



INTERPSIQUIS

Congreso Virtual Internacional de Psiquiatría, Psicología
y Enfermería en Salud Mental

EL SÍNDROME DE DESMORALIZACIÓN EN PACIENTES PALIATIVOS Y SU ABORDAJE DIFERENCIAL

Lara Asensio Bordonaba, Julia Mercedes Sánchez Prieto y María Jesús Cutillas Poveda

larasensio@hotmail.com

Cuidados paliativos, depresión, desmoralización

Palliative care, demoralization, depression

RESUMEN

El objetivo de la atención integral al final de la vida es mejorar la calidad de vida, incluyendo todas las dimensiones de la persona, siendo fundamental cubrir las necesidades emocionales. El Síndrome de Desmoralización se ha propuesto como una alternativa a la depresión en la valoración del estado de ánimo de pacientes paliativos, caracterizado principalmente por la presencia de angustia de carácter existencial, desesperanza, impotencia, y pérdida del sentido y significado vital. Se estima que las tasas de prevalencia pueden alcanzar el 18%, según la población. Su identificación implicaría objetivos e intervenciones terapéuticas diferenciadas que incluyan aspectos de espiritualidad, bajo un abordaje más amplio y holístico, preservando la dignidad y la esperanza al final de la vida, siempre sobre un acompañamiento empático. Algunos enfoques de utilidad pueden ser la Psicoterapia Centrada en el Sentido, individual o grupal, la Terapia de Dignidad, junto con elementos de la Terapia de Aceptación y Compromiso y Técnicas cognitivo-conductuales. Aunque el Síndrome de Desmoralización no aparece todavía en las clasificaciones diagnósticas, y algunos autores cuestionan el concepto, parece haber datos suficientes para plantear su existencia. En el presente trabajo se desarrollará una revisión del síndrome como alternativa diagnóstica y de los beneficios de su detección e intervenciones para su manejo y mejoría de la calidad de vida de los pacientes paliativos.

ABSTRACT

The goal of comprehensive care at the end of life is to improve the quality of life, including all the dimensions of the person, being essential to meet emotional needs. The Demoralization Syndrome has been proposed as an alternative to depression in the

XXI Congreso Virtual Internacional de Psiquiatría, Psicología y Enfermería en Salud Mental
www.interpsiquis.com – del 25 de mayo al 5 de junio de 2020

assessment of the mood of palliative patients, characterized mainly by the presence of existential distress, hopelessness, helplessness, and loss of meaning and vital meaning.

EL SÍNDROME DE DESMORALIZACIÓN EN PACIENTES PALIATIVOS Y SU ABORDAJE DIFERENCIAL

It is estimated that prevalence rates can reach 18%, depending on the population. Its identification would imply differentiated therapeutic objectives and interventions that include aspects of spirituality, under a broader and holistic approach, preserving dignity and hope at the end of life, always on empathic accompaniment. Some useful approaches can be Individual-or-Group-centered Psychotherapy, Dignity Therapy, along with elements of Acceptance and Commitment Therapy and cognitive-behavioral Techniques. Although the Demoralization Syndrome does not appear yet in the diagnostic classifications, and some authors question the concept, there seems to be sufficient data to state its existence. In the present work, a review of the syndrome will be developed as a diagnostic alternative and the benefits of its detection and interventions for its management and improvement of the quality of life of palliative patients.

INTRODUCCIÓN

El objetivo de la atención integral al final de la vida es mejorar la calidad de vida, incluyendo todas las dimensiones de la persona, físicas, psicológicas, sociales y espirituales, siendo fundamental atender las necesidades emocionales y espirituales en este contexto.

Resulta esencial diferenciar reacciones emocionales normales, adecuadas y adaptativas a un proceso final de vida (por ejemplo, tristeza adaptativa, ansiedad adaptativa, rabia y culpa adaptativa, entre otras) de aquellas situaciones en que la sintomatología sugiere el diagnóstico de un trastorno del estado de ánimo, que pueda condicionar el logro de nuestro objetivo. En ese sentido, resulta fundamental una adecuada y rigurosa evaluación del estado afectivo así como una claridad y adecuación diagnóstica en la fase final de la vida, que nos permita implementar intervenciones útiles y efectivas para calmar el sufrimiento de los pacientes y sus familiares.

En el presente trabajo se desarrollará una revisión del propuesto síndrome de desmoralización como alternativa diagnóstica a la depresión y otros cuadros afectivos y del beneficio de su identificación y de intervenciones específicas para su manejo.

EL SÍNDROME DE DESMORALIZACIÓN EN PACIENTES PALIATIVOS Y SU ABORDAJE DIFERENCIAL

SÍNDROME DE DESMORALIZACIÓN

Características

En el contexto de los cuidados paliativos se ha propuesto en las últimas décadas el concepto de "Síndrome de Desmoralización" que puede confundirse con cuadros depresivos pero incluye aspectos de espiritualidad (Clarke y Kisanne, 2002). Para estos autores, constituye un síndrome claramente definido de estrés existencial, que ocurre en pacientes con enfermedad física o mental, concretamente sobre aquellos que sienten amenazada su vida o integridad física, que no obstante todavía no ha sido recogido en los sistemas psiquiátricos de clasificación diagnóstica. La desesperanza, la pérdida de significado y la angustia existencial es la tríada característica de esta nueva categoría diagnóstica. Vendría a constituir un estado psíquico que incluye desesperanza, impotencia, pérdida de significado, malestar existencial, pesimismo, sensación de renuncia, algún grado de soledad, y desmotivación o deterioro en el afrontamiento, que persisten a lo largo de más de dos semanas (Clarke y Kissane, 2002). Se estima que las tasas de prevalencia pueden alcanzar el 18%, según la población atendida (Robinson, Kissane, Brooker y Burney, 2014).

Según Rudilla y su equipo (2015), la desmoralización, igual que ocurre con la depresión, puede llegar a pasar desapercibida en los enfermos en fase avanzada debido al deterioro propio de la enfermedad, o bien se le puede restar importancia normalizando estos sentimientos como algo comprensible en dicha situación. Es fundamental aclarar en este sentido que no se debe considerar como "normal" cualquier manifestación de tristeza. Debemos valorar el contexto, la adecuación y la gravedad de los síntomas para no dejar sin apoyo a los que sufren.

EL SÍNDROME DE DESMORALIZACIÓN EN PACIENTES PALIATIVOS Y SU ABORDAJE DIFERENCIAL

En la tabla 1 se detallan los criterios diagnósticos propuestos.

SÍNDROME DE DESMORALIZACIÓN	
Criterios diagnósticos (Kissane, Clarke y Street, 2001)	
A.	Síntomas afectivos de angustia emocional incluyendo desesperanza o pérdida de significado o propósito en la vida
B.	Actitudes cognitivas de pesimismo, impotencia, sensación de estar atrapado, fracaso personal o ausencia de un futuro por el que merezca la pena luchar
C.	Ausencia de motivación para afrontar la situación de manera diferente
D.	Características asociadas de alienación social o aislamiento y falta de apoyo
E.	Estos fenómenos persisten durante más de dos semanas, permitiéndose fluctuaciones en la intensidad emocional
F.	No hay una depresión mayor ni otros trastornos psiquiátricos como condiciones primarias

Tabla 1. Criterios diagnósticos del síndrome de desmoralización.

Diagnóstico diferencial

Resulta fundamental realizar un diagnóstico diferencial con Trastornos Depresivos y Trastornos de Adaptación, así como por supuesto con Trastornos depresivos inducidos por sustancias (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014).

La presencia de: a) angustia de carácter existencial versus ansiedad; b) pérdida del sentido vital, frente a una pérdida de motivación o apatía más propia de la depresión; c) impotencia versus anhedonia más característica de la depresión; d) y desesperanza serían más específicos de dicho síndrome y orientan hacia su diagnóstico (Rudilla et al., 2015). En este sentido, el cuadro incluye un sufrimiento de tipo existencial y/o espiritual, en relación a la dificultad para encontrar sentido y significado a la propia existencia, con mayor profundidad o abstracción que la ansiedad. Además, los pacientes afectados de desmoralización conservarían la capacidad de disfrutar del momento presente, pueden obtener placer de situaciones reales o imaginarias y de las interacciones satisfactorias, pero serían profundamente pesimistas e incapaces de anticipar un futuro placentero, diferenciando la capacidad hedónica de la desmoralización.

EL SÍNDROME DE DESMORALIZACIÓN EN PACIENTES PALIATIVOS Y SU ABORDAJE DIFERENCIAL

La angustia de tipo existencial se suele asociar a enfermedad crónica física y terminal, discapacidad, desfiguración corporal, miedo a la pérdida de la dignidad, el aislamiento social y la sensación de ser una carga para los demás, todos ellos aspectos presentes en los cuidados paliativos (Rudilla et al, 2015).

Los síntomas somáticos también constituyen una diferencia clara entre la depresión y el síndrome de desmoralización. En el caso de la depresión éstos tienen un peso de similar importancia a los síntomas cognitivos, sin embargo la desmoralización hace énfasis en los aspectos emocionales y cognitivo-experienciales dado que los síntomas físicos tienen una base fundamentalmente orgánica y no cognitiva o afectiva (Rudilla et al, 2015).

Asimismo, Kissane et al (2001), plantean la necesidad de diferenciarlo de otros fenómenos como: la abulia (asociada a una pérdida neurológica de motivación), y la apatía: en el síndrome de desmoralización, la baja motivación es importante pero no es rasgo principal como en estos dos síntomas; también del aburrimiento: definido como un sentimiento derivado de la monotonía sensorial y reducción de la vida interna e imaginación; y de la vergüenza.

Enfoques psicoterapéuticos

La identificación de un síndrome de desmoralización al final de la vida implicaría objetivos e intervenciones terapéuticas diferenciadas y específicas. Entre los objetivos terapéuticos se deberían incluir aspectos de espiritualidad (por ejemplo: reconstruir sentido de utilidad y sentido vital, cierre de asuntos pendientes, trascendencia y legado, favorecer sensación de paz y perdón con la propia historia, facilitar despedida y cierre del ciclo vital, entre otros) bajo un abordaje más amplio y holístico, preservando la dignidad y las esperanzas realistas al final de la vida, siempre sobre la base de una sólida alianza terapéutica, un acompañamiento empático y nuestra disponibilidad para monitorizar clínica afectiva y toma de decisiones difíciles, acompañando en necesidades emergentes.

Algunos enfoques de utilidad pueden ser la Psicoterapia Centrada en el Sentido, individual o grupal, la Terapia de Dignidad, junto con elementos de la Terapia de Aceptación y Compromiso y Técnicas cognitivo-conductuales.

En el contexto del final de la vida resulta asimismo fundamental mencionar que debemos asegurar el abordaje integral de las necesidades del paciente y en paralelo de sus familiares, sobre la base de un trabajo interdisciplinar en equipo, cuidando el impacto emocional en los profesionales implicados, con la mirada puesta en la prevención del burnout y la fatiga de compasión.

EL SÍNDROME DE DESMORALIZACIÓN EN PACIENTES PALIATIVOS Y SU ABORDAJE DIFERENCIAL

Psicoterapia Centrada en el Sentido

La Psicoterapia Centrada en el Sentido (Breitbart et al., 2012) es un modelo de psicoterapia breve diseñada para ayudar a los pacientes a vivir con sentido incluso cuando una enfermedad pone en riesgo su supervivencia y ha demostrado beneficios a corto plazo en el sufrimiento espiritual y la calidad de vida en pacientes con cáncer avanzado en formato individual (Breitbart et al, 2012) y grupal (Breitbart et al., 2015).

Mediante un protocolo manualizado, la Psicoterapia Centrada en el Sentido utiliza ejercicios experienciales, didáctica y técnicas psicoterapéuticas que favorecen el uso de fuentes de significado como recursos para hacer frente a la enfermedad, además de abordar el significado de la experiencia de cáncer para la persona, su impacto percibido sobre la identidad (la identidad antes y después del diagnóstico de cáncer), el legado, la esperanza y la finitud de la vida (Breitbart et al, 2012.) Sus objetivos son: la búsqueda de sentido; buscar formas de reengancharse a la vida; diferenciar entre las limitaciones que podemos cambiar y las que no, y aceptar éstas; integrar la experiencia de cáncer; expresar emociones; y mejorar el funcionamiento psicológico.

Desde esta perspectiva, se trabaja con cuatro fuentes de significado, que nos permiten conectarnos con lo que nos hace humanos:

- las fuentes históricas, o lo que la vida le entrega a cada uno como persona; entendiendo el legado como algo que hemos heredado del pasado, que vivimos en el presente y que dejaremos en el futuro, lo que favorece la sensación de continuidad y trascendencia;
- las fuentes actitudinales, o la actitud frente a las limitaciones vitales, que en este caso comporta la enfermedad avanzada y sus consecuencias, abordando el deseo de la persona de cómo encarar en el presente su inevitable situación, bajo la mirada de que uno siempre tiene la libertad de elegir su actitud frente al sufrimiento.
- las fuentes creativas, o lo que cada uno es capaz de entregar a la vida, entendiendo la responsabilidad, la creatividad y la capacidad de ser auténtico como fuentes importantes de significado en la vida;
- y, por último, las fuentes experienciales, o la capacidad de conectar con la vida y la experiencia del momento presente, a través por ejemplo del humor, la belleza o el amor.

Dada su utilidad para abordar el sufrimiento espiritual y su especificidad para abordar la búsqueda de sentido puede ser adecuada para trabajar la clínica de desesperanza, angustia existencial y pérdida de sentido, nuclear en el síndrome que venimos revisando en este trabajo, en formato grupal o bien individual.

EL SÍNDROME DE DESMORALIZACIÓN EN PACIENTES PALIATIVOS Y SU ABORDAJE DIFERENCIAL

Terapia de dignidad

La Terapia de Dignidad del equipo de Chochinov (2005) es una psicoterapia individual breve y personalizada diseñada para abordar el sufrimiento existencial y los trastornos psicosociales en las personas al final de la vida. Se basa en el modelo de Dignidad de estos autores, que se detalla en la siguiente tabla 2, según el cual la dignidad en el paciente terminal se puede ver afectada por los tres componentes del modelo: preocupaciones relacionadas con la enfermedad y que se derivan de ésta, el repertorio conservador de la dignidad y el inventario de la dignidad social.

Modelo de la Dignidad en la enfermedad terminal (Chochinov, 2002)		
Preocupaciones relacionadas con la enfermedad	Repertorio para preservar la dignidad	Inventario social de la dignidad
<p>Nivel de independencia</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Agudeza cognitiva 2. Capacidad funcional <p>Malestar por síntomas</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Malestar físico 2. Malestar psicológico: Incertidumbre del estado de salud Ansiedad ante la muerte 	<p>Perspectivas que preservan la dignidad</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Continuidad del self 2. Preservación del rol 3. Legado o generatividad 4. Mantenimiento de la autoestima 5. Mantener la esperanza 6. Autonomía o control 7. Aceptación 8. Resiliencia o espíritu de lucha <p>Prácticas para preservar la dignidad</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Vivir el momento presente 2. Mantener la normalidad 3. Búsqueda de confort espiritual 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Límites de la intimidad 2. Apoyo social 3. Tono del cuidado 4. Carga para los demás 5. Preocupaciones por las secuelas

EL SÍNDROME DE DESMORALIZACIÓN EN PACIENTES PALIATIVOS Y SU ABORDAJE DIFERENCIAL

Tabla 2. Modelo de la Dignidad en la enfermedad terminal

La terapia de dignidad pretende abordar algunos de los aspectos relevantes relacionados con el repertorio conservador de la dignidad: legado/generatividad, continuidad del self, preservar el rol, mantener la autoestima, mantener la esperanza, preocupación por las secuelas, entre otros. Se basa en la premisa de que el mantenimiento de la dignidad está conectado en muchos pacientes con la idea de que algo de su esencia trascenderá o sobrevivirá a su muerte, y esta contribución genera sensación de utilidad y de valía personal. El objetivo es incrementar la percepción de sentido vital.

La intervención sigue un proceso protocolizado: una entrevista semi-estructurada, formada por nueve preguntas, que sirve de marco para que un terapeuta formado guíe al paciente de la manera que necesite. Las sesiones son grabadas, transcritas y editadas por el profesional, entregando al paciente un documento personal, cuidadosamente construido, que puede ofrecer como legado para sus seres queridos, en el que se refleja su historia, lecciones de vida y declaraciones de afecto y amor. Los beneficios pueden ser percibidos tanto en el paciente, como en los familiares y los profesionales que el atienden.

En la tabla 3 se detallan las preguntas que se plantean al paciente para facilitar la creación de su documento legado.

Protocolo de preguntas de la Terapia de Dignidad (Chochinov, 2005)
1. Haciendo un repaso de su historia de vida, ¿qué partes recuerda especialmente o cree que han sido especialmente significativas? En el transcurso de su vida, ¿cuándo se sintió mejor, "más vivo"?
2. ¿Hay algo en particular que quisiera que su familia supiera o recordara de usted?
3. ¿Cuáles son los roles más importantes que ha desempeñado en su vida (familiares, laborales, en el servicio a otros en la comunidad, etc.)? ¿Por qué fueron tan importantes y qué cree que logró con ellos?
4. ¿Cuáles son sus logros más importantes y cuáles recuerda con mayor orgullo?
5. ¿Hay algo en particular que quisiera decir a los suyos o que le gustaría decirles de nuevo?
6. ¿Cuáles son sus esperanzas o sueños para sus seres queridos?
7. ¿Qué ha aprendido de la vida que le gustaría transmitir a los demás? ¿Qué consejos le gustaría transmitir a sus hijos, cónyuge, familiares y amigos?

EL SÍNDROME DE DESMORALIZACIÓN EN PACIENTES PALIATIVOS Y SU ABORDAJE DIFERENCIAL

8. ¿Hay otras palabras, o incluso instrucciones, que le gustaría ofrecer a su familia para ayudarles a prepararse para el futuro?
9. En la redacción de este documento permanente, ¿le gustaría añadir algo más?

Tabla 3. Protocolo de preguntas para la Terapia de Dignidad

La eficacia de la Terapia de la Dignidad ha sido demostrada en varios países, evaluada mayoritariamente en pacientes diagnosticados de enfermedades oncológicas en situación paliativa, y también se ha aplicado con éxito a pacientes con enfermedades neurodegenerativas, con enfermedades renales en estado terminal y también en ancianos frágiles. Es especialmente efectiva en personas que expresan malestar significativo, sobretudo en el ámbito psicosocial o existencial. Numerosos estudios han demostrado que reduce depresión, y tristeza, mejora el bienestar espiritual, y aumenta la percepción de dignidad de pacientes en fase terminal.

Terapia de Aceptación y Compromiso

Por su parte, la Terapia de Aceptación y Compromiso es una modalidad de psicoterapia que forma parte de la tercera generación de terapia conductual y cognitiva (Hayes, 2011). Busca favorecer la aceptación de los elementos de la situación que no se pueden modificar, en la dirección que marquen los valores de la persona, y la disposición a experimentar eventos privados dolorosos (pensamientos, sensaciones, recuerdos...) sin que sean evitados ni controlados. No se trata de reducir, por ejemplo, el malestar, el miedo, la ira o la tristeza, sino de experimentarlos como tal. Desde este modelo, el sufrimiento sería el dolor emocional y la resistencia a él o los intentos por evitarlo. La clave es modificar la relación con el dolor emocional, intentando aceptarlo en lugar de eliminarlo, mediante la toma de conciencia de los pensamientos, sentimientos y sensaciones que nos provocan dolor y, a la par, de nuestras estrategias de control ante ellos. Todo ello de forma coherente con los valores y aspectos importantes para la persona, buscando que los pacientes asuman compromisos de acción de una manera más acorde con lo que quieren en la vida. De forma paradójica, al integrar el dolor emocional, éste disminuye.

Se trabaja mediante metáforas, que ayudan a mostrar caminos alternativos y a clarificar valores, paradojas, que buscan evidenciar las trampas verbales que usamos las personas y nos llevan una y otra vez a aquello que no queremos sentir o pensar (una de las paradojas clásicas es por ejemplo, decirse a uno mismo "no pienses en un oso blanco", evidenciándose que ya es imposible no hacerlo) y ejercicios experienciales, que favorecen que la persona pueda abrirse a los pensamientos, sensaciones, recuerdos y emociones,

EL SÍNDROME DE DESMORALIZACIÓN EN PACIENTES PALIATIVOS Y SU ABORDAJE DIFERENCIAL

tomar conciencia de la ineficacia de sus estrategias de control para disminuir el malestar y separarse de sus pensamientos en vez de identificarse plenamente con ellos, entre otros.

Hay evidencia científica de los beneficios sostenidos de las intervenciones dirigidas a integrar los contenidos psicológicos incómodos y desagradables asociados a las condiciones de la enfermedad (Quirosa-Moreno, 2011; Páez y Gutiérrez, 2012) y de dotar de herramientas a los pacientes para flexibilizar sus reacciones al malestar asociado a la enfermedad (Aguirre-Camacho y Moreno-Jiménez, 2017).

Técnicas cognitivo-conductuales

Las técnicas desde una perspectiva cognitivo-conductual pueden emplearse en el contexto de la exploración del significado global, los roles y el propósito. Es probable que la desmoralización ocurra en respuesta a nuestras creencias o esquemas centrales que se ven desafiados por el estrés de la enfermedad. En este sentido, la terapia cognitivo-conductual puede ser un modo ideal de terapia para explorar y profundizar la comprensión de este proceso (Robinson et al, 2014), siempre enfatizando la importancia de establecer una buena relación con el paciente, bajo un enfoque empático.

De forma complementaria, las Técnicas Cognitivo-Conductuales pueden ser de utilidad para abordar síntomas y aspectos físicos que pueden incrementar el malestar emocional y la desesperanza, como por ejemplo es el caso del dolor, en concreto: psicoeducación, explicando el papel de elementos cognitivos, afectivos y conductuales en la modulación de la experiencia de dolor (Díaz, Comeche y Vallejo, 2009); adhesión al tratamiento analgésico; planificación de activación conductual en momentos de mejoría; reestructuración cognitiva de pensamientos automáticos al sentir dolor (por ejemplo, "otra vez no sirvo para nada", "no tiene sentido vivir así",...).

CONCLUSIONES

Aunque el Síndrome de Desmoralización no aparece todavía en las clasificaciones diagnósticas y algunos autores cuestionan el concepto, interpretando los síntomas como parte de un proceso normal de adaptación a una situación paliativa, parece haber datos suficientes para plantear su existencia, distinguible de cuadros como la ansiedad y la depresión (Robinson et al., 2014; Rudilla et al., 2015).

EL SÍNDROME DE DESMORALIZACIÓN EN PACIENTES PALIATIVOS Y SU ABORDAJE DIFERENCIAL

Según García-Soriano y Barreto (2008), reconocer la desmoralización como un síndrome diferente de la depresión permitirá: detectar cualquier tipo de malestar, identificar a quienes no sufren depresión pero sí desmoralización, tratar a quienes presentan ambas, aplicar un tratamiento adecuado a un diagnóstico más preciso, evitar que un síndrome de desmoralización no tratado derive en una depresión, y favorecer que los profesionales de la salud sean entrenados en su detección, tratamiento y prevención.

La identificación de síntomas sugerentes de un Síndrome de Desmoralización, caracterizados por la tríada de angustia existencial, desesperanza y pérdida de sentido (Kissane et al., 2001) plantea objetivos terapéuticos concretos y diferentes a los habituales, y puede permitirnos realizar intervenciones más específicas y dirigidas, que incluyan aspectos de espiritualidad (Robinson et al., 2014), siempre sobre la base de un acompañamiento empático.

En este sentido, la Psicoterapia Centrada en el Sentido ha demostrado su utilidad para el abordaje del sufrimiento espiritual en pacientes con cáncer avanzado (Breitbart et al., 2012; Breitbart et al., 2015), la Terapia de Dignidad ha demostrado eficacia para reducir malestar significativo en el ámbito psicosocial o existencial (Videgain et al, 2016). La Terapia de Aceptación y Compromiso puede contribuir a la clarificación de valores y la aceptación de eventos privados dolorosos y elementos inmodificables de la situación (Aguirre-Camacho y Moreno-Jiménez, 2017; Páez y Gutiérrez, 2012). Por último, la terapia cognitivo-conductual puede contribuir a explorar y trabajar con creencias y esquemas centrales en relación con la respuesta de desmoralización (Robinson et al, 2014).

Por tanto, parece necesario continuar con el esfuerzo realizado por perfilar los criterios diagnósticos adecuados planteados como categoría diagnóstica dentro del marco del síndrome de desmoralización, englobando características específicas de los pacientes en el final de la vida. Es necesario seguir trabajando en la evaluación de lo que realmente siente el paciente paliativo y aportar evidencias de que los tratamientos se adecuan a sus necesidades (Rudilla et al, 2015).

EL SÍNDROME DE DESMORALIZACIÓN EN PACIENTES PALIATIVOS Y SU ABORDAJE DIFERENCIAL

BIBLIOGRAFÍA

1. Aguirre-Camacho, A. y Moreno-Jiménez, B. (2017). La relevancia de la flexibilidad psicológica en el contexto del cáncer: una revisión de la literatura. *Psicooncología*, 14(1), 11-22. doi: 10.5209/PSIC.55808
2. Asociación Americana de Psiquiatría (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (5ª Ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
3. Breitbart, W., Poppito, S., Rosenfeld, B., Vickers, A., Li, Y., Abee, J., Olden, M., Pessin, H., Lichtenthal, W., Sjobert, D. y Cassileth, B. (2012). Pilot randomized controlled trial of individual Meaning Centered Psychotherapy for patients with advanced cancer. *Journal of Clinical Oncology*, 30(12), 1304-1309. doi: 10.1200/JCO.2011.36.2517
4. Breitbart, W., Rosenfeld, B., Pessin, H., Applebaum, A., Kulikowski, J. y Lichtenthal, W. (2015). Meaning-Centered Group Psychotherapy: An effective intervention for improving psychological well-being in patients with advanced cancer. *Journal of Clinical Oncology*, 33(7), 749-754. doi: 10.1200/JCO.2014.57.2198
5. Chochinov H, 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 Aug 20; 23(24):5520-5525
6. Chochinov HM, Hack TF, McClement S, Kristjanson LJ, Harlos M. Dignity in the terminally ill: a developing empirical model. *Social Science & Medicine* 2002; 54: 433- 443
7. Chochinov HM, Kristjanson LJ, Breitbart W, McClement S, Hack TF, Hassard T, Harlos M. Effect of dignity therapy on distress and end-of-life experience in terminally ill patients: a randomised controlled trial. *The Lancet Oncology* 2012; 12: 753 - 762
8. Chochinov HM, McKeen NA. Dignity Therapy. En: Watson M and Kissane DW. *Handbook of Psychotherapy in Cancer Care*. Wiley-Blackwell. 2011; 79-88
9. Díaz, M., Comeche, M. y Vallejo, M. (2009). Guía de tratamientos eficaces en dolor crónico. En M. Pérez, J.R. Fernández, C. Fernández y I. Amigo (Eds.), *Guía de tratamientos psicológicos eficaces II*. (pp.123-135). Madrid: Pirámide.
10. García-Soriano y Barreto (2008), La desmoralización al final de la vida. *Revista de psicopatología y psicología clínica*, vol 13 (2), 123-133.
11. Hayes, S. C. (2011). *Sal de tu mente, entra en tu vida. La nueva terapia de Aceptación y Compromiso*. Bilbao: Editorial Desclée de Brouwer.
12. Kissane, D, Clarke, D. y Street, A. (2001). Demoralization Syndrome-A relevant psychiatric diagnosis for palliative care. *Journal of Palliative Care*, 17(1), 12-21.
13. Páez, M. y Gutiérrez, O. (Eds). (2012). *Múltiples aplicaciones de la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT)*. Madrid: Pirámide.

EL SÍNDROME DE DESMORALIZACIÓN EN PACIENTES PALIATIVOS Y SU ABORDAJE DIFERENCIAL

14. Quirosa Moreno, T. (2011). *Aplicación de la Terapia de Aceptación y Compromiso en el tratamiento de problemas psicológicos asociados al Lupus Eritematoso Sistémico* (Tesis Doctoral). Universidad de Almería.
15. Robinson, S., Kissane, D., Brooker, J. y Burney, S. (2014). A review of the construct of Demoralization: History, definitions, and future directions for palliative care. *American Journal of Hospice & Palliative Medicine*, 33(1), 93-101. doi: 10.1177/1049909114553461
16. Royo, J., Videgain, A., Llagostera, C. y Chochinov, H. Terapia de la dignidad. Counselling y psicoterapia en cáncer. Cap 26.
17. Rudilla, D., Barreto, P. Oliver, A. y Guliana, L. (2015). Síndrome de desmoralización como alternativa diagnóstica al estado de ánimo deprimido en pacientes paliativos. *Psicooncología*, 12(2-3), 315-334.
18. Videgain, A., Llagostera, C. y Royo, J. (2016). Terapia de dignidad. Manual para la atención psicosocial y espiritual a personas con enfermedades avanzadas. Cap 14.