

Título:

Facilitadores y barreras percibidas por profesionales de la salud para la implementación de la psicoterapia CALM (Manejando el cáncer y viviendo con sentido) en Santiago de Chile

Autores:

Loreto Fernández-González^{1,2*}, Moisés Russo Namías¹, Paulina Bravo³

1: Instituto Oncológico Fundación Arturo López Pérez, José Manuel Infante 805, Santiago, Chile.

2: Dalla Lana School of Public Health, University of Toronto, 155 College St, Toronto, Ontario, Canadá.

3: Escuela de Enfermería, Pontificia Universidad Católica de Chile, Avenida Vicuña Mackenna 4860, Santiago, Chile. Centro Núcleo Milenio Autoridad y Asimetrías de Poder

*** Autora de correspondencia: loreto.fernandez@falp.org**

Loreto Fernández-González ORCID: 0000-0001-5026-6438

Moisés Russo Namias ORCID: 0000-0003-0944-5244

Paulina Bravo ORCID: 0000-0001-7378-6487

Resumen

Introducción: Los cuidados paliativos para el cáncer avanzado están garantizados por ley en Chile, pero la capacitación formal es insuficiente. Internacionalmente han surgido modelos de entrenamiento que permiten a los profesionales estar mejor preparados para la provisión de psicoterapia en cuidados paliativos. El objetivo de este trabajo es conocer la percibidos de profesionales de la salud de la psicoterapia “Manejando el cáncer y viviendo con sentido” (CALM) y las barreras y facilitadores percibidos para su implementación a partir de un entrenamiento teórico.

Métodos: se realizó un estudio cualitativo con profesionales de la salud que ejercen en oncología y/o cuidados paliativos participantes del entrenamiento en CALM. Se realizó un grupo focal para explorar la experiencia del entrenamiento en CALM y las barreras y facilitadores percibidos para su implementación. Se realizó análisis temático de la información y análisis de facilitadores y barreras para la implementación de servicios de salud mental.

Resultados: 24 profesionales participaron del entrenamiento, de los cuales seis formaron parte del posterior grupo focal. Hubo consenso en que el entrenamiento fue una experiencia profesional positiva y que es una intervención culturalmente sensible y factible de aplicar en Chile. Las barreras identificadas incluyen la burocracia institucional como resistencia al cambio, la sobrecarga laboral de los equipos clínicos, y la ausencia de espacios para profundizar la formación.

Conclusiones: CALM es un marco útil y relevante para la formación de los profesionales sanitarios que trabajan en oncología y cuidados paliativos. Existe una necesidad de espacios de formación en el tema en Chile. La investigación y los estudios organizacionales futuros deben evaluar las creencias y la resistencia de los profesionales para adoptar intervenciones psicoterapéuticas basadas en evidencia.

Palabras clave (MeSH):

Palliative care, Chile, psychotherapy, education, implementation science

Fuente de financiamiento: la realización de este artículo contó con el apoyo financiero del Fondo Nacional de Investigación y Desarrollo en Salud (FONIS), N° SA18I0058. FONIS no tuvo influencia en el diseño, recolección o análisis de los datos, ni en la preparación o aprobación del presente manuscrito.

Introducción:

Los cuidados paliativos (CCPP) tienen como fin mejorar la calidad de vida y aliviar el sufrimiento tanto de pacientes como de familiares de quienes sufren una enfermedad avanzada o potencialmente mortal [1]. El abordaje de este sufrimiento no se restringe sólo a los síntomas físicos, sino que comprende también la valoración y tratamiento de aspectos psicosociales y espirituales [2]. Por ello, se define como una disciplina multiprofesional y que requiere equipos especialmente entrenados. Sin embargo, y a pesar de que su provisión es considerada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como un derecho humano, la misma entidad indica que una de las barreras más importantes para su correcta implementación es la falta de profesionales con formación específica en CCPP [1].

En esta línea, aunque existe consenso que proveer cuidados psicosociales a pacientes con cáncer avanzado o metastásico debiese formar parte del estándar de cuidado, hay una brecha importante en el acceso a éstos no sólo debido a la falta de personal entrenado, sino también a que la mayoría de las intervenciones desarrolladas en este campo corresponden a países de altos ingresos [3]. Esto constituye una brecha de acceso para los profesionales del sur global debido a barreras idiomáticas y culturales para adaptar dichas intervenciones a contextos locales. El abordar esta brecha es clave en la medida que el 78% de las personas que requieren CCPP viven en países de ingresos medios y bajos, según datos de la OMS [1].

En Chile, el acceso a CCPP está garantizado por ley, tanto en el sistema público como privado de salud. Asimismo, la guía clínica nacional correspondiente estipula la composición multidisciplinaria de los equipos tratantes y la atención psicológica como una prestación disponible para los pacientes [4]. No obstante, la guía carece de recomendaciones de cómo realizar la evaluación psicológica ni qué contenidos abordar en el trabajo clínico con esta población. Esto significa un vacío en la práctica clínica y refleja la ausencia de la incorporación de intervenciones basadas en evidencia.

Actualmente existen diversas psicoterapias breves desarrolladas para el contexto paliativo, con evidencia positiva acerca de su efectividad para disminuir síntomas y mejorar calidad de vida [5]. Si bien cuentan con algunas similitudes en los temas abordados, se distinguen en que algunas han sido diseñadas para pacientes en situación terminal, o bien pueden adaptarse para trabajar con pacientes en encuadres grupales o individuales. Una de estas intervenciones es CALM -Managing Cancer and Living Meaningfully-, “Manejando el Cáncer y viviendo con Sentido”, una psicoterapia breve semiestructurada para el paciente y su cuidador/a principal, donde se abordan temas propios de vivir con un cáncer avanzado [6]. Desarrollada en Canadá, CALM ha demostrado ser culturalmente adaptable a otros países, y ha sido promovida como una intervención factible de ser implementada en contextos diversos y por profesionales de distintas disciplinas [7].

El objetivo de este trabajo es conocer la percepción de profesionales de la salud de la psicoterapia “Manejando el cáncer y viviendo con sentido” (CALM) y las barreras y facilitadores percibidos para su implementación a partir de un entrenamiento teórico.

Material y método

Como parte de la implementación de un programa piloto de entrenamiento en CALM, se realizó un estudio cualitativo con parte de los profesionales de la salud que recibieron dicho entrenamiento.

CALM: CALM es una psicoterapia breve, basada en evidencia, de formato individual (puede incluir el/la cuidador/a principal en más de una sesión) de 3 a 6 sesiones en las cuales se discuten temáticas relevantes para los pacientes que incluyen 4 dominios específicos de la vivencia del cáncer avanzado, incluyendo: manejo de síntomas, relaciones interpersonales, sentido de propósito y la reflexión sobre la propia muerte. Está diseñada para ser provista en un curso de 3 a 6 meses, con posibilidad de sesiones posteriores según el caso. Su población objetivo consiste en pacientes con cáncer avanzado o metastásico con un mínimo de seis meses de pronóstico. El/la terapeuta CALM puede tener formación en variadas disciplinas ligadas a los CCPP y se promueve la supervisión activa de casos clínicos por parte de terapeutas entrenados en esta psicoterapia, para asegurar la integridad de la intervención. Sus resultados han demostrado ser positivos en la disminución de sintomatología depresiva y mejor preparación para el fin de vida [6].

Estructura del entrenamiento: El proyecto se desarrolló como una iniciativa de mejoramiento de la calidad de la atención en un centro de cáncer privado sin fin de lucro en Santiago de Chile. Se invitó a profesionales de la salud que ejercen en oncología y/o CCPP a participar del entrenamiento. El entrenamiento se impartió en tres sesiones mensuales de tres horas de duración y utilizando el material original de los talleres impartidos por los creadores de CALM. El contenido del entrenamiento consistió en la revisión de los fundamentos teóricos de CALM y las características del encuadre y formato propios de la intervención. Además, se revisaron videos de sesiones de CALM con pacientes reales –los cuales fueron subtítulos– para ejemplificar conceptos y observar las intervenciones realizadas por el terapeuta. El entrenamiento fue impartido por una psicoterapeuta profesional con extenso entrenamiento y experiencia clínica en CALM. Los participantes firmaron un acuerdo de confidencialidad siguiendo las pautas originales de resguardo de la privacidad de los pacientes videograbados, y un consentimiento informado para difusión de los resultados del entrenamiento.

Realización de grupo focal: Finalizado el entrenamiento, se invitó a los participantes a un grupo focal para explorar la experiencia de entrenamiento en CALM y las barreras y facilitadores percibidos para su implementación. Este fue audiograbado y transcrito para su posterior análisis. Se realizó un análisis temático de los resultados donde estos fueron codificados para la posterior creación de categorías [8]. Luego se procedió a organizar los resultados siguiendo el modelo de Proctor et al., de implementación de servicios de salud mental en organizaciones [9]. Este modelo agrupa los siguientes desenlaces (outcomes): factibilidad, fidelidad, penetración, aceptabilidad, sostenibilidad, escalamiento y costos.

Resultados:

Caracterización del entrenamiento y los participantes: se impartieron 3 sesiones de entrenamiento entre mayo-julio de 2018 en las cuales participaron 24 profesionales de la salud trabajando en centros de salud públicos o privados en Santiago de Chile. De ellos, la mayoría se identificaron como mujeres (87,5%). Las profesiones más comunes fueron psicología (45,8%) y psiquiatría (25%). La mayoría reportó dedicarse a trabajar con pacientes oncológicos a tiempo completo. El 37,5% refirió no tener estudios o entrenamiento especializado en el tema (ver tabla 1).

Tabla 1. Descripción de los participantes del entrenamiento

	Participantes n=24
Sexo (%)	
Femenino	87.5
Masculino	12.5
Edad (M, Rango)	38.7 (26-65)
Profesión* (%)	
Psicólogo/a	45.8
Psiquiatra	25.0
Arteterapeuta	16.7
Enfermera	8.3
Médico	4.2
Orientadora familiar	4.2
Asistente social	4.2
Lugar de trabajo (%)	
Centro de salud público	41.6
Centro de salud privados	58.4
Años de experiencia (M, Rango)	4.6 (0-30)
Horas semanales (M, Rango)	30.5 (10-44)
Entrenamiento especializado (%)	
Postgrado	25.0
Cursos	25.0
Beca especialidad	12.5
Pasantías	12.5
Ninguno	37.5
No contesta	4.2
Nivel de inglés (%)	
Básico	33.3
Intermedio	45.8
Avanzado	16.7
No contesta	4.2

* Hay dos Psicólogas/Arteterapeutas

Resultados del grupo focal: Un mes después de la última sesión de entrenamiento se realiza el grupo focal en el cual participan 6 profesionales, todas mujeres, de 4 centros –dos públicos y dos privados-. De ellas, dos reportaron ser psicólogas, 2 enfermeras y 2 psiquiatras. A continuación, se presentan las categorías identificadas en el análisis.

- 1. Apreciación de CALM:** CALM fue percibida como una herramienta útil para el manejo psicosocial del paciente paliativo, y en particular, como una intervención culturalmente sensible que puede adaptarse a las necesidades locales de los pacientes y los equipos. Además, la organización conceptual de la intervención en dominios fue percibida como un modelo pertinente y basado en evidencia que recoge los principales fundamentos del trabajo psicoterapéutico con los pacientes con enfermedad avanzada, lo que fue visto como especialmente provechoso para difundir su quehacer profesional en sus respectivas instituciones y fortalecer su rol como terapeutas.

“Hay algunos conceptos que se me grabaron bien grabados y que los veo, los leo cuando veo a los pacientes (...). Es como poderle dar nombre y decir “claro, esto le pasa a mucha gente. Alguien lo describió, lo observó y lo ha observado mucha gente y lo ha descrito, entonces esto pasa”.

“Algo que he puesto más en práctica [son] los dominios, me da la seguridad, [para] contactar a los otros equipos. Yo sé que suena obvio, pero no siempre se hace.”

“Todo lo que corte camino en el buen sentido, para que uno tenga mayor claridad y menor carga, yo creo que permite contener un poco también, desde el terapeuta.”

- 2. Experiencia del entrenamiento en CALM:** Hubo consenso entre los participantes del grupo focal en que la formación fue una experiencia profesional positiva. En cuanto a la metodología del entrenamiento, destacaron el valor de los videos de sesiones con pacientes reales como especialmente útil para comprender la intervención tanto en su teoría como en la práctica. No obstante, los participantes refirieron que el entrenamiento era muy introductorio (“una pincelada”) como para poder practicar la psicoterapia ellos mismos. En este sentido, si bien sentían motivación para continuar profundizando en CALM, este entusiasmo es morigerado por la percepción de falta de continuidad del entrenamiento.

“Esto no lo conocía nada nada de antes, entonces me quedo con la sensación de que fue una pincelada general como... como un conocer de qué se trata más bien, más que saber aplicarlo.”

“Me encantaría poder aplicarlo o poder empezar a armar algo para pseudo aplicarlo, [aunque] yo no me sentiría apta para hacerlo así tal cual, o como ese video que vimos... maravilloso... pero sí me... me dieron ganas de seguir viniendo, me dan ganas de seguir sabiendo...”

“Necesitamos quien nos siga formando... Y no sé si allá de Canadá haya una formación más formal, más estructurada donde te den un diploma y te digan ‘usted está formado’.”

- 3. Implementación de CALM:** Al ser consultados sobre cómo implementarían CALM en sus lugares de trabajo, los profesionales identificaron que, junto con continuar la formación, difundir la intervención en sus respectivos centros es el primer paso. Sin embargo, refirieron que esto es dificultado por la sobrecarga asistencial y laboral de los equipos clínicos y en particular de los equipos de las unidades de cuidados paliativos de

sus instituciones. Además, la burocracia organizacional (expresada como resistencia al cambio), podía obstaculizar la puesta en práctica de CALM en sus dimensiones clínicas y de investigación académica.

“Yo creo que hay harto de resistencia al cambio, pero también como de falta de tiempo protegido para actividades de formación... porque por ejemplo, el equipo de paliativos del hospital nuestro está sobrevendido totalmente, entonces proponerles que vinieran un sábado en la mañana era como (...) ... ‘no’.”

“Yo llegar y hacerlo puedo, pero como que la institución diga “acá se hace CALM, lo reconocemos” ¿algo así? Lo veo súper difícil... habría que hablar con el psiquiatra, con el paliativo, con el académico (...). No creo que fuera algo fácil.”

“Me parece súper importante tener esas instancias y tenemos una muy buena onda y comunicación afortunadamente, pero claro para agrandar en algo, hacer algo como más... formal, se tropieza no con el equipo de paliativos, sino con la institución...”

- 4. Análisis según desenlaces de implementación:** Al analizar los resultados según las categorías anteriormente expuestas, es posible agruparlos según el modelo de Proctor et al. [9], a partir de su identificación como facilitadores o barreras para la implementación de CALM en tanto intervención de salud mental. En particular, hubo una percepción positiva de la factibilidad, aceptabilidad y fidelidad de adoptar la intervención. Por el contrario, el escalamiento y sostenibilidad constituirían barreras para su adopción como estándar de cuidado en los centros de salud. La tabla 3 describe cómo los desenlaces definidos en este modelo se agrupan en tanto facilitadores o barreras.

Tabla 3. Facilitadores y barreras para la implementación de CALM según el modelo de Proctor et al.

	Desenlaces de implementación	Percepciones de los participantes
Facilitadores	aceptabilidad	El contenido de CALM es un aporte para la práctica clínica, tanto para los pacientes como para los terapeutas.
	fidelidad	Se percibe concordancia entre lo que la intervención describe y lo que los profesionales observan en su práctica.
	factibilidad	La estructura de CALM puede ser aplicado por terapeutas chilenos.
Barreras	penetración/escalamiento	Se percibe dificultad para socializar lo aprendido, y entrenar a otros profesionales y equipos debido a limitaciones de tiempo y carga de trabajo.

La organización institucional se percibe como resistente al cambio y a la adopción de intervenciones nuevas, a pesar del posible interés de otros profesionales.

sostenibilidad dificultad para continuar la formación profesional en CALM.

Discusión:

El presente trabajo muestra los resultados de una experiencia de entrenamiento de profesionales chilenos en la psicoterapia CALM en Santiago de Chile, identificando potenciales facilitadores y barreras para su implementación. Los resultados presentados son útiles para comprender las dificultades y oportunidades a la hora de implementar intervenciones basadas en evidencia en el ámbito de los CCPP en el país.

En primer lugar, se observó que los profesionales chilenos reportan carencias de instancias de formación especializada en CCPP y en el manejo de la salud mental del paciente paliativo. Si bien la mayoría reportó dedicarse a trabajar con pacientes oncológicos a tiempo completo, más de un tercio de los participantes refirió no tener estudios o entrenamiento especializado en el tema. Esto es consistente con lo estipulado por la OMS y otros autores, y refleja la brecha entre las necesidades de CCPP y la carencia de profesionales especializados en el área a nivel global y regional [1, 10, 11]. Estos resultados son particularmente preocupantes en la medida que Chile es considerado un país de altos ingresos y donde el acceso a CCPP está garantizado por ley. De este modo, nuestros resultados entregan luces sobre brechas de formación de capital humano no sólo en el país sino también probablemente, en Latinoamérica.

Nuestros resultados muestran el interés local por adquirir herramientas y conocimientos en intervenciones de salud mental para el paciente en CCPP, en particular CALM. Esta psicoterapia breve basada en evidencia de origen canadiense ha demostrado ser efectiva como intervención no farmacológica de sintomatología depresiva con pacientes con cáncer avanzado. Su efectividad y flexibilidad para adaptarse a poblaciones diversas ha producido un interés global por su adopción e implementación en diversos países, con experiencias positivas de recepción e implementación [12, 13]. En esta línea, el entrenamiento realizado en Chile constituye un hito en Latinoamérica en la difusión de esta intervención, siendo el primer país de habla hispana en realizar esta capacitación. Esto refleja no sólo un esfuerzo por superar las barreras idiomáticas al traducir todo el material original, sino que también constituyen un ejercicio exitoso de colaboración entre países del Norte y el Sur global en el desarrollo de redes colaborativas y formación profesional [14, 15].

Las necesidades emocionales y psicosociales de los pacientes con cáncer avanzado son altamente desafiantes para los equipos tratantes, ya que son multidimensionales y dinámicas en el tiempo. La presentación clínica de síntomas puede diferir de los encuadres psiquiátricos con población no oncológica, y por ello pueden resultar de difícil identificación y manejo [16]. Nuestros resultados muestran que este breve entrenamiento en CALM proveyó de herramientas a los asistentes para poder caracterizar estas manifestaciones en pacientes

chilenos. Igualmente, los profesionales reportaron que sintieron mayor confianza y seguridad en sí mismos para poder actuar en sus trabajos, y que el contar con la estructura de CALM aporta a la percepción de autosuficiencia. Esto es consistente con otros trabajos en oncología y CCPP, y muestra que el entrenamiento en este ámbito no sólo tiene un impacto positivo en los pacientes, sino también en los proveedores [17, 18]. En esta línea, CALM es percibido como una herramienta beneficiosa para el quehacer clínico, lo que facilitaría su implementación.

En cuanto a las barreras percibidas por los profesionales, destacan aspectos institucionales y elementos propios de la cultura organizacional de las unidades de CCPP. Estas barreras no son específicas para CALM, sino que son comunes a las intervenciones de su tipo. Las dificultades para la integración e implementación de servicios psicosociales como estándar de cuidado en oncología y CCPP ha sido ampliamente documentado en la literatura [19], y apunta a la necesidad de un cambio de paradigma, desde el manejo centrado en la enfermedad, a uno centrado en el cuidado integral del paciente con cáncer, incluyendo cáncer avanzado [14, 20].

El presente trabajo cuenta con fortalezas y limitaciones. Entre sus fortalezas se encuentran la novedad de la intervención y haber sido la primera instancia de entrenamiento local en la región con la colaboración del equipo creador de CALM. La recepción y experiencia positiva de los profesionales asistentes sienta un precedente para futuras colaboraciones entre centros nacionales e internacionales tanto en creación de oportunidades de educación continua como de pilotaje e implementación de estrategias e intervenciones basadas en evidencia en el ámbito de los CCPP. En cuanto a las limitaciones, el entrenamiento sólo contó con profesionales de Santiago de Chile, y su realización los días sábado pudo afectar la asistencia de profesionales que estuviesen interesados en participar. Además, su carácter fue introductorio, por lo que no constituye una certificación oficial en CALM. Sin embargo, los asistentes manifestaron interés por continuar su formación, y el éxito de esta instancia auspicia su posible reanudación o repetición en el futuro. Metodológicamente, sólo se realizó un grupo focal, lo que puede afectar su rigor cualitativo. Sin embargo, los participantes del grupo focal poseían variabilidad en su formación profesional y en los centros en los que trabajaban, lo que aporta riqueza a las perspectivas expuestas en la discusión grupal.

Conclusiones:

En conclusión, CALM es una psicoterapia breve para pacientes con cáncer avanzado cuya estructura y contenido fueron percibidos como útiles y relevantes por los profesionales sanitarios que participaron en esta iniciativa. Existe una necesidad de espacios de formación en CCPP en el país y es importante contar con instancias de entrenamiento y diseminación de intervenciones efectivas que sean culturalmente sensibles a distintas poblaciones. La investigación y los estudios organizacionales futuros deben evaluar las creencias y la resistencia de los profesionales de CCPP para adoptar intervenciones psicosociales basadas en evidencia.

Agradecimientos

Agradecemos a Luz María González por su apoyo en la realización del entrenamiento. Agradecemos también a Pedro Ferrer por su colaboración en la presentación previa de estos resultados en versión poster.

Conflictos de interés:

Ninguno de los autores declara tener conflictos de interés.

Referencias:

1. Organización Mundial de la Salud. Cuidados paliativos [<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>] fecha de acceso: 15/01/2021
2. Rodin G, An E, Shnall J, Malfitano C. Psychological interventions for patients with advanced disease: Implications for oncology and palliative care. *Journal of Clinical Oncology*. 2020 Mar 20;38(9):885-904.
3. Knaul FM, Farmer PE, Krakauer EL, De Lima L, Bhadelia A, Kwete XJ, Arreola-Ornelas H, Gómez-Dantes O, Rodríguez NM, Alleyne GA, Connor SR. Alleviating the access abyss in palliative care and pain relief—an imperative of universal health coverage: the Lancet Commission report. *The Lancet*. 2018 Apr 7;391(10128):1391-454.
4. Ministerio de salud. Guía clínica alivio del dolor por cáncer avanzado y cuidados paliativos. Santiago, MINSAL. 2011.
5. Teo I, Krishnan A, Lee GL. Psychosocial interventions for advanced cancer patients: A systematic review. *Psycho-oncology*. 2019 Jul;28(7):1394-407.
6. Rodin G, Lo C, Rydall A, Shnall J, Malfitano C, Chiu A, Panday T, Watt S, An E, Nissim R, Li M. Managing cancer and living meaningfully (CALM): a randomized controlled trial of a psychological intervention for patients with advanced cancer. *Journal of Clinical Oncology*. 2018 Aug 10;36(23):2422.
7. Sethi R, Rodin G, Hales S. Psychotherapeutic approach for advanced illness: managing cancer and living meaningfully (CALM) therapy. *American Journal of Psychotherapy*. 2020 Dec 1;73(4):119-24.
8. Green J, Thorogood N. *Qualitative methods for health research*. sage; 2018 Feb 26.
9. Proctor EK, Landsverk J, Aarons G, Chambers D, Glisson C, Mittman B. Implementation research in mental health services: an emerging science with conceptual, methodological, and training challenges. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*. 2009 Jan 1;36(1):24-34.
10. Vindrola C, Mertnoff R, Lasmarias C, Gomez-Batiste X. Palliative care education in Latin America: a systematic review of training programs for healthcare professionals. *Palliative and Supportive Care*. 2018;16(1):107-17.
11. Pastrana T, Lima L, Sánchez-Cárdenas M, Steijn D, Garralda E, Pons-Izquierdo JJ, Centeno C. Atlas de cuidados paliativos de Latinoamérica 2020. [<https://cuidadospaliativos.org/uploads/2021/3/Atlas%20de%20Cuidados%20Paliativos%20en%20Latinoamerica%202020.pdf>] fecha de acceso: 13/05/2021
12. Caruso R, Sabato S, Nanni MG, Hales S, Rodin G, Malfitano C, Tiberto E, De Padova S, Bertelli T, Murri MB, Zerbinati L. Application of Managing Cancer and Living

Meaningfully (CALM) in Advanced Cancer Patients: An Italian Pilot Study. *Psychotherapy and psychosomatics*. 2020;89(6):402-4.

13. Mehnert A, Koranyi S, Philipp R, Scheffold K, Kriston L, Lehmann-Laue A, Engelmann D, Vehling S, Eisenecker C, Oechsle K, Schulz-Kindermann F. Efficacy of the Managing Cancer and Living Meaningfully (CALM) individual psychotherapy for patients with advanced cancer: A single-blind randomized controlled trial. *Psycho-Oncology*. 2020 Nov;29(11):1895-904.
14. Rodin G. From evidence to implementation: the global challenge for psychosocial oncology. *Psycho-oncology*. 2018 Oct;27(10):2310-6.
15. Kaasa S, Mwangi-Powell F, Lam W, Rodin G. Global and regional partnerships to build evidence and capacity in supportive care. *The Lancet Global Health*. 2018 Mar 1;6:S23-4.
16. Strada EA, Breitbart WS (2015). Training of psychologists and psychiatrists in palliative care. In *Psycho-oncology*. 3rd edition. Oxford University Press.
17. Frey R, Balmer D, Robinson J, Boyd M, Gott M. What factors predict the confidence of palliative care delivery in long-term care staff? A mixed-methods study. *International journal of older people nursing*. 2020 Jun;15(2):e12295.
18. Kubota Y, Okuyama T, Uchida M, Umezawa S, Nakaguchi T, Sugano K, Ito Y, Katsuki F, Nakano Y, Nishiyama T, Katayama Y. Effectiveness of a psycho-oncology training program for oncology nurses: a randomized controlled trial. *Psycho-oncology*. 2016 Jun;25(6):712-8.
19. Dilworth S, Higgins I, Parker V, Kelly B, Turner J. Patient and health professional's perceived barriers to the delivery of psychosocial care to adults with cancer: a systematic review. *Psycho-Oncology*. 2014 Jun;23(6):601-12.
20. Kaasa S, Loge JH, Aapro M, Albrecht T, Anderson R, Bruera E, Brunelli C, Caraceni A, Cervantes A, Currow DC, Deliens L. Integration of oncology and palliative care: a Lancet Oncology Commission. *The Lancet Oncology*. 2018 Nov 1;19(11):e588-653.