

Psicooncología en cáncer avanzado. Terapia CALM, una intervención canadiense

Psychooncology in advanced cancer. CALM therapy, a canadian intervention

Paulina Troncoso G.¹, Anne Rydall¹ y Gary Rodin^{1,2,3}

Advanced cancer is associated with numerous challenges including progressive physical deterioration that triggers fears regarding dependence and loss of autonomy, mortality and meaning of life. The continuous increase in survival in oncology patients has led them to live in a process of adaptation and continuous changes, which carries a great emotional burden for both the patient and his or her family. Many terminal cancer patients meet criteria for a psychiatric diagnosis or sign distress, with depressive symptoms being very frequent. This makes us think of the imperative need for appropriate interventions for people in this situation, where existential issues, restructuring of purpose, interpersonal relationships, meaning of life and the process of dying and death play a fundamental role. The aim of this work is to describe a Canadian experience of a brief individual psychological therapy called Managing Cancer and Living Meaningfully (CALM), which was developed and evaluated over the last 10 years in Toronto. CALM Therapy was designed to reduce distress and promote psychological well-being in patients with advanced cancer; this article will describe its main components, characteristics and evidence of its benefit for this population.

Key words: *Advanced cáncer, psychological therapy, psychological intervention.*
Rev Chil Neuro-Psiquiat 2019; 57 (3): 238-246

Introducción

El cáncer es considerado actualmente una pandemia, con una tendencia de 16 millones de casos nuevos para el año 2030 según la OMS¹. En Canadá 2 de cada 5 personas desarrollan cáncer en su vida, estimándose una supervivencia a 5 años de un

63% en todos los tipos de cáncer². En el año 2015 la comparación de calidad y disponibilidad de cuidados paliativos en 80 países, denominado como el Índice de Calidad de Vida, Canadá se ubicó dentro de los mejores índices de calidad del morir en el mundo³.

El enfoque oncológico canadiense biopsico

Recibido: 14/08/2018

Aceptado: 02/04/2019

Los autores no presentan ningún tipo de conflicto de interés.

¹ Department of Supportive Care, Princess Margaret Cancer Centre, University Health Network. Toronto, Canadá.

² Department of Psychiatry, University of Toronto. Toronto, Canadá.

³ Princess Margaret Cancer Research Institute, Princess Margaret Cancer Centre, University Health Network. Toronto, Canadá.

social y espiritual para el paciente, la familia y su entorno, se ha realizado con el objetivo de preservar la mejor calidad de vida posible durante el periodo de sobrevida y muerte. El proceso de ir muriendo y la muerte, es un tema abierto y conocido por la sociedad donde la preparación y calidad del proceso de morir cobra gran importancia en la medicina en general^{4,5}. Las condiciones necesarias para una muerte apropiada en las diferentes culturas incluyen la ausencia de dolor, reconocer y resolver conflictos residuales, satisfacer conflictos insatisfechos, delegar el control, mantener continuidad en las relaciones significativas y operar a un nivel lo más eficaz posible dentro de los límites de la incapacidad⁶. Sin embargo, la limitación de recursos en países en vías de desarrollo hace que esto sea más difícil de lograr⁷.

Cassell⁸, enfatizó que el alivio del sufrimiento y la cura de la enfermedad son objetivos igualmente importantes en medicina y oncología. Cuanto mayor sea la amenaza percibida por la persona y menor el apoyo disponible, puede significar que el sufrimiento psicológico es mayor⁹. El dolor y otros síntomas físicos pueden generar sufrimiento, pero el sufrimiento psicológico puede surgir de múltiples fuentes y requerir intervenciones diferentes. La mayoría de las estrategias de diagnóstico y tratamiento en oncología se dirigen al cáncer en sí, pero mucho menos a la experiencia subjetiva del individuo, incluidas sus emociones, creencias religiosas y preocupaciones existenciales¹⁰.

Una variedad de alteraciones psiquiátricas y psicológicas han sido identificadas en pacientes con cáncer avanzado. Entre las alteraciones psiquiátricas más frecuentes se encuentran los trastornos adaptativos, la depresión y los trastornos de ansiedad. Los niveles más elevados de ansiedad se observan al momento del diagnóstico y en la recurrencia. Finalmente, la depresión llega a ser una vía común junto con la progresión de la enfermedad y la muerte¹¹. La depresión puede ser considerada una vía común final del malestar en respuesta a la carga sintomática de la enfermedad y la interacción con los factores psicosociales

incluyendo el apego, la autoestima y el bienestar espiritual. Aproximadamente un 25% de los pacientes con enfermedad avanzada sufre de una depresión clínica significativa¹². Y estos síntomas tienden a incrementarse con la progresión de la enfermedad¹³. A pesar de que se ha evidenciado que los pacientes deprimidos tienen peor pronóstico y mayores índices de mortalidad que las personas con enfermedades físicas sin un componente psicológico asociado¹⁴. La depresión al final de la vida ha sido fuertemente asociada con el deseo de acelerar la muerte, lo cual puede verse clínicamente en la solicitud de muerte asistida por los pacientes, en países donde esta está legalizada^{15,16}.

Las tasas de suicidio aumentan en esta fase de la vida en el contexto de dolor mal controlado, depresión, desmoralización y pobre soporte familiar¹⁷.

Otras alteraciones psicológicas en individuos con enfermedad avanzada incluyen la desmoralización y pérdida del sentido, la fractura de la dignidad y malestar existencial¹⁸⁻²⁰. Los síntomas de desmoralización y pérdida del sentido incluyen síntomas de desesperanza o pérdida del significado o propósito de vida, actitudes de pesimismo, impotencia, sensación de estar atrapado, fracaso personal o ausencia de un futuro porque valga la pena luchar. Ausencia de motivación para afrontar situaciones, características de aislamiento y falta de apoyo; esto puede ocurrir en ausencia de depresión mayor u otros trastornos psiquiátricos y estos fenómenos persisten por más de dos semanas con fluctuaciones en su intensidad¹⁸. La fractura de la dignidad ocurre cuando individuos pierden el sentido de merecer y autoestima¹⁹. El malestar existencial se refiere a un estado que amenaza la integridad de la persona. Sus ejes principales son el afrontarse con el fin de la existencia del mundo y con las pérdidas que acompañan a la enfermedad terminal²⁰.

En este contexto de enfermedad terminal, los individuos deben enfrentar la amenaza de muerte y la progresión de enfermedad y del mismo modo intentan vivir el presente¹⁸. Esta paradoja llamada *doble conciencia* de vivir en la muerte y morir en la vida, en el contexto de enfermedad avanzada,

es descrita como la capacidad de los individuos para mantener la tensión dialéctica que surge entre permanecer comprometido en el mundo, mientras se prepara para la muerte inminente. Las intervenciones psicoterapéuticas en este contexto pueden permitirles vivir con una mejor calidad de vida y procesar la experiencia de una mortalidad inminente²¹.

La tarea de enfrentar la muerte como requiere de encontrar sentido en la vida del mismo modo de estar enfrentando la muerte²². Si bien “hablar de la muerte” puede ser incómodo, se ha demostrado que las preguntas abiertas en sesiones terapéuticas permiten a los pacientes discutir sus preocupaciones sobre el morir y la muerte y pueden mejorar el bienestar psicológico. Esto puede contribuir a un proceso terapéutico enriquecedor y efectivo, con una gran importancia tanto para el paciente como para su familia y entorno²³. Intervenciones tempranas para manejar los desafíos en la enfermedad avanzada y tratar síntomas depresivos o síntomas psicológicos pueden ayudar a proteger o mejorar el bienestar emocional y calidad de vida. Sin embargo, desafortunadamente la mayoría de los pacientes que sufren una depresión en este estadio de la enfermedad no son referidos a un psiquiatría y, por lo tanto, no reciben el tratamiento adecuado²⁴. Una evaluación de rutina de los síntomas psicológicos o psiquiátricos en todos los estadios del cáncer tiene el potencial de asegurar intervenciones específicas y efectivas^{25,26}.

El tratamiento para los síntomas psicológicos o psiquiátricos en el cáncer avanzado requiere de una aproximación multidisciplinaria. Importantes factores incluyen sólida comunicación entre el oncólogo y el equipo de psicooncología, del mismo modo que el entrenamiento del equipo de enfermería, trabajadores sociales y temprana integración del equipo de cuidados paliativos. Todos estos factores contribuyen a una mejor atención psicosocial para pacientes angustiados con cáncer avanzado. En instituciones con recursos limitados y pocos profesionales con capacitación especializada en psicooncología y cuidados paliativos, puede ser difícil proporcionar una atención integral y necesaria para tales pacientes^{27,28}.

Intervenciones psicoterapéuticas en cáncer avanzado y cuidados paliativos

Las intervenciones psicoterapéuticas al final de la vida tienen como objetivo disminuir el malestar emocional de la persona enferma (ansiedad, depresión, angustia, preocupaciones, necesidades espirituales y existenciales), facilitando la adaptación hacia el proceso final de la vida²⁹. En aquellos pacientes con cáncer avanzado y síntomas depresivos, se ha demostrado, que éstos prefieren las intervenciones psicoterapéuticas por sobre el tratamiento farmacológico, ya que con las primeras se promueven estrategias de afrontamiento de la enfermedad centradas en la comunicación, el entendimiento de la experiencia emocional y la búsqueda de un significado para la vida actual²⁷.

Las terapias grupales para pacientes terminales incluyendo las de apoyo expresivas³⁰⁻³², cognitivo-existenciales^{18,33,34} y centradas en el sentido³⁵ han sido previamente desarrolladas. Sin embargo, la factibilidad de las terapias grupales puede ser limitada por diversas razones en pacientes con enfermedad avanzada. Problemas tales como la poca flexibilidad en el agendamiento de horarios y el hecho de absorber la carga emocional de otros pacientes del mismo grupo, hacen que los pacientes puedan preferir más los espacios privados para discutir ciertos problemas personales que los abruman³⁶.

Actualmente, existe evidencia que las psicoterapias individuales han mostrado beneficio en pacientes con enfermedad avanzada. La terapia de dignidad que se centra en fortalecer el sentido de dignidad al final de la vida, está destinada a pacientes cercanos o próximos a la muerte^{37,38}. La terapia individual, centrada en el sentido, busca mejorar el bienestar espiritual y el sentido de significado y propósito del paciente^{39,40}. La terapia individual CALM, desarrollada en Toronto, Canadá, hace 10 años ha probado ser una intervención efectiva en el alivio de síntomas depresivos en pacientes con cáncer avanzado y ayuda a encaminar los desafíos que los pacientes enfrentan al final de la vida⁴¹.

Terapia managing cancer and living meaningfully (CALM)

CALM es un modelo de terapia de soporte-expresiva, individual, breve, semiestructurada diseñada para aliviar el malestar emocional y promover el crecimiento psicológico en pacientes con cáncer avanzado y con sentimientos de amenaza en su vida actual debido al cáncer. Esta intervención surge de un programa longitudinal de investigación y desde teorías relacionadas al apego y a lo existencial. Esta terapia intenta aliviar el sufrimiento facilitando la regulación afectiva, la resolución de problemas y la reflexión en los dominios en que típicamente se presentan desafíos para los pacientes y cuidadores involucrados.

La naturaleza a corto plazo de la intervención permite que la terapia CALM se administre a pacientes con esperanza de vida limitada y sea factible en entornos de oncología y atención médica. El sentido de tiempo limitado y de un futuro incierto en individuos con enfermedad avanzada puede aumentar su motivación para buscar ayuda y participar en una intervención psicológica.

Como terapia individual, CALM se puede adaptar a las necesidades únicas de los pacientes y permite privacidad con respecto a los problemas personales y delicados que puedan surgir, además de flexibilidad con respecto al contenido y al calendario de las sesiones. Esto último, es importante para satisfacer las necesidades de los pacientes que luchan con un estado de salud fluctuante, calendarios de tratamientos complicados y hospitalizaciones impredecibles.

CALM comparte con terapia de dignidad un enfoque en la identidad y el autoconcepto y la preparación para la muerte de los pacientes cercanos al final de la vida. Sin embargo, CALM está destinado a pacientes que se encuentran en etapas tempranas de la enfermedad (por lo general, con más de 6 meses de sobrevida estimada), cuando están aún activos y empezando a vivir el final de su vida.

Cada vez la sobrevida es mayor en los pacientes oncológicos, por lo que los pacientes desean tener herramientas para sobrellevar de la mejor

manera posible, el tiempo de vida antes de su muerte.

Estructura de la terapia CALM

La terapia CALM óptimamente consiste en seis sesiones individuales de 45 a 60 minutos durante un período de tres a seis meses, aunque el número de sesiones puede variar, dependiendo de las circunstancias propias de cada paciente. Las sesiones de CALM abordan cuatro dominios amplios e interrelacionados que se consideran importantes y relevantes en esta población. Gestión de síntomas y comunicación con los proveedores de atención médica, cambios en uno mismo y las relaciones con otros cercanos, sentido de significado y propósito y el futuro y la mortalidad. Estos dominios se tratan con todos los pacientes en algún momento durante la intervención, aunque la secuencia y el énfasis relativo en cada dominio varía, dependiendo de su urgencia y la importancia relativa en cada caso. El cuidador principal de cada paciente tiene la oportunidad de participar en una o más sesiones para permitir la exploración de la relación entre el paciente y su cuidador principal y para apoyar a la diáda en anticiparse y prepararse para el futuro.

Paciente CALM

Los pacientes con cáncer avanzado o metastásico deben tener cierto interés y capacidad de reflexión, además de una capacidad física y cognitiva suficiente para poder asistir a las sesiones terapéuticas en un periodo de 3 a 6 meses.

El proceso de la terapia CALM

Los siguientes son los ingredientes en la terapia CALM que contribuyen a sus efectos terapéuticos.

La relación de apoyo

El elemento más importante de la terapia de CALM es la relación paciente-terapeuta. El terapeuta de CALM trabaja para comprender empáticamente la experiencia sentida de los pacientes y comprender su significado. Son testigos de la experiencia de los pacientes, ayudándolos a abordar los temores de aislamiento y dependencia, manejar los sentimientos de dolor y pérdida e identificar

sus fortalezas y posibles estrategias adaptativas de afrontamiento.

Autenticidad

La postura terapéutica es la de un compromiso auténtico con el paciente. Los terapeutas aceptan y resuenan con los miedos y las esperanzas del paciente.

Marco cambiante y flexibilidad

Las fluctuaciones en el estado clínico de los pacientes, el control de los síntomas y la recepción de noticias sobre el pronóstico pueden alterar drásticamente su capacidad o motivación para la autorreflexión.

Modulación de afecto

La excitación emocional y la inhibición pueden ocurrir de manera transitoria, persistente o alterna, interfiriendo con el procesamiento de la experiencia emocional. Los terapeutas de CALM pretenden ayudar a los pacientes a modular la intensidad de las emociones para mantenerlas dentro de un rango tolerable.

Renegociación de seguridad de apego

La amenaza de enfermedad aumenta las necesidades de apego y las hace más evidentes. La terapia CALM aborda la disrupción emocional causada por posibles crisis de apego y ayuda a las personas y sus cuidadores a restablecer el equilibrio en sus relaciones de apego.

Mentalización y doble conciencia

Los individuos varían ampliamente en su capacidad de autorreflexión, y lo que se ha denominado mentalización (es decir, la capacidad de reflexionar sobre los estados de sentimientos, distinguirlos de los hechos literales y aceptar la posibilidad de múltiples perspectivas). Ser capaz de mentalizar diversos estados de sentimientos permite a las personas mantener una “doble conciencia” de las posibilidades de vivir y la eventualidad de morir.

La creación conjunta del significado

La teoría relacional enfatiza la mutualidad en la

situación terapéutica, donde los pacientes y terapeutas co-crean el significado y la comprensión de la experiencia del paciente.

El contenido de la terapia CALM

El contenido de la terapia está organizada en cuatro dominios relacionados entre sí; a continuación se describirán brevemente:

Dominio uno. Manejo de síntomas y comunicación con proveedores de atención médica

Comprender la enfermedad y controlar los síntomas, apoyo en la toma de decisiones médicas, apoyo a las relaciones de colaboración con los diferentes profesionales de atención médica, con el fin de mejorar la adherencia a tratamientos médicos, entendiendo los objetivos del tratamiento.

Dominio dos: Cambios en uno mismo y relaciones con otros cercanos.

Autoconcepto, cuidado y recepción de cuidados, apoyo para los niños y para otros miembros en la familia, todo esto, para lograr una mejor comunicación y cohesión en sus relaciones interpersonales.

Dominio tres: Sentido de significado y propósito

La narrativa de vida, el significado personal de la enfermedad, prioridades y objetivos al enfrentar una enfermedad avanzada con el fin de facilitar una aproximación activa en el final de la vida.

Dominio cuatro: El futuro y la mortalidad

Reconocimiento de miedos anticipados, balance de estar viviendo y muriendo, planeando un cuidado avanzado con el objetivo de lograr un equilibrio entre las tareas de estar y viviendo y muriendo al mismo tiempo⁴².

Evidencia de la terapia CALM

Existe evidencia acerca del beneficio de la terapia CALM desde hace una década. Se ha realizado un estudio riguroso de investigación que incluye estudios piloto fase I, fase II, fase IIb y fase III

RCT recientemente completado y en vías de publicación⁴¹⁻⁴⁶.

Estos estudios han demostrado la factibilidad, aceptación y efectividad de la intervención en reducir la frecuencia y severidad de síntomas depresivos, así como una mejor preparación para el final de la vida⁴¹⁻⁴⁶.

El Estudio Fase III, es un ensayo clínico, controlado y randomizado en vías de publicación, realizado en un período de 4 años (2012-2016). 305 pacientes fueron incluidos en el estudio, 151 pacientes recibieron terapia CALM y 154 pacientes recibieron cuidado estándar. El grupo que recibió terapia CALM reportó menos síntomas depresivos a los 3 y 6 meses posteriores. Se encontró diferencias estadísticamente significativas en una mejor preparación para el final de la vida a los 6 meses comparado con el grupo de cuidado estándar.

La intervención CALM ofrece un lugar seguro y flexible para procesar la experiencia de vivir con cáncer avanzado, permite hablar acerca del proceso de estar muriendo y muerte, ayuda en el manejo de la enfermedad con el sistema de salud, resuelve tensiones relacionales y da una oportunidad para ser visto como una persona completa dentro de un sistema de salud⁴¹.

Conclusiones y próximos desafíos

Existen muchos desafíos que deben enfrentar los pacientes y familiares con cáncer avanzado.

Los síntomas psicológicos y psiquiátricos son comunes y desatendidos generalmente por el equipo de salud que habitualmente posee una deficiente preparación en psicooncología.

Pacientes y familiares han referido que tener la posibilidad de hablar referente al proceso de estar viviendo y muriendo al mismo tiempo les alivia enormemente.

El entrenamiento de profesionales en psicooncología con un enfoque bio-psico-social y espiritual puede ayudarlos a detectar y tratar tempranamente el sufrimiento psicológico de una enfermedad crónica con cada vez mayor sobrevida en el mundo.

Una intervención desarrollada y evaluada en Canadá, llamada terapia CALM, ha probado ser costo-efectiva, breve, individual, flexible que se ajusta a la necesidades de cada paciente, alivia los síntomas depresivos y acompaña al paciente a enfrentar los desafíos en el camino de su muerte.

La terapia CALM está actualmente en proceso de globalización debido a que las preocupaciones de los pacientes con cáncer avanzado y los desafíos en los cuidados psicosociales son universales.

Una red global con entrenamiento clínico y recopilación de pruebas con respecto a los resultados está siendo establecida actualmente; mayor información acerca del programa Global CALM está disponible en “*Global institute of psychosocial, palliative care and end of life*” (www.GIPPEC.org).

Resumen

El cáncer avanzado está asociado a numerosos desafíos incluyendo el deterioro físico progresivo que gatilla miedos referentes a la dependencia y pérdida de autonomía, mortalidad y sentido de la vida. El continuo aumento de la sobrevida en los pacientes oncológicos ha llevado a que estos vivan en un proceso de adaptación y cambios continuos, lo que conlleva una gran carga emocional tanto para el paciente como para su familia. Muchos pacientes oncológicos en fase terminal cumplen criterios para un diagnóstico psiquiátrico y signos de distrés, siendo los síntomas depresivos muy frecuentes. Esto nos hace pensar en la necesidad imperiosa de intervenciones adecuadas para personas en esta situación, en donde las cuestiones existenciales, reestructuración del propósito, relaciones interpersonales, sentido de la vida, proceso de morir y muerte, cumplen un rol fundamental. El objetivo de este trabajo es describir la experiencia canadiense de una

terapia psicológica individual breve denominada Managing Cancer And Living Meaningfully (CALM), que ha sido realizada y evaluada durante los últimos 10 años en Toronto, Canadá, con el objetivo de reducir el malestar emocional y promover el bienestar psicológico en pacientes con cáncer avanzado. Este artículo describe sus principales componentes, características y evidencia de su beneficio para esta población.

Palabras clave: *Cáncer avanzado, terapia psicológica, Intervención psicológica.*

Referencias bibliográficas

1. <http://publications.iarc.fr/Databases/CIIFC>. Cancer Incidence in Five Continents 2017.
2. <http://www.cancer.ca/en/cancer-information/cancer-101/canadian-cancer-statistics-publication/?region=on> Ccs. Special topic pancreatic cancer, 2017.
3. Unit TEI. The 2015 Quality of death index, ranking palliative care across the world. <http://www.eiuperspectives.economist.com/> 2015.
4. Shaw C, Chryssikou V, Davis S, Gessler S, Rodin G, Lanceley A. Inviting end-of-life talk in initial CALM therapy sessions: A conversation analytic study. *Patient Educ Couns* 2017; 100 (2): 259-66.
5. An E, Wennberg E, Nissim R, Lo C, Hales S, Rodin G. Death talk and relief of death-related distress in patients with advanced cancer. *BMJ Support Palliat Care*. 2017.
6. Weisman AD, Hackett TP. Predilection to death. Death and dying as a psychiatric problem. *Psychosom Med* 1961; 23: 232-56.
7. Soto-Pérez-de-Celis E, Chavarri-Guerra Y, Passtrana T, Ruiz-Mendoza R, Bukowski A, Goss PE. End-of-Life Care in Latin America. *J Glob Oncol* 2017; 3 (3): 261-70.
8. Arranz P, Barbero JJ, Barreto P, Bayés R. Intervención emocional en cuidados paliativos. Modelo y protocolos. *Psicothema* 2003; 15: 339-40.
9. Cassell EJ. The nature of suffering: physical, psychological, social, and spiritual aspects. *NLN Publ* 1992; (15-2461): 1-10.
10. <https://www.kcl.ac.uk/nursing/departments/cicelysaunders/attachments/depression-guidelines/the-management-of-depression-in-palliative-care.pdf>. The Management of Depression in Palliative Care: European Clinical Guidelines. 2010.
11. Li M BV, Lo C, et al. Depression and anxiety in supportive oncology. In: Davis M Feyer P OP, editor. *Supportive Oncology*. first ed. Philadelphia, PA2011. p. 528-40.
12. Rodin G, Lo C, Mikulincer M, Donner A, Gagliese L, Zimmermann C. Pathways to distress: the multiple determinants of depression, hopelessness, and the desire for hastened death in metastatic cancer patients. *Soc Sci Med* 2009; 68 (3): 562-9.
13. Barkwell DP. Ascribed meaning: a critical factor in coping and pain attenuation in patients with cancer-related pain. *J Palliat Care* 1991; 7 (3): 5-14.
14. Lloyd-Williams M, Shiels C, Taylor F, Dennis M. Depression-an independent predictor of early death in patients with advanced cancer. *J Affect Disord* 2009; 113 (1-2): 127-32.
15. Kissane DW. The contribution of demoralization to end of life decisionmaking. *Hastings Cent Rep* 2004; 34 (4): 21-31.
16. Morita T, Kawa M, Honke Y, Kohara H, Maeyama E, Kizawa Y, et al. Existential concerns of terminally ill cancer patients receiving specialized palliative care in Japan. *Support Care Cancer* 2004; 12 (2): 137-40.
17. Chochinov HM, Hack T, Hassard T, Kristjanson LJ, McClement S, Harlos M. Understanding the will to live in patients nearing death. *Psychosomatics* 2005; 46 (1): 7-10.
18. Kissane DW, Clarke DM, Street AF. Demoralization syndrome-a relevant psychiatric diagnosis for palliative care. *J Palliat Care* 2001; 17 (1): 12-21.

19. Chochinov HM, Hack T, Hassard T, Kristjanson LJ, McClement S, Harlos M. Dignity and psychotherapeutic considerations in end-of-life care. *J Palliat Care* 2004; 20 (3): 134-42.
20. Bayes R, Limonero JT, Romero E, Arranz P. [What can help us to die in peace?]. *Med Clin (Barc)* 2000; 115 (15): 579-82.
21. Colosimo K, Nissim R, Pos A, Hales S, Zimmermann C, Rodin G. "Double Awareness" in Psychotherapy for Patients Living With Advanced Cancer. *J Psychother Integration* 2017; 28 (2): 125-140 .
22. Rodin G, Zimmermann C. Psychoanalytic reflections on mortality: a reconsideration. *J Am Acad Psychoanal Dyn Psychiatry* 2008; 36 (1): 181-96.
23. Yalom I. *Staring at the sun. Overcoming the Terror of Death* San Francisco, CA: Jossey-Bass; 2008.
24. Ellis J, Lin J, Walsh A, Lo C, Shepherd FA, Moore M, et al. Predictors of referral for specialized psychosocial oncology care in patients with metastatic cancer. The contribution of age, distress and marital status. *J Clin Oncol* 2009; 27: 699-705.
25. Network NNCC. *Clinical practice Guidelines in Oncology* 2009.
26. Turner J, Zapart S, Pedersen K, Rankin N, Lufford K, Fletcher J. *Clinical practice guidelines for psychosocial care of adults with cancer. Psychooncology* 2005; 14 :159-73.
27. Akechi T, Okuyama T, Onishi J, Morita T, Furukawa TA. Psychotherapy for depression among incurable cancer patients. *Cochrane Database Syst Rev* 2008 (2): CD005537.
28. Jea PB. Promoting evidence-based psychosocial care for cancer patients. *Psychooncology* 2009; 18: 6-13.
29. Barreto P. Cuidados paliativos al enfermo de sida en situación terminal: enfoque multidisciplinar. *Revista de Psicología general y aplicada* 1994; 2 (47): 201-8.
30. Spiegel D, Bloom JR, Yalom I. Group support for patients with metastatic cancer. A randomized outcome study. *Arch Gen Psychiatry* 1981; 38 (5): 527-33.
31. Classen C, Butler LD, Koopman C, Miller E, DiMichele S, Giese-Davis J, et al. Supportive-expressive group therapy and distress in patients with metastatic breast cancer: a randomized clinical intervention trial. *Arch Gen Psychiatry* 2001; 58 (5): 494-501.
32. Bordeleau L, Szalai JP, Ennis M, Leszcz M, Specam M, Sela R, et al. Quality of life in a randomized trial of group psychosocial support in metastatic breast cancer: overall effects of the intervention and an exploration of missing data. *J Clin Oncol* 2003; 21 (10): 1944-51.
33. Kissane DW, Bloch S, Smith GC, Miach P, Clarke DM, Ikin J, et al. Cognitive-existential group psychotherapy for women with primary breast cancer: a randomised controlled trial. *Psychooncology* 2003; 12 (6): 532-46.
34. Kissane DW, Love A, Hatton A, Bloch S, Smith G, Clarke DM, et al. Effect of cognitive-existential group therapy on survival in early-stage breast cancer. *J Clin Oncol* 2004; 22 (21): 4255-60.
35. Breitbart W, Gibson C, Poppito SR, Berg A. Psychotherapeutic interventions at the end of life: a focus on meaning and spirituality. *Can J Psychiatry* 2004; 49 (6): 366-72.
36. Applebaum AJ, Lichtenthal WG, Pessin HA, Radoski JN, Simay Gokbayrak N, Katz AM, et al. Factors associated with attrition from a randomized controlled trial of meaning-centered group psychotherapy for patients with advanced cancer. *Psychooncology* 2012; 21 (11): 1195-204.
37. Juliao M, Barbosa A, Oliveira F, Nunes B, Vaz Carneiro A. Efficacy of dignity therapy for depression and anxiety in terminally ill patients: early results of a randomized controlled trial. *Palliat Support Care* 2013; 11 (6): 481-9.
38. Chochinov HM, Hack T, Hassard T, Kristjanson LJ, McClement S, Harlos M. Dignity therapy: a novel psychotherapeutic intervention for patients near the end of life. *J Clin Oncol* 2005; 23 (24): 5520-5.
39. Breitbart W, Poppito S, Rosenfeld B, Vickers AJ, Li Y, Abbey J, et al. Pilot randomized controlled trial of individual meaning-centered psychotherapy for patients with advanced cancer. *J Clin Oncol* 2012; 30 (12): 1304-9.
40. Thomas LP, Meier EA, Irwin SA. Meaning-centered psychotherapy: a form of psychotherapy for patients with cancer. *Curr Psychiatry Rep* 2014; 16 (10): 488.

41. Rodin G, Lo C, Rydall A, Shnall J, Malfitano C, Chiu A, et al. Managing Cancer And Living Meaningfully (CALM). A Randomized Controlled Trial of a Psychological Intervention for Patients with Advanced Cancer. *J Clin Oncol* 2018; 36 (23): 2422-32.
42. Hales S, Lo C, Rodin G. Managing cancer and living meaningfully (CALM) Therapy In: Holland JC BW, Butow PN, Jacobsen PB, Loscalzo MJ, McCorkle R., editor. *Psycho-oncology*, Third edition. third ed. oxford University Press: New York, NY 2015. p. 487-91.
43. Nissim R, Freeman E, Lo C, Zimmermann C, Gagliese L, Rydall A, et al. Managing Cancer and Living Meaningfully (CALM): a qualitative study of a brief individual psychotherapy for individuals with advanced cancer. *Palliat Med* 2012; 26 (5): 713-21.
44. Lo C, Hales S, Jung J, Chiu A, Panday T, Rydall A, et al. Managing Cancer And Living Meaningfully (CALM): phase 2 trial of a brief individual psychotherapy for patients with advanced cancer. *Palliat Med* 2014; 28 (3): 234-42.
45. Lo C, Hales S, Chiu A, Panday T, Malfitano C, Jung J, et al. Managing Cancer And Living Meaningfully (CALM): randomised feasibility trial in patients with advanced cancer. *BMJ Support Palliat Care*. 2016.
46. Lo C, Hales S, Rydall A, Panday T, Chiu A, Malfitano C, et al. Managing Cancer And Living Meaningfully: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials* 2015; 16: 391.

Correspondencia:
Paulina Troncoso G.
43 Kennedy Avenue, M6S2X6, Toronto, Ontario.
Teléfono :647- 289 7679
Fax: 416-3404739
E-mail: paulina.troncoso@uhnresearch.ca