



UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL URUGUAY

Escuela de Posgrados  
Maestría en Cuidados Paliativos

**Terapia Centrada en la Solución como herramienta para  
el tratamiento de síntomas depresivos en pacientes y/o  
familiares de pacientes con diagnóstico de cáncer activo:  
Revisión Sistemática**

Autores:

Dr. Daniel Radesca

Lic. Valeria de la Santa Cruz

Lic. Gabriela Venosa

Tutora: Dra. Micaela Reich

Montevideo, mayo 2022.

# Índice

<b>Glosario</b> .....	2
<b>Introducción</b> .....	3
<b>Antecedentes e importancia del tema</b> .....	6
<b>Pregunta de investigación</b> .....	8
<b>Marco teórico referencial</b> .....	8
Terapia Centrada en la Solución .....	8
Depresión .....	10
Instrumentos para la evaluación de la depresión en pacientes oncológicos. ....	11
Cuidados Paliativos .....	12
La depresión en Cuidados Paliativos .....	13
<b>Marco metodológico</b> .....	14
Búsqueda inicial .....	14
Estrategia de búsqueda sistemática .....	14
Criterios de inclusión y exclusión .....	15
<b>Resultados</b> .....	16
Selección de estudio .....	16
Riesgo de sesgo .....	18
Certeza de evidencia .....	20
Resumen de resultados .....	23
<b>Discusión</b> .....	27
Efectividad de la TCS .....	27
Duración del tratamiento .....	29
Protocolo de tratamiento .....	29
Limitaciones .....	30
Alcance .....	31
<b>Conclusiones</b> .....	33
<b>Bibliografía</b> .....	34

## **Glosario**

ANCOVA - Análisis de la covarianza

BDI-BF - Escala Breve de Depresión de Beck

BSI-18 - Inventario Breve de Síntomas

CBI - Inventario de comportamiento de cáncer

CES-D - Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos

CP - Cuidados Paliativos

DSM IV - Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de la Asociación Psiquiátrica Americana.

FACT-G - Evaluación funcional de la escala de terapia de cáncer

HADS - Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria

HHI - Índice de esperanza de Herth

IDB-II - Inventario de Depresión de Beck

OMS - Organización Mundial de la Salud

OPS - Organización Panamericana de la Salud

PAIS-SR - Escala de ajuste psicosocial a la enfermedad

SII - Inventario de impacto de síntomas.

TCS - Terapia Centrada en la Solución

## Introducción

El presente trabajo consiste en una revisión sistemática con el objetivo de conocer cómo la Terapia Centrada en la Solución (TCS) podría colaborar como herramienta para el tratamiento de los síntomas depresivos en pacientes y/o familiares de pacientes con diagnóstico de cáncer.

Según la Organización Mundial de la Salud (en adelante OMS, 2022) el cáncer es la principal causa de muerte en el mundo, siendo la causa de defunción de casi uno de cada seis de todos los fallecimientos.

El modelo predictivo de McNamara (2006), estima que la población pasible de recibir asistencia paliativa es el 0.5% de la población adulta de un país y según la Organización Mundial de la Salud (2020) un 34% de los pacientes en cuidados paliativos tienen algún tipo de cáncer.

Ferlay et al. (2020) proyectan un crecimiento exponencial de los casos de pacientes con cáncer en los próximos años, estimándose en más de 28 millones de casos nuevos cada año en el 2040, donde casi dos tercios de esos casos ocurrirán en países menos desarrollados.

Aunque el Global Burden of Disease Study (2015) reporta que la incidencia de depresión es de un 4,4% en la población general, Pitman et al. (2018) estiman que dichos porcentajes oscilan entre un 13% y un 20% en pacientes con cáncer. Según Palma y Taboada (2010) estos valores trepan a un 45% en los pacientes con cáncer en etapa terminal, sosteniendo que la depresión constituye un factor de riesgo independiente de mortalidad en cuidados paliativos. Esto último, se ve respaldado en una revisión sistemática y un meta-análisis de estudios de cohortes donde Wang et. al. (2020) reportan que la depresión y la ansiedad se asocian con un riesgo significativamente mayor de incidencia de cáncer, una mayor mortalidad específica por cáncer y un aumento en la mortalidad por otras causas en pacientes oncológicos.

Riedl et al. (2022) reportan que el riesgo de que un paciente con cáncer sufra depresión clínica durante el primer año después del diagnóstico es del 15 % al 20 %, es decir, uno de cada cinco o seis pacientes diagnosticados.

Sin embargo, Maté et al. (2004) plantea que los factores que se tienen en cuenta para diagnosticar un trastorno depresivo según el DSM IV (anorexia, astenia, pérdida del interés

sexual, y otros) tienen poca utilidad como indicadores en pacientes oncológicos por ser comunes tanto al cáncer como a la depresión, por lo que suelen no ser diagnosticados ya que se toman como algo propio del transcurso de la enfermedad.

Es por ello que Endicott (citado en Maté, 2004) propone utilizar otros criterios, principalmente los síntomas cognitivos-afectivos sumados al factor estresante del diagnóstico, el estrés del tratamiento y su evolución. Así, una detección temprana da lugar al tratamiento de la depresión en pacientes oncológicos para evitar una mala calidad de vida, y una menor influencia en cuanto a la duración del tiempo de internación, el autocuidado y la supervivencia.

De esta manera, Villanueva Torres et al. (2020), reportan que entre un 25 y un 50% de los pacientes con cáncer avanzado, presentan comorbilidades como trastornos de ansiedad y depresión; consecuencias que son aceptadas por los profesionales como algo comprensible dada la situación del enfermo, y que por tanto suelen ser ignoradas o minimizadas.

Además, la depresión no afecta únicamente al paciente con cáncer. Considerando el binomio paciente-familia, Palos et al. (2011) evaluaron el riesgo de cuidar a pacientes con cáncer avanzado, y encontraron que aproximadamente el 40% de los cuidadores tenían un mayor riesgo de depresión moderada a severa.

A todo esto, hay que agregar que el contexto social influye en aspectos psicológicos del paciente oncológico. En la actualidad, Gallagher et al. (2021) en un estudio retrospectivo reportaron que los pacientes con cáncer en sangre, mama o próstata se encuentran bajo un riesgo aumentado de desarrollar depresión durante el COVID-19. Esto se explicaría dado los sentimientos de soledad desarrollados durante el aislamiento.

Según Castañeda et al. (2021) dicho aislamiento se ve estimulado por las políticas públicas que debieron tomarse a nivel global para evitar los contagios, ya que la expectativa de supervivencia menor en los pacientes con cáncer avanzado puede reducir sus posibilidades de acceso a servicios de hospitalización en caso de desarrollar un cuadro severo o crítico.

Existen un conjunto de factores de riesgo y protección a la hora de desarrollar síntomas depresivos en la población oncológica. Pousa et al. (2015) destaca un conjunto de factores de riesgo que tienen mayor peso a la hora de desarrollar depresión en pacientes con cáncer. Dentro de éstos encontraron: el tipo de cáncer, el estadio, el tratamiento oncológico en curso,

la presencia de antecedentes previos de depresión, la presencia de dolor, escaso soporte social, déficit de su estado funcional y que, a menor edad, mayor probabilidad de desarrollar síntomas depresivos. Carulla et al. (2013) reportan que el dolor es un factor predictor de depresión en pacientes oncológicos, existiendo una clara correlación entre la intensidad de dolor y el estado psicológico del paciente. Esto se ve reflejado en hallazgos que muestran que, aquellos pacientes oncológicos con dolor intenso tienen mayor deseo de adelantar su muerte.

Por otro lado, Roh et al. (2019) reportaron la existencia de tres factores psicosociales de protección a la hora de prevenir el desarrollo de síntomas depresivos en pacientes con cáncer: la manera en que el paciente percibe su salud, la resiliencia psicológica y el apoyo social.

Por lo tanto, con el objetivo de reducir los factores de riesgo y estimular los factores de protección de los pacientes con cáncer que cursan un cuadro depresivo, se han documentado múltiples modelos terapéuticos de abordaje de la depresión en pacientes con cáncer. Según una revisión sistemática Jacobsen et al. (2008) establecieron recomendaciones basadas en la evidencia en relación a las principales intervenciones psicosociales para el tratamiento de los síntomas depresivos en pacientes con cáncer. Dentro de ellas, se destacan las técnicas de relajación, la psicoeducación, las terapias de soporte-expresivas, el counseling y la terapia cognitivo conductual.

En lo que respecta a este trabajo, dentro de las terapias breves, Gingerich et al. (2013) refiere que existen resultados significativos que respaldan a la TCS como un herramienta eficiente para el tratamiento de síntomas depresivos; esta técnica es de fácil entrenamiento a personal no especializado y, por lo tanto, constituye un tratamiento más barato y accesible que las opciones alternativas.

La TCS es un modelo terapéutico desarrollado por de Shazer e Insoo Kim Berg (1986) a mediados de 1980 basado en las competencias y que busca minimizar el énfasis en problemas y fracasos del pasado, centrándose en las fortalezas y los éxitos del paciente. Este enfoque de tratamiento concuerda con el movimiento de la psicología positiva, la cual pone el acento en el bienestar y el funcionamiento óptimo en vez de la patología y su etiología. En lugar de llevar el foco hacia los problemas y ver cómo solucionarlos, se busca identificar aquellos recursos que permitan elaborar una estrategia ante dicha situación (Bodmer Lutz, 2014).

Teniendo en cuenta lo antes mencionado, el cáncer tiene una elevada incidencia a nivel mundial, proyectándose un aumento sostenido en los próximos 20 años. Considerando que la depresión tiene una prevalencia hasta cinco veces mayor en pacientes oncológicos en comparación con la población general, es de destacar que dichos porcentajes podrían multiplicarse por diez en pacientes con cáncer en cuidados paliativos.

Con el objetivo terapéutico de reducir los factores de riesgo y fortalecer los factores de protección de los pacientes y/o familiares de pacientes con cáncer que cursan un cuadro depresivo, la evidencia ofrece múltiples modelos terapéuticos de abordaje. La mayoría de éstos requiere de un psicólogo debidamente entrenado para suministrar una serie de sesiones espaciadas en el tiempo que, muchas veces, no se adaptan a la población paliativa ni a la realidad de varias instituciones.

A la luz de todo lo planteado y ante la necesidad de que los profesionales sanitarios utilicen estrategias eficientes y de rápido aprendizaje para la resolución de los síntomas psicológicos, el presente trabajo propone y tiene como objetivo explorar la efectividad de la TCS como herramienta para la gestión de síntomas depresivos en pacientes y/o familiares de pacientes con cáncer.

### **Antecedentes e importancia del tema**

Existen múltiples trabajos científicos que respaldan la TCS como herramienta en el tratamiento de la depresión. Gingerich et al. (2013) realizaron una revisión sistemática que recogía cinco estudios donde se examinaba el impacto de TCS en la depresión. Todos los estudios mostraron una mejoría en la depresión medida por el Inventario de Depresión de Beck (IDB-II); donde cuatro de los cinco resultados fueron estadísticamente significativos. Cuatro de los estudios compararon TCS con tratamientos alternativos aprobados y reconocidos, y en todos los casos se encontró que la TCS era comparable al tratamiento alternativo.

En un estudio cuasi-experimental, Knekt et al. (2011) buscaron comparar la efectividad de las terapias a corto y a largo plazo en la resolución de síntomas psiquiátricos. Dicho estudio reportó que, durante el primer año de seguimiento la TCS fue, desde el punto de vista estadístico, significativamente más eficaz que el psicoanálisis para reducir síntomas depresivos según el IDB-II.

A nivel de cuidados paliativos, Fulton (2018) reportó en su meta-análisis enfocado a los procesos psicoterapéuticos en pacientes con depresión en cuidados paliativos que, los mejores resultados para esta población se obtienen aumentando el número de sesiones y reduciendo la duración de las mismas. Cummings (1986), uno de los principales defensores del modelo de TCS, presentó argumentos convincentes del uso de esta terapia dentro de este contexto, considerándola una terapia de intervención breve, intermitente y con objetivos específicos.

Originalmente de Shazer (1985) y Fisher (1984), reportan que la mayoría de los individuos y familias permanecen en tratamiento bajo el modelo de TCS en un promedio de 6 a 10 sesiones. Dicho número de sesiones es consistente con el hallazgo de Berger (1984), donde los grupos de apoyo y de terapia diseñados para el cáncer, se benefician de intervenciones breves utilizadas principalmente durante los períodos de crisis tanto en pacientes como en sus familias. De esta manera, Liu et al. (2020) concluyeron que la TCS podría ser una intervención no farmacológica beneficiosa sola o en combinación con otras intervenciones al momento de mejorar la calidad de vida de los pacientes oncológicos.

Además, Gingerich et al. (2013) reportaron que la TCS es un tratamiento eficaz y eficiente para la depresión, ya que consigue resultados en menor tiempo y con menos recursos humanos especializados, por lo que lo hace un tratamiento más barato y accesible que otras opciones terapéuticas.

Según Die Trill (2013) los pacientes y sus familiares cada vez más, demandan recibir una atención especializada durante su padecimiento. Por lo tanto, existe un mayor interés y necesidad por parte de los profesionales que trabajan en oncología por integrar los aspectos psicológicos del cuidado en su práctica diaria.

Según de Fuente Blanco et al. (2019), es posible desarrollar un modelo de TCS que le permita al profesional de la salud conocer y aplicar sus principios de forma gráfica y operativa. Aunque dichos principios se estructuran en torno a un marco teórico sistémico y constructivista, lo novedoso, es que la TCS entiende que cada problema está inmerso en una situación que actúa como filtro, buscando rápidamente diferenciar aquellos significados atribuidos al problema y cuáles no están vinculados a éste.

Es de destacar que en base a la literatura revisada en PubMed, MEDLINE, Academic Search Complete, Psychology and Behavioral Sciences Collection y APA PsycArticles, utilizando los criterios de inclusión y exclusión que se detallarán más adelante, no hemos identificado trabajos publicados a nivel regional o nacional.

## **Pregunta de investigación**

¿Es la TCS una estrategia efectiva para el tratamiento de síntomas depresivos en pacientes y/o familiares de pacientes con diagnóstico de cáncer activo?

## **Marco teórico referencial**

### **Terapia Centrada en la Solución**

La TCS se ha convertido en un enfoque terapéutico utilizado en una amplia gama de entornos, tanto en EE.UU., Europa y Asia.

La TCS evolucionó a partir de un novedoso trabajo clínico de un grupo de terapeutas del Centro de Terapia Familiar Breve en Estados Unidos, dirigido por Steve de Shazer e Insoo Kim Berg (citado en Gingerich et al., 2013). En sus comienzos, el enfoque de la TCS se fue desarrollando de forma inductiva teniendo como base de sustentación un registro de más de 30 años de sesiones con pacientes. Berg y de Shazer, junto a sus colegas, observaron y grabaron en video cientos de sesiones, discriminando de cerca qué funciona, qué preguntas son útiles y cuáles técnicas y habilidades permiten promover un cambio positivo en los pacientes (citado en Bodmer Lutz, 2014).

La TCS cuenta con un importante apoyo empírico, estando firmemente fundamentada en evidencia de investigación (Gingerich et al., 2013).

En la Figura 1 de nuestra autoría se puede apreciar el conjunto de principios básicos según Franklin (2012).

<p>1. <b>Construir soluciones.</b> Se basa en la construcción de soluciones más que en la resolución de problemas.</p>	<p>6. <b>Descubrir habilidades.</b> A diferencia de las intervenciones de desarrollo de habilidades y comportamiento, el modelo de TCS asume que los comportamientos de solución ya existen en los pacientes, por lo que pueden ser descubiertos durante la conversación entre el terapeuta y el paciente.</p>
<p>2. <b>Futuro deseado.</b> El enfoque terapéutico se centra en el futuro deseado por el paciente más que en el pasado o los problemas o conflictos actuales.</p>	<p>7. <b>Pequeños grandes pasos.</b> Pequeños incrementos de cambio pueden conducir a grandes incrementos de cambio.</p>
<p>3. <b>Comportamientos actuales útiles.</b> Se invita a que los pacientes aumenten la frecuencia de aquellos comportamientos útiles actuales.</p>	<p>8. <b>Las soluciones no tienen por qué estar relacionadas con los problemas.</b> Las soluciones de los pacientes no están necesariamente relacionadas directamente con ningún problema identificado por el paciente o el terapeuta.</p>
<p>4. <b>Los problemas no suceden todo el tiempo.</b> Hay excepciones; es decir, hay momentos cuando el problema pudo haber ocurrido, pero no terminó sucediendo. Explorar estas excepciones pueden ser útiles para construir soluciones entre el paciente y el terapeuta.</p>	<p>9. <b>Habilidades para construir soluciones.</b> Las habilidades de conversación requeridas por el terapeuta para invitar al paciente a construir las soluciones son diferentes de las necesarias para diagnosticar y tratar los problemas del paciente.</p>
<p>5. <b>Buscar alternativas.</b> Los terapeutas ayudan a los pacientes a encontrar alternativas a los patrones actuales no deseados de comportamiento, pensamiento e interacción que existen en el repertorio del paciente o que pueden ser construidos por el terapeuta y el paciente.</p>	

Fig. 1- Principios básicos de Franklin.

Teniendo en cuenta las dinámicas agitadas de los programas de tratamiento de los pacientes oncológicos, es más probable que los pacientes con cáncer acepten a la TCS como una intervención breve de apoyo para los síntomas psicológicos. La TCS tiene la flexibilidad suficiente para manifestarse como un estilo de conversación que puede transmitirse junto a la cama del paciente, dónde muchas veces es percibido como si estuvieran “simplemente conversando” con el profesional en lugar de estar recibiendo un tratamiento psicológico formal (Beyenbach, 2013, p.2).

Además, la TCS es un enfoque basado en las fortalezas y no en el diagnóstico, por lo que busca centrarse en las emociones positivas de los pacientes, proporcionando intervenciones específicas que les ayudan a explorar sus recursos internos, éxitos pasados, identificar metas y esperanzas, además de soluciones futuras para mejorar su angustia psicológica (Zhang et al., 2021).

## Depresión

Según la American Psychological Association (2021) la depresión es un estado afectivo negativo, que va desde la infelicidad y el descontento hasta un sentimiento extremo de tristeza, pesimismo y desaliento, que interfiere con la vida diaria. Bajo dicho estado afectivo tienden a coexistir varios cambios físicos, cognitivos y sociales, entre los que se incluyen la alteración de los hábitos alimenticios o de sueño, la falta de energía o motivación, la dificultad para concentrarse o tomar decisiones y el abandono de las actividades sociales.

La depresión es tratable, siendo una de las enfermedades que tienen mejor pronóstico, donde 8 de cada 10 personas que reciben tratamiento pueden mejorar. Sin embargo, para que esto sea posible es importante una conducta psicoeducativa dirigida hacia la sociedad, donde la difusión de la temática a la población permita que sean las personas las que detecten los síntomas propios o tengan la capacidad de hacerlo con alguien cercano (Albarracín Garay et al., 2015).

Según Clark y Beck (2010) el modelo responsable de la persistencia de la depresión implica varios niveles de cognición donde se encuentran representaciones estructurales de la experiencia humana, denominadas esquemas, lo que nos permite identificar, interpretar, categorizar y evaluar cada una de nuestras experiencias vitales.

La implementación de técnicas de fácil aprendizaje, breves y efectivas para el tratamiento de la depresión, podrían ser un recurso útil para pacientes en CP dada la ya mencionada prevalencia de síntomas depresivos. Dichas técnicas se pueden aplicar durante una internación, en el domicilio del paciente y a la hora de comunicar malas noticias (Landa-Ramírez et al., 2014).

## Instrumentos para la evaluación de la depresión en pacientes oncológicos.

*Evaluaciones de una o dos preguntas.* Según Landa-Ramírez et al. (2014) la evaluación de una o dos preguntas consiste en preguntar directamente si el paciente se encuentra deprimido o con un bajo estado de ánimo. Aunque los estudios que utilizan estas evaluaciones tienden a sobreestimar las tasas de depresión, son particularmente útiles como herramienta de tamizaje para obtener información rápida sobre el estado anímico del paciente. Una manera de aumentar la sensibilidad de esta herramienta es acompañar la pregunta con una escala visual análoga.

Noguera et al. (2009) reportó que este tipo de evaluaciones no eran lo más recomendable para poblaciones de habla hispana, ya que el término “deprimido” en español tiene una connotación cultural negativa que no refleja de manera fidedigna la realidad interna del paciente.

*Cuestionarios de evaluación.* Los cuestionarios de evaluación son instrumentos psicométricos que evalúan directamente la sintomatología depresiva y que pueden ser utilizadas como herramientas de tamizaje en pacientes con cáncer.

Según Smarr et al. (2011) uno de los inventarios más utilizados para evaluar la depresión es una versión breve de 13 reactivos de la Escala de Depresión de Beck (BDI-BF), la cual evalúa sintomatología depresiva en pacientes con enfermedades crónicas y que se correlaciona altamente ( $r=.96$ ) con el instrumento original de 21 reactivos. Esto se debe a que, especialmente en pacientes con enfermedades crónicas, los síntomas somáticos pueden distorsionar la percepción de la depresión, y el instrumento original IDB-II puede sobrestimar falsamente su incidencia. Beck et al. (1996) informaron que en tales casos es posible aumentar la especificidad del cuestionario, incrementando la puntuación de corte y así reducir el número de pacientes falsos positivos. Otra opción que plantea el autor para reducir el número de falsos positivos, dada la afectación somática de los síntomas depresivos en el cáncer, es excluir elementos somáticos del cuestionario BDI-II (p. ej., pérdida de peso, pérdida de apetito, náuseas, vómitos, etc.).

Otro instrumento es La Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D) que según Hopko et al. (2008) es útil para evaluar los síntomas depresivos en pacientes con cáncer avanzado. Consta de 20 reactivos, demostrando una buena consistencia interna, sensibilidad y especificidad.

En el relevamiento de literatura encontramos que uno de los instrumentos más utilizados para evaluar síntomas de depresión en pacientes con cáncer es la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS). Wasteson et al. (2009) la consideran como una buena opción en el contexto paliativo, ya que consta de 14 reactivos (siete que evalúan ansiedad y siete síntomas depresivos) utilizando un sistema de respuesta tipo Likert.

Según Calderón et al. (2020) el Inventario Breve de Síntomas (BSI-18) que consta de 18 ítems categorizados en tres dimensiones (depresión, ansiedad y malestar psicológico) valorados en una escala de Likert de cinco puntos, ha sido adaptado a pacientes oncológicos en varios idiomas y ha demostrado una buena sensibilidad, especificidad y consistencia interna.

## Cuidados Paliativos

Según la Organización Panamericana de la Salud (2021) los cuidados paliativos buscan la prevención y el alivio del sufrimiento por medio de una evaluación adecuada y detección temprana de los síntomas, el tratamiento del dolor, así como otros problemas físicos, psicológicos o espirituales.

El principal objetivo de los CP es mejorar la calidad de vida de pacientes de todas las edades y sus familias cuando se ven enfrentados a situaciones que amenazan la vida, en fase terminal, que no responde a ningún tratamiento específico y/o que evoluciona de forma irremediable hacia la muerte en un corto tiempo. (OMS, 2020).

Para todo lo anterior, los cuidados paliativos ofrecen un soporte a los pacientes y a sus familias para ayudarles a transitar activamente el proceso de la enfermedad desde la noticia de irreversibilidad hasta la muerte, considerando la enfermedad en función del sufrimiento que ésta provoca (Benítez & Asencio, 2002).

Según la Guía de Cuidados Paliativos (2022) de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos los cuidados paliativos son un tipo especial de cuidados diseñados para proporcionar bienestar o confort y soporte a los pacientes y sus familias en las fases finales de una enfermedad terminal. Entendiendo enfermedad terminal como aquella que transcurre en presencia de una enfermedad avanzada, progresiva, incurable sin posibilidades razonables de respuesta al tratamiento específico y con pronóstico de vida limitado.

La National Palliative Care Research Center (2022) ha reportado múltiples estudios que han demostrado que los cuidados paliativos mejoran la calidad de la atención médica en el dominio de aliviar el sufrimiento físico y emocional. Esto mejora y fortalece la toma de decisiones, la comunicación médico-paciente y permite brindar garantía de la continuidad de los cuidados en los diferentes niveles de atención médica.

Para conseguir lo antes mencionado, el National Institute of Aging (2022) establece que el personal de cuidados paliativos debe estar constituido por un equipo multidisciplinario que trabaje con el paciente y la familia, lo que permita proporcionar asistencia médica, social, emocional y práctica.

### La depresión en Cuidados Paliativos

De acuerdo con Wasteson et al. (2009) no es posible conocer una tasa de prevalencia confiable de depresión en CP, ya que dependerá de los siguientes factores:

- Cómo se define depresión.
- Cómo se clasifica la depresión.
- El método utilizado para evaluar la depresión.
- El consenso sobre cómo entender la depresión en la población paliativa.

En los estudios en que la depresión se considera un trastorno de acuerdo a los criterios del DSM-IV se han reportado rangos de prevalencia que van de 9 a 16% (Mitchell et al., 2011). Sin embargo, cuando se trata como un problema del estado de ánimo que se evalúa a través de preguntas directas, se obtiene una prevalencia media del 40% (Hotopf et al., 2002).

Por lo tanto, la guía clínica europea de cuidados paliativos recomienda contemplar el componente emocional y los criterios taxonómicos, haciendo énfasis en la anhedonia como el principal elemento somático de la depresión que identifica al síndrome depresivo (Rayner et al., 2011).

## **Marco metodológico**

En este trabajo se ha llevado a cabo una revisión sistemática de la literatura científica publicada en materia de terapia centrada en la solución aplicada a pacientes y/o familiares de pacientes con cáncer que presentan síntomas depresivos. Para su elaboración, se han seguido las directrices de la declaración PRISMA (Moher et al., 2009; Urritia et al., 2013) para la correcta realización de revisiones sistemáticas.

### **Búsqueda inicial**

Las primeras búsquedas se realizaron en noviembre de 2021 combinando los términos ‘solution focused brief therapy’ y ‘cancer’ en las bases de datos PubMed, Google Scholar y Scielo. Posteriormente, se amplió con una combinación de operadores booleanos AND y OR utilizando los términos ‘depression’, ‘depressive symptoms’, ‘sfbt’, ‘brief therapy’, ‘depressive disorder’, ‘major depressive disorder’, ‘oncology’, ‘palliative care’, ‘hospice’, ‘end-of-life’, ‘terminally ill’, ‘neoplasms’, ‘malignancy’ y ‘tumor’. Estas búsquedas arrojaron una cantidad considerable de resultados, muchos de ellos repetidos o poco útiles para la revisión, sin embargo, nos dieron una visión global de la amplitud de la temática y permitieron comprobar que, en torno a ella, no se había realizado previamente una revisión sistemática. Debido a que los resultados arrojados por Scielo fueron los más escasos y no parecían aportar ningún estudio relevante para nuestra investigación se decidió su eliminación de la búsqueda sistemática. Dada la ausencia preliminar de estudios en idioma español se tomó la decisión de enfocar la búsqueda sistemática en investigaciones en inglés.

### **Estrategia de búsqueda sistemática**

Se siguió la siguiente estrategia de búsqueda para crear un conjunto inicial de estudios potenciales para cribado y revisión que incluyeron búsquedas en las siguientes bases de datos: PubMed, MEDLINE, Academic Search Complete, Psychology and Behavioral Sciences Collection y APA PsycArticles. Dichos estudios han sido publicados en el período comprendido entre 2001 y agosto de 2021.

La combinación de términos que arrojó mejores resultados en los buscadores fue la siguiente: ((sfbt) OR (brief therapy) OR (solution focused therapy) OR (solution focused brief therapy)) AND ((neoplasms) OR (oncology) OR (cancer) OR (tumor) OR (malignancy)) AND ((depression) OR (depressive disorder) OR (depressive symptoms) OR (major depressive disorder)).

Una vez identificado el número de estudios en las diversas bases de datos, se procedió a realizar el cribado de aquellos que estuvieran duplicados o fueran excluidos tras leer el título. Una vez obtenido un número idóneo de estudios listos para su elegibilidad, seleccionando aquellos que luego de leer el resumen cumplieran con los criterios de inclusión o exclusión, obtuvimos el número final de estudios que se incluyeron en la revisión sistemática.

### Criterios de inclusión y exclusión

Los criterios de inclusión:

- Estudio randomizado o un estudio cuasi-experimental randomizado.
- Intervención terapéutica basada en TCS.
- La intervención contemplaba el tratamiento de síntomas depresivos.
- Debió haberse utilizado una escala validada para los síntomas depresivos.
- Pacientes oncológicos o familiares de pacientes oncológicos en fase activa.

Los criterios de exclusión:

- Se excluyeron otras revisiones, meta-análisis, estudios de caso único, estudios cualitativos, libros o manuales.
- No se contemplaron aquellas intervenciones terapéuticas basadas en TCS que combinan otras líneas de psicoterapia.

## Resultados

### Selección de estudio

Concretamente, se obtuvieron 148 resultados en PubMed, 68 resultados en MEDLINE, 38 resultados en Academic Search Complete, 4 resultados en Psychology and Behavioral Sciences Collection y 2 resultados en APA PsycArticles. Antes de proceder a la selección de artículos, se definieron los criterios de inclusión y exclusión.

Según estos criterios, y sólo con la lectura del título, se consideraron adecuados 22 artículos (tras eliminar 59 duplicados de todas las bases de datos). Luego de leer el resumen de los artículos idóneos se decidió descartar 18 estudios, principalmente por no utilizar la TCS como estrategia específica de terapia breve ( $n = 16$ ), por no tratarse de ensayos clínicos randomizados ( $n = 1$ ) y por utilizar un auto reporte no validado como escala para la depresión ( $n = 1$ ). Finalmente, 4 estudios cumplieron los criterios de inclusión y se seleccionaron para llevar a cabo la revisión sistemática.

De todos los estudios incluidos en la revisión, tres de ellos utilizaron explícitamente la TCS como herramienta de intervención excepto un estudio que utilizaba una intervención denominada Mastery Enhancement. Decidimos incluir este último estudio dado que se basa prácticamente en su totalidad en protocolos de TCS y es incluida como un modelo equivalente a la TCS en una revisión sistemática (Gingerich et al., 2013).

De la totalidad de artículos incluidos para la revisión, tres son ensayos clínicos randomizados y uno se define como estudio cuasi-experimental, aunque éste utiliza un grupo control y un método de randomización adecuado. Únicamente un estudio de los incluidos para la revisión tiene en cuenta a los familiares de pacientes con cáncer.

A continuación, en la figura 2, se detalla el proceso de elaboración en sus distintas fases.

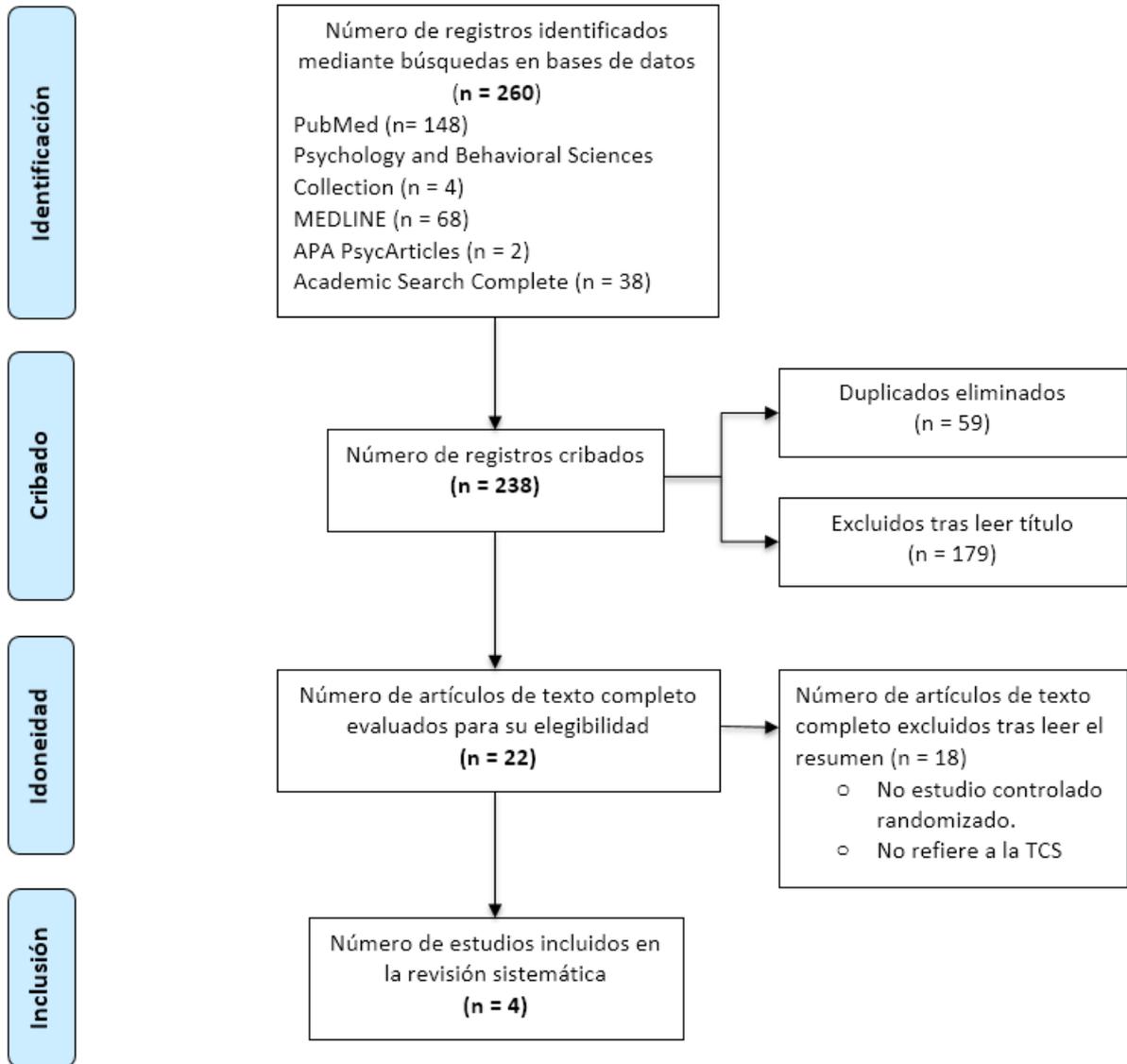


Fig. 2- Protocolo de la declaración PRISMA

## Riesgo de sesgo

Con el objetivo de obtener conclusiones válidas acerca de los efectos de una intervención previo a la selección definitiva de los artículos a revisar, se decidió utilizar la Herramienta de la Colaboración Cochrane (Manual Cochrane 5.1.0, 2011) para evaluar el riesgo de sesgo de nuestros 4 artículos incluidos.

Con el objetivo de reducir el sesgo de evaluación, cada integrante del equipo de tesis se encargó de realizar la valoración por separado utilizando los criterios del Manual Cochrane. Los resultados se integraron en la Figura 3 y se graficaron según su frecuencia porcentual relativa en la Figura 4.

*Sesgo de selección.* Todos los estudios analizados fueron clasificados con un bajo riesgo de selección. Esto se debe a que en todos los estudios se especificaron reglas para la asignación de las intervenciones a los participantes basándose en un proceso aleatorio adecuado para la generación de la secuencia. Además, se tomaron medidas para evitar el conocimiento previo de las asignaciones de aquellos involucrados en el reclutamiento en el ensayo, lo que concluyó en un correcto ocultamiento de las asignaciones.

*Sesgo de realización.* Dada la naturaleza de la intervención terapéutica en ninguno de los estudios revisados fue posible el cegamiento del personal, aunque consideramos que es poco probable que el resultado esté influido significativamente por la falta de este cegamiento. Sin embargo, en Aminnasab et al. (2018) y Nairn et al. (2018) no hubo información suficiente para permitir una evaluación del cegamiento de los participantes. Solicitamos información a dichos autores sin obtener respuesta al momento de presentar este trabajo.

*Sesgo de detección.* Aunque en la mayoría de los trabajos revisados no hay cegamiento de la evaluación de resultados por parte de los evaluadores, consideramos que el resultado final no es probable que esté influenciado por la falta de cegamiento. En el caso de Aminnasab et al. (2018) no hubo información suficiente para permitir una evaluación de este sesgo.

*Sesgo de desgaste.* La mayoría de los trabajos mostraron un bajo riesgo de sesgo de desgaste. En cambio, el caso de Aminnasab et al. (2018) presentó un alto riesgo de este sesgo dada la falta de muestras suficientes que cumplieran con los criterios de inclusión en el estudio, no indicando los abandonos ni cómo se analizaron estos datos al largo plazo.

*Sesgo de notificación.* Aunque la notificación selectiva de los resultados tiene un riesgo poco claro o difícil de evaluar en la mayoría de los trabajos revisados, en el caso de Aminnasab et al. (2018) se destaca un sesgo alto dado que no se describieron todos los resultados primarios del estudio y el método de análisis (corrección de Huynh-Feldt) podría ser demasiado liberal, lo que estaría sobrestimando los resultados.

*Otras fuentes de sesgo.* La mayoría de los estudios no presentaron otras fuentes de sesgos relevantes. Sin embargo, Aminnasab et al. (2018) presentó un alto riesgo de sesgo de diseño del estudio ya que no se indicó el número de pacientes excluidos, cuáles fueron los motivos de exclusión, así como qué tratamiento activo recibieron aquellos pacientes en el grupo control.

En suma, dado el desconocimiento del cegamiento de los participantes y de los evaluadores del resultado, así como el alto riesgo de sesgo de desgaste, notificación y diseño del estudio, se decidió retirar el estudio de Aminnasab et al. (2018) de la revisión final.

	Aminnasab (2018)	Zhang (2018)	Nairn (2018)	Zhang (2021)
Generación de la Secuencia	✓	✓	✓	✓
Ocultamiento de la asignación	✓	✓	✓	✓
Cegamiento de los participantes y del personal	◇	✓	◇	✓
Cegamiento de los evaluadores del resultado	◇	✓	✓	✓
Datos de resultado incompletos	✗	✓	✓	✓
Notificación selectiva de los resultados	✗	◇	◇	◇
Otras fuentes de sesgo	✗	✓	✓	✓

 Bajo Riesgo de Sesgo 
  Riesgo de Sesgo Poco Claro 
  Alto Riesgo de Sesgo

Fig. 3- Evaluación del riesgo de sesgo

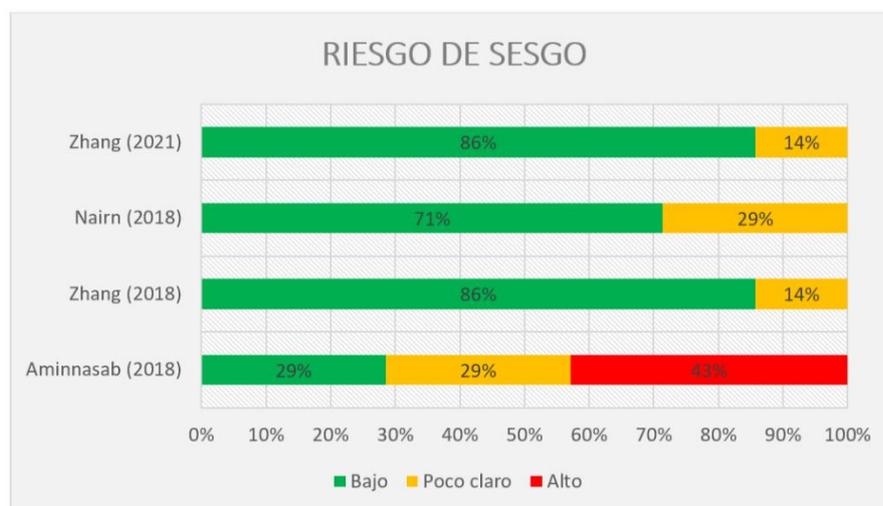


Fig. 4- Frecuencia porcentual relativa del riesgo de sesgo

### Certeza de evidencia

Para conocer hasta qué punto se puede confiar en que la estimación del efecto sea correcta, decidimos calificar la certeza de la evidencia de cuatro posibles desenlaces utilizando el Sistema de Evaluación, Calificación de Recomendaciones, Valoración y Desarrollo (GRADE). El sistema GRADE define la calidad de la evidencia como el grado de confianza que tenemos en que la estimación de un efecto sea la adecuada para efectuar una recomendación. Para ello establece cuatro categorías: alta, moderada, baja y muy baja. (Schünemann et al., 2013).

Los desenlaces que comprometían una reducción de los síntomas depresivos se clasificaron según la población y el tiempo de evaluación postratamiento.

Desenlaces evaluados:

- Reducción de los síntomas depresivos postratamiento inmediato en adolescentes y adultos jóvenes con cáncer activo.
- Reducción de los síntomas depresivos a corto plazo (4 semanas luego de finalizado el tratamiento) en adolescentes y adultos jóvenes con cáncer activo.
- Reducción de los síntomas depresivos postratamiento inmediato en padres de pacientes con cáncer activo.
- Reducción de los síntomas depresivos a mediano plazo (3 meses luego de finalizado el tratamiento) en adultos con cáncer activo.

## Terapia Centrada en la Solución comparado con grupos control para el tratamiento de síntomas depresivos en pacientes y/o familiares de pacientes con diagnóstico de cáncer activo (Tabla 1)

Desenlaces	Resultados principales	Nº de participantes	Certeza de la evidencia (GRADE)
<p><b>Zhang et al. (2021)</b></p> <p>Reducción de los síntomas depresivos postratamiento inmediato en adolescentes y adultos jóvenes con cáncer activo.</p> <p>Instrumento de medida: <b>BSI-18</b></p> <p>Post Test: al finalizar el tratamiento (2 semanas)</p>	<p>Los pacientes adolescentes y adultos jóvenes con cáncer que recibieron TCS informaron una reducción significativamente mayor en las sub puntuaciones de depresión <b>F(1) = 6.87, p &lt; 0.01</b> La estimación del tamaño del efecto entre grupos reveló una mejoría clínicamente significativa de la depresión en pacientes que recibieron TCS <b>g = 0.377, p &lt; 0.05</b> con un IC del 95% [0.176 a 0.926]<sup>a,b</sup></p>	<p><b>50</b></p> <p>TCS: 25</p> <p>Grupo Control: 25</p>	<p>⊕⊕⊕○</p> <p>Moderado<sup>c,d</sup></p>
<p><b>Zhang et al. (2021)</b></p> <p>Reducción de los síntomas depresivos a corto plazo en adolescentes y adultos jóvenes con cáncer activo.</p> <p>Instrumento de medida: <b>BSI-18</b></p> <p>Post Test: a 4 semanas de finalizado el tratamiento</p>	<p>Los pacientes adolescentes y adultos jóvenes con cáncer que recibieron TCS informaron una reducción significativamente superior en las sub puntuaciones de depresión a 4 semanas del tratamiento <b>F(1) = 17.10, p &lt; 0.001</b> La estimación del tamaño del efecto entre grupos reveló una mejoría clínicamente significativa de la depresión en pacientes que recibieron TCS <b>g = 0.925, p &lt; 0.01</b> con un IC del 95% [0.344 a 1.496]<sup>e,f</sup></p>	<p><b>45</b></p> <p>TCS: 24</p> <p>Grupo Control: 21</p>	<p>⊕⊕⊕○</p> <p>Moderado<sup>c,d</sup></p>
<p><b>Zhang et al. (2018)</b></p> <p>Reducción de los síntomas depresivos postratamiento inmediato en padres de pacientes con cáncer activo.</p> <p>Instrumento de medida: <b>BSI-18</b></p> <p>Post Test: al finalizar el tratamiento (2 semanas)</p>	<p>Los padres de pacientes con cáncer activo que recibieron TCS informaron una reducción significativamente superior en las sub puntuaciones de depresión pos tratamiento <b>F(1) = 19.85, p &lt; 0.001</b> La estimación del tamaño del efecto entre grupos reveló una mejoría clínicamente significativa de la depresión en aquellos que recibieron TCS <b>g = 1.098, p &lt; 0.01</b> con un IC del 95% [ 0.747 a 1.450]<sup>b,g</sup></p>	<p><b>37</b></p> <p>TCS: 18</p> <p>Grupo Control: 19</p>	<p>⊕⊕○○</p> <p>Baja<sup>c,d,h</sup></p>
<p><b>Nairn et al. (2018)</b></p> <p>Reducción de los síntomas depresivos a mediano plazo en adultos con cáncer activo.</p> <p>Instrumento de medida: <b>BDI-BF</b></p> <p>Post Test: a 3 meses de finalizado el tratamiento</p>	<p>A los 3 meses de seguimiento, aquellos que presentaban una mayor frecuencia de síntomas depresivos en el grupo de tratamiento con TCS informaron puntajes de depresión significativamente más bajos que los participantes del grupo de control que también presentaban una mayor frecuencia de síntomas depresivos. <b>F(1) = 2.66, p &lt; 0.05</b><sup>ij</sup></p>	<p><b>134</b></p> <p>TCS: 66</p> <p>Grupo Control: 68</p>	<p>⊕⊕⊕○</p> <p>Moderado<sup>c,k</sup></p>

## Explicaciones

- a. El efecto del tratamiento entre grupos se evaluó mediante ANCOVA con variables clínicas y demográficas iniciales como covariables, la condición del tratamiento como factor fijo y la puntuación inmediatamente posterior al tratamiento como variable dependiente.
- b. Metodología: 4 sesiones de TCS de 40 min de duración distribuidas a lo largo de dos semanas. Post Test luego de finalizada la cuarta sesión.
- c. Certeza de Inconsistencia no valorable.
- d. Ensayo clínico piloto unicéntrico que limita la generalización de los hallazgos
- e. El efecto del tratamiento entre grupos se evaluó mediante ANCOVA con variables clínicas y demográficas iniciales como covariables, la condición del tratamiento como factor fijo y la puntuación de 4 semanas después del tratamiento como variable dependiente.
- f. Metodología: 4 sesiones de TCS de 40 min de duración distribuidas a lo largo de dos semanas. Post Test 4 semanas luego de finalizada las sesiones.
- g. Resultados del tamaño del efecto del tratamiento y comparación entre grupos (ANCOVA).
- h. El estudio no tuvo el poder estadístico suficiente, lo que condujo a un alto riesgo de experimentar un error de tipo II.
- i. Análisis de matriz de covarianza no estructurada (ANCOVA) que evalúa interacciones de tres vías (grupo x tiempo de evaluación x frecuencia de síntomas)
- j. Metodología: 4 sesiones de Mastery Enhancement (basado en TCS) de 30 min de duración distribuidas cada dos o tres semanas. Post Test luego de 3 meses finalizada la cuarta sesión.
- k. El período de 3 meses entre el final de la intervención y el seguimiento parece ser un intervalo demasiado grande para detectar cuándo la intervención comenzó a tener un impacto en la depresión por lo que un seguimiento más frecuente antes de los 3 meses habría sido útil para aclarar la naturaleza del cambio.

## Resumen de resultados

Los resultados se resumen en la Tabla 1 utilizando el Software GRADEpro (2021). En referencia a los estudios, el lector podrá ver el resumen del número de participantes, las características de la muestra, el instrumento de medida utilizado, así como los principales resultados.

*Reducción de los síntomas depresivos postratamiento inmediato en adolescentes y adultos jóvenes con cáncer activo.* Zhang et al. (2021) incluyeron en su estudio a 50 adolescentes y adultos jóvenes con cáncer activo distribuidos aleatoriamente en dos grupos de 25 participantes cada uno: grupo de tratamiento con TCS y grupo de control activo. Los criterios de elegibilidad de los participantes era tener entre 13 a 25 años de edad, estar cursando un cáncer activo y cumplir con la puntuación inicial de la versión china validada del Inventario Breve de Síntomas (CBSI-18) superior a 10 para hombres y mayor a 13 para las mujeres.

La edad de los participantes promedió los 16.38 años (DE = 2.31), con un rango de 13 a 20 años. Treinta y un participantes (62 %) eran pacientes diagnosticados por primera vez, mientras el resto tenía un diagnóstico de cáncer recurrente (38 %).

El grupo de tratamiento constó de cuatro sesiones de TCS de 40 minutos de duración distribuidas a lo largo de dos semanas. Al finalizar la última sesión se administró nuevamente el CBSI-18 siendo utilizado como variable dependiente.

Los médicos del estudio en el grupo de control activo administraron intervenciones generalistas que incluyeron técnicas de terapia cognitivo comportamental, entrevistas motivacionales y terapia de resolución de problemas con la misma frecuencia y duración de las sesiones que el grupo de TCS.

Al inicio del estudio, todos los participantes informaron una puntuación promedio del CBSI-18 de 32.60 (DE = 5.17), lo que indica un nivel de angustia moderado a alto. Dentro de los puntajes de la sub escala de depresión se reportaron niveles moderados a altos (media = 14.16, DE = 2.82).

El efecto del tratamiento entre grupos se evaluó mediante ANCOVA con variables clínicas y demográficas iniciales como covariables, la condición del tratamiento como factor fijo y la puntuación inmediatamente posterior al tratamiento como variable dependiente.

Los participantes que recibieron TCS informaron una reducción inmediata pos tratamiento significativamente mayor en las sub escala de depresión  $F(1) = 6.87$ ,  $p < 0.01$ . Además, la estimación del tamaño del efecto entre grupos reveló una mejoría clínicamente significativa de la depresión en pacientes que recibieron TCS,  $g = 0.377$ ,  $p < 0.05$  con un IC del 95% [0.176 a 0.926]

Tenemos una confianza moderada en la estimación del efecto según la certeza de evidencia GRADE dado que se realizó un ensayo clínico piloto unicéntrico que limita la generalización de los hallazgos a otras poblaciones.

*Reducción de los síntomas depresivos a corto plazo en adolescentes y adultos jóvenes con cáncer activo.* En el estudio de Zhang et al. (2021) antes mencionado, se decidió realizar un seguimiento los participantes luego de 4 semanas de finalizado el tratamiento. En esta ocasión, cinco participantes (1 en el grupo de TCS y 4 en el grupo de control activo) no completaron esta evaluación de seguimiento.

En particular, los tamaños del efecto del grupo de tratamiento con TCS a las 4 semanas posteriores al tratamiento no solo persistieron, sino que también aumentaron ligeramente con respecto a los observados inmediatamente después del tratamiento con un  $F(1) = 17.10$ ,  $p < 0.001$ . La estimación del tamaño del efecto entre grupos reveló una mejoría clínicamente significativa de la depresión en pacientes que recibieron TCS  $g = 0.925$ ,  $p < 0.01$  con un IC del 95% [0.344 a 1.496]

*Reducción de los síntomas depresivos postratamiento inmediato en padres de pacientes con cáncer activo.* De los 44 padres o cuidadores principales de pacientes pediátricos en tratamiento oncológico activo ingresados en el estudio de Zhang et al. (2018), 37 participantes completaron todas las sesiones. Éstos estuvieron distribuidos aleatoriamente en dos grupos: 18 participantes para el grupo de tratamiento con TCS y 19 participantes para el grupo de control activo. Los criterios de elegibilidad de los participantes era tener 21 años de edad o más, que se identificaran como el principal cuidador de un niño que recibía tratamiento oncológico activo y continuo, y cumplir con una puntuación inicial superior a 10 para hombres y mayor a 13 para mujeres de la versión china del Inventario Breve de Síntomas (CBSI-18).

La edad de los padres promedió los 31.57 años (DE = 5.521), con un rango de 24 a 46 años. La edad de los pacientes pediátricos promedió los 6.13 años (DE = 6.75) donde cerca de la mitad de ellos (n = 20, 45.5%) recibían tratamiento por primera.

El grupo de tratamiento constó de cuatro sesiones de TCS con una duración promedio de 37.5 minutos por sesión (DE = 5.4) distribuidas a lo largo de dos semanas. Al finalizar la última sesión se administró nuevamente el CBSI-18 siendo utilizado como variable dependiente.

De manera similar, todos los participantes en el grupo de control activo recibieron cuatro sesiones con una media de 39.4 minutos por sesión (DE = 4.9) utilizando intervenciones basadas en terapia cognitiva conductual y centradas en el cliente.

Al inicio del estudio, todos los participantes informaron una puntuación promedio del CBSI-18 de 36.93 (DE = 14.08), lo que indica un nivel de angustia moderado a alto. Dentro de los puntajes de la sub escala de depresión se reportaron niveles moderados a altos (media = 12.55, DE = 5.56).

Se evaluó a través de un ANCOVA, utilizando el post test como variable dependiente, la puntuación previa a la prueba como covariable y la condición de tratamiento como factor fijo. Se calcularon las estimaciones del tamaño del efecto del tratamiento dentro y entre grupos, así como la g de Hedges para examinar cuánto mejoraron los participantes en los grupos de tratamiento y control.

Los padres de pacientes con cáncer activo que recibieron TCS informaron una reducción significativamente superior en las sub puntuaciones de depresión postratamiento  $F(1) = 19.85$ ,  $p < 0.001$  La estimación del tamaño del efecto entre grupos reveló una mejoría clínicamente significativa de la depresión en aquellos que recibieron TCS  $g = 1.098$ ,  $p < 0.01$  con un IC del 95% [ 0.747 a 1.450]

Sin embargo, hay que tener en cuenta que nos enfrentamos a un estudio con una estimación del efecto limitada dada por una baja certeza de evidencia GRADE; debido a que se trata de estudio unicéntrico que limita la generalización de los hallazgos a otras poblaciones y el no obtener un poder estadístico suficiente, nos conduce a un alto riesgo de experimentar un error de tipo II.

*Reducción de los síntomas depresivos a mediano plazo en adultos con cáncer activo.* Nairn et al. (2018) incluyeron en su estudio a 134 adultos con cáncer en tratamiento activo cursando radioterapia o quimioterapia. Éstos estaban distribuidos aleatoriamente en dos grupos: 66 participantes para el grupo de tratamiento con TCS y 68 participantes para el grupo de control activo. Los criterios de elegibilidad de los participantes era tener una edad de 18 años o más, estar cursando un cáncer activo, una puntuación por debajo de la media en el Inventario de Comportamiento del Cáncer (CBI < 245), y faltarle al menos cuatro sesiones de tratamiento médico para completar.

La edad de los participantes del grupo de tratamiento basado en TCS tuvo una media de 54.9 años mientras que en el grupo control fue de 57.1 años de edad.

El grupo de tratamiento constó de cuatro sesiones de Mastery Enhancement (basado en TCS) distribuidas cada dos o tres semanas. La primera sesión tuvo una duración de entre 30 a 40 minutos; la segunda y tercera varió entre 15 a 30 minutos; la última sesión se centró en el progreso hacia las metas, y por lo general se completó entre 10 a 15 minutos.

Se pidió a los participantes completar una serie de medidas cuatro veces: (1) antes de la primera sesión para establecer una línea de base, (2) luego de la segunda sesión, para evaluar si la intervención ya estaba impactando a los participantes, (3) después de la cuarta y última sesión, para determinar si apareció algún efecto al final de la terapia Mastery Enhancement, y (4) a los 3 meses de completado el tratamiento.

Los inventarios y escalas utilizadas se detallan aquí:

- Evaluación funcional de la escala de terapia del cáncer – General (FACT-G)
- Formulario breve de inventario de depresión de Beck (BDI-BF)
- Inventario de comportamiento del cáncer (CBI)
- Escala de ajuste psicosocial a la enfermedad - Autoinforme (PAIS-SR)
- Inventario de impacto de síntomas (SII)

El grupo control no recibió ningún tratamiento complementario.

El efecto del tratamiento se calculó utilizando un modelo multinivel que utiliza una matriz de covarianza no estructurada con la puntuación de frecuencia del inventario de impacto de síntomas (SII-F) como covariable para cada paciente. Luego se evaluó utilizando un

ANCOVA con interacciones de tres vías (Grupo x Tiempo de evaluación x Frecuencia de síntomas).

Únicamente, a los 3 meses de seguimiento, aquellos que presentaban una mayor frecuencia de síntomas depresivos, documentado en el SII dentro del grupo de tratamiento, informaron puntajes de depresión significativamente más bajos que los participantes del grupo control que también presentaban una mayor frecuencia de síntomas depresivos,  $F(1) = 2.66$ ,  $df = 3126$ ,  $p < 0.05$ .

El estudio de Nairn et al. (2018) tiene una confianza moderada en la estimación del efecto según la certeza de evidencia GRADE dado que existe una imprecisión seria al establecer un intervalo demasiado grande entre el final de la intervención y el seguimiento a 3 meses, lo que dificulta la detección aproximada del momento en donde la intervención comenzó a provocar un impacto en la depresión.

## **Discusión**

Dada la alta prevalencia de depresión en los pacientes con cáncer y el impacto de la misma al final de la vida, decidimos enfocarnos en explorar una herramienta psicoterapéutica breve que se adapte a los tiempos en cuidados paliativos y pueda ajustarse a la realidad socio-sanitaria de los países subdesarrollados.

Para ello decidimos investigar sobre la efectividad de la TCS como estrategia para el tratamiento de síntomas depresivos en pacientes y/o familiares de pacientes con cáncer activo.

### **Efectividad de la TCS**

De los trabajos revisados (3 ensayos clínicos randomizados y un ensayo clínico cuasi-experimental) todos reportaron beneficios clínicamente significativos del uso de la TCS como herramienta para el tratamiento de síntomas depresivos. Sin embargo, el ensayo cuasi-experimental se decidió descartar del análisis final ya que su riesgo de sesgo era moderado-alto. Al limitar el análisis únicamente a estudios aleatorizados y descartar aquellos con elevado riesgo de sesgo, retuvimos para la presente revisión estudios mejor diseñados que nos brindan una evidencia más consistente sobre la efectividad de la TCS.

Todos los estudios utilizaron asignación aleatoria (un diseño metodológicamente sólido), lo que otorga validez a los resultados.

Teniendo en cuenta lo que Jacobsen et al. (2008) establece como recomendación para el tratamiento de los síntomas depresivos en pacientes con cáncer, en dos de los estudios se compara la TCS con grupos control donde se aplican intervenciones basadas en terapia cognitiva conductual y centradas en el problema. En el caso de Nairn et al. (2018) el grupo control no recibió un tratamiento complementario lo que puede incurrir en un efecto Hawthorne, donde parte del resultado puede deberse al hecho de que los sujetos se sienten estudiados. Por lo tanto, la TCS no solo produce resultados positivos consistentemente, sino que esos resultados parecen ser al menos tan buenos o mejores que los tratamientos alternativos.

Aunque Gingerich et al. (2013) en su revisión sistemática reporta resultados positivos en un número considerable de investigadores independientes, en nuestro trabajo, dos de los tres trabajos seleccionados tienen el mismo investigador principal.

Teniendo en cuenta la teoría de Seligman et al. (1979) sobre la desesperanza aprendida y su relación con la depresión, en dos de los estudios revisados se utilizó el índice de esperanza de Herth (HHI) para medir el nivel de esperanza de los pacientes. De esta manera, la esperanza podría actuar como factor amortiguador y estabilizador para los pacientes con cáncer en relación a su angustia psicológica. Aunque ningún estudio llevó a cabo un análisis formal para probar el papel mediador de la esperanza, el efecto de tratamiento con TCS sobre el HHI fue estadísticamente significativo. Este hallazgo también concuerda con el enfoque de la TCS sobre el futuro y las emociones positivas, como la esperanza, lo que podría explicar la persistencia de los efectos semanas luego que los pacientes terminasen con el tratamiento.

Aunque serían necesarias futuras investigaciones con muestras de mayor tamaño, los hallazgos preliminares nos brindan evidencia de que la TCS también podría mejorar los niveles de esperanza de los cuidadores principales.

## Duración del tratamiento

El Estudio de Psicoterapia de Helsinki (Knekt et al., 2011) reportó que los pacientes ambulatorios que padecían trastornos depresivos o de ansiedad graves requerían un promedio de 232 sesiones de psicoterapia psicodinámica distribuidas en 3 años para llegar a obtener los mismos resultados que 10 sesiones promedio de TCS en un período de 6 meses. Es de nuestro interés destacar que los hallazgos obtenidos en nuestro estudio muestran que la significancia estadística se obtuvo luego de 4 sesiones de 40 minutos aproximadamente de duración cada una.

Hart et al. (2012) se basó en dos estudios para reportar que fue necesario un promedio de 540 minutos de terapia cognitivo conductual para la reducción de los síntomas depresivos en pacientes con cáncer. Lo atractivo de nuestro trabajo es que detectamos que se consiguió una disminución de la sintomatología depresiva en pacientes con cáncer luego de un promedio de 130 minutos de TCS.

Teniendo en cuenta que la mayoría de los resultados positivos encontrados en nuestros estudios se obtuvieron luego de un período breve de tratamiento y que dicha mejoría se mantuvo a mediano plazo, podría sugerir a la TCS como una intervención prometedora para cuidados paliativos.

## Protocolo de tratamiento

Una consideración importante al momento de evaluar la efectividad de un protocolo de tratamiento es si éste se implementó en forma sistemática. Esto es particularmente importante con respecto a la TCS, ya que es un modelo terapéutico relativamente nuevo, teniendo en cuenta que el primer manual de tratamiento sistemático apareció en 2012 (Trepper et al., 2012).

Todos los estudios revisados utilizan la mayoría (entre 5 y 7) de las técnicas centrales de TCS (establecimiento de metas utilizando lenguaje orientado a la solución, soluciones exitosas, mejoras desde la última reunión, preguntas de afrontamiento, preguntas relacionales, pregunta milagrosa y preguntas de excepción), lo que sugiere que la fidelidad al protocolo de tratamiento fue razonablemente alta.

Es interesante destacar que el iniciar preguntando a los pacientes qué es lo que está un poco mejor desde la segunda sesión de TCS, podría permitir a los participantes adoptar una actitud más positiva, flexibilizando el pensamiento polarizado de malestar o bienestar. Esto habilitaría a una mayor actitud positiva y de aceptación, ayudando a los pacientes a discernir lo que pueden y no pueden controlar en el contexto de su enfermedad.

En dos de los estudios revisados, los profesionales que aplicaron los tratamientos de TCS fueron trabajadores sociales experimentados que recibieron una capacitación de 16 horas distribuidas en dos días. Éstos fueron supervisados por otro trabajador con experiencia en TCS durante todo el período de intervención. En el estudio restante, los profesionales eran terapeutas con maestrías en counseling que fueron capacitados en la estructura de las sesiones. Además, dos asistentes de investigación de pregrado calificaron las grabaciones de audio de los encuentros para evaluar la fidelidad del tratamiento según la presencia o ausencia de componentes del protocolo de tratamiento. Consideramos que los resultados obtenidos por los estudios de intervención podrían mejorar en caso de que sean implementados por psicólogos clínicos o profesionales de la salud formados en cuidados paliativos.

### Limitaciones

A nivel metodológico, el presente estudio no busca ser concluyente sino establecer un estado actual del tema en un determinado momento.

Desde el punto de vista de la literatura investigada, no encontramos estudios regionales o nacionales que aborden el tema de la TCS enfocada a pacientes oncológicos, así como trabajos publicados en un idioma que no fuera inglés.

Con el objetivo de obtener estudios con un mejor diseño y que nos permita una evidencia más sólida sobre la efectividad de la TCS, decidimos revisar exclusivamente ensayos clínicos randomizados. Por lo tanto, descartamos estudios descriptivos, reportes de casos, estudios inéditos, disertaciones y literatura gris.

Los estudios revisados se basan en muestras geográficamente limitadas a poblaciones europeo-estadounidense y china. Esto se suma a que en su mayoría fueron ensayos clínicos unicéntricos, lo que podría limitar la generalización de los hallazgos a la realidad latinoamericana.

Es interesante destacar que en todos los estudios la muestra fue heterogénea en relación al tipo de cáncer, por lo que desconocemos si el estadio o el tipo de enfermedad oncológica podría ser un factor de influencia en los resultados (Gallagher et al., 2021).

En cuanto a la evaluación, todos los instrumentos utilizados en los trabajos revisados fueron inventarios de autoinforme; hubiera sido beneficioso contar con datos complementarios externos de oncólogos, personal de enfermería y de algún otro miembro de la familia, de manera de contribuir a la validez convergente de los mismos (Moscoso, 2014).

La mayoría de los estudios tuvieron un tamaño muestral relativamente pequeño por lo que la investigación futura debe considerar disponer de un tamaño de muestra mayor. Además, uno de los estudios revisados abordaba a adolescentes y adultos jóvenes, otro a adultos y el último se enfocaba en cuidadores principales de pacientes con cáncer, lo que dificulta la comparación entre poblaciones.

La evaluación del efecto de la TCS a largo plazo no fue factible. Por lo tanto, aún desconocemos el efecto a largo plazo de la TCS para el tratamiento de los síntomas depresivos en pacientes y/o familiares de pacientes con cáncer activo.

Es interesante destacar que en todos los trabajos seleccionados se desconoce si previamente los participantes se encontraban bajo tratamiento farmacológico con antidepresivos, lo que podría ser una covariante de importancia en el análisis.

### Alcance

La evidencia empírica para TCS es sólida, particularmente en los campos de la salud mental, por lo que los profesionales podrían confiar en la implementación de TCS en el contexto de la práctica basada en evidencia. Esta evidencia es más fuerte en los campos más tradicionales, donde las intervenciones pueden implementarse dentro de una consulta psicoterapéutica clásica. Aunque es necesario una mayor evidencia clínica, la TCS tiene la potencialidad de ser aplicada en entornos no tradicionales como el domicilio o al pie de la cama del paciente.

Además, pudimos reportar que la TCS es más breve que otros enfoques. Esto tiene implicancias económicas, no solo para los financiadores y responsables de la formulación de políticas públicas, sino que también beneficia a los pacientes, ya que éstos pueden reducir sus síntomas depresivos en un menor tiempo.

Cómo se describe en el meta-análisis de Brebach et al. (2016), en la población oncológica es necesario tener una mayor flexibilidad en la programación de encuentros o el uso de sesiones telefónicas para el abordaje de los diferentes aspectos psicológicos. Consideramos que la TCS tiene la flexibilidad suficiente para poder adaptarse a dichas circunstancias, y dicha versatilidad puede conseguirse utilizando los recursos disponibles en la mayoría de las unidades de cuidados paliativos.

Nuestro estudio sugiere que la TCS puede tener el potencial para ser implementada con éxito en pacientes cursando una enfermedad oncológica con depresión. Esto podría ser aplicado en una diversidad de entornos, ya que su nivel de dificultad para capacitación y requerimiento de experiencia clínica es bajo. Las habilidades de intervención de la TCS son accesibles a una variedad de profesionales, de rápido aprendizaje y tiene la potencialidad de suministrarse en una intervención sistemática como la utilizada en los trabajos revisados o como complemento de los servicios de enfermería o psicoterapia tradicional.

Puede ser importante, en estudios futuros, buscar financiamiento para implementar la capacitación en TCS dentro de los CP como herramienta disponible a todos los profesionales del equipo interdisciplinario (ej. médicos, nurses, auxiliares de enfermería, psicólogos, asistentes sociales, etc.) constituyendo una posible mejora en el abordaje psicoterapéutico de los pacientes.

La elaboración de un protocolo adaptado a la población paliativa permitiría investigar la duración óptima del tratamiento, ya que la frecuencia durante breves períodos de tiempo podría proporcionar efectos más sustanciales.

Además, consideramos que la TCS podría constituir una novedosa intervención para fomentar las habilidades de los cuidadores principales al momento de hacer frente a la enfermedad de su familiar. Sin embargo, para explorar la efectividad de las intervenciones centradas en cuidadores principales, es necesario desarrollar mejores formas de participación del cuidador en la investigación psicosocial.

Consideramos que la nuestro estudio cuenta con una sólida y detallada metodología que permite ser replicado en el futuro refrescando la literatura, así como ser el puntapié inicial para futuras investigaciones a nivel nacional y regional.

Se espera que estos hallazgos actúen como un catalizador para próximos proyectos y refinamientos de esta intervención terapéutica en otras áreas de cuidados paliativos.

## **Conclusiones**

En conclusión, teniendo en cuenta las limitaciones antes mencionadas, la TCS muestra ser una intervención factible y prometedora para aliviar los síntomas depresivos en pacientes y/o familiares de pacientes que están cursando una enfermedad oncológica. Actúa como una estrategia breve basada en fortalezas que brinda la oportunidad de visualizar un futuro esperanzador en tiempos de incertidumbre.

A partir de este trabajo surgen un conjunto de sugerencias para futuras investigaciones con el objetivo de ayudar a los pacientes oncológicos a desarrollar herramientas de afrontamiento eficientes que permitan promover procesos de adaptación y ajuste. Podría resultar atractivo explorar el uso de la TCS en cuidados paliativos, de manera que nos permita conocer su efectividad dentro de una población más cercana a nuestra realidad sociocultural y demográfica.

Dada la flexibilidad de la TCS al momento de su implementación en la práctica clínica, podría ser interesante el desarrollo de protocolos de abordaje en distintas poblaciones tanto a nivel privado como público. Esto podría redundar en un beneficio directo de los pacientes, así como la optimización de procedimientos dentro de las unidades de atención.

Teniendo en cuenta la inequidad en el acceso a cuidados paliativos, así como el bajo porcentaje de recursos humanos capacitados en el área, consideramos que el desarrollo de políticas educativas, de fácil aprendizaje, de baja especialización y de alto impacto, puede configurar una herramienta importante a la hora de ofrecer igualdad de oportunidades en un marco de justicia social.

Por lo tanto, dada la sólida base teórica, la relativa facilidad de administración y la brevedad del tratamiento, la TCS cuenta con la potencialidad para integrarse en la atención en cuidados paliativos a través de una capacitación sucinta y de bajo presupuesto.

## Bibliografía

- Aminnasab, A., Mohammadi, S., Zareinezhad, M., Chatrouz, T., Mirghafari, S. B., & Rahmani, S. (2018). Effectiveness of Solution-Focused Brief Therapy (SFBT) on Depression and Perceived Stress in Patients with Breast Cancer. *Tanaffos*, 17(4), 272–279.
- American Psychology Association APA Dictionary of Psychology. (s. f.). <https://dictionary.apa.org/depression>
- Beck, A.T., Steer, R.A., Brown, G.K., 1996. BDI-II: *Beck Depression Inventory Manual*. 2ª. ed. San Antonio: Psychological Corporation
- Benítez Del Rosario M.A, Asensio Fraile A. (2002) Fundamentos y objetivos del tratamiento paliativo. Atención primaria / Sociedad Española de Medicina de *Familia y Comunitaria*, 29 (1), págs.50-52.
- Berger, J. M. (1984). Crisis intervention: A drop-in support group for cancer patients and their families. *Social Work in Health Care*, 10, 81-93.
- Beyebach, M. (2013) La terapia familiar breve centrada en soluciones. New York: W. W. Norton
- Bodmer Lutz, A. (2013). *Learning Solution-Focused Therapy an Illustrated Guide*. American Psychiatric Publishing.
- Brebach, R., Sharpe, L., Costa, D. S. J., Rhodes, P., & Butow, P. (2016). Psychological intervention targeting distress for cancer patients: A meta-analytic study investigating uptake and adherence. *Psycho-Oncology*, 25, 882–890. <https://doi.org/10.1002/pon.4099>
- Calderón, C., Ferrando, P. J., Lorenzo Seva, U., Hernández, R., Oporto-Alonso, M., & Jiménez Fonseca, P. (2020). Factor structure and measurement invariance of the brief symptom inventory (BSI-18) in cancer patients. *International Journal of Clinical And*

*Health Psychology*, 20(1), 71–80.

- Carulla, J., Jara, C., Sanz, J., Martínez, C., Ledesma, F., & Zubillaga, E.. (2013). Dolor como factor predictor de depresión en el paciente oncológico: estudio de casos y controles. Estudio D-PRESS. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 20(3), 113-121
- Castañeda, C. A., Castillo, M., Rojas-Vilca, J. L., Fuentes, H., & Gómez, H. L. (2021). COVID-19 en pacientes con cáncer: revisión sistemática. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 37, 611-619.
- Chochinov HM, Wilson KG, Enns M, Lander S. "Are you depressed?" Screening for depression in the terminally ill. *Am J Psychiatry* 1997;154(5):674-676.
- Clark, D. A., & Beck, A. T. (2010). Cognitive theory and therapy of anxiety and depression: Convergence with neurobiological findings. *Trends in Cognitive Sciences*, 14(9), 418–424. <https://doi:10.1016/j.tics.2010.06.007>
- Cummings, N. A. (1986). The dismantling of our health system. *American Psychologist*, 41, 426-431
- de Shazer, S. (1985). *Keys to solution in brief therapy*. New York: W. W. Norton
- de Shazer, S. (1986). *Claves para la solución en terapia breve*. Barcelona: Paidós.
- de Shazer, S., Berg, I. K., Lipchik, E., Nunnally, E., Molnar, A., Gingerich, W., & Weiner-Davis, M. (1986). Brief therapy: Focused solution development. *Family Process*, 25, 207–221.
- de la Fuente Blanco, I., Alonso, Y., & Vique, R. (2019). Terapia Breve Centrada en Soluciones: Un modelo teórico relacional. *Revista De Psicoterapia*, 30(113), 259-273. Recuperado de: <https://doi.org/10.33898/rdp.v30i113.277>
- Die Trill, M. (2013). Intervención Psico-Oncológica en el Ámbito Hospitalario. Clínica Contemporánea: *Revista de Diagnóstico Psicológico, Psicoterapia y Salud*, 4(1), 119–133. <https://doi.org/10.5093/cc2013a10>

- Ferlay J, Laversanne M, Ervik M, Lam F, Colombet M, Mery L, Piñeros M, Znaor A, Soerjomataram I, Bray F (2020). Global Cancer Observatory: Cancer Tomorrow. Lyon, France: *International Agency for Research on Cancer*. <https://gco.iarc.fr/tomorrow>, accessed [09 March 2022].
- Fisher, S. G. (1984). Time-limited brief therapy with families: A one-year follow-up study. *Family Process*, 23, 101-106.
- Franklin C. (2012) *Solution-Focused Brief Therapy: A Handbook of Evidence-Based Practice*. New York, Oxford University Press.
- Fulton, J. J., Newins, A. R., Porter, L. S., & 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:10.1089/jpm.2017.0576>
- Garay Albarracín, M., Capezzuto Castro, B., Díaz Ocampo, A., Vázquez Trinidad, L., Balbuena Camacho, M., Luquez Galeano, C., y Freiria Sosa, R. (2015). *Depresión e intento de autoeliminación: Aspectos conceptuales y herramientas para enfermería*. Comisión Sectorial de Educación Permanente: Udelar: Montevideo.
- Gingerich, W. J., & Peterson, L. T. (2013). Effectiveness of Solution-Focused Brief Therapy. *Research on Social Work Practice*, 23(3), 266–283. <https://doi:10.1177/1049731512470859>
- Global Burden of Disease (2015) Disease and Injury Incidence and Prevalence Collaborators, and others. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 310 diseases and injuries, 1990– 2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. *The Lancet*, 388: 10053.
- GRADEpro GDT: GRADEpro Guideline Development Tool [Software]. (2021) McMaster University and Evidence Prime. <https://www.evidenceprime.com/>
- Hart, S., Hoyt, M., Diefenbach, M., Anderson, D., Kilbourn, K., Craft, L., et al. (2012). Meta-analysis of efficacy of interventions for elevated depressive symptoms in adults diagnosed with cancer. *Journal of the National Cancer Institute*, 104, 990–1004. <https://doi.org/10.1093/jnci/djs256>

- Hopko DR, Bell JL, Armento ME, Robertson SM, Hunt MK, Wolf NJ, Mullane C. The phenomenology and screening of clinical depression in cancer patients. *J Psychosoc Oncol.* 2008;26(1):31-51. [http://doi: 10.1300/j077v26n01\\_03](http://doi: 10.1300/j077v26n01_03). PMID: 18077261.
- Hotopf M, Chidgey J, Addington-Hall J, Ly KL. Depression in advanced disease: a systematic review Part 1. Prevalence and case finding. *Palliat Med.* 2002 Mar;16(2):81-97. <http://doi: 10.1191/02169216302pm507oa>. PMID: 11969152
- Knekt, P., Lindfors, O., Laaksonen, M. A., Renlund, C., Haaramo, P., Harkanen, T., & Virtala, E. (2011). Quasi-experimental study on the effectiveness of psychoanalysis, long-term and short-term psychotherapy on psychiatric symptoms, work ability and functional capacity during a 5-year follow-up. *Journal of Affective Disorders*, 132, 37–47
- Kübler-Ross, E. (1969). *On death and dying*. New York: The Macmillan Company.
- Jacobsen, P.B. and Jim, H.S. (2008), Psychosocial Interventions for Anxiety and Depression in Adult Cancer Patients: Achievements and Challenges. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 58: 214-230. <https://doi.org/10.3322/CA.2008.0003>
- Landa-Ramírez, Edgar, Cárdenas-López, Georgina, Greer, Joseph Andrew, Sánchez-Román, Sofía, & Riveros-Rosas, Angélica. (2014). Evaluación de la depresión en pacientes con cáncer terminal y su aplicación en el contexto mexicano: Una revisión. *Salud mental*,37(5),415-422.  
[http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0185-33252014000500008&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252014000500008&lng=es&tlng=es)
- Liu, W., Geng, H., Ma, L., Liu, F., Wei, X., Tian, X., & Liu, L. (2020). Effect of the solution-focused brief therapy on cancer-related fatigue in breast cancer patients under adjuvant chemotherapy: a randomized trial. *Translational cancer research*, 9(12), 7405–7414. <https://doi.org/10.21037/tcr-20-2734>
- López Laguna, A. N., de Jaén Gil, S., Robledo Sánchez-Guerrero, A., Barrera Linares, E., del Río Martín, L., & Sánchez González, R. (2008). Prevalencia de ansiedad y depresión en pacientes anticoagulados en un centro de Atención Primaria.

SEMERGEN - *Medicina de Familia*, 34(1), 3–6. [http://doi:10.1016/s1138-3593\(08\)71837-9](http://doi:10.1016/s1138-3593(08)71837-9)

Manual Cochrane 5.1.0. (2011) Higgins JPT, Altman DG, Sterne JAC (editors). Chapter 8: Assessing risk of bias in included studies. In: Higgins JPT, Green S (editors). *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions Version 5.1.0. The Cochrane Collaboration*, 2011. [www.cochranehandbook.org](http://www.cochranehandbook.org)

McNamara, B., Rosenwax, L. K., & Holman, C. D. (2006). A method for defining and estimating the palliative care population. *Journal of pain and symptom management*, 32(1), 5–12. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2005.12.018>

Maté, J., Hollenstein, M. F., & Gil, F. L. (2004). Insomnio, ansiedad y depresión en el paciente oncológico. *Psicooncología*, 1(2), 211 - 230. <https://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/PSIC0404120211A>

Mental Health America (2021): <https://www.mhanational.org/que-es-la-depresion>

Mitchell AJ, Chan M, Bhatti H, Halton M et al. Prevalence of depression, anxiety, and adjustment disorder in oncological, haematological, and palliative-care settings: a meta-analysis of 94 interview-based studies. *Lancet Oncol* 2011;12(2):160-74. doi: 10.1016/S1470-2045(11)70002-X. Epub 2011 Jan 19

Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG; (2009) Prisma Group. Preferred reporting items for systematic reviews and metaanalyses: the PRISMA statement. *PLoS Med*; 6: e1000097.

Moscoso, Manolete S.. (2014). Avances en la medición psicométrica de la depresión. *Liberabit*, 20(1), 29-39. Recuperado en 20 de abril de 2022, de [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1729-48272014000100004&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-48272014000100004&lng=es&tlng=es).

Nairn, R. C., & Merluzzi, T. V. (2019). Enhancing coping skills for persons with cancer utilizing mastery enhancement: a pilot randomized clinical trial. *Journal of behavioral*

*medicine*, 42(3), 423–439. <https://doi.org/10.1007/s10865-018-0004-y>

National Institute of Aging. (2022). Recuperado 8 de enero de 2022, de National Institutes of Health website: <https://www.nia.nih.gov/espanol/son-cuidados-paliativos-cuidados-hospicio#paliativo>

National Palliative Care Research Center. (2022). Recuperado 8 de enero de 2022, de NPCRC.org website: <http://www.npcrc.org/content/15/About-Palliative-Care.aspx>

Noguera A, Centeno C, Carvajal A, Tejedor MA et al. Spanish "fine tuning" of language to describe depression and anxiety. *J Palliat Med* 2009;12:707-12, doi: 10.1089/jpm.2009.0024.

Organización Mundial de la Salud. (2020, 5 agosto). [www.who.int](http://www.who.int). Recuperado 24 de diciembre de 2021, de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>

Organización Mundial de la Salud. (2022, 2 febrero). [www.who.int](http://www.who.int). Recuperado 31 de marzo de 2022, de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cancer>

Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2021). Recuperado de: [https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=12587:palliative-care&Itemid=42139&lang=es](https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=12587:palliative-care&Itemid=42139&lang=es)

Palma B., Taboada R. y Nervi O. (2010) *Medicina paliativa y cuidados continuos* Ediciones Universidad Católica de Chile. Recuperado de: <https://cuidadospaliativos.org>

Palos GR, Mendoza TR, Liao KP, Anderson KO, Garcia-Gonzalez A, Hahn K, Nazario A, Ramondetta (2011) LM, Valero V, Lynch GR, Caregiver symptom burden: the risk of caring for an underserved patient with advanced cancer. Jibaja-Weiss ML, Cleeland CS *Cancer. Mar 1; 117(5):1070-9.*

Pitman A, Suleman S, Hyde N, Hodgkiss A. (2018). Depression and anxiety in patients with cancer. *BMJ*. 2018;361:k1415. <http://doi:10.1136/bmj.k1415>

Pousa Rodríguez, Verónica, Miguelez Amboage, Ana, Hernández Blázquez, Manuel,

- González Torres, Miguel Ángel, & Gaviria, Moisés. (2015). Depresión y cáncer: una revisión orientada a la práctica clínica. *Revista Colombiana de Cancerología*, 19(3), 166-172. <https://doi.org/10.1016/j.rccan.2015.04.005>
- Rayner L, Price A, Hotopf M, Higginson IJ. The development of evidence-based European guidelines on the management of depression in palliative cancer care. *Eur J Cancer* 2011;47:702-12. <https://doi: 10.1016/j.ejca.2010.11.027>
- Riedl, D., & Schuessler, G. (2022). Prevalence of Depression and Cancer - A systematic review. *Zeitschrift fur Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 68(1), 74–86. <https://doi.org/10.13109/zptm.2021.67.0a11>
- Roh, S., Burnette, C. E., Lee, Y. S., Giger, J. T., Goins, R. T., Petereit, D. G., MD, FASTRO, Lawler, M. J., & Lee, K. H., MSW, PhD (2019). Identifying risk and protective factors related to depressive symptoms among Northern Plains American Indian women cancer survivors. *Women & health*, 59(6), 646–659. <https://doi.org/10.1080/03630242.2018.1544965>
- Schünemann H, Brożek J, Guyatt G, Oxman A. (2013). Manual GRADE para calificar la calidad de la evidencia y la fuerza de la recomendación (1ª Ed. en español). P.A Orrego & M.X. Rojas (Trans.) Mar 2017. Publicación Original: <http://gdt.guidelinedevelopment.org/app/handbook/handbook.html>
- SECPAL Sociedad Española de Cuidados. (2022). Guía de Cuidados Paliativos [https://www.secpal.com/biblioteca\\_guia-cuidados-paliativos-1](https://www.secpal.com/biblioteca_guia-cuidados-paliativos-1)
- Seligman, M.E., Abramson, L.Y., Semmel, A., & Von Baeyer, C, (1979). Depressive Attributional Style. *Journal of Abnormal Psychology*, 88, 242-247.
- Smarr, K. L., & Keefer, A. L. (2011). Measures of depression and depressive symptoms: Beck Depression Inventory-II (BDI-II), Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D), Geriatric Depression Scale (GDS), Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), and Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9). *Arthritis care & research*, 63 Suppl 11, S454–S466. <https://doi.org/10.1002/acr.20556>

- Stephen Gallagher, Kate Mary Bennett & Louise Roper (2021) Loneliness and depression in patients with cancer during COVID-19, *Journal of Psychosocial Oncology*, 39:3, 445-451, <https://doi.10.1080/07347332.2020.1853653>
- Trepper, T. S., McCollum, E. E., De Jong, P., Korman, H., Gingerich, W. J., & Franklin, C. (2012). Solution-focused brief therapy treatment manual. In C. Franklin, T. S. Trepper, W. J. Gingerich, & E. E. McCollum (Eds.), *Solution-focused brief therapy: A handbook of evidence-based practice* (pp. 20–36). New York, NY: Oxford University Press
- Urrutia G, Bonfill X. (2013) La declaración prisma: un paso adelante en la mejora de las publicaciones de la Revista Española de Salud Pública. *Rev Esp Salud Publica*; 87: 99-102
- Villanueva Torres, Y. M., Jurado Cárdenas, S., & Ramírez Ramírez, A. (2020). Adaptación de la Escala de Activación Conductual para la Depresión (BADS) en pacientes con cáncer. *Psicooncología*, 17(1), 25-39. <https://doi.org/10.5209/psic.68239>
- Virtala, E. (2011). Quasi-experimental study on the effectiveness of psychoanalysis, long-term and short-term psychotherapy on psychiatric symptoms, work ability and functional capacity during a 5-year follow-up. *Journal of Affective Disorders*, 132(1-2), 37–47. <https://doi:10.1016/j.jad.2011.01.014>
- Wang, Y. H., Li, J. Q., Shi, J. F., Que, J. Y., Liu, J. J., Lappin, J. M., Leung, J., Ravindran, A. V., Chen, W. Q., Qiao, Y. L., Shi, J., Lu, L., & Bao, Y. P. (2020). Depression and anxiety in relation to cancer incidence and mortality: a systematic review and meta-analysis of cohort studies. *Molecular psychiatry*, 25(7), 1487–1499. <https://doi.org/10.1038/s41380-019-0595-x>
- Wasteson E, Brenne E, Higginson IJ, Hotopf M et al. (2009) European Palliative Care Research Collaborative (EPCRC). Depression assessment and classification in palliative cancer patients: a systematic literature review. *Palliat Med*; 23:739-53. doi: 10.1177/0269216309106978

Zhang, A., Ji, Q., Currin-McCulloch, J., Solomon, P., Chen, Y., Li, Y., Jones, B., Franklin, C., & Nowicki, J. (2018). The effectiveness of solution-focused brief therapy for psychological distress among Chinese parents of children with a cancer diagnosis: a pilot randomized controlled trial. *Supportive care in cancer: official journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer*, *26*(8), 2901–2910.  
<https://doi.org/10.1007/s00520-018-4141-1>

Zhang, A., Ji, Q., Zhang, K., Cao, Q., Chen, Y., Chen, J., & DuVall, A. (2021). Solution-focused brief therapy for adolescent and young adult cancer patients in China: a pilot randomized controlled trial. *Journal of psychosocial oncology*, 1–18.  
<https://doi.org/10.1080/07347332.2021.1931627>