociedad, celebrado los días 28, 29 y 30 de abril de 2016 en el Palau de Congressos de Girona

Dr. Francisco Gil
Presidente SEPO

Sra. Jun Lluch
Presidenta Comité Organizador
SEPO 2016

Girona, 30 de abril de 2016

9.2.3. Psychological aspects of meaning-centered group

psychotherapy: Spanish experience. International Psycho-Oncology Society - IPOS 18th World Congress; Dublin, 17-21 de octubre de 2016. Comunicaci3n oral.

Psychological aspects of meaning-centered group psychotherapy: Spanish experience.

Mrs Clara Fraguell^{1,2*} | Doctor Joaquin Timoteo Limonero² |
Doctor Francisco Gil^{2,3}

¹EAPS-Mutuam, Barcelona, Barcelona, Spain; ²Stress and Health Research Group, Faculty of Psychology, Universitat Aut3noma de Barcelona, Barcelona, Spain; ³Psycho-Oncology Department, Institut Catal3 d'Oncologia, L'Hospitalet, Barcelona, Spain

Background: A cancer diagnosis can be a disease with curative or palliative intent, but it is a treatable disease. Depression has been associated with reduced survival, probably related to the reduction of self care and compliance with treatment against cancer. Patients with a diagnosis of advanced cancer (stage III and IV) have a higher degree of complexity in relation to the control of physical and psychological symptoms. In order to improve adaptation to advanced disease, William Breitbart developed Meaning-Centered Group Psychotherapy (MCGP), which has demonstrated its effectiveness in different groups of patients with advanced cancer.

Purpose: To identify emerging and constructed themes arising in applying Meaning-Centered Group Psychotherapy (MCGP) in patients with advanced cancer.

Methods: a mixed qualitative-quantitative analysis has been done based on transcription of 22 advanced cancer patients distributed in three groups who received MCGP.

Results: We have found six emerging themes in addition to the regular topics (n = 20) raised by the MCGP. Furthermore, in 65% of the subjects the comparison of emerging issues between groups has not showed statistically significant differences.

Conclusions: The implementation of the MCGP not only arise themes proposed by Breitbart's model, but other themes emerge that patients consider also important. Taking in mind these results, we propose to explore these emerging themes in the development of MCGP in Spanish or in Latin American cancer patients, where the sociocultural aspects could play an important role in the construction of personal meaning.

Keywords: group therapy, cancer, meaning, psychotherapy.

9.2.4. Psicoterapia Centrada en el Sentido – en Cuidados Paliativos en paciente con cáncer avanzado-terminal atendido en domicilio. Sociedad Española de Cuidados Paliativos – SECPAL XII Congreso Internacional; Vitoria-Gasteiz, 7-9 de junio de 2018. Comunicación póster.

Atenció integral a persones amb malalties avançades

XII Congreso Internacional de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos
Cuidados Paliativos Con Pasión Vitoria-Gasteiz
 Artiduz. Erruki eta irrikaz 7-9 Junio 2018

PSICOTERAPIA CENTRADA EN EL SENTIDO – CUIDADOS PALIATIVOS EN PACIENTE CON CÁNCER AVANZADO-TERMINAL ATENDIDO EN DOMICILIO

Clara Fraguell ^{1,2}, Joaquín T. Limonero ² y Francisco Gil ^{2,3}.

1. EAPS Mutuam Barcelona. Obra Social "la Caixa", 2. Grupo de Estrés y Salud. Facultad de Psicología, Universitat Autònoma de Barcelona, 3. Unitat de Psicooncologia. Hospital Duran I Reynals. Institut Català d'Oncologia

INTRODUCCIÓN

Los pacientes con un cáncer avanzado presentan un mayor grado de complejidad en relación con el manejo de síntomas físicos y psicológicos, por lo que requieren un modelo de intervención ajustado a sus necesidades. Entre el 13-18% de pacientes oncológicos presentan síndrome de desmoralización afectando negativamente a su bienestar.

OBJETIVOS

Aplicar y validar en nuestro país y contexto el modelo de Psicoterapia Breve Centrada en el Sentido (PBCS) del grupo de Breitbart en pacientes atendidos por el servicio de cuidados paliativos a domicilio (PADES).

METODOLOGÍA

30 pacientes (11 hombres y 19 mujeres) con una edad media de 66,12 años (DE=12) fueron asignados aleatoriamente al grupo experimental (PBCS) o al grupo control (counselling). El formato de intervención fue de tres sesiones individuales evaluando a los pacientes antes de la primera sesión y después de la tercera. Se evaluó ansiedad y depresión (HADS), desmoralización (DS-II) y malestar emocional (DME).

RESULTADOS

En todos los pacientes independientemente del grupo asignado redujeron significativamente sus niveles de ansiedad ($p<0,01$), depresión ($p<0,01$), malestar emocional ($p<0,05$) y desmoralización ($p<0,01$). Con relación al tipo de psicoterapia aplicadas se observó que la PBCS fue más eficaz que el counselling en la reducción de los niveles de ansiedad ($p<0,05$), depresión ($p<0,01$), desmoralización ($p<0,05$) y en malestar emocional ($p<0,05$).

CONCLUSIONES

Se observa que las intervenciones psicológicas aplicadas son efectivas en reducir los niveles de ansiedad, depresión, desmoralización y malestar emocional, siendo la PBCS la que presenta mayor efectividad en la reducción de estos aspectos.

Agradecimientos: Sílvia de Quadras, Helena Villar, Marta Argilés, Núria Rodríguez, Anna Escolà, Meritxell Naudelló, Neus Saiz y a todos los miembros de los equipos de PADES Barcelona.

Y, en especial, a todos los **pacientes** que aceptaron participar en el estudio y nos permitieron entrar en sus casas y en sus vidas.

N = recogida hasta el 15 de febrero

PBCS	
1ª sesión: Dirigida al conocimiento de uno mismo y la experiencia del sentido en su vida. Incluye espacio para tratar momentos significantes del pasado, su identidad antes y después del diagnóstico oncológico y aspectos de su historia que tuvieron impacto en sus valores y en su identidad.	
2ª sesión: Dirigida a las fuentes de sentido (actitudinales, experienciales, creativas e históricas). Se cuestiona si estas fuentes de sentido aún están presentes en su vida a pesar de las limitaciones derivadas de su enfermedad.	
3ª sesión: Focalizada a buscar el sentido a través del coraje y del compromiso, viviendo el propio legado y buscando el sentido de la paz. Se acaba resumiendo y procesando lo que la experiencia del tratamiento ha significado para el paciente.	

EAPS
GRUP MUTUAM
Obra Social "la Caixa"

ICO
Observatori d'Atenció Paliativa en Càncer

UMB
Universitat Autònoma de Barcelona
50 ANYS
1958 - 2018

Obra Social "la Caixa"

9.2.5. Adaptación de la Psicoterapia Centrada en el Sentido en paciente con cáncer avanzado que reciben cuidados paliativos en domicilio: resultados de un estudio preliminar. Sociedad Española de Psico-Oncología - SEPO VIII Congreso; Madrid, 21-22 de febrero de 2019. Comunicación oral.

ADAPTACIÓN DE LA PSICOTERAPIA CENTRADA EN EL SENTIDO EN PACIENTE CON CÁNCER AVANZADO QUE RECIBEN CUIDADOS PALIATIVOS EN DOMICILIO: RESULTADOS DE UN ESTUDIO PRELIMINAR.

Fraguell, Clara; Limonero, Joaquín T.; Gil, Francisco.

EAPS Mutuam Girona.

Universitat Autònoma de Barcelona. Grupo de Investigación en Estrés y Salud (GIES). Facultad de Psicología. Institut Català d'Oncologia. Unidad de Psicooncología. Hospital Duran i Reynals.

Introducción

Los pacientes con un cáncer avanzado presentan un mayor grado de complejidad en relación con el manejo de síntomas físicos y psicológicos, por lo que requieren un modelo de intervención ajustado a sus necesidades. Entre el 13-18% de estos pacientes presentan síndrome de desmoralización afectando negativamente a su bienestar.

Objetivo

Comparar la eficacia de la Psicoterapia Breve Centrada en el Sentido (PBCS) en comparación con la intervención basada en el counseling (PC) en la reducción de la desmoralización, la ansiedad, la depresión y del malestar emocional en pacientes con cáncer avanzado atendidos por el PADES.

Material y método

51 pacientes (24 en el grupo experimental y 27 en el grupo control) fueron asignados aleatoriamente a los dos grupos. El diseño fue controlado aleatorizado de dos brazos: con grupo control y experimental. Cada grupo estuvo formado por 16 pacientes que terminaron las tres sesiones en un periodo máximo de cuatro semanas. Se evaluaron la ansiedad y la depresión (HADS), la desmoralización (DS-II) y el malestar emocional (DME) en dos momentos, pre y post tratamiento.

Resultados

Después de las tres sesiones, se obtuvo una mejora estadísticamente significativa en desmoralización (desesperanza) ($p = 0.001$), ansiedad ($p = 0.013$) y malestar emocional ($p = 0.024$) en el grupo de PBCS (grupo experimental), mientras que en el grupo de counseling (grupo control) sólo se observó una mejora significativa en relación a la desmoralización (desesperanza) ($p = 0.027$).

Conclusiones

Se observa que las intervenciones psicológicas aplicadas son efectivas en reducir los niveles de ansiedad, depresión, desmoralización y malestar emocional, siendo la psicoterapia breve centrada en el sentido la que presenta mayor efectividad en la reducción de estos aspectos. Además, la PBCS aporta importantes ventajas, entre ellas, una herramienta breve adaptada a las personas atendidas en casa que se encuentran en un momento de enfermedad oncológica avanzada.

