



Terapia de la dignidad en pacientes con cáncer: una revisión sistematizada de la literatura

Ana González-Ling^{1,2*} y Óscar Galindo-Vázquez²

¹Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México; ²Servicio de Psicooncología, Instituto Nacional de Cancerología. Ciudad de México, México

Resumen

Introducción: La terapia de la dignidad (TD) es una intervención diseñada para atender el malestar emocional y existencial de las personas que enfrentan enfermedades que amenazan su vida. Aunque previamente se han realizado revisiones en población clínica, no se ha evaluado su evidencia en pacientes oncológicos. **Objetivo:** Analizar la literatura existente acerca de los efectos de la TD en ansiedad, depresión, dignidad y calidad de vida (CV) en pacientes con cáncer. **Método:** Se realizó una búsqueda PICO en las bases de datos: PubMed, PsycINFO y en la Biblioteca Digital de la Universidad Nacional Autónoma de México de enero del 2002 a diciembre del 2019 con estudios de diseño experimental o cuasiexperimental que incluyeran a pacientes oncológicos que recibieron TD. **Resultados:** De 281 artículos obtenidos, se incluyen 5 para el análisis, 4 ensayos controlados aleatorizados y un estudio con grupo control con pacientes con cáncer avanzado o terminal. En dos estudios encontraron niveles basales bajos de distrés, lo que dificultó medir el beneficio; en otros dos artículos con niveles basales de distrés se observó beneficio en ansiedad y depresión. La CV es un factor que puede influir sobre los resultados de la terapia. **Conclusiones:** La TD es una intervención benéfica, con alta satisfacción, especialmente en pacientes con malestar emocional inicial. Se requiere investigación de mayor calidad para confirmar su efecto en ansiedad y depresión y extender los resultados a otras poblaciones culturales. Se sugiere estudiar su efecto en población latina.

Palabras clave: Cáncer. Dignidad. Psicooncología. Psicosocial. Psicoterapia. Terapia de la dignidad.

Dignity Therapy in cancer patients: a systematized review of the literature

Abstract

Introduction: Dignity Therapy (DT) is an intervention designed to address emotional and existential distress in people with life-threatening diseases. Although previous revisions have been made, its evidence specifically in oncology population has not been assessed. **Objective:** To analyze the existing literature on the effects of DT on anxiety, depression, dignity and quality of life (QoL). **Method:** A PICO search was performed in the following databases: PubMed, PsycINFO and the Digital Library of UNAM from January 2002 to December 2019 this included studies with an experimental or quasi experimental design that included cancer patients who received DT. **Results:** Out of 281 obtained articles, 5 were included for the analysis, 4 RCTs and a control group study with patients with advanced or terminal cancer. In 2 studies researchers found low baseline levels of distress, making it difficult to measure benefit; in 2 other studies with baseline levels of distress, a benefit

Correspondencia:

*Ana González-Ling

E-mail: ana.marcela.gzz@gmail.com

2565-005X/© 2020 Sociedad Mexicana de Oncología. Publicado por Permanyer. Este es un artículo open access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Fecha de recepción: 31-01-2020

Fecha de aceptación: 05-05-2020

DOI: 10.24875/j.gamo.20000020

Disponible en internet: 11-06-2020

Gac Mex Oncol. 2020;19(3):99-106

www.gamo-smeo.com

was observed in anxiety and depression. QoL is a factor that may influence the results of therapy. Conclusions: DT is a beneficial intervention, especially when there are initial levels of emotional distress. More rigorous and heterogeneous research is required to confirm its effect on psychological symptoms and to extend the results to other cultural populations. It is suggested to study its effect in the Latino population.

Key words: Cancer. Dignity. Dignity therapy. Psycho-oncology. Psychosocial. Psychotherapy.

Introducción

El cuidado de los pacientes con cáncer debe integrar los aspectos físicos, emocionales, sociales y espirituales con la finalidad de mejorar la calidad de vida (CV) del paciente y su familia¹. Los pacientes pueden experimentar sufrimiento existencial² a raíz de pérdidas importantes generadas por la enfermedad y de la confrontación con la inevitabilidad de la muerte.

El malestar existencial se manifiesta al cuestionar el significado y el valor de su vida y si merece la pena continuar con el tratamiento³. Otras expresiones del malestar existencial incluyen la desmoralización (13-18%)⁴, sentir que dependen o que son una carga para los demás (16-35%)^{5,6}, cambios en las metas de la vida, incertidumbre (16-92%)^{5,7}, sentir que la vida no tiene sentido o propósito (40-47%)⁸, pérdida del sentido de dignidad (46%)⁹, deseo de adelantar la muerte, angustia de muerte y miedo al proceso de morir^{3,10}. La evidencia vincula el malestar existencial a la presencia de sintomatología de ansiedad y depresión^{4,11-15}, desmoralización⁴, deseo de adelantar la muerte¹⁶⁻¹⁸, disminución en los niveles de CV¹⁹⁻²² y malestar al final de la vida⁴.

Existen múltiples aproximaciones psicoterapéuticas efectivas para reducir el malestar emocional de los pacientes con cáncer²³⁻²⁵ y en los últimos años se han incrementado los esfuerzos para atender las necesidades espirituales y existenciales de los pacientes con cáncer²⁶⁻²⁸. Por ello se han diseñado intervenciones basadas en evidencia, como la terapia de la dignidad (TD) en 2002 por Chochinov, et al.²⁹ y la terapia centrada en el sentido en 2010 por Breitbart, et al.³⁰, para atender el malestar existencial en este grupo de pacientes u otras enfermedades que amenazan la vida. El objetivo de este tipo de terapias es que, por medio de ejercicios y reflexiones sobre temas estructurados, los pacientes puedan preservar su sentido de dignidad, esperanza, propósito, sentido de vida y deseo de vivir, lo que tiene un efecto sobre la sintomatología de ansiedad y depresión, así como en la CV^{29,30}. Ambas intervenciones están basadas en la evidencia, manualizadas y han probado ser efectivas^{29,30}.

La TD deriva de investigaciones cualitativas sobre los elementos del concepto de dignidad al final de la

vida en pacientes terminales. A partir de entrevistas con pacientes se extrajeron los elementos más relevantes del constructo de dignidad y posteriormente se validó el modelo teórico de dignidad al final de la vida^{9,29,31,32}.

El modelo de dignidad de Chochinov, et al. incluye tres categorías principales: preocupaciones en relación con la enfermedad, repertorio para preservar la dignidad y el inventario de dignidad social³¹. Las preocupaciones en relación con la enfermedad tienen que ver con la forma en que las consecuencias propias del padecimiento pueden afectar la dignidad de una persona, al afectar el nivel de independencia cognitivo o funcional; además del propio malestar que pueden generar los síntomas físicos o emocionales³¹.

En el repertorio para preservar la dignidad se incluyen la continuidad del yo, la preservación de roles, la generatividad, la preservación del orgullo, la esperanza, la autonomía o sensación de control, la aceptación y la resiliencia o espíritu de lucha. Las prácticas para preservar la dignidad incluyen el vivir el momento, mantener la normalidad de sus rutinas en la medida posible y buscar el bienestar espiritual³¹.

Por último, el inventario de dignidad social incluye cuestiones que influyen en el sentido de dignidad de los pacientes. En esta categoría se incluyen: las barreras de privacidad que pueden ser afectadas al necesitar de más cuidados; el apoyo social; el tono del cuidado, que es la actitud de los demás al interactuar con el paciente; el sentir que es una carga para los demás; y las preocupaciones posteriores a su muerte, que implican la preocupación por el impacto que su muerte tendrá en los que le sobreviven³¹.

Estructura de la terapia de la dignidad

La TD es una intervención breve, de tres sesiones de una hora, donde los pacientes pueden elaborar un documento de legado para entregar a sus seres queridos en el momento que lo deseen. En el documento los pacientes abordan momentos importantes de su vida, logros y experiencias, así como sus deseos para

sus seres queridos, lecciones de vida o palabras de agradecimiento o de guía. El objetivo de la terapia es preservar el sentido de dignidad, ya que esto tiene efecto en su estado emocional y su CV²⁹.

En la primera sesión se explica en lo que consiste la intervención, se aclaran dudas, se entrega un formato que incluye una lista preguntas que sirven como guía para que el paciente piense en lo que desea abordar en la segunda sesión y se recaban datos personales sobre el paciente y sobre los destinatarios del documento de legado^{29,31}.

En la segunda sesión se realiza una entrevista audiografiada que inicia con preguntas que incitan a realizar un resumen de momentos clave en su vida y continúa enfocándose hacia los mensajes o deseos que el paciente siente la necesidad de expresar a sus seres queridos. Inmediatamente se busca realizar la transcripción textual y la edición por parte del terapeuta. En la tercera sesión se entrega al paciente el documento para que lo revise y pueda hacer los cambios que desee. Una vez aprobado, se entrega una copia al paciente²⁹.

La TD se ha aplicado desde el principio en personas en cuidados paliativos o en *hospice*, donde la mayoría de los pacientes en los estudios eran oncológicos, sin embargo, más recientemente su uso se ha extendido hacia personas con enfermedades que amenazan la vida o la capacidad cognitiva para recordar elementos importantes de su historia³³⁻³⁶.

Se han realizado revisiones al respecto de la TD, sin embargo, estas se han centrado en pacientes con enfermedades terminales o al final de la vida³⁷⁻⁴¹ y no han estudiado su efecto específicamente en los pacientes con cáncer. Estos trabajos concluyen que la TD es una intervención con altos niveles de satisfacción⁴⁰, con la capacidad de mejorar la experiencia al final de la vida³⁷⁻³⁹, aumentar el sentido y propósito de vida^{39,40} y que otorgan beneficio para el paciente y su familia⁴⁰. Sin embargo, los resultados en las medidas psicométricas han sido inconsistentes debido a factores como el nivel inicial de malestar físico y emocional³⁷⁻⁴¹. Los autores recomiendan realizar futuras investigaciones para su implementación en el mundo real⁴⁰, si es aplicable a distintos grupos culturales⁴¹ y su efecto en la familia o la comunidad^{40,41}.

Debido a que la TD es una intervención breve, que tiene un efecto sobre el paciente y su cuidador, consideramos relevante conocer el efecto que tiene en la población oncológica. Es necesario distinguir los resultados obtenidos en esta población debido a que las necesidades de los pacientes con cáncer pueden ser

distintas a las de otros pacientes al final de la vida y más aún en poblaciones que no están al final de su vida, como los pacientes con enfermedad de Alzheimer u otros problemas degenerativos. Por ello, el objetivo de esta revisión sistematizada de la literatura⁴² es analizar la literatura existente acerca de los efectos de la TD en ansiedad, depresión, dignidad y CV en pacientes con cáncer.

Método

Estrategia de búsqueda

Con el fin de conocer cuál es la evidencia sobre la efectividad de la TD en pacientes con cáncer, se llevó a cabo una revisión sistematizada de la literatura en las bases de datos PubMed, PsycINFO y la Biblioteca Digital de la Universidad Nacional Autónoma de México, en un periodo comprendido entre enero del 2002 y diciembre del 2019. Previo a realizar la búsqueda en las bases de datos, los autores realizaron un protocolo de acuerdo con la metodología PICO⁴³ y determinaron los criterios de inclusión y exclusión. Se emplearon los siguientes términos de búsqueda: *dignity* (Tw), *therapy* (Tw), *cancer* (Tw), *neoplasms* (Mesh), dignidad (Tw) y terapia de la dignidad (Tw), combinado con los operadores booleanos AND y OR.

Se incluyeron en la muestra los estudios en inglés y en español que se ajustaran a los siguientes criterios de inclusión:

- Diseño experimental o cuasiexperimental por tener una mayor validez interna^{44,45}.
- Pacientes diagnosticados con cualquier tipo de cáncer.
- Que hubieran recibido TD.

Se excluyeron las revisiones sistemáticas, tesis doctorales, estudios de caso, resúmenes y estudios con resultados preliminares no cuantitativos. Con la finalidad de evitar sesgo de selección, uno de los autores realizó la búsqueda de manera independiente y el segundo autor revisó los hallazgos. En la figura 1 se muestra el diagrama de selección de los estudios.

Resultados

Se obtuvieron en total 281 artículos, de los cuales se incluyen cinco para el análisis. Después de la revisión de títulos y resúmenes, se excluyeron 214 artículos, ya que 65 eran literatura médica y en 149 no se aplicaba la TD. De los artículos completos revisados, se eliminaron cinco que eran aplicados en población no

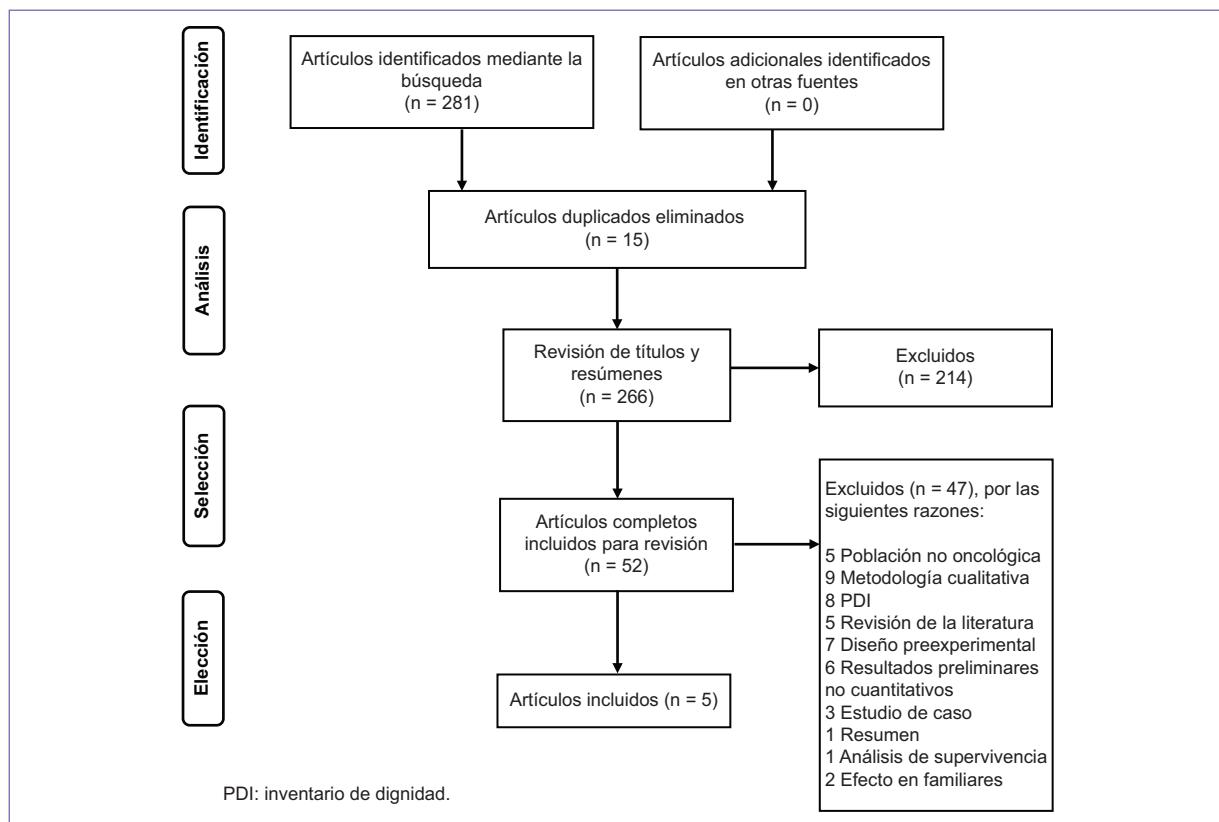


Figura 1. Diagrama de selección de los estudios.

oncológica, nueve estudios cualitativos, ocho estudios sobre el *Patient Dignity Inventory* (PDI), cinco revisiones de la literatura, siete estudios preeperimentales, seis estudios que no reportaban resultados cuantitativos, tres estudios de caso, un resumen, un subanálisis de supervivencia y dos análisis del efecto en los cuidadores.

En la [tabla 1](#) se muestran las características y resultados de los estudios incluidos. En cuanto a la metodología de los estudios, encontramos cuatro ensayos controlados aleatorizados (ECA) y un estudio prospectivo con mediciones pre y post con un grupo control de no participantes. Tres compararon frente al cuidado paliativo estándar (CPE), uno contra cuidado centrado en el cliente (CCC), uno frente a resumen vital (RV), uno comparó frente a no participantes y uno con pacientes en lista de espera.

En tres de los cinco estudios se incluyeron pacientes con cáncer avanzado y en dos estudios se incluyeron pacientes con cáncer en etapa terminal. Los instrumentos de evaluación fueron heterogéneos. Los más utilizados fueron la *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS) (4 estudios), PDI (4 estudios) y una encuesta de satisfacción con la intervención (3 estudios).

Resultados en dignidad, depresión, ansiedad y calidad de vida

En el estudio de Vuksanovic, et al. se reporta que la dignidad mejoró en el 58.1% de los pacientes⁴⁶. En el ECA frente a CPE y CCC⁴⁷, la TD superó a ambos brazos en la variable de dignidad; y en el estudio de Houmann, et al. se observó que el beneficio en dignidad se mantuvo en el seguimiento a dos semanas⁴⁸.

En al menos dos de los cinco estudios^{38,49} se incluyeron pacientes con niveles de distrés basal bajo, esto permitió observar que no es necesario tener niveles altos de distrés para beneficiarse de la TD, pero ha representado un obstáculo para medir la magnitud de su efecto en variables como ansiedad y depresión. En los dos estudios que analizaron el efecto en pacientes con distrés inicial^{48,50} se encontró que este subgrupo de pacientes se benefició más.

Otros factores como la disminución en la CV se señalan como factores que pueden perjudicar los resultados de la TD, por lo que se sugiere aplicarla de manera más temprana en el proceso de enfermedad⁴⁸. De hecho, los resultados de la TD en la CV son ambiguos; en el estudio de Chochinov, et al.⁴⁷ la CV mejoró tras

Tabla 1. Resultados de la búsqueda de la literatura

| Autor, año País | Población (n) | Diseño (intervención) | Instrumentos de evaluación | Resultados | Conclusiones | Tamaño del efecto (d de Cohen) |
|---|------------------------------------|--|---|--|--|--|
| Chochinov, et al., 2011 ⁴⁸ Canadá EE.UU. Australia | Pacientes terminales n = 441 | ECA (TD n = 108 o CPE n = 111 o CCC n = 107) | PPS FACIT-Sp PDI HADS SISC 2 ítems para evaluar CV ESAS CAR | <ul style="list-style-type: none"> - Ansiedad, depresión: no se encontraron diferencias entre grupos en escalas psicométricas ($p > 0.05$). En CAR, mejoró tristeza y depresión (TD 3.11 vs. 2.57 de CPE; $p < 0.05$) - Dignidad: sin diferencias entre grupos en PDI ($p > 0.05$). En CAR: TD fue superior (3.52 vs. 3.09 CPE y 3.11 de CCC; $p < 0.05$) - CV en CAR: mejoría (TD 3.54 vs. 2.96 CPE y 2.84 CCC; $p < 0.05$) - Otras variables: TD fue superior en ayuda personal (TD 4.23 vs. 3.50 de CPE y 3.72 de CCC), ayuda a familia (TD 3.93 vs. 3.20 de CPE y 3.29 de CCC), percepción de otros (TD 3.58 vs. 2.85 de CPE y 2.85 de CCC), bienestar espiritual (TD 3.27 vs. 2.56 de CCC), satisfacción (TD 4.26 vs. 3.80 de CPE) (todas $p < 0.05$) | <ul style="list-style-type: none"> - Los niveles basales de distres eran bajos, esto dificultó la capacidad para medir diferencias entre grupos - La TD mostró ser igual de beneficiosa que el CPE y el CCC en los objetivos primarios, pero fue superior en las medidas secundarias - Introducir niveles basales de distres como requisito hubiera excluido a la mayoría de los pacientes, limitando la viabilidad | ND |
| Hall, et al., 2011 ⁵⁰ Reino Unido | Cáncer avanzado n = 45 | ECA Abierto fase II (TD + CPE n = 22 o CPE n = 23) | PDI HHI HADS EQ-5D | <ul style="list-style-type: none"> - Ansiedad, depresión, CV: sin diferencias entre grupos ($p > 0.05$) - Dignidad: mejoría con diferencia no significativa entre grupos a 1 semana (TD 42 vs. 39 CPE, $p > 0.05$) - Esperanza: disminuyó en CPE a 1 y 4 semanas, mejoró a 1 semana en TD (TD 38.00 vs. 35.87 CPE; $p < 0.05$) - Otras variables. 1 semana: ayuda personal (TD 4.43 vs. 3.47 CPE; $p < 0.05$), 4 semanas: ayuda personal (TD 4.44 vs. 3.82 CPE), propósito de vida (TD 3.89 vs. 2.73 CPE; $p < 0.05$) | <ul style="list-style-type: none"> - Sin diferencias en dignidad entre grupos. No se estableció como criterio de inclusión tener distres, sugieren evaluar el efecto de TD en personas con distres y evaluar la capacidad de los instrumentos para detectar cambios - Se muestra beneficio en esperanza mediante la TD | Ayuda 1 semana, d = 1.34 15 días, d = 1.09 Propósito d = 1.20 |
| Juliao, et al., 2014 ⁵¹ Portugal | Pacientes terminales n = 80 | ECA Abierto fase II (TD + CPE n = 39 o CPE n = 41) | HADS | <ul style="list-style-type: none"> - Ansiedad. TD: disminuyó en todos los seguimientos (4 días: -4.00; 15 días: -5.50; 30 días: -4.50; $p < 0.05$). Frente a CPE, TD mostró mejoría (4 días: -3.00; 15 días: -4.00; 30 días: -4.00; $p < 0.05$) - Depresión: TD disminuyó a los 4 (-3.00) y 30 días (-1.00) ($p < 0.05$). CPE: aumento en todos los seguimientos (4 días: 1.50; 15 días: 2.50; 30 días: 3.00, $p < 0.05$). Frente a CPE, TD mostró mejoría (4 días: -4.00; 15 días: -4.00; 30 días: -5.00; $p < 0.05$) | <ul style="list-style-type: none"> - Los pacientes tenían niveles iniciales significativos de depresión y ansiedad. La TD mostró mejoría en estas áreas incluso 30 días después de la intervención, lo que la hace viable y efectiva en pacientes con malestar emocional | ND |

(Continúa)

Tabla 1. Resultados de la búsqueda de la literatura (Continuación)

| Autor, año País | Población (n) | Diseño (intervención) | Instrumentos de evaluación | Resultados | Conclusiones | Tamaño del efecto (d de Cohen) |
|--|------------------------------|---|---|---|--|--|
| Houmann, et al., 2014 ⁴⁹ Dinamarca | Cáncer avanzado n = 80 | Prospectivo pre-post (TD n = 80 vs. no participantes n = 309) | SISC PDI EORTC QLQ-C15-PAL HADS PPS | <ul style="list-style-type: none"> - Ansiedad: no encontraron diferencias en los seguimientos ($p > 0.05$) - Depresión: leve aumento en PDI (\bar{x} dif. = 0.31), pero no en HADS o SISC - CV: deterioro (\bar{x} dif. = -0.9) - Dignidad: mejoría (\bar{x} dif. = -0.52) - Otras variables: mejoría en sentir que es una carga (\bar{x} dif. = -0.26) <p><i>Subanálisis pacientes con distres basal:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Ansiedad: mejoría (\bar{x} dif. = -1.00) - Depresión: mejoría (\bar{x} dif. = -1.17) - Dignidad: mejoría (\bar{x} dif. = -1.14) - Esperanza: mejoría (\bar{x} dif. = -0.83) - Otras variables: mejoría en sufrimiento (\bar{x} dif. = -0.94), autoimagen (\bar{x} dif. = -0.78), asuntos sin resolver (\bar{x} dif. = -1.15), sentir que es una carga (\bar{x} dif. = -0.48), privacidad (\bar{x} dif. = -0.69), aceptación (\bar{x} dif. = -0.79), privacidad (\bar{x} dif. = -0.69), respeto (\bar{x} dif. = -1.38) | <ul style="list-style-type: none"> Quienes podrían beneficiarse mas no tuvieron seguimientos completos, sugieren usar la TD lo antes posible Hubo mejoras incluso en pacientes en buenas condiciones Se encontró beneficio sostenido a 24 días después de la intervención En el subanálisis con pacientes con distres basal elevado, se observaron mejoras que indican que la TD podría ser beneficiosa en estas condiciones | ND |
| Vuksanovic, et al., 2016 ⁴⁷ Australia | Cáncer avanzado n = 70 | control con lista de espera | Brief Generativity and Ego-integrity Questionnaire PDI FACT-G | <ul style="list-style-type: none"> - Ansiedad, depresión, distres: no se estudiaron CV: no encontraron diferencias ($p > 0.05$) - Dignidad: mejoría ambos grupos (TD 58.7% vs. 60% RV) - Otras variables: generatividad (pre 3.41 a 4.15 post, $p < 0.05$) y continuidad del yo (pre 3.77 a 4.22 post, $p < 0.05$) mejoraron en TD, pero no en RV y control - TD fue superior en ayudar a la familia (TD 87.1 vs. 33.3 RV) y cambiar la percepción de otros (TD 77.4 vs. 33.3 RV) ($p < 0.05$). Ambas mejoraron valía personal (TD 74.2% vs. 66.7% RV), significado (TD 74.2% vs. 73.3% RV) y propósito (TD 54.8% vs. 60% RV) | <ul style="list-style-type: none"> Se encontró una alta satisfacción y aceptación de la TD El documento de legado es un componente importante que aumenta la generatividad y preservación del yo al final de la vida No se encontraron diferencias en dignidad y CV en la TD con o sin el documento de legado (RV) | Generatividad $n^2 = 25$ Integridad del yo $n^2 = 0.11$ |

CAR: Cuestionario de auto reporte; EORTC QLQ-C15-PAL: European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire-C15-Palliative; ECO-5D: EuroQol 5 Dimensions; ESAS: Edmonton Symptom Assessment System; FACT-G: Functional Assessment of Cancer Therapy - General; FACT-S: Functional Assessment of Chronic Illness Therapy - Spiritual Well-Being; HHI: Hert Hopes Index; HADS: Hospital Anxiety Inventory; HADS: Hospital Anxiety and Depression Scale; PPS: Palliative Performance Scale; SISC: Structured Interview for Symptoms and Concerns; TD: terapia de la dignidad; TE: tamaño del efecto; ND: no disponible; ECA: ensayo clínico aleatorizado; CPE: cuidado paliativo estándar; CCC: cuidado centrado en el cliente; CV: calidad de vida; QT: quimioterapia; RV: resumen vital (en el estudio fue igual que la TD, pero sin documento de legado).

la intervención en comparación con CPE y CCC. En el estudio de Houmann, la CV disminuyó⁴⁸, lo que pudo haber tenido un efecto en las demás variables.

La depresión mostró una disminución ($p < 0.05$)^{47,48,50}, con mayor mejoría frente a CPE en dos estudios^{47,50}, en uno de ellos el beneficio se mantuvo hasta 30 días después de la intervención. En ese mismo estudio, cuando hicieron el subanálisis para evaluar el efecto en pacientes con niveles basales de distrés elevados, observaron una mejoría significativa en depresión en esta población de riesgo.

La ansiedad mostró mejoría en dos estudios^{48,50}, incluso frente a CPE⁵¹ y en uno de ellos el beneficio se mantuvo a 30 días. En un ECA contra CPE y CCC, la TD mostró ser igual de efectiva que estas intervenciones⁴⁷.

Los resultados en otras variables secundarias ponen en evidencia que los pacientes se encuentran satisfechos con la intervención ($\bar{x} = 4.25/5.00$)⁴⁷ y que el 84% refieren que recibir la TD les ayudó⁴⁶. Incluso en dos estudios frente a CPE, la TD fue reportada como la que más les había ayudado⁴⁷⁻⁴⁹. Ha demostrado aumentar el sentido de propósito (55%)⁴⁹, el significado de vida (74%)⁵⁰, la esperanza de los pacientes^{48,49} y disminuir la sensación de ser una carga para los demás⁴⁸. La TD ha superado a CPE, CCC y RV en ser la que los pacientes consideran que más podría ayudar a sus seres queridos y cambiar la forma en la que su familia los percibe^{46,47}.

Discusión

Los resultados de la búsqueda permiten observar que todavía existen muy pocos estudios cuasiexperimentales o experimentales que estudian la TD en pacientes con cáncer. En los artículos incluidos los resultados muestran que la TD es una intervención útil con altos niveles de satisfacción. Ha mostrado ser capaz de mejorar el sentido de dignidad, esperanza, ansiedad, depresión, propósito y significado de vida en los pacientes con cáncer. Sin embargo, los estudios utilizaron distintos instrumentos para evaluar los resultados, por lo que es complicado generalizar los resultados.

En algunos de los estudios, la TD mostró ser igual de efectiva que los otros brazos del estudio en las medidas psicométricas. Esto es interesante, ya que implica que la TD parece ser al menos tan efectiva como otras intervenciones como el CPE, el CCC y el RV a pesar de ser una intervención más breve, de solo tres sesiones de duración, sin mencionar que esta tiene un beneficio adicional en las personas que reciben el documento de legado. En estos estudios, los pacientes

también reportaron que la TD fue de la que obtuvieron mayores niveles de beneficio.

Su efectividad ha sido más clara en los estudios en los que analizaron a pacientes con distrés inicial. Una de las limitantes más frecuentes en los estudios de la TD es que en la mayoría de los casos, al momento de iniciar la terapia, los participantes no tenían niveles significativos de malestar emocional. Si bien es cierto que los pacientes que no tienen sintomatología psicológica pueden beneficiarse y estar interesados en realizar la TD, esto ha complicado la interpretación de los resultados por el estrecho margen para medir el beneficio. Solo dos de los estudios analizaron a pacientes con niveles iniciales de malestar emocional y en ambos se observó una mejoría estadísticamente significativa en las escalas psicométricas. Por ello, se sugiere realizar futuros estudios con pacientes con estas características para confirmar estos hallazgos^{37,47-49}.

Existe la necesidad de analizar el efecto de la intervención en otras poblaciones culturales, como la latina, para confirmar el grado de aceptación y beneficio que puede ofrecer tanto en los pacientes como en sus familiares⁴¹.

Entre las limitaciones de esta revisión de la literatura se encuentra que debido a los criterios de inclusión y a que es una intervención relativamente nueva, solo se encontraron cinco estudios con las características deseadas. Esto permite analizar de manera más estricta los resultados obtenidos en pacientes con cáncer, pero también limita la generalización de las conclusiones e invita a realizar investigaciones con mayor nivel de evidencia^{44,45}.

Conclusiones

La TD es una intervención benéfica, que ha demostrado ser satisfactoria, especialmente en pacientes con niveles iniciales de malestar emocional. Se requiere más investigación en pacientes con sintomatología psicológica para confirmar su efectividad en la sintomatología de ansiedad y depresión. Además, es necesario homogenizar los instrumentos de evaluación y variables de desenlace, analizar su efecto en población latina y evaluar el efecto en quienes reciben el documento de legado para fortalecer la validez externa de la intervención.

Financiamiento

Ana González-Ling es estudiante del Programa de Doctorado en Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México y recibe financiamiento del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología con el número de beca 450429 y número de becario 609113.

Conflictos de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Bibliografía

1. WHO Definition of Palliative Care [Internet]. World Health Organization; 2012 [citado el 14 de mayo de 2019]. Disponible en: <https://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>
2. La Cour P, Hvistendahl NC. Research on meaning-making and health in secular society: Secular, spiritual and religious existential orientations. *Soc Sci Med*. 2010;71(7):1292-9.
3. Vehling S, Philipp R. Existential distress and meaning-focused interventions in cancer survivorship. *Support Palliat Care*. 2018;12(1):46-51.
4. Robinson S, Kissane DW, Brooker J, Burney S. A systematic review of the demoralization syndrome in individuals with progressive disease and cancer: A decade of research. *J Pain Symptom Manage*. 2015;49(3):595-610.
5. Morita T, Kawa M, Honke Y, Kohara H, Maeyama E, Kizawa Y, et al. Existential concerns of terminally ill cancer patients receiving specialized palliative care in Japan. *Support Care Cancer*. 2004;12(2):137-40.
6. Chochinov HM, Kristjanson LJ, Hack TF, Hassard T, McClement S, Harlos M. Burden to others and the terminally ill. *J Pain Symptom Manage*. 2007;34(5):463-71.
7. Haisfield-Wolfe ME, McGuire DB, Soeken K, Geiger-Brown J, De Forge B, Suntharalingam M. Prevalence and correlates of symptoms and uncertainty in illness among head and neck cancer patients receiving definitive radiation with or without chemotherapy. *Support Care Cancer*. 2012;20(8):1885-93.
8. Moadel A, Morgan C, Fatone A, Gremban J, Carter J, Laruffa G, et al. Seeking meaning and hope: Self-reported spiritual and existential needs among an ethnically-diverse cancer patient population. *Psychooncology*. 1999;8(5):378-85.
9. Hack TF, Chochinov HM, Harlos M, Kristjanson LJ, McClement S, Harlos M. Defining dignity in terminally ill cancer patients: a factor-analytic approach. *Psychooncology*. 2004;13(10):700-8.
10. Kissane DW. The relief of existential suffering. *Arch Intern Med*. 2012;172(19):1501-5.
11. McCubrie RC, Davies AN. Is there a correlation between spirituality and anxiety and depression in patients with advanced cancer? *Support Care Cancer*. 2006;14(4):379-85.
12. Rabow MW, Knish SJ. Spiritual well-being among outpatients with cancer receiving concurrent oncologic and palliative care. *Support Care Cancer*. 2015;23(4):919-23.
13. Nelson CJ, Rosenfeld B, Breitbart W, Galieta M. Spirituality, religion, and depression in the terminally ill. *Psychosomatics*. 2002;43(3):213-20.
14. Tang PL, Wang HH, Chou FH. A systematic review and meta-analysis of demoralization and depression in patients with cancer. *Psychosomatics*. 2015;56(6):634-43.
15. Wilson KG, Chochinov HM, McPherson CJ, Skirko MG, Allard P, Chary S, et al. Desire for euthanasia or physician-assisted suicide in palliative cancer care. *Heal Psychol*. 2007;26(3):314-23.
16. Meier DE, Emmons CA, Wallenstein S, Quill T, Morrison RS, Cassel CK. A National Survey of Physician-Assisted Suicide and Euthanasia in the United States. *N Engl J Med*. 1998;338(17):1193-201.
17. Kohlwes RJ, Koepsell TD, Rhodes LA, Pearlman RA. Physicians' responses to patients' requests for physician-assisted suicide. *Arch Intern Med*. 2001;161(5):657-63.
18. Chochinov HM, Hack T, Hassard T, Kristjanson LJ, McClement S, Harlos M. Understanding the will to live in patients nearing death. *Psychosomatics*. 2005;46(1):7-10.
19. Cohen SR, Mount BM, Tomas JJN, Mount LF. Existential well-being is an important determinant of quality of life: Evidence from the McGill quality of life questionnaire. *Cancer*. 1996;77(3):576-86.
20. Bai M, Lazenby M. A systematic review of associations between spiritual well-being and quality of life at the scale and factor levels in studies among patients with cancer. *J Palliat Med*. 2015;18(3):286-98.
21. Greisinger AJ, Lorimor RJ, Aday LA, Winn RJ, Baile WF. Terminally ill cancer patients. Their most important concerns. *Cancer Pract*. 5(3):147-54.
22. Singer PA, Martin DK, Kelner M. Quality end-of-life care: patients' perspectives. *JAMA*. 1999;281(2):163-8.
23. Chen Y, Ahmad M. Effectiveness of adjunct psychotherapy for cancer treatment: A review. *Futur Oncol*. 2018;14(15):1487-96.
24. Okuyama T, Akechi T, Mackenzie L, Furukawa TA. Psychotherapy for depression among advanced, incurable cancer patients: A systematic review and meta-analysis. *Cancer Treat Rev*. 2017;56:16-27.
25. Chong Guan N, Mohamed S, Kian Tiah L, Kar Mun T, Sulaiman, A. H, & Zainal N. Z. (2016). Psychotherapy for cancer patients: A systematic review and meta-analysis. *The International Journal of Psychiatry in Medicine*, 51(5), 414-430. <https://doi.org/10.1177/0091217416680197>.
26. Rousseau P. Spirituality and the dying patient. *J Clin Oncol*. 2000;18(9):2000-2.
27. Breitbart W. Spirituality and meaning in supportive care: Spirituality and meaning-centered group psychotherapy interventions in advanced cancer. *Support Care Cancer*. 2002;10(4):272-80.
28. Boston P, Bruce A, Schreiber R. Existential suffering in the palliative care setting: An integrated literature review. *J Pain Symptom Manage*. 2011;41(3):604-18.
29. Chochinov HM. Dignity therapy: Final words for final days. EE.UU.: Oxford University Press; 2012.
30. Breitbart W, Rosenfeld B, Pessin H, Applebaum A, Kulikowski J, Lichtenthal WG. Meaning-centered group psychotherapy: An effective intervention for improving psychological well-being in patients with advanced cancer. *J Clin Oncol*. 2015;33(7):749-54.
31. Chochinov HM, Hack T, McClement S, Kristjanson L, Harlos M. Dignity in the terminally ill: An empirical model. *Soc Sci Med*. 2002;54:433-43.
32. Chochinov HM, Hack T, Hassard T, Kristjanson LJ, McClement S, Harlos M. Dignity therapy: A novel psychotherapeutic intervention for patients near the end of life. *J Clin Oncol*. 2005;23(24):5520-5.
33. Chochinov HM, Cann B, Cullighill K, Kristjanson L, Harlos M, McClement SE, et al. Dignity therapy: A feasibility study of elders in long-term care. *Palliat Support Care*. 2012;10(1):3-15.
34. Montross L, Winters KD, Irwin SA. Dignity therapy implementation in a community-based hospice setting. *J Palliat Med*. 2011;14(6):729-34.
35. Aoun SM, Chochinov HM, Kristjanson LJ. Dignity therapy for people with motor neuron disease and their family caregivers: A feasibility study. *J Palliat Med*. 2014;18(1):31-7.
36. Johnston B, Lawton S, Mccaw C, Law E, Murray J, Gibb J, et al. Living well with dementia: Enhancing dignity and quality of life, using a novel intervention, Dignity Therapy. *Int J Older People Nurs*. 2016;11(2):107-20.
37. Martinez M, Arantzamendi M, Belar A, Carrasco JM, Carvajal A, Rullán M, et al. 'Dignity therapy', a promising intervention in palliative care: A comprehensive systematic literature review. *Palliat Med*. 2017;31(6):492-509.
38. Sposito L. Occupational therapy interventions for adults at the end of life: A Systematic review of dignity therapy. *Occup Ther Ment Heal*. 2016;32(4):370-91.
39. Donato SCT, Matuoka JY, Yamashita CC, Salvetti MG. Effects of dignity therapy on terminally ill patients: a systematic review. *Rev da Esc Enferm da USP*. 2016;50(6):1014-24.
40. Fitchett G, Emanuel L, Handzo G, Boyken L, Wilkie DJ. Care of the human spirit and the role of dignity therapy: a systematic review of dignity therapy research. *BMC Palliat Care*. 2015;14(1):8.
41. Bentley B, O'Connor M, Shaw J, Breen L. A narrative review of dignity therapy research. *Aust Psychol*. 2017;52(5):354-62.
42. Guiaro Goris SJA. Utilidad y tipos de revisión de literatura. Ene. 2015;9(2).
43. Straus S, Glasziou P, Richardson WS, Haynes RB. Evidence-based medicine: How to practice and teach EBM. 5.^a ed. Elsevier; 2018.
44. Delgado CM, Manterola C, Asenjo-Lobos C, Otzen T. Jerarquización de la evidencia. Niveles de evidencia y grados de recomendación de uso actual. *Rev Chil Infectol*. 2014;31(6):705-18.
45. Shekelle PG, Woolf SH, Eccles M, Grimshaw J. Clinical guidelines: developing guidelines. *BMJ*. 1999;318(7183):593-6.
46. 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(2):162-170.e1.
47. Chochinov HM, Kristjanson LJ, Breitbart W, McClement S, Hack TF, Hassard T, et al. Effect of dignity therapy on distress and end-of-life experience in terminally ill patients: a randomised controlled trial. *Lancet Oncol*. 2011;12(8):753-62.
48. Houmann LJ, Chochinov HM, Kristjanson LJ, Petersen MA, Groenvold M. A prospective evaluation of Dignity Therapy in advanced cancer patients admitted to palliative care. *Palliat Med*. 2014;28(5):448-58.
49. Hall S, Goddard C, Opio D, Speck PW, Martin P, Higginson IJ. A novel approach to enhancing hope in patients with advanced cancer: a randomised phase II trial of dignity therapy. *BMJ Support Palliat Care*. 2011;1(3):315-21.
50. Julião M, Oliveira F, Nunes B, Vaz Carneiro A, Barbosa A. Efficacy of dignity therapy on depression and anxiety in Portuguese terminally ill patients: A phase II randomized controlled trial. *J Palliat Med*. 2014;17(6):688-95.