

DOI: <http://doi.org/10.22585/hospdomic.v5i1.126>

Intervención psicológica en los cuidadores de los pacientes oncológicos menores de edad: revisión sistemática

Psychological intervention in caregivers of underage cancer patients: a systematic review

Rocio Guardiola Wanden-Berghe^{1,2}  0000-0003-0355-9777

Javier Sanz-Valero^{3,4}  0000-0002-8735-0075

1. Instituto de Neuropsiquiatría y Adicciones (INAD), Consorci Parc de Salut Mar. Barcelona, España.
2. Centro de Investigación Biomédica. Barcelona, España.
3. Instituto de Salud Carlos III, Escuela Nacional de Medicina del Trabajo, Madrid, España.
4. Universidad Miguel Hernández, Departamento de Salud Pública e Historia de la Ciencia, Alicante, España.

Correspondencia/Correspondence

Rocio Guardiola Wanden-Berghe
rocio.gwb@gmail.com

Recibido/Received

22.11.2020

Aceptado/Accepted

20.12.2020

Financiación/Funding

Sin financiación.

Conflicto de Intereses/Competing interest

La autora y el autor de esta revisión declaran la no existencia de conflicto de interés.

Contribuciones de autoría/Author contributions

La autora y el autor han contribuido por igual en la realización de este trabajo.

CÓMO CITAR ESTE TRABAJO | HOW TO CITE THIS PAPER

Guardiola Wanden-Berghe R, Sanz-Valero J. Intervención psicológica en los cuidadores de los pacientes oncológicos menores de edad: revisión sistemática. Hosp Domic. 2021;5(1):43-61.

RESUMEN

Objetivos: Revisar y analizar la evidencia científica con respecto a las posibles intervenciones psicológicas realizadas en los cuidadores de los pacientes oncológicos menores de edad.

Métodos: Revisión sistemática de los artículos recuperados de las bases de datos bibliográficas MEDLINE (vía PubMed), Embase, Cochrane Library, PsycINFO, PSICODOC, Scopus, Web of Science y MEDES, hasta julio de 2020. La ecuación de búsqueda se formuló mediante los descriptores «Psychotherapy» y «Caregivers» y «Neoplasms», utilizando también los Entry Terms relacionados y los filtros: «Humans» y «Child: birth-18 years». La calidad de los artículos se evaluó mediante el cuestionario CONSORT y el nivel de evidencia y grado de recomendación mediante los criterios GRADE.

Resultados: De las 255 referencias recuperadas, tras aplicar los criterios de inclusión y exclusión, se seleccionaron 11 artículos. Al evaluar la calidad de los artículos mediante CONSORT, las puntuaciones oscilaron entre mínimo de 14,5 y máximo de 20,8 con mediana de 18,5 (puntuación máxima de 21). Según criterios GRADE se obtuvo un grado de recomendación fuerte (evidencia de moderada a alta calidad) clasificada entre los rangos de 1B a 1A. La intervención más frecuente fue la terapia cognitivo-conductual, en 7 de 11 ensayos, estando dirigidas por un psicólogo, siendo las sesiones presenciales la forma de intervención más utilizada.

Conclusiones: La mayoría de los ensayos midieron sintomatología depresiva, ansiosa y post-traumática. La intervención que más se realizó fue la terapia cognitivo-conductual, constatándose una disminución del estrés postraumático. También se observó, que disminuía la depresión y la ansiedad en el grupo de la intervención y sensación de una menor carga emocional. Ahora bien, en algunos ensayos no se encontró diferencias significativas en cuanto a sintomatología en esas áreas. Pero, aun así, las madres cuidadoras calificaron la intervención como favorable.

Palabras clave: Psicoterapia; Cuidadores; Neoplasias; Cuidado del Niño; Menores; Servicios de Atención de Salud a Domicilio.

ABSTRACT

Objective: To review and analyze the scientific evidence regarding the psychological interventions carried out in the caregivers of underage cancer patients.

Method: A systematic review of articles from peer-reviewed journals was conducted. Articles were recovered from MEDLINE (through PubMed), Embase, Cochrane Library, PsycINFO, PSICODOC, Scopus, Web of Science and MEDES until July 2020. The search equation was formulated using the descriptors «Psychotherapy» and «Caregivers» and «Neoplasms», also using the related Entry Terms and filters: «Humans» and «Child: birth-18 years». The quality of the articles was evaluated using the CONSORT questionnaire and the level of evidence and grade of recommendation using the GRADE criteria.

Results: After applying the inclusion and exclusion criteria 11 articles were selected from the 255 articles initially retrieved. In the evaluation of the quality of the articles using CONSORT the scores ranged from a minimum of 14,5 to a maximum of 20,8 with a median of 18,5 (maximum score of 21). According to GRADE criteria a strong recommendation grade (moderate to high quality evidence) was obtained, classified between the ranges from 1B to 1A. The most frequent intervention was cognitive behavioral therapy, in 7 of 11 clinical trials, being directed by a psychologist, with face to face sessions being the most used form of intervention.

Conclusions: Most of the clinical trials measured depressive, anxious and post-traumatic symptoms. The most used intervention was cognitive behavioral therapy with a decrease in post-traumatic stress. It was also observed that depression, anxiety and the feeling of less emotional charge decreased in the intervention group. However, in some trials no significant differences were found in terms of symptoms in these areas. But even so, the caregiving mothers rated the intervention as favorable.

Keywords: Psychotherapy; Caregivers; Neoplasms; Child Care; Minors; Home Care Services.

INTRODUCCIÓN

El concepto de dependencia fue definido por el Consejo de Europa como un estado en el que se encuentran las personas que, como consecuencia de una falta o pérdida de autonomía física, psíquica o social, tienen la necesidad de asistencia y/o ayudas importantes a fin de realizar los comportamientos habituales de la vida diaria. El apoyo a las familias con un miembro en situación de dependencia se ha convertido en una necesidad prioritaria en nuestra sociedad. Existen numerosos factores demográficos, sociales, políticos, económicos que justifican esta prioridad, entre ellos se destacan dos: en primer lugar, el aumento de las necesidades de atención a personas dependientes (aumento en número y prolongación del tiempo de cuidados) y, en segundo lugar, la disminución de la capacidad de atención familiar, institución tradicionalmente cuidadora en nuestro país (crisis del apoyo informal)⁽¹⁾.

Para hacer frente al fenómeno de la dependencia y proporcionar los cuidados y ayudas necesarios para los pacientes oncológicos menores de edad (menos de 18 años), las políticas sociales y sanitarias y los propios usuarios se apoyan en dos sistemas básicos de cobertura: el cuidado profesional y el cuidado no profesional. El primero, es el cuidado que presta un profesional, institución pública o entidad, con o sin ánimo de lucro, ya sea en el hogar de la persona en situación de dependencia o en un centro destinado a tal efecto. El segundo, en cambio, hace referencia a una persona que proporciona cuidado a otra que tiene limitaciones en su autonomía para la ejecución de las actividades básicas o instrumentales de la vida diaria, de modo no remunerado y no vinculado a un servicio de atención profesional, sino en virtud de una unión afectiva⁽²⁾.

El cuidado no profesional sigue siendo mayoritario y tiene una gran relevancia social, pues sirve de apoyo a las personas en situación de dependencia y constituye uno de los recursos más importantes para la política social y sanitaria al reducir la utilización de recursos asistenciales. Sin embargo, asumir el cuidado de un ser querido puede llegar a afectar el propio bienestar psicológico⁽³⁾.

Pero, estos cuidados son de suma importancia ya que al estudiar la relación, con respecto a la evaluación del estado de salud, se observó una adecuada concordancia de lo percibido entre los pacientes y su principal cuidador, sobre todo si era mujer y familiar en primer grado⁽⁴⁾.

En este sentido, la vivencia de distrés en el proceso de la enfermedad puede generar efectos negativos para la salud general y la calidad de vida del paciente y también de su cuidador. Así, el cáncer, y también sus tratamientos médicos, conducen a una amplia variedad de problemas físicos y psicosociales. Estos van desde dolor físico, fatiga y pérdida de vida autónoma hasta ansiedad, depresión y tensión en las relaciones personales y tienen un profundo impacto en la calidad de vida. Como resultado, la demanda de intervenciones psicosociales para tratar y apoyar a pacientes con enfermedad de cáncer y sobrevivientes de cáncer ha aumentado drásticamente en las últimas décadas. Otros desarrollos históricos también han facilitado el nacimiento de la psicooncología como una disciplina interdisciplinaria relativamente nueva. Estos incluyen los siguientes elementos: la desestigmatización del cáncer y las enfermedades mentales, los cambios en la relación entre el proveedor de atención médica y el paciente, un cambio en el enfoque de aumentar la supervivencia y la esperanza de vida para mejorar la calidad de vida y el desarrollo de los cuidados paliativos⁽⁵⁾.

Además, el cáncer es una de las principales causas de mortalidad entre niños y adolescentes en todo el mundo; cada año se diagnostican aproximadamente 300.000 niños de entre 0 y 19 años⁽⁶⁾.

Ante una pérdida tan importante como lo es la salud y todo lo que eso implica, la persona experimenta la vivencia de un duelo oncológico, un cierto modo de abordaje y afrontamiento en la persona y su entorno que, por supuesto, puede afectar a su cuidador principal⁽⁷⁾.

El cáncer infantil demanda en el cuidador familiar preparación para asumir su rol y mitigar sus efectos negativos. De hecho, el cáncer pediátrico no solo afecta al niño, sino que tiene repercusión

nes en su núcleo familiar, social y en particular en el cuidador familiar. Ante el impacto del cáncer en la vida del niño, el cuidador debe asumir complejas responsabilidades las cuales provocan cambios en su vida y se expresan como carga del cuidador, molestias del cuidado, tensión del cuidador o estrés del cuidador y mala calidad de vida. De hecho, la experiencia de ser cuidador familiar implica dedicación, sacrificio, obligación moral, sufrimiento, afectación laboral y financiera, lo que implica que necesiten apoyo⁽⁸⁾.

Los cuidadores familiares de niños con cáncer requieren ser atendidos dada la responsabilidad que asumen en su rol y los impactos del cáncer en su receptor de cuidados y en ellos mismos, requieren una preparación que les aporte la información y entrenamiento necesarios, pues un cuidador mejor informado y con buenas relaciones con su receptor de cuidados fomenta la adherencia al tratamiento⁽⁹⁾. Por tanto, es importante que los profesionales de salud reflexionen acerca de su hacer con los cuidadores y los niños con cáncer, en busca de comprender sus necesidades y ofrecer intervenciones que mejoren resultados en los niños y que mitiguen los efectos negativos del rol de cuidador⁽¹⁰⁾.

Por todo ello, el objetivo de este estudio fue revisar y analizar la evidencia científica con respecto a las posibles intervenciones psicológicas realizadas en los cuidadores de los pacientes oncológicos menores de edad.

MÉTODOS

Diseño

Estudio descriptivo transversal y análisis crítico de los trabajos recuperados mediante revisión sistemática.

Fuente de obtención de los datos

Los datos se obtuvieron de la consulta directa y acceso, vía Internet, a las siguientes bases de datos bibliográficas del ámbito de las ciencias de la salud: MEDLINE (vía PubMed), Embase, Cochrane Library, PsycINFO, PSICODOC, Scopus, Web of Science y MEDES.

Unidad de análisis

Se trabajó con los artículos publicados y recuperados desde las bases de datos bibliográficas indicadas.

Para evitar posibles duplicidades no se tuvieron en cuenta las comunicaciones a congresos, aunque sean de gran importancia para la comunidad investigadora ya que contribuyen a la rápida comunicación y difusión de la investigación.

Tratamiento de la información

Para definir los términos de la búsqueda se consultó el *Thesaurus* desarrollado por la *U.S. National Library of Medicine*. Se consideró adecuado el uso de los términos «Psychotherapy» y «Caregivers» y «Neoplasms», como descriptores y como texto en los campos de registro del título y

el resumen, conformando la sintaxis de búsqueda final mediante la intersección booleana de dos ecuaciones: (Ecuación 1) AND (Ecuación 2) AND (Ecuación 3).

- Ecuación 1 - Psicoterapia:

"Psychotherapy"[Mesh]OR"Psychotherapy"[Title/Abstract]OR"Psychotherapies"[Title/Abstract] OR "Psychotherapist"[Title/Abstract] OR "Clinical Psychotherapist"[Title/Abstract] OR "Schema Therapy"[Title/Abstract] OR "Schema Therapies"[Title/Abstract] OR "Logotherapy"[Title/Abstract] OR "Logotherapies"[Title/Abstract] OR "Animal Assisted Therapy"[Title/Abstract] OR "Aromatherapy"[Title/Abstract] OR "Art Therapy"[Title/Abstract] OR "Behavior Therapy"[Title/Abstract] OR "Bibliotherapy"[Title/Abstract] OR "Color Therapy"[Title/Abstract] OR "Crisis Intervention"[Title/Abstract] OR "Dance Therapy"[Title/Abstract] OR "Emotion-Focused Therapy"[Title/Abstract] OR "Psychological Feedback"[Title/Abstract] OR "Gestalt Therapy"[Title/Abstract] OR "Horticultural Therapy"[Title/Abstract] OR "Hypnosis"[Title/Abstract] OR "Interpersonal Psychotherapy"[Title/Abstract] OR "Music Therapy"[Title/Abstract] OR "Narrative Therapy"[Title/Abstract] OR "Person-Centered Psychotherapy"[Title/Abstract] OR "Play Therapy"[Title/Abstract] OR "Psychoanalytic Therapy"[Title/Abstract] OR "Psychotherapeutic Processes"[Title/Abstract] OR "Brief Psychotherapy"[Title/Abstract] OR "Multiple Psychotherapy"[Title/Abstract] OR "Psychodynamic Psychotherapy"[Title/Abstract] OR "Rational-Emotive Psychotherapy"[Title/Abstract] OR "Reality Therapy"[Title/Abstract] OR "Socioenvironmental Therapy"[Title/Abstract] OR "Therapeutic Alliance"[Title/Abstract]

- Ecuación 2 Cuidadores:

"Caregivers"[Mesh] OR "Caregiver"[Title/Abstract] OR "Carer"[Title/Abstract] OR "Care Giver"[Title/Abstract] OR "Spouse Caregiver"[Title/Abstract] OR "Family Caregiver"[Title/Abstract]

- Ecuación 3 - Neoplasias:

"Neoplasms"[Mesh] OR "Neoplasms"[Title/Abstract] OR "Neoplasia"[Title/Abstract] OR "Neoplasm"[Title/Abstract] OR "Tumor"[Title/Abstract] OR "Cancer"[Title/Abstract] OR "Malignancy"[Title/Abstract] OR "Malignancies"[Title/Abstract] OR "Malignant Neoplasm"[Title/Abstract]

La ecuación de búsqueda final se desarrolló para su empleo en la base de datos MEDLINE, vía PubMed, utilizando los filtros: «Humans» y «Child: birth-18 years».

Esta estrategia se adaptó a las características de cada una del resto de bases de datos consultadas. La búsqueda se realizó desde la primera fecha disponible, de acuerdo a las características de cada base de datos, hasta julio de 2020.

Adicionalmente, como búsqueda secundaria y para reducir los posibles sesgos de publicación, se examinó el listado bibliográfico de los artículos que fueron seleccionados en la búsqueda principal, con el objeto de identificar estudios no detectados en la revisión (búsqueda manual). Así mismo, se contactó con especialistas en el área de conocimiento para conocer la posible literatura gris existente o la existencia de algún ensayo no detectado en las búsquedas anteriores.

Selección final de los artículos

Se escogieron para la revisión y análisis crítico los artículos que cumplieron los siguientes criterios: adecuarse a los objetivos de la búsqueda (intervención psicológica), ser ensayo clínico y estar publicados en revistas arbitradas por pares y escritos en inglés, español o portugués.

Se excluyeron: aquellos artículos que, además, no se pudo encontrar el texto completo del mismo, no existió relación con la intervención o con el resultado a estudio y los que incluían población adulta (más de 18 años).

Calidad de los documentos seleccionados

Para valorar la calidad de la presentación de los documentos seleccionados se utilizaron las directrices para la comunicación de los ensayos clínicos CONSORT (*CONsolidated Standards of Reporting Trials*)⁽¹¹⁾, que contiene un listado de 25 aspectos esenciales que deben describirse en la publicación de estos estudios. Para cada artículo seleccionado se asignó un punto por cada ítem presente (en caso de no ser aplicable no puntuaba, NA = No Aplica). Cuando un ítem estaba compuesto por varios puntos, estos se evaluaron de forma independiente, dándole el mismo valor a cada uno de ellos y posteriormente se realizó un promedio (siendo éste el resultado final de ese ítem), de tal forma que en ningún caso se pudiera superar la puntuación de un punto por ítem. No se tuvo en cuenta (no aplicaban) los ítems 9 (mecanismo de ocultación de la asignación), 10 (implementación) y 11 (enmascaramiento) del cuestionario, al no considerarse necesarias las etapas de ocultación y de cegamiento en el tipo de intervención estudiado. Tampoco se consideró necesario, para esta revisión los resultados del análisis de subgrupos, ítem 18. En consecuencia, el valor final y su porcentaje se calcularon sobre 21 ítems.

Para conocer el nivel de evidencia y su grado de recomendación se utilizaron las recomendaciones de *The Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation* (GRADE)⁽¹²⁾.

Extracción de los datos

El control de la corrección de los datos se realizó mediante dobles tablas que permitieron la detección de las desviaciones y su subsanación mediante nueva consulta de los originales.

Para determinar la actualidad de los artículos se calculó el semiperíodo de Burton-Kebler (la mediana de la edad) y el Índice de Price (porcentaje de artículo con edad inferior a los 5 años).

Los estudios se agruparon según las variables a estudio, con el fin de sistematizar y facilitar la comprensión de los resultados, considerando los siguientes datos: primer autor y año de publicación, diseño del estudio, población incluida en los artículos, país, período de implementación de la intervención, patología, intervención realizada y resultado principal obtenido.

RESULTADOS

Tras aplicar los criterios de búsqueda descritos se recuperaron un total de 248 referencias: 9 en MEDLINE (vía PubMed), 15 en Embase, 107 en Cochrane Library, 28 en PsycINFO, 1 en PSICO-DOC, 62 en Scopus, 26 en Web of Science y 0 en MEDES.

Una vez depurados los 68 registros repetidos, aplicar los criterios de inclusión y exclusión, consultar los listados bibliográficos de los artículos seleccionados mediante búsqueda secundaria y

revisar los documentos aportados por los expertos (figura 1), fue posible seleccionar 11 documentos⁽¹³⁻²³⁾ para su revisión y análisis crítico (tabla 1).

Figura 1. Flujo de la identificación y selección de los estudios

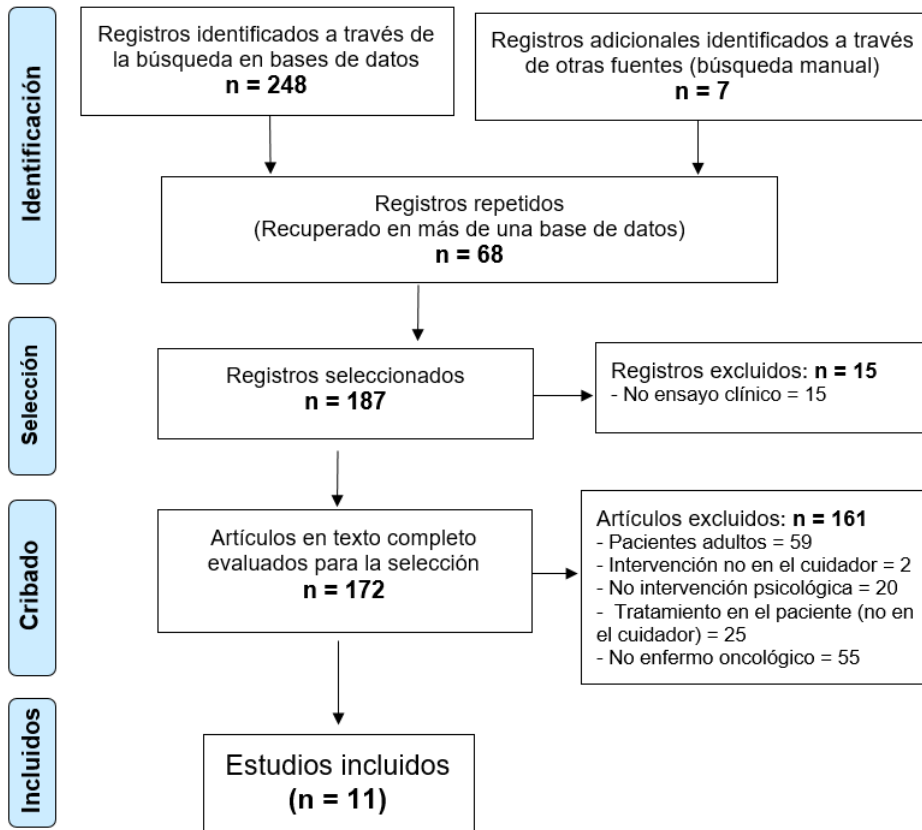


Tabla 1: Resumen de los estudios revisados sobre Intervención psicológica en los cuidadores de los pacientes oncológicos menores de edad.

Autor/año	Diseño	Población	País	Marco terapéutico	Intervención	Periodo de la intervención	Resultado principal
Shakiba, et al. 2020 ⁽¹³⁾	Ensayo Clínico	100 madres GI: N=50 H/M= 100%M Edad Media =33,32 GC: N=50 H/M=100%M Edad Media =35,4	Irán	Intervención Cognitivo Emocional Grupal. Master en enfermería Psiquiátrica con supervisión de experto en Counselling 5 sesiones 2 veces a la semana, de 60 a 90 minutos.	Introducción, aceptación de emociones negativas en torno al proceso de enfermedad. Discusión grupal sobre la dicotomía de emociones. Psicoeducación y mejora del conocimiento sobre el cáncer. Facilitar comunicación y expresión emocional. Discusión grupal sobre vías de mejora de la asertividad y estrategias. Facilitar procesamiento cognitivo y disminuir pensamientos intrusivos transformándolos en pensamiento reflexivo. Terapia Racional Emotiva y <i>Mindfulness</i> . Desarrollo de valores, nuevas prioridades, redefinición de objetivos y nueva filosofía de vida. Espiritualidad y pensamiento positivo. Cohesión entre miembros de la familia. Religión. Estrategias de relajación y de autorregulación. Estrategias de resolución de problemas.	Seguimiento 16 semanas después de la intervención	El valor de la media de estrés postraumático en el grupo de madres perteneciente al grupo de intervención, fue significativamente más bajo que en grupo control. Así mismo, el crecimiento postraumático fue significativamente mayor en el grupo de intervención.
Lamanna, et al. 2018 ⁽¹⁴⁾	Ensayo clínico	N = 39 Edad Media=36,5 H/M= 87%M GI: N=21 GC: N=18	EE.UU.	Terapia Cognitivo Conductual. 2 sesiones, 60 minutos y 30 minutos, respectivamente.	Sesión 1: Explicación de los 5 pasos de la Terapia de resolución de Problemas. Sesión 2: Revisión del uso de las habilidades.	Periodo de reclutamiento máximo 4 semanas después de recibir el diagnóstico. Se recogen medidas pre, al mes y 3 meses tras la intervención.	No encontraron diferencias significativas en mejora de resolución de problemas, disminución de síntomas de estrés del cuidador ni de sintomatología postraumática.
Cernvall, et al. 2017 ⁽¹⁵⁾	Ensayo clínico	N = 58 GI: N=31 H/M=10/21 Edad Media=40 GC: N=27 H/M=10/17 Edad Media=36	Suecia	Terapia Cognitivo Conductual a través de internet en formato de guía de autoayuda. Texto y material visual dividido en 9 módulos 10 semanas de duración.	Psicoeducación Estrategias de afrontamiento de pensamientos y emociones. Estrategias de relajación. Experimentos conductuales Resolución de problemas. Escritura emocional Establecimiento de valores y objetivos Autocuidado Mantenimiento de cambios.	Periodo de reclutamiento de 4 a 12 semanas después del diagnóstico. Seguimiento 12 meses ⁽²⁰¹⁷⁾	Efecto significativo de la intervención en síntomas postraumáticos. Efecto significativo de la intervención en reducción de síntomas de depresión y ansiedad. A los 12 meses: Se mantienen efectos significativos en síntomas postraumáticos y en reducción de síntomas de depresión y ansiedad. No encuentra diferencias significativas en consumo de servicios de salud o bajas por enfermedad.
Safarabadi-Farahani, et al. 2016 ⁽¹⁶⁾	Ensayo clínico	N = 65 Edad Media=36,5 GI: N=31 Edad Media=33,45 H/M= 1/30 GC: N=31 Edad Media=34 H/M= 2/29	Iran	Intervención Psicosocial. Trabajador Social. 5 sesiones de <i>Counselling</i> individual de 60 a 90 minutos. 5 llamadas telefónicas intercaladas de seguimiento.	Facilitar vínculo y motivar a participar desde una comunicación abierta. Desarrollar actitud optimista, manteniendo la esperanza y focalización en objetivos a corto plazo. Proporcionar información sobre tratamientos y aprender a vivir con incertidumbre. Técnicas para el manejo del estrés, estrategias de afrontamiento activo y estilo de vida saludable. Estrategias de autocuidado.	Recogen medidas pre, post y 30 días tras la intervención.	Encuentran mejoría significativa en el GI en calidad de vida. Incluyendo mejoras en las subescalas de carga mental/emocional, disrupción y adaptación positiva, en comparación con el GC en el seguimiento. No se encontraron diferencias entre GI y GC en la subescala de preocupaciones financieras después de la intervención.

Autor/año	Diseño	Población	País	Marco terapéutico	Intervención	Periodo de la intervención	Resultado principal
Marsland, et al. 2013 ⁽¹⁷⁾	Ensayo clínico (piloto)	N = 45 cuidadores H/M: 98%M Edad Media=41 GI: N=30 N tras pérdidas=23 H/M: 91,3%M Edad Media=42,8 GC: N=15 N tras pérdidas=14 H/M: 100%M Edad Media=39,5	EE.UU.	Terapia Cognitivo Conductual. Psicólogo 6 sesiones individuales y 6 contactos telefónico. Acceso al sitio web del estudio. La duración de las sesiones es de 30, 45 o 60 minutos.	Explicación del programa Respuestas emocionales al estrés y entrenamiento en relajación a través de la respiración Entrenamiento en relajación muscular progresiva Estrategias de afrontamiento activo y relajación en imaginación Comunicación efectiva y acceso a apoyo social Revisión de estrategias para padres con hijos con una enfermedad crónica	Periodo de reclutamiento dentro del primer mes en que se recibe el diagnóstico. El periodo de intervención se lleva a cabo entre 4 y 6 meses.	No se encontró un impacto significativo en los niveles de distrés. Apoyo social como moderador de la eficacia del tratamiento: Los cuidadores que de inicio presentaban un menor apoyo social percibido, se beneficiaron en mayor medida de la intervención
Sahler, et al. 2013 ⁽¹⁸⁾	Ensayo clínico	Madres GI: N=152 Edad Media= 36,3 H/M=100%M GC: N=157 H/M=100%M Edad Media=38,3	EE.UU.	Terapia Cognitivo Conductual Psicólogo 8 sesiones de 1 hora	Sesión 1: Construir vínculo y comprender historia personal e información médica relevante. Sesión 2: Introducción a la Terapia de Resolución de problemas y al modelo Bright IDEAS. Sesiones 3 a 7: Revisión de los problemas identificados por las madres y promoción de las estrategias de resolución. Sesión 8: Revisión del programa de resolución de problemas e identificación de estrategias de prevención de recaídas.	Periodo de reclutamiento 2-16 semanas después de recibir el diagnóstico. Se recogen medidas pre, postintervención y 3 meses tras la intervención.	No se encontraron diferencias significativas entre grupos, excepto en el nivel de estrategias de resolución de problemas en GI. Los resultados mejoraron por igual en ambos grupos inmediatamente postintervención. Sin embargo, en el seguimiento a los 3 meses, las madres del GI continuaban mostrando mejoría significativa en humor, ansiedad y síntomas postraumáticos, no siendo así en el GC.
Fedele, et al. 2013 ⁽¹⁹⁾	Ensayo clínico	52 madres Edad Media=35,15 GI: N=27 H/M=100%M GC: N=25 H/M=100%M	EE.UU.	12 sesiones semanales, 6 presenciales de 45min a 1 hora de duración. Psicólogo 6 llamadas telefónicas de 15 a 30 minutos, realizadas por Enfermero	6 módulos: Manejo de la incertidumbre Comunicación con equipo médico. Afrontamiento cognitivo. Resolución de problemas. Apoyo social. Consolidación de las habilidades. Intervención de Enfermería: Reforzar la adquisición del conocimiento y habilidades. Responder cuestiones médicas sobre efectos secundarios y protocolos de tratamiento.	Periodo de reclutamiento 4-16 semanas después de recibir el diagnóstico. Se recogen medidas pre, post y 3 meses tras las intervenciones.	Encuentran resultados significativos a favor del grupo de intervención en medidas de distrés. Se observa evidencia de un efecto preventivo. Las madres del grupo de intervención mejoraban o permanecían estables en su adaptación, no siendo así en el grupo control. Encuentran una relación entre distrés en las madres y síntomas internalizantes en sus hijos. La intervención a las madres, reducía los síntomas internalizantes y externalizantes en el seguimiento. Solo los internalizantes estaban mediados por la reducción del distrés materno. Los externalizantes estaban mediados por factores de las madres no observados.

Autor/año	Diseño	Población	País	Marco terapéutico	Intervención	Periodo de la intervención	Resultado principal
Stehl, et al. 2009 ⁽²⁰⁾	Ensayo clínico	76 familias (2 cuidadores por familia ya sean padres, abuelos, tíos, hermanos) mayores de edad y que estén directamente involucrados en la crianza del menor diagnosticado. En total 162 cuidadores GI: N=38 H/M= No consta Edad Mediana= 35 GC: N=38 H/M= No consta Edad Mediana= 36	EE.UU.	Terapia Interpersonal. Grupos multifamiliares. Psicólogo 3 sesiones de 45 minutos y otras 3 sesiones recordatorias.	Identificar creencias sobre las adversidades relacionadas con el cáncer, el rol futuro del cáncer dentro de la familia poniendo énfasis en el crecimiento familiar. Promover la comunicación y el apoyo mutuo entre cuidadores. Video de grupo multifamiliar, proporcionando una exposición controlada a eventos potencialmente traumáticos relacionados con el cáncer. En las sesiones recordatorias se facilita una continuidad en la exposición a herramientas y conceptos de la intervención.	3 años de reclutamiento de familias. Las 3 sesiones de intervención se llevan a cabo entre 4 y 6 semanas después del diagnóstico. Las 3 sesiones recordatorias se realizan en los meses 1, 2 y 3 tras la última sesión.	No encuentran diferencias significativas en ansiedad estado ni en sintomatología relacionada con el trauma.
Askins, et al. 2009 ⁽²¹⁾	Ensayo clínico	301 madres Edad Media=36,3 GI1: N=104 H/M= 100%M GI2: N=93 H/M=100%M GC: N=104 H/M=100%M	EE.UU.	Terapia Cognitivo Conductual Psicólogo GI1: 8 sesiones presenciales de 1 hora GI2: 8 sesiones presenciales de 1 hora más asistente digital	GI1 Terapia de Resolución de Problemas. Modelo Bright IDEAS GI2 Terapia de Resolución de Problemas con Asistente Digital Personal. Modelo Bright IDEAS. Interacción con el asistente para potenciar lo adquirido en la terapia, a través de texto, audios o dibujos con acceso ilimitado. GC: escucha activa no directiva	Periodo de reclutamiento 2-16 semanas después de recibir el diagnóstico. Se recogen medidas pre, post y 3 meses tras las intervenciones.	Ambos grupos de intervención demostraron cambios significativos en resolución de problemas, síntomas de depresión, estados de humor y sintomatología postraumática. No se encontraron diferencias entre los dos grupos de intervención. A pesar de los fallos tecnológicos, las madres calificaron el asistente digital personal como favorable.
Kazak, et al. 2005 ⁽²²⁾	Ensayo clínico (piloto)	38 cuidadores (19 familias) 19 madres, 18 padres y 1 abuela H/M=18/20 GI: N= 9 familias Edad Mediana=35 GC: N= 10 familias Edad Mediana=37	EE.UU.	Terapia Cognitivo Conductual. Psicólogo 3 sesiones de 45 minutos dentro del primer mes tras el diagnóstico	Video discusión multifamiliar sobre el impacto del cáncer en las familias Identificación de creencias sobre el cáncer, su tratamiento y el impacto en la familia Mejorar el funcionamiento familiar a través de aceptar lo incontrolable, focalizarse en lo controlable, reconocer las fortalezas, ser positivos. Crecimiento familiar y futuro a través de la metáfora del "mapa para la supervivencia familiar" y "pon el cáncer en su lugar"	Inclusión de los participantes justo tras conocer el diagnóstico. Se incluyeron datos pre y 2 meses post-intervención.	La intervención es exitosa para utilizarse en los primeros meses tras el diagnóstico. Los resultados preliminares muestran reducción en los niveles de ansiedad y de sintomatología postraumática en los padres.
Hoekstra-Weebers, et al. 1998 ⁽²³⁾	Ensayo clínico	81 cuidadores H/M=40/41 Edad Media=36,6 GI: N=39 GC: N=42	Holanda	Terapia Cognitivo Conductual. Psicólogo. 8 sesiones de 90 minutos cada 3 semanas.	Psicoeducación. Expresión de emociones. Identificación de pensamientos automáticos negativos. Fomento de habilidades de afrontamiento centradas en el problema. Estrategias de comunicación y asertividad. Información sobre posibles consecuencias psicosociales de la enfermedad para el hijo y para la familia en conjunto.	Periodo de reclutamiento en el momento del diagnóstico. Se recogen medidas pre, post y 6 meses tras la intervención.	En el seguimiento todos los padres disminuyen los resultados en las medidas de distrés. Sin embargo, no se encuentran diferencias entre los grupos en cuanto a funcionamiento psicológico, satisfacción con el apoyo e intensidad de las emociones inmediatamente postintervención ni a los 6 meses.
GI = Grupo intervención GC = Grupo control							

A la hora de revisar los artículos se observó que existían ensayos que, si bien presentaron diferentes objetivos de estudio o poblaciones, las intervenciones realizadas no diferían entre ellos y, por lo tanto, solo se aceptó el más actual para su revisión. Este fue el caso del trabajo de Fedele et al.⁽¹⁹⁾, que representaba la continuación del ensayo de Mullins et al.⁽²⁴⁾, por lo que solo se incluyó, en la tabla de la revisión, el primero de ellos. El de los ensayos de Cernvall et al., de 2015 y 2017^(15,25), y los estudios de Sahler et al., que publicaron, en los años 2002 y 2005^(26,27), dos ensayos clínicos con misma intervención y diferente muestra poblacional. Posteriormente, en el año 2013, publicaron un último ensayo⁽¹⁸⁾, siendo este el aceptado en la revisión.

En la búsqueda manual se hallaron dos ensayos clínicos que fueron excluidos por el hecho de aplicar la intervención a cuidadores de niños o adolescentes que ya habían superado el cáncer^(28,29). Hay que tener en cuenta, que pacientes y cuidadores se enfrentaron a otro tipo de procesos y síntomas como secuelas, los llamados "late effects" y movimientos dentro del sistema familiar diferentes ya instaurados, como padres hipervigilantes con la salud o sobreprotectores de sus hijos, que habría que tratar. Así pues, se decidió centrarse únicamente en los ensayos clínicos que abarcaron cuidadores de niños que se estaban enfrentando al proceso de enfermedad en ese momento.

Por esta misma razón, no se tuvieron en consideración estudios que se centraban únicamente en intervenciones muy concretas como los relacionados con trasplantes de células madres hematopoyéticas⁽³⁰⁾.

Los artículos elegidos presentaron una obsolescencia, según el Índice de Burton-Kebler, igual a 7 años, con un Índice de Price del 30,8%.

Al evaluar la calidad de los artículos seleccionados para la revisión, mediante el cuestionario CONSORT, las puntuaciones oscilaron entre un mínimo de 14,5 y un máximo de 20,0 (sobre 21 ítems) con mediana igual a 18,5 (tabla 2).

Según los criterios GRADE esta revisión presentó un grado de recomendación fuerte (evidencia de moderada a alta calidad) clasificada entre los rangos de 1B a 1A.

La filiación mayoritaria de los trabajos incluidos en la revisión fue estadounidense, con 7 ensayos^(14,17-22), estando todos los trabajos, aceptados en esta revisión, redactados en inglés.

La población incluida en los trabajos recopilados, en esta revisión, osciló entre un mínimo de 38 personas⁽²²⁾ y un máximo de 301⁽²¹⁾, situándose el rango de la edad entre 33 y 41 años. La figura del cuidador/a fue la madre, en 5 ensayos^(13,18,19,21,22). Otros autores como Stehl et al.⁽²⁰⁾, se limitaban a clasificarlos como familiares.

En este punto, habría que destacar la existencia de muchas pérdidas en los ensayos clínicos. En ocasiones por la propia muerte del paciente, en otros casos por las dificultades de compaginar la recepción de atención para sí mismos y la necesidad de atender como cuidadores a sus hijos. Uno de los estudios lo resolvió con voluntarios que se hacían cargo de los niños mientras el cuidador recibía la intervención⁽¹⁶⁾.

Artículo	Puntuación de los ítems del cuestionario ^a																											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	Total ^b	%	
Shakiba ⁽¹³⁾	1	1	1	1	1	0,5	1	1	NA	NA	NA	1	1	0	1	1	1	NA	1	1	1	1	1	1	1	1	19,5	92,9
Lamanna ⁽¹⁴⁾	0	1	1	1	1	1	1	1	NA	NA	NA	1	1	0,5	1	1	1	NA	1	1	1	1	0	0	1	17,5	83,3	
Cernvall ⁽¹⁵⁾	1	1	1	1	1	1	1	1	NA	NA	NA	1	1	1	1	1	1	NA	1	0	1	1	1	1	1	20,0	95,2	
Safarabadi-Farahani ⁽¹⁶⁾	1	1	1	1	1	0,5	1	1	NA	NA	NA	1	1	0,5	1	1	1	NA	0	1	1	1	1	1	1	19,0	90,5	
Marsland ⁽¹⁷⁾	0,5	1	1	1	1	0,5	1	1	NA	NA	NA	1	1	0	1	1	1	NA	1	1	1	1	1	1	1	19,0	90,5	
Sahler ⁽¹⁸⁾	1	1	1	1	1	0,5	1	1	NA	NA	NA	1	1	0	1	1	1	NA	1	1	1	1	1	1	1	19,5	92,9	
Fedele ⁽¹⁹⁾	0,5	1	0,5	1	1	0,5	1	1	NA	NA	NA	1	0	0	0	1	1	NA	1	1	1	1	1	1	1	16,5	78,6	
Stehl ⁽²⁰⁾	1	1	1	1	1	0,5	1	1	NA	NA	NA	1	1	0	1	1	1	NA	1	0	1	1	1	1	1	18,5	88,1	
Askins ⁽²¹⁾	1	1	1	1	1	0,5	1	0	NA	NA	NA	1	0,5	1	1	1	1	NA	1	0	1	1	1	1	1	18,0	85,7	
Kazak ⁽²²⁾	0,5	1	1	1	1	0,5	1	1	NA	NA	NA	0	1	0,5	0	1	1	NA	1	0	1	1	1	1	1	16,5	78,6	
Hoekstra-Weebers ⁽²³⁾	1	1	0,5	1	1	0,5	1	0	NA	NA	NA	1	0,5	0	0	1	1	NA	1	0	1	1	1	0	1	14,5	69,0	

a - No cumple el ítem ni ninguna de sus partes = 0; cumple el ítem en su totalidad = 1; Cumple parcialmente el ítem = 0 a 1; NA = no aplica.
b - Porcentaje de cumplimiento del total de ítems, excluyendo los que no aplican (NA), quedando 21 ítems para la valoración del total de cumplimiento y su porcentaje.

El periodo temporal (reclutamiento/intervención) que presentaron los estudios osciló entre los 30 días y los 6 meses^(16,17), siendo el periodo más común de 16 semanas^(13,18,19,21).

La intervención más frecuente fue la Terapia Cognitivo Conductual, en 7 de los ensayos^(14,15,17,18,21-23), estando dirigidas principalmente por un Psicólogo/a en 8 de los 11 ensayos^(14,17-23). En este punto habría que reseñar la importancia del equipo interdisciplinar, formado en *Counselling*.

La mayoría de las intervenciones se realizaron de forma presencial, en 3 trabajos se usó el teléfono^(16,17,19) y en 1 se realizó a través de Internet⁽¹⁵⁾. El uso de las nuevas tecnologías, incorporando videos o soportes informáticos, fue recibido de buen grado^(15,21). Kazak et al.⁽²²⁾, con una intervención breve de tan solo 3 sesiones, mostraron a los cuidadores videos de discusiones multifamiliares en las que se abordaban temas de su preocupación, lo que permitió un primer contacto donde, estos cuidadores, se sintieron identificados y facilitó el diálogo.

Las sesiones individuales fue la forma de intervención más utilizada, pero en alguno de los trabajos se llevó a cabo un abordaje de Grupo Multifamiliar, permitiendo la comunicación entre familias que estaban atravesando la misma situación⁽²⁰⁾. El tiempo dedicado a las sesiones osciló entre los 45 a 90 minutos para las presenciales y entre 15 a 30 minutos para las telefónicas.

La mayoría de los estudios que presentaron un enfoque cognitivo-conductual coincidieron en incorporar algún módulo de "resolución de problemas". Tanto Shaler et al.⁽¹⁸⁾, como Askins et al.⁽²¹⁾, hicieron uso del modelo Bright IDEAS basado en esta intervención.

Resultados derivados de la intervención

La mayoría de los ensayos midieron sintomatología depresiva, ansiosa y postraumática.

En los estudios de Shakiba et al.⁽¹³⁾, Fedele et al.⁽¹⁹⁾ y Hoekstra-Weebers et al.⁽²³⁾, se constató una disminución del estrés postraumático debido a la intervención. En los de Cernvall et al.⁽¹⁵⁾ y Kazak et al.⁽²²⁾, se observó una disminución de la depresión y la ansiedad en el grupo de la intervención. Y, Safarabadi-Farahani et al.⁽¹⁶⁾ concluyeron que la población de la intervención presentó una mayor calidad de vida y menor carga emocional.

Por el contrario, en 5 de los ensayos revisados no se encontraron diferencias significativas en relación a la resolución de los problemas derivados del cuidado^(14,17,18,20,21). Aun así, las madres cuidadoras calificaron la intervención como favorable⁽²¹⁾.

DISCUSIÓN

En esta revisión sistemática se identificaron 11 ensayos clínicos que abordaban intervenciones para apoyar a los cuidadores de menores de edad con enfermedad neoplásica, si bien los ensayos cumplían mayoritariamente los requisitos metodológicos no se observó una homogeneidad en las intervenciones realizadas ni en los principales resultados. Además, de acuerdo con otra reciente revisión sistemática⁽³¹⁾ que solo estudiaba las actuaciones realizadas sobre los padres de estos niños y que no tenía como criterio de inclusión que los trabajos aceptados fueran ensayos clínicos, se observaron discrepancias en su implementación y no explicaban la validez social y la estimación general de las intervenciones realizadas.

De acuerdo con las recomendaciones sobre los objetivos de una revisión sistemática⁽³²⁾, la revisión actual tenía como finalidad sintetizar la información relevante relacionada con las intervenciones realizadas en los cuidadores de niños con cáncer y poner a disposición de la comunidad científica información importante que pueda ayudar a comparar los diferentes programas existentes.

El análisis de la actualidad/obsolescencia de los estudios incluidos demostró la plena vigencia del tema estudiado ya que los datos calculados mostraron menor obsolescencia que los datos usuales en el ámbito de los estudios sobre los cuidados de la salud en el ámbito domiciliario⁽³³⁾.

La evaluación de la calidad de los estudios incluidos en este trabajo mediante CONSORT dio unos resultados muy adecuados y superiores a los observados en otras revisiones similares^(34,35). El estudio de la progresión en la calidad documental que se observó en los ensayos más actuales se debe fundamentalmente a la implantación de estos cuestionarios. De hecho, los trabajos más antiguos no solían seguir estas guías de calidad ya que su aparición no fue hasta el año 1996 y su utilización fue de forma progresiva⁽³⁶⁾.

El diseño de los estudios revisados mostró una adecuada evidencia de las recomendaciones según *The Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation* (GRADE). El optar por los mayores grados de evidencia y recomendación se debió a la búsqueda de una consistente relación causa-efecto, ya que se buscaban trabajos de intervención⁽¹²⁾. Esta clasificación se basa en los diseños de los estudios de donde proviene la evidencia, asumiendo que algunos de ellos están sujetos a más sesgos que otros y por ende, justifican más débilmente las decisiones clínicas.

Era predecible la filiación estadounidense de una mayoría de artículos y que estuvieran redactados, principalmente, en lengua inglesa. Este idioma es el elegido para la publicación de la mayoría de los artículos ya que hacerlo en otra lengua distinta resulta negativo para la visibilidad. Asimismo, el número de revistas anglófonas contenidas en las principales bases de datos bibliográficas es muy elevado y publicar en ellas facilita la citación^(37,38).

El tiempo entre el reclutamiento y el comienzo de la intervención en algunos estudios es más adecuado que en otros, dado que los hallazgos de estudios previos apoyaban la necesidad de identificar a las familias y grupos vulnerables para intervenir lo antes posible una vez se ha recibido un diagnóstico de cáncer, lo ideal sería acercar la intervención lo máximo posible al momento del diagnóstico para facilitar el afrontamiento al proceso de enfermedad, así como la capacidad de resiliencia tras el mismo, tal como apuntaban Ogez et al.⁽³¹⁾.

El diagnóstico sitúa a los miembros de la familia en el inicio de un cambio, la posibilidad de que el hijo padezca una enfermedad amenazante para la vida. El desconcierto de la confirmación del diagnóstico, o limbo, en el que la respuesta emocional estará cargada de incertidumbre, preocupación, sensación de vulnerabilidad e impotencia y, en consecuencia, demanda una pronta intervención. Con respecto a la intervención dirigida a los padres y madres, Arenas Rojas et al.⁽³⁹⁾, propusieron la necesidad tanto de recoger información acerca de factores de riesgo y protección con los que pueda contar la familia, como de dirigir la intervención a los diferentes objetivos mencionados encaminados a facilitar la adaptación a la noticia del diagnóstico y al tratamiento activo.

El rango de edad de las madres cuidadoras, figura predominante en los ensayos revisados coincide con lo descrito en otros trabajos anteriores. Las investigaciones desarrolladas en los últimos años sobre el cuidado en el manejo de las diversas enfermedades en niños y adolescentes apuntan que las madres son las principales personas que participan en el proceso del cuidado⁽⁴⁰⁾.

Dado el papel central que desempeñan los padres (fundamentalmente las madres) como cuidadores, sería primordial comprender el impacto en la salud de la prestación de cuidados para que las intervenciones de apoyo se implementen teniendo en cuenta sus necesidades⁽⁴¹⁾. En este sentido, Lafaurie⁽⁴²⁾, señala que ya que es la mujer quien está a cargo del cuidado del menor debería incluirse la perspectiva de género en los procesos de los cuidados.

Estas mujeres, según Martínez Marcos y De La Cuesta Benjumea⁽⁴³⁾, llegan a sentir su vida mermada y, al contrastar su vida pasada con su vida actual se hacen conscientes de las pérdidas que han ido sufriendo a lo largo del tiempo. Se sienten menos fuertes, más tristes y menos libres, les preocupa cómo hacer frente a las demandas del cuidado familiar. La vida que ahora llevan les

hace cuestionarse el sentido de sus propias vidas. Con frecuencia los cuidadores presentan dificultades en el ejercicio de su rol, pues es una función de no depende de ellos solos, sino también de diversas interacciones como el niño enfermo, la red familiar y social próxima, y el equipo de salud. En este sentido, es indispensable apoyar al cuidador/a, pues acciones desde el nivel personal, familiar, profesional, institucional e incluso estatal favorecerían a que sus condiciones de transición mejoraran y, por tanto, que hicieran un tránsito más adecuado en el que el resultado sea la construcción de sentido en torno a la vivencia de cuidar a un niño con cáncer⁽⁴⁴⁾.

Conocer la experiencia de estas cuidadoras ayudará a los equipos de atención primaria a desarrollar intervenciones acordes a las necesidades específicas de las cuidadoras y proporcionar recursos que compensen las pérdidas que sienten y mejoren su calidad de vida⁽⁴³⁾.

En esta revisión se comprobó que la mayoría de las intervenciones se realizaron de forma presencial. Para muchas personas, la terapia psicológica implicaba sentarse frente al terapeuta, mirarle a los ojos y escucharle a viva voz. Así, podría pensarse que una terapia, si se lleva a cabo virtualmente, pierde su sentido y no conseguirá lo que se propone. En esta línea, el estudio de Constantino et al.⁽⁴⁵⁾ hace referencia a la alianza terapéutica como aspecto esencial en la terapia psicológica, situando la clave de la ayuda terapéutica en crear una buena alianza, que determinará en buena parte el éxito de la misma. Bornas et al.⁽⁴⁶⁾, revisando la literatura científica sobre Terapia Cognitivo Conductual a través de realidad virtual e Internet, concluyeron que este tipo de terapias ya empezaron a usarse a partir de 1995, siendo la eficacia de los tratamientos elevada y comparable a la del sistema tradicional presencial. En otra revisión posterior, Botella et al.⁽⁴⁷⁾, vieron que los estudios recopilados mostraban que la realidad virtual proporcionaba tratamientos eficaces y que estas aplicaciones, surgidas en el ámbito de la Psicología Clínica habían ofrecido buenos resultados en el tratamiento de distintos trastornos psicológicos.

Como quedó patente, la intervención más frecuente fue la terapia cognitivo-conductual, siendo esta terapia la que ha demostrado mayor nivel de evidencia en el abordaje psicológico de diferentes problemáticas⁽⁴⁸⁾. Los resultados de esta intervención indicaron disminuciones significativas en el desgaste físico y psíquico y el sentimiento de culpa. También, se apreciaron incrementos en calidad de vida⁽⁴⁹⁾.

La mayoría de estos trabajos con enfoque cognitivo conductual incorporaban algún módulo de resolución de problemas, y otros para disminuir el afecto negativo (ansiedad, depresión y síntomas postraumáticos) en madres de niños recientemente diagnosticados de cáncer^(18,27). Shakiba et al.⁽¹³⁾, hicieron hincapié, en su modelo, en el abordaje emocional del proceso que están atravesando las madres cuyos hijos han recibido recientemente el diagnóstico de cáncer, obteniendo resultados positivos y estadísticamente significativos en crecimiento postraumático.

Según establece la "Guía Europea para la mejora de la calidad del control integral del cáncer"⁽⁵⁰⁾, el tratamiento a los pacientes (y sus cuidadores) debe realizarse a través de equipos multidisciplinares que contemplen la atención psicosocial, la rehabilitación y los cuidados paliativos como partes integrantes del plan de intervención. Para los cuidadores de personas con cáncer, el apoyo eficaz puede incluir intervenciones psicosociales y *Counselling*⁽⁵¹⁾.

Posibles limitaciones de esta revisión: En línea con la conclusión del estudio de Ogez et al.⁽³¹⁾, los futuros ensayos clínicos deberían documentar detalladamente las etapas del proceso de la intervención que permitiera conocer y poder evaluar críticamente los diferentes programas desarrollados.

Los informes futuros deben documentar las etapas de desarrollo y rediseño antes de realizar ensayos de eficacia, ya que este paso proporcionaría detalles cruciales para evaluar críticamente los programas.

Otra limitación, relacionada con el público objetivo, fue que no quedaba claro si la estructura o las herramientas de los programas habían sido adaptados a cuidadores culturalmente diversos. La

gran mayoría de los programas se desarrollaron en una cultura occidental (esencialmente estadounidense) y solo Bright IDEAS se adaptó tanto al inglés como al español⁽¹⁸⁾.

En consecuencia, se puede concluir: La mayoría de los ensayos midieron sintomatología depresiva, ansiosa y postraumática. La intervención que más se realizó fue la Terapia Cognitivo Conductual, constatándose una disminución del estrés postraumático. También se observó, que disminuía la depresión y la ansiedad en el grupo de la intervención y una menor carga emocional.

Ahora bien, en algunos ensayos no se encontraron diferencias significativas en relación a la resolución de los problemas derivados del cuidado. Pero, aun así, las madres cuidadoras calificaron la intervención como favorable.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ortiz Muñoz MD. Experiencias en la intervención psicológica con familias de personas dependientes. *Interv Psicosoc.* 2007;26(1):93-105.
2. Vázquez FL, Hermida E, Díaz O, Torres Á, Otero P, Blanco V. Intervenciones psicológicas para cuidadores con síntomas depresivos: revisión sistemática y metanálisis. *Rev Latinoam Psicol.* 2014;46(3):178-88. DOI: 10.1016/S0120-0534(14)70021-4
3. Crespo López M, López Martínez J. El apoyo a los cuidadores de familiares mayores dependientes en el hogar: desarrollo del programa "Cómo mantener su bienestar". Madrid, España: Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO); 2007.
4. Wanden-Berghe C, Nolasco A, Planas M, Sanz-Valero J, Rodríguez T, Cuerda C, et al. Health-related quality of life according to the main caregiver in patients with home nutritional support. *Med Clin (Barc).* 2008;131(8):281-4. DOI: 10.1016/s0025-7753(08)72258-9
5. Lang-Rollin I, Berberich G. Psycho-oncology. *Dialogues Clin Neurosci.* 2018;20(1):13-22.
6. Steliarova-Foucher E, Colombet M, Ries LAG, Moreno F, Dolya A, Bray F, et al. International incidence of childhood cancer, 2001-10: a population-based registry study. *Lancet Oncol.* 2017;18(6):719-31. DOI: 10.1016/S1470-2045(17)30186-9
7. Verónica RM, Catalina ÁO, Fernanda VB. Psicooncología: Un modelo de intervención y apoyo psicosocial. *Rev Med Clin Condes.* 2013;24(4):677-84. DOI: 10.1016/S0716-8640(13)70207-4
8. Carreño-Moreno S, Chaparro-Díaz L, López-Rangel R. Intervenciones en cuidadores familiares de niños con cáncer. *Index Enferm.* 2017;26(1-2):43-7.
9. Arenas Bermúdez C, Muela Martínez JA, García León A. Relación entre adherencia objetiva al tratamiento en la diabetes infantil y variables psicológicas de los cuidadores. *Index Enferm.* 2007;16(58):16-20.
10. Benedetti GM dos S, Garanhani ML, Sales CA. The treatment of childhood cancer: unveiling the experience of parents. *Rev Lat Am Enfermagem.* 2014;22(3):425-31. DOI: 10.1590/0104-1169.3264.2433
11. Cobos-Carbó A, Augustovski F. CONSORT 2010 Declaration: updated guideline for reporting parallel group randomised trials. *Med Clin (Barc).* 2011;137(5):213-5. DOI: 10.1016/j.medcli.2010.09.034
12. Manterola C, Asenjo-Lobos C, Otzen T. Jerarquización de la evidencia: Niveles de evidencia y grados de recomendación de uso actual. *Rev Chilena Infectol.* 2014;31(6):705-18. DOI: 10.4067/S0716-10182014000600011

13. Shakiba M, Latifi A, Navidian A. The effect of cognitive-emotional intervention on growth and posttraumatic stress in mothers of children with cancer: A randomized clinical trial. *J Pediatr Hematol Oncol.* 2020;42(2):118-25. DOI: 10.1097/MPH.0000000000001558
14. Lamanna J, Bitsko M, Stern M. Effects of a brief problem-solving intervention for parents of children with cancer. *Child Health Care.* 2018;47(1):51-66. DOI: 10.1080/02739615.2016.1275638
15. Cernvall M, Carlbring P, Wikman A, Ljungman L, Ljungman G, von Essen L. Twelve-Month Follow-Up of a Randomized Controlled Trial of Internet-Based Guided Self-Help for Parents of Children on Cancer Treatment. *J Med Internet Res.* 2017;19(7):e273. DOI: 10.2196/jmir.6852
16. Safarabadi-Farahani A, Maarefvand M, Biglarian A, Khubchandani J. Effectiveness of a brief psychosocial intervention on quality of life of primary caregivers of Iranian children with cancer: A randomized controlled trial. *J Pediatr Nurs.* 2016;31(4):e262-70. DOI: 10.1016/j.pedn.2016.01.002
17. Marsland AL, Long KA, Howe C, Thompson AL, Tersak J, Ewing LJ. A pilot trial of a stress management intervention for primary caregivers of children newly diagnosed with cancer: Preliminary evidence that perceived social support moderates the psychosocial benefit of intervention. *J Pediatr Psychol.* 2013;38(4):449-61. DOI: 10.1093/jpepsy/jss173
18. Sahler OJZ, Dolgin MJ, Phipps S, Fairclough DL, Askins MA, Katz ER, et al. Specificity of problem-solving skills training in mothers of children newly diagnosed with cancer: Results of a multisite randomized clinical trial. *J Clin Oncol.* 2013;31(10):1329-35. DOI: 10.1200/JCO.2011.39.1870
19. Fedele DA, Hullmann SE, Chaffin M, Kenner C, Fisher MJ, Kirk K, et al. Impact of a parent-based interdisciplinary intervention for mothers on adjustment in children newly diagnosed with cancer. *J Pediatr Psychol.* 2013;38(5):531-40. DOI: 10.1093/jpepsy/jst010
20. Stehl ML, Kazak AE, Alderfer MA, Rodriguez A, Hwang W-T, Pai ALH, et al. Conducting a randomized clinical trial of a psychological intervention for parents/caregivers of children with cancer shortly after diagnosis. *J Pediatr Psychol.* 2009;34(8):803-16. DOI: 10.1093/jpepsy/jsn130
21. Askins MA, Sahler OJZ, Sherman SA, Fairclough DL, Butler RW, Katz ER, et al. Report from a multi-institutional randomized clinical trial examining computer-assisted problem-solving skills training for English- and Spanish-speaking mothers of children with newly diagnosed cancer. *J Pediatr Psychol.* 2009;34(5):551-63. DOI: 10.1093/jpepsy/jsn124
22. Kazak AE, Simms S, Alderfer MA, Rourke MT, Crump T, McClure K, et al. Feasibility and preliminary outcomes from a pilot study of a brief psychological intervention for families of children newly diagnosed with cancer. *J Pediatr Psychol.* 2005;30(8):644-55. DOI: 10.1093/jpepsy/jsi051
23. Hoekstra-Weebers JEHM, Heuvel F, Jaspers JPC, Kamps WA, Klip EC. Brief report: an intervention program for parents of pediatric cancer patients: A randomized controlled trial. *J Pediatr Psychol.* 1998;23(3):207-14. DOI: 10.1093/jpepsy/23.3.207
24. Mullins LL, Fedele DA, Chaffin M, Hullmann SE, Kenner C, Eddington AR, et al. Clinic-based interdisciplinary intervention for mothers of children newly diagnosed with cancer: A pilot study. *J Pediatr Psychol.* 2012;37(10):1104-15. DOI: 10.1093/jpepsy/jss093
25. Cernvall M, Carlbring P, Ljungman L, Ljungman G, Essen L. Internet-based guided self-help for parents of children on cancer treatment: A randomized controlled trial. *Psychooncology.* 2015;24(9):1152-8. DOI: 10.1002/pon.3788
26. Sahler OJZ, Varni JW, Fairclough DL, Butler RW, Noll RB, Dolgin MJ, et al. Problem-solving skills training for mothers of children with newly diagnosed cancer: A randomized trial. *J Dev Behav Pediatr.* 2002;23(2):77-86. DOI: 10.1097/00004703-200204000-00003

27. Sahler OJZ, Fairclough DL, Phipps S, Mulhern RK, Dolgin MJ, Noll RB, et al. Using problem-solving skills training to reduce negative affectivity in mothers of children with newly diagnosed cancer: Report of a multisite randomized trial. *J Consult Clin Psychol*. 2005;73(2):272-83. DOI: 10.1037/0022-006X.73.2.272
28. Kazak AE, Alderfer MA, Streisand R, Simms S, Rourke MT, Barakat LP, et al. Treatment of post-traumatic stress symptoms in adolescent survivors of childhood cancer and their families: A randomized clinical trial. *J Fam Psychol*. 2004;18(3):493-504. DOI: 10.1037/0893-3200.18.3.493
29. Judge Santacroce S, Asmus K, Kadan-Lottick N, Grey M. Feasibility and preliminary outcomes from a pilot study of coping skills training for adolescent–young adult survivors of childhood cancer and their parents. *J Pediatr Oncol Nurs*. 2010;27(1):10-20. DOI: 10.1177/1043454209340325
30. Manne S, Mee L, Bartell A, Sands S, Kashy DA. A randomized clinical trial of a parent-focused social-cognitive processing intervention for caregivers of children undergoing hematopoietic stem cell transplantation. *J Consult Clin Psychol*. 2016;84(5):389-401. DOI: 10.1037/ccp0000087
31. Ogez D, Péloquin K, Bertout L, Bourque C-J, Curnier D, Drouin S, et al. psychosocial intervention programs for parents of children with cancer: A systematic review and critical comparison of programs' models and development. *J Clin Psychol Med Settings*. 2019;26(4):550-74. DOI: 10.1007/s10880-019-09612-8
32. Hagger MS. What makes a 'good' review article? Some reflections and recommendations. *Health Psychol Rev*. 2012;6(2):141-6. DOI: 10.1080/17437199.2012.705556
33. Sanz-Valero J, Wanden-Berghe C. Análisis bibliométrico de la producción científica, indizada en MEDLINE, sobre los servicios de salud proporcionados por las unidades de hospitalización a domicilio. *Hosp Domic*. 2017;1(1):21-34. DOI: 10.22585/hospdomic.v1i1.3
34. Álvarez Velásquez S, Sanz Valero J. Ventajas de la quimioterapia domiciliaria en los enfermos adultos con neoplasias: revisión sistemática. *Hosp Domic*. 2020;4(1):25-41. DOI: 10.22585/hospdomic.v4i1.98
35. Martínez-González R, Sanz-Valero J, Wanden-Berghe C. Calidad de vida de las personas adultas con nutrición parenteral ingresadas en hospitalización domiciliaria: revisión sistemática. *Hosp Domic*. 2020;4(3):117-31. DOI: 10.22585/hospdomic.v4i3.109
36. Begg C, Cho M, Eastwood S, Horton R, Moher D, Olkin I, et al. Improving the quality of reporting of randomized controlled trials. The CONSORT statement. *JAMA*. 1996;276(8):637-9. DOI: 10.1001/jama.276.8.637
37. Aracil-Lavado E, Wanden-Berghe C, Sanz-Valero J. Evaluación de la calidad de vida según el estado nutricional del paciente paliativo adulto: revisión sistemática. *Hosp Domic*. 2017;1(4):199-210. DOI: 10.22585/hospdomic.v1i4.27
38. Sánchez-Moya J, Sanz Valero J, López-Pintor E. Intervenciones desde la farmacia comunitaria en los pacientes adultos que reciben atención de la salud a domicilio: revisión exploratoria. *Hosp Domic*. 2020;4(4):209-27. DOI: 10.22585/hospdomic.v4i4.113
39. Arenas Rojas Á, Torrado Val E, Garrido fernández M. Intervención familiar en diagnóstico reciente e inicio de tratamiento del cáncer infantil. *Apuntes Psicol*. 2016;34(2-3):213-20.
40. Macedo EC, Silva LR da, Paiva MS, Ramos MNP. Burden and quality of life of mothers of children and adolescents with chronic illnesses: an integrative review. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2015;23(4):769-77. DOI: 10.1590/0104-1169.0196.2613

41. Klassen AF, Gulati S, Granek L, Rosenberg-Yunger ZRS, Watt L, Sung L, et al. Understanding the health impact of caregiving: a qualitative study of immigrant parents and single parents of children with cancer. *Qual Life Res.* 2012;21(9):1595-605. DOI: 10.1007/s11136-011-0072-8
42. Lafaurie MM. Madres cuidadoras de niños-as- con cáncer: vivencias, percepciones y necesidades. *Rev Colomb Enferm.* 2016;5(5):41. DOI: 10.18270/rce.v5i5.1423
43. Martínez Marcos M, De la Cuesta Benjumea C. La experiencia del cuidado de las mujeres cuidadoras con procesos crónicos de salud de familiares dependientes. *Aten Primaria.* 2016;48(2):77-84. DOI: 10.1016/j.aprim.2015.03.006
44. Carreño Moreno S, Chaparro Díaz L, Blanco Sánchez P. Cuidador familiar del niño con cáncer: un rol en transición. *Rev Latinoam Bioet.* 2017;17(2):18-30. DOI: 10.18359/rubi.2781
45. Constantino, MJ, Morrison NR, Coyne AE, Howard T. Exploring therapeutic alliance training in clinical and counseling psychology graduate programs. *Training and education in professional psychology.* 2017: 11(4): 219–226. DOI: 10.1037/tep0000157
46. Bornas X, Rodrigo T, Barceló F, Toledo M. Las nuevas tecnologías en la terapia cognitivo-conductual: una revisión. *Rev Int Psicol Clin Salud.* 2002;2(2):533-41.
47. Botella C, García-Palacios A, Quero S, Baños RM, Bretón-López JM. Realidad virtual y tratamientos psicológicos: una revisión. *Psicol Conductual.* 2006;14(3):491-509.
48. Moriana JA, Gálvez-Lara M, Corpas J. Psychological treatments for mental disorders in adults: A review of the evidence of leading international organizations. *Clin Psychol Rev.* 2017;54:29-43. DOI: 10.1016/j.cpr.2017.03.008
49. Jarquín KR, González-Celis Rangel ALM. Efectos de una intervención cognitivo-conductual para disminuir el burnout en cuidadores de ancianos institucionalizados. *Escr Psicol.* 2016;9(1):15-23. DOI: 10.5231/psy.writ.2015.1709
50. Albreht T, Kiasuwa R, Van den Bulcke M, editores. European guide on quality improvement in comprehensive cancer control [monografía en Internet]. Ljubljana, Slovenia: National Institute of Public Health; 2017 [consultada 9 de octubre de 2020]. Disponible en: <https://bit.ly/3jHg7j3>
51. Dalton J, Thomas S, Harden M, Eastwood A, Parker G. Updated meta-review of evidence on support for carers. *J Health Serv Res Policy.* 2018;23(3):196-207. DOI: 10.1177/1355819618766559