

ANSIEDAD ANTE LA MUERTE EN LA ENFERMEDAD ONCOLÓGICA.

DEATH ANXIETY IN ONCOLOGICAL DISEASE.

Sofía Segovia Cereceda¹, Bruno Acuña Acuña¹, Andrea Muñoz Garrido¹, Nataly Becerra López¹, Daniela Campusano Villablanca¹, Sebastián Cantin Alfaro¹.

(1) Estudiante de Medicina, U. de Chile, Santiago, Chile.

Correspondencia: Bruno Acuña Acuña (brunoacuna@ug.uchile.cl)

RESUMEN

La ansiedad ante la muerte es un fenómeno común y significativo en pacientes con enfermedades oncológicas, pero carece de un diagnóstico específico en las Clasificaciones Internacionales de Enfermedades. Su falta de tratamiento adecuado puede afectar negativamente el pronóstico, la adherencia terapéutica y la calidad de vida. Si bien, hay limitada evidencia sobre el manejo farmacológico de la ansiedad ante la muerte, se enfatiza el manejo no farmacológico. Este incluye intervenciones basadas en el significado, que ayudan a los pacientes a enfrentar temas existenciales y pérdidas, y las centradas en la dignidad, que promueven la reflexión sobre conflictos vitales. En Chile, a pesar de los avances legislativos, se necesita un enfoque multidisciplinario y la implementación de protocolos específicos en el ámbito de los cuidados paliativos para abordar adecuadamente esta problemática.

PALABRAS CLAVE: Ansiedad ante la muerte; Salud mental; Cuidados paliativos.

ABSTRACT

Death anxiety is a common and significant phenomenon among patients with oncological diseases, but it lacks a distinct diagnosis in International Disease Classifications. The absence of appropriate treatment can adversely impact prognosis, therapeutic adherence, and quality of life. While there is limited evidence concerning the pharmacological treatment of death anxiety, non-pharmacological management is emphasized. This includes meaning-based interventions, which help patients cope with existential issues and loss, and dignity-focused interventions, which promote reflection on life conflicts. In Chile, despite legislative advances, a multidisciplinary approach and the implementation of specific protocols in the field of palliative care are needed to address this issue adequately.

KEYWORDS: Death anxiety; Mental health; Palliative care.

INTRODUCCIÓN

Según la Organización Mundial de la Salud, el cáncer es la segunda causa de muerte en el mundo¹. Este es, en su mayoría, diagnosticado en fases avanzadas y tratado en el 90% de los casos en países desarrollados, mientras que en países de bajos ingresos, sólo se trata en un 30%, según datos del año 2017. En América, esta patología provocó más de 1,4 millones de muertes en el año 2020, y se registraron 4 millones de nuevos casos. Se espera que estos números continúen aumentando, y que para el año 2023, el cáncer sea la principal causa de muerte en Chile^{2,3}.

Por otra parte, la enfermedad oncológica conlleva síntomas y limitaciones que pueden ir acompañados de problemas emocionales. En la literatura chilena, la ansiedad se destaca por su alta prevalencia en estos pacientes, estimada en alrededor del 11,7%, en un estudio realizado en pacientes oncológicos del Instituto Oncológico Fundación Arturo López Pérez (FALP)⁴.

Otro estudio, reciente, investigó la correlación entre los síntomas de ansiedad y los síntomas físicos en pacientes oncológicos sometidos a quimioterapia. En este, se identificaron factores predictivos de esta relación, y se concluyó que los síntomas emocionales y físicos están interrelacionados en los pacientes oncológicos, siendo la ansiedad un síntoma frecuente. Sin embargo, pese a que sus valores están por debajo de lo que se considera “clínico”, los resultados de este estudio no permiten descartar que la presencia de sintomatología ansiosa interfiera con una mejor evolución y adaptación a la enfermedad. Por lo tanto, es importante investigar más a fondo la repercusión clínica de este fenómeno y comprenderlo mejor⁴.

La ansiedad hacia la muerte es un proceso normal que forma parte de nuestra naturaleza humana. No obstante, se vuelve patológica cuando afecta la funcionalidad y calidad de vida del paciente, teniendo como consecuencia la falta de adherencia a tratamiento, y empeoramiento del pronóstico de su patología oncológica⁵.

Aunque no existe una definición formal de “ansiedad ante la muerte”, esta se puede describir como una serie de preocupaciones interrelacionadas; incluyendo el miedo al sufrimiento en un proceso de muerte prolongado, el arrepentimiento de oportunidades perdidas en la vida, el impacto de la propia muerte sobre los seres queridos y la falta de preparación ante la muerte inminente⁶; que no se limita a pacientes que presentan enfermedades oncológicas.

En Chile, en una experiencia reciente en la FALP se utilizó la Escala de Angustia y Muerte al Morir (DADDS-Sp, por sus siglas en inglés) en 74 pacientes. Esta, corresponde a un cuestionario de autoaplicación que consta de 15 ítems cuyo propósito es evaluar los pensamientos y sentimientos que se relacionan con la vida, muerte y proceso de morir. Se encontró que el 80% de los pacientes experimentaban ansiedad y miedo ante la muerte, y que el 10% de ellos tenía ansiedad severa, siendo relevante para su manejo clínico, puesto que es fundamental aliviar su angustia y prevenir el empeoramiento de su pronóstico⁷.

Ahora bien, la ausencia de tratamiento para dicha ansiedad puede causar angustia significativa, pérdida de control y dificultades para planificar el futuro, elevando el riesgo de ideación suicida. Tratarla no sólo alivia estos síntomas, sino que también refuerza redes de apoyo, incrementa el sentido de vida, y previene trastornos psiquiátricos asociados a enfermedades oncológicas⁸.

Esta revisión, tiene por objetivo ofrecer herramientas actualizadas para identificar pacientes con ansiedad ante la muerte, y destacar opciones terapéuticas, farmacológicas y no farmacológicas.

APROXIMACIONES DIAGNÓSTICAS

Actualmente, la ansiedad ante la muerte no posee un diagnóstico específico en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE), ni en el Manual Diagnóstico y Estadístico de

los Trastornos Mentales (DSM), en ninguna de sus versiones. Sin embargo, la North American Nursing Diagnosis Association, la considera un diagnóstico propio, en la cual se define como una aprensión, preocupación o miedo relacionado con la propia muerte o la agonía^{9,10}.

Este fenómeno, se caracteriza por diversas preocupaciones: el impacto de la muerte en seres queridos, impotencia ante la agonía, anticipación del dolor, tristeza profunda, miedo al proceso de morir, temor a sobrecargar a cuidadores por incapacitación progresiva, inquietudes sobre el encuentro con un ser superior o dudas sobre su existencia, miedo a perder control sobre aspectos de la muerte, percepción negativa de la muerte, temor a un fallecimiento demorado o prematuro que impida cumplir metas, preocupación por el duelo que causará, dejar a la familia, enfrentar una enfermedad terminal, y negación de la mortalidad o de la cercanía de la muerte^{9,10,11}. Es importante señalar que estas características definitorias son una enumeración de síntomas, y que no cuentan con criterios mínimos de diagnóstico o una temporalidad asociada que permita evaluar la ansiedad ante la muerte o clasificarla según algún criterio de gravedad.

Por otro lado, existen métodos de medición que han evolucionado a lo largo del tiempo, siendo el más utilizado en la actualidad la Death Anxiety Scale (DAS), que consta de 15 ítems dicotómicos para proporcionar un puntaje total de ansiedad ante la muerte. Aunque esta escala ha sido adaptada en diferentes idiomas y culturas, existen pocos estudios que evalúen su utilidad o posibles aplicaciones en el sistema de salud en países de América Latina¹².

Un estudio reciente en Argentina, indicó que la Escala de Ansiedad ante la Muerte de Templer presentaría buenas propiedades psicométricas, al eliminar algunos ítems que mejorarían la validez y confiabilidad del instrumento, reduciéndolo a 14 preguntas. Dado que esta escala es un autoinforme breve, con buena validez y confiabilidad, podría utilizarse como un rápido método de detección para identificar a

personas con alta ansiedad ante la muerte, y realizar intervenciones para mejorar la calidad de vida y la salud mental de pacientes oncológicos¹². Sin embargo, es importante destacar que aún se requiere llevar a cabo un proceso de validación en la población chilena.

La ansiedad ante la muerte, angustia existencial y desmoralización, son conceptos que están íntimamente relacionados, siendo difícil de establecer un límite, aunque en la literatura se intentan definir y entender de forma separada. La mayoría de los autores consideran que la angustia existencial es el que está más relacionado con la ansiedad ante la muerte. Esta, se define como un estado psicológico que resulta de una situación que genera sufrimiento espiritual, provocando que las personas ante una enfermedad cuestionen sus creencias, perdiendo su paz y propósito vital^{13,14,15,16}. Dicha angustia, puede surgir al recibir un diagnóstico, experimentar la progresión o la recurrencia de una enfermedad oncológica; y conlleva un malestar existencial significativo que puede llevar a que el paciente cuestione la utilidad de un tratamiento^{16,17}.

El síndrome de desmoralización, por su parte, se caracteriza por la sensación de sentirse indefenso, de haber fallado en la vida, y la incapacidad de encontrarle un sentido y luchar por ella¹³. En la guía GES de Cuidados Paliativos Universales en Chile, el concepto de desmoralización se describe de la siguiente manera: “la pérdida de la moral (entendida como un estado de ánimo positivo, o confianza en las propias capacidades) se tiende a expresar como un amplio espectro, desde una leve pérdida de confianza o desánimo, hasta la pérdida total de la esperanza y la vivencia de una sensación de profunda impotencia, de sentirse atrapado y no saber qué hacer; donde el propósito y sentido de la vida se pierden, abarcando también las relaciones sociales”¹⁸. También, se intenta diferenciar la depresión de desmoralización, y hasta la actualización de la guía en el año 2021, no se incorpora el concepto de ansiedad ante la muerte.

TRATAMIENTOS PARA LA ANSIEDAD ANTE LA MUERTE

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

La evidencia sobre el uso de fármacos para el tratamiento de la ansiedad ante la muerte, en contexto de cuidados paliativos, es limitada. Ahora bien, la primera línea farmacológica en pacientes con trastornos de ansiedad corresponden a los inhibidores de la recaptación de serotonina (ISRS) como escitalopram, y como segunda línea y/o tratamiento para crisis las benzodiacepinas, por un corto período de tiempo y con la menor dosis posible. Mientras que, en casos en que el paciente presente depresión como comorbilidad asociada al trastorno ansioso, se puede considerar el uso de paroxetina debido a su efecto sedante¹⁸.

La mirtazapina es otra alternativa recomendable a tener en cuenta, ya que, ha demostrado ser eficaz en el tratamiento de la depresión, la ansiedad y los trastornos del sueño, debido a su efecto sedante. Asimismo, presenta beneficios en el alivio de las náuseas y el dolor neuropático, asociados con el cáncer, y actúa como un estimulador del apetito, lo cual puede ser beneficioso en casos de anorexia en pacientes oncológicos. Además, este fármaco se caracteriza por su seguridad, siendo la somnolencia y los mareos los efectos secundarios más comunes. Cabe destacar, que puede administrarse en una sola dosis diaria, lo que contribuye a reducir la polifarmacia¹⁹.

Aunque la mayoría de los estudios se centran en su uso para el tratamiento del trastorno depresivo mayor, es relevante mencionar la trazadona, que destaca por su utilidad en el manejo de la ansiedad generalizada y sus síntomas somáticos, especialmente en los trastornos del sueño. La evidencia disponible indica que este fármaco ha demostrado efectos positivos, como el aumento del tiempo total de sueño, y la reducción en la latencia para conciliar el sueño²⁰.

Por otra parte, la pregabalina, un analgésico neuropático, tendría un rol ansiolítico y

mejoraría el sueño en pacientes con insomnio primario o secundario, tratándose de una buena opción terapéutica²¹. Sin embargo, se debe tener en cuenta sus efectos anticolinérgicos y la interacción que puede presentar con otros medicamentos, por lo que se recomendaría evitar el uso de antidepresivos tricíclicos por sus múltiples efectos secundarios, mientras que los ISRS debieran ser iniciados de manera paulatina en dosis bajas^{18,22}. También, es fundamental que antes de iniciar un tratamiento terapéutico con psicofármacos se realice una anamnesis exhaustiva, con la finalidad de buscar posibles interacciones farmacológicas, tanto por el tratamiento oncológico, como con otros fármacos que el paciente pueda estar utilizando, para así, evitar la polifarmacia y los potenciales efectos adversos.

TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO

Los tratamientos no farmacológicos son clave para manejar la ansiedad ante la muerte, destacando la relevancia de un abordaje multidisciplinario. Según Grossman et al. (2018), las terapias que abordan las preocupaciones existenciales en los cuidados paliativos, especialmente en cánceres avanzados, son mayormente implementadas por psiquiatras, psicólogos clínicos o trabajadores sociales, resaltando la necesidad de un enfoque multidisciplinario²³. Fulton et al. (2018) también resaltan que intervenciones realizadas por profesionales de la salud mental son más efectivas que las llevadas a cabo por otros profesionales de la salud²⁴.

Ahora bien, pese a que muchas de las terapias que se mencionan a continuación no poseen como objetivo principal la reducción de la ansiedad ante la muerte, es debido a la correlación que existe entre esta ansiedad y los dominios relacionados con la disminución del sufrimiento existencial que aborda cada terapia, que sus resultados también pueden ser considerados significativos para abordar dicho propósito^{23,25}.

Estas intervenciones se pueden clasificar en dos tipos: las basadas en el significado, que se centran en discutir cuestiones existenciales y

ayudar a los pacientes a afrontar la pérdida y el duelo, renegociar sus objetivos de vida, hacer las paces con las oportunidades perdidas y vivir con la incertidumbre; y las basadas en la dignidad, que se centran en la reflexión y revisión de los conflictos y cuestiones relevantes para la vida del paciente²³.

Dentro de las intervenciones basadas en el significado, destacan dos en particular. Una de ellas es la psicoterapia conocida como “Manejo del Cáncer y Vida Significativa” o CALM, por sus siglas en inglés. Esta, se enfoca en pacientes con cáncer y tiene por objetivo prevenir la depresión y angustia previo, durante o en el fin de la vida. CALM ha demostrado ser una terapia factible, aceptable y eficaz para estos pacientes, lo que permite la mantención de la doble consciencia^{26,27}. Esta intervención, descrita como una psicoterapia breve, individualizada y semiestructurada, es la única que ha demostrado una disminución significativa ($p < 0.009$) de ansiedad ante la muerte en una escala que la cuantifica de forma directa (DADDS)²³.

Otra terapia basada en el significado corresponde a la psicoterapia centrada en el significado y su aplicación individual. Se observó en un ensayo controlado aleatorizado que la aplicación individual de esta terapia presenta efectos significativos de cuantía pequeña a moderada en comparación con el tratamiento usual, y mejoras de menor cuantía al compararlo con la psicoterapia de apoyo en cuanto a angustia existencial y espiritual en pacientes oncológicos^{28,29}. Mientras tanto, en su versión grupal, dos ensayos controlados aleatorizados realizados por Brenbart et al. mostraron mejorías significativas, en diversos aspectos, dos meses posteriores a la aplicación de dicha terapia en pacientes oncológicos con enfermedad avanzada.

En su estudio realizado en el año 2010, con una cohorte de 253 pacientes con tumores sólidos avanzados categorizados como etapa III o IV, o con linfoma no Hodgkin, se encontró una mejoría significativa en cuanto a calidad de vida ($p < 0.01$); bienestar emocional, depresión y desesperanza (cada una con un $p < 0.001$); deseo

por muerte acelerada ($p < 0.05$) y síntomas físicos de angustia ($p < 0.001$)³⁰. En el año 2015, con una cohorte de 90 pacientes oncológicos con enfermedad avanzada, se encontró una mejoría significativa en cuanto al bienestar individual ($p = 0.0001$), significado ($p = 0.0001$), fé ($p = 0.0006$), ansiedad ($p = 0.02$) y deseo de muerte acelerada ($p = 0.04$), en aquellos pacientes en que se realizó la psicoterapia centrada en el significado en su aplicación grupal³¹.

Dentro de las intervenciones centradas en la dignidad, destaca la terapia de la dignidad desarrollada por Chochinov et al., cuyo propósito es aliviar la angustia existencial mediante intervenciones breves e individualizadas, con el objetivo de inspirar significado en la vida del paciente, con la generación y entrega de un documento legado. Esta, demostró una mejoría significativa en cuanto al sufrimiento, ánimo depresivo, calidad de vida y dignidad ($p = 0.032$, $p = 0.05$, $p = 0.001$, y $p = 0.002$, respectivamente). Sin embargo, no mostró una mejoría significativa en cuanto a diversas angustias existenciales^{23,27}.

Otra intervención similar es la revisión de vida, que también presentaría beneficios similares a la terapia recién descrita, con una mejoría significativa sobre el bienestar espiritual, ansiedad y depresión, finalización de la vida, esperanza y sufrimiento existencial (todas con $p < 0.001$)²³. No obstante, en un ensayo controlado aleatorizado de tamaño moderado realizado por Vuksanovic et al., se encontró que la revisión de vida presentaba resultados ligeramente menores en términos de generatividad e integridad del ego, debido a la falta de producción del documento legado³². Pese a lo previamente descrito, los resultados de esta terapia son inconsistentes en cuanto a la estabilidad de sus efectos a largo plazo²⁴.

La terapia cognitivo conductual y las intervenciones basadas en el mindfulness también pueden ser consideradas. Ambas han presentado mayores efectos sobre la sintomatología depresiva y ansiosa que las intervenciones basadas en la dignidad²⁹. Además, se han observado beneficios en dos casos mediante el uso de estimulación magnética transcraneal

acelerada en pacientes oncológicos avanzados con angustia existencial, y en base a las conclusiones de un estudio sistemático y metaanálisis, el uso de psilocibina podría ser efectivo en la reducción de síntomas depresivos y ansiosos. Estos hallazgos presentan interesantes alternativas para investigaciones futuras^{33,34}.

Es crucial destacar la importancia de un enfoque multidisciplinario en el tratamiento de la ansiedad ante la muerte en pacientes oncológicos. La colaboración de equipos multidisciplinarios, que incluyen médicos, psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales, terapeutas físicos y dietistas, ha demostrado mejorar significativamente los resultados en pacientes con cáncer³⁵. Asimismo, el modelo de clínica CARE para adultos mayores con cáncer, descrito en *BMC Geriatrics* (2021), evidencia cómo la integración de profesionales de la salud mejora la movilidad, nutrición y bienestar general del paciente. También, la revisión presentada en ESMO 2021 resalta cómo un enfoque coordinado y multidisciplinario promueve la toma de decisiones compartida y permite una atención integral a través de una variedad de especialidades médicas y apoyos³⁶. Este enfoque abarca no sólo el tratamiento médico, sino también el apoyo psicológico y social, crucial para abordar la ansiedad ante la muerte y mejorar la calidad de vida del paciente.

DISCUSIÓN

Una de las principales limitaciones corresponde a la falta de un diagnóstico específico para la ansiedad ante la muerte en las Clasificaciones Internacionales de Enfermedades, como CIE o DSM. La ausencia de un diagnóstico formal puede tener implicancias significativas en la atención médica y psicológica de los pacientes, provocando retrasos en la intervención temprana y el apoyo psicológico necesario para quienes sufren esta condición.

Otro aspecto importante a abordar se relaciona con los profesionales encargados de tratar la ansiedad ante la muerte en el contexto de la atención médica en el país, siendo esta una preocupación que abarca tanto a la atención

primaria de salud (APS) como a la atención secundaria, involucrando a diversos profesionales¹⁸. Los médicos de APS desempeñan un papel fundamental en la detección temprana, mientras que la atención secundaria juega un rol crucial en el tratamiento, especialmente en las etapas avanzadas de la enfermedad, donde es más probable que los pacientes experimenten síntomas.

Es importante comprender que el manejo de la ansiedad ante la muerte puede requerir diferentes niveles de atención y un enfoque multidisciplinario. En el caso de la APS, es factible que el médico realice el diagnóstico y la aplicación de las pruebas mencionadas anteriormente, y derive al paciente a consultorías de salud mental con especialistas en psiquiatría en el nivel secundario. Además, la terapia no farmacológica puede ser proporcionada en los Centros de Salud Familiar (CESFAM), y sus psicólogos pueden llevar a cabo terapias en conjunto con el tratamiento médico³³.

Finalmente, se destaca la ausencia de protocolos o guías multidisciplinarias específicas para manejar la ansiedad ante la muerte. A pesar de los avances legislativos, como la Ley N° 21.375, aún falta un protocolo claro para enfrentar esta problemática. Se subraya la necesidad de un modelo de atención que entienda la complejidad de esta condición y fomente un manejo integral.

REFERENCIAS

1. American Cancer Society. Global Cancer Facts & Figures [Internet]. Cancer.org. [Actualizado 2021, Consultado el 8 de oct 2023]. Disponible en: <https://www.cancer.org/research/cancer-facts-statistics/all-cancer-facts-figures/cancer-facts-figures-2021.html>
2. Carrasco-García MA, Neira-Mellado C, Klett B, Cárcamo-Ulloa L. Representación de la incidencia y de la mortalidad por cáncer en los medios de comunicación chilenos. *Rev Med Chile*. 2021; 149(5).
3. Pan American Health Organization. Cáncer [Internet]. PAHO.org [Actualizado 2020; Consultado el 8 de oct 2023]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/cancer>
4. Villoria E, Lara L, Salcedo R. Estado emocional de pacientes oncológicos: evaluación de la ansiedad y la

- depresión en función de variables clínicas y sociodemográficas. *Rev Med Chile*. 2021; 149(5): 708-715.
5. Yang H, Lu Y, Gu Y, Wang Z, Zheng S, Hou X, et al. Death anxiety among advanced cancer patients: a cross-sectional survey. *Support Care Cancer*. 2022;3531-9.
 6. Vehling S, Malfitano C, Shnall J, Watt S, Panday T, Chiu A, et al. A concept map of death-related anxieties in patients with advanced cancer. *BMJ Support Palliat Care*. 2017;7:3531-9.
 7. Fernández-González L, Russo NM, Lagos R, Bravo P, Troncoso A, Acevedo EC. Validación de la Escala de Muerte y Angustia al Morir (DADDS-Sp) en una población con cáncer avanzado en Chile. *ecancer*. 2021;15:1326.
 8. Philipp R, Mehnert-Theuerkauf A, Koranyi S, Härter M, Vehling S. The role of attachment avoidance: A longitudinal mediation model predicting existential distress in patients with advanced cancer. *Psycho-Oncology*. 2021;30:1059-67.
 9. Miers L. J. (1991). NANDA's definition of nursing diagnosis: a plea for conceptual clarity. *Nursing diagnosis : ND : the official journal of the North American Nursing Diagnosis Association*, 2(1), 9-18. <https://doi.org/10.1111/j.1744-618x.1991.tb00325.x>
 10. Herdman T, Kamitsuru S, Takão C. Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación. 2021-2023. 12va. ed. Elsevier; 2021.
 11. Bruera E, Dev R. Overview of managing common non-pain symptoms in palliative care [Internet]. Uptodate. 2021 [citado el 10 de octubre de 2023]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/overview-of-managing-common-non-pain-symptoms-in-palliative-care?search=Overview%20of%20managing%20common%20non-pain%20symptoms%20in%20palliative%20care&source=search_result&selectedTitle=1-150&usage_type=default&display_rank=1
 12. Resett S, Kenserbaum M, González Caino P. Validación Preliminar de la Escala de Ansiedad ante la Muerte de Templer en una Muestra Argentina. *psykhe*. 2021; 30(1).
 13. Vehling, S, Kissane, DW. Existential distress in cancer: Alleviating suffering from fundamental loss and change. *Psycho-Oncology*. 2018; 27: 2525-2530.
 14. Costanza A, Vasileios C, Ambrosetti J, Shah S, Amerio A, Aguglia A, et al. Demoralization in suicide: A systematic review. *J Psychosom Res*. 2022;157:110788.
 15. Ueland V, Dysvik E, Hemberg J, Furnes B. Cancer survivorship: existential suffering. *Int J Qual Stud Health Well-being*. 2021; 16(1), 2001897.
 16. Di Risio M, Thompson A. Current practices in managing end-of-life existential suffering. *Curr Opin Support Palliat Care*. 2023; 17(2), 119-124.
 17. González-Ling A, Galindo-Vázquez Ó. Terapia de la dignidad en pacientes con cáncer: una revisión sistematizada de la literatura. *Gac Mex Oncol*. 2020; 19(3), 99-106.
 18. Ministerio de Salud de Chile. Orientación técnica cuidados paliativos universales. MINSAL 2022. [Internet]. Disponible en: <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2023/07/Orientacion-Tecnica-Cuidados-Paliativos-Universales.pdf>
 19. Economos G, Lovell N, Johnston A, Higginson IJ. What is the evidence for mirtazapine in treating cancer-related symptomatology? A systematic review. *Support Care Cancer*. 2020;28(4):1597-1606. doi:10.1007/s00520-019-05229-7.
 20. Fagiolini A, González-Pinto A, Miskowiak KW, Morgado P, Young AH, Vieta E. Role of trazodone in treatment of major depressive disorder: an update. *Ann Gen Psychiatry*. 2023;22(1):32. doi:10.1186/s12991-023-00465-y.
 21. Cross AL, Viswanath O, Sherman AL. Pregabalin. [Actualizado el 14 de noviembre de 2022]. En: *StatPearls [Internet]*. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024 ene-. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK470341/>
 22. Scott A, Hirst J. Overview of anxiety in palliative care [Internet]. Uptodate. 2022 [citado el 10 de octubre de 2023]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/overview-of-anxiety-in-palliative-care?search=overview%20of%20anxiety&source=search_result&selectedTitle=1-150&usage_type=default&display_rank=1
 23. Grossman C, Brooker J, Michael N, Kissane D. Death anxiety interventions in patients with advanced cancer: A systematic review. *Palliat Med*. 2018; 32(1), 172-184.
 24. Fulton JJ, Newins AR, Porter LS, Ramos K. Psychotherapy targeting depression and anxiety for use in palliative care: a meta-analysis. *J Palliat Med*. 2018; 21(7), 1024-1037.
 25. Ando M, Morita T, Akechi T, et al. Efficacy of short-term life-review interviews on the spiritual well-being of terminally ill cancer patients. *J Pain Symptom Manage*. 2010; 39(6): 993-1002.
 26. Miyamoto S, Yamazaki T, Shimizu K, et al. Brief, manualised and semistructured individual psychotherapy programme for patients with advanced cancer in Japan: study protocol for Managing Cancer and Living Meaningfully (CALM) phase 2 trial. *BMJ Open*. 2022;12:e056136.
 27. Rodin, GM. Psychotherapeutic Interventions Near the End of Life: Theory, Evidence, and Future Directions. *Aust Psychol*. 2017; 52: 335-339.
 28. Breitbart W, Pessin H, Rosenfeld B, Applebaum AJ, Lichtenthal WG, Li Y, et al. Individual meaning-centered psychotherapy for the treatment of psychological and existential distress: A randomized controlled trial in patients with advanced cancer. *Cancer*. 2018; 124(15), 3231-3239.
 29. Von Blanckenburg P, Leppin N. Psychological interventions in palliative care. *Curr Opin Psychiatry*. 2018; 31(5), 389-395.
 30. Breitbart W, Rosenfeld B, Gibson C, et al. Meaning-centered group psychotherapy for patients with advanced cancer: a pilot randomized controlled trial. *Psychooncology*. 2010; 19(1): 21-28.
 31. Breitbart W, Rosenfeld B, Pessin H, et al. Meaning-centered group psychotherapy: an effective intervention for improving psychological well-being in patients with advanced cancer. *J Clin Oncol*. 2015; 33(7): 749-754.
 32. Vuksanovic D, Green HJ, Dyck M, Morrissey SA. Dignity therapy and life review for palliative care patients: a

- randomized controlled trial. *J Pain Symptom Manage.* 2017; 53:162–170.
33. Chambers SK, Occhipinti S, Foley E, et al. Mindfulness-based cognitive therapy in advanced prostate cancer: a randomized controlled trial. *J Clin Oncol.* 2017; 35:291–297.
 34. Watt C L, Lapenskie J, Kabir M, Lalumiere G, Dionne M, Rice J, et al Accelerated RTMS for existential distress in palliative care: A report of two cases. *Brain Stimul.* 2022; 15(1), 197–200.
 35. Presley CJ, Krok-Schoen JL, Wall SA, et al. Implementing a multidisciplinary approach for older adults with Cancer: geriatric oncology in practice. *BMC Geriatr.* 2020;20:231. doi:10.1186/s12877-020-01625-5.
 36. Scott B. Multidisciplinary Team Approach in Cancer Care: A Review of the Latest Advancements Featured at ESMO 2021. *EMJ Oncol.* 2022;10(Suppl 6):2-11.

DECLARACIÓN DE CONFLICTOS DE INTERÉS Y FINANCIAMIENTO

Los(as) autores declaran no tener conflictos de interés ni haber recibido financiamiento en la realización de este trabajo.

CITAR COMO:

Segovia Cereceda S, Acuña Acuña B, Muñoz Garrido A, Becerra López N, Campusano Villablanca D, Cantin Alfaro S. Ansiedad ante la muerte en la enfermedad oncológica. *Rev Chil Estud Med [Internet].* 2024;14(1). Disponible en: <https://doi.org/10.5354/0718-672X.2024.76959>

© 2024 Autores(s). Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la Licencia de Atribución de Creative Commons (CC-BY-NC4.0), que permite al usuario copiar, distribuir y transmitir el trabajo siempre que se acrediten el autor o autores originales y la fuente.