ONCOLOGÍA

BY-NC-SA

ISSN: 2661-6653

DOI: https://doi.org/10.33821/826
Artículo / Article

Efectividad de la terapia de la dignidad en pacientes con cáncer avanzado que reciben cuidados paliativos: una revisión sistemática

Effectiveness of Dignity Therapy in Patients with Advanced Cancer Receiving Palliative Care: A Systematic Review

Wagner Fiallos Coque MD[1], Ericka Parra Gavilanes MD, MSc[1] y Mariana Vallejo Martinez MD, MSc[2]

1 Universidad Iberoamericana del Ecuador UNIBE, Quito Ecuador.
2 SOLCA - Guayaquil Ecuador

Recibido: 14/10/2025
Aceptado: 19/11/2025
Publicado: 15/12/2025

RESUMEN

Introducción: La terapia de la dignidad es una intervención psicoterapéutica breve desarrollada para aliviar el sufrimiento existencial y fortalecer la identidad y el sentido de valor en pacientes al final de la vida. Su aplicación en cuidados paliativos oncológicos ha mostrado resultados variables, por lo que es necesario evaluar su efectividad global. **Metodología:** Se realizó una revisión sistemática conforme a la declaración PRISMA 2020, registrada en PROSPERO (CRD420251109555). Se incluyeron ensayos clínicos aleatorizados y estudios cuasiexperimentales que aplicaron la terapia en pacientes adultos con cáncer avanzado o terminal. El desenlace principal fue la dignidad percibida, y los secundarios incluyeron ansiedad, depresión, bienestar espiritual, esperanza y calidad de vida. La calidad metodológica se evaluó con las herramientas ROB 2 y ROBINS-I. **Resultados:** Se analizaron diez estudios con 904 pacientes de América, Europa y Asia. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la dignidad percibida; sin embargo, la mayoría de los estudios reportó mejoras en bienestar emocional, esperanza y espiritualidad, con buena aceptación y factibilidad de la intervención. **Conclusiones:** Aunque los resultados cuantitativos son heterogéneos, la terapia de la dignidad ofrece beneficios emocionales y existenciales relevantes en pacientes con cáncer avanzado, lo cual constituye una estrategia ética y humanizadora. Se recomienda su integración en los programas de cuidados paliativos y la realización de investigaciones multicéntricas con mayor rigor metodológico.

Palabras clave: neoplasias; terapia de la dignidad; cuidados paliativos; atención terminal; psicoterapia.

ABSTRACT

Introduction: Dignity Therapy (DT) is a brief psychotherapeutic intervention designed to relieve existential suffering and enhance identity and self-worth in end-of-life patients. Its application in palliative oncology has yielded variable results, warranting an updated synthesis of evidence. **Material and Methods:** A systematic review was conducted following PRISMA 2020 and registered in PROSPERO (CRD420251109555). Randomized controlled trials and quasi-experimental studies evaluating DT in adults with advanced or terminal cancer were included. The primary outcome was perceived dignity; secondary outcomes included anxiety, depression, spiritual well-being, hope, and quality of life. Methodological quality was assessed using ROB2 and ROBINS-I tools. **Results:** Ten studies with 904 patients from America, Europe, and Asia were analyzed. No statistically significant differences were found in perceived dignity; however, most studies reported improvements in emotional well-being, hope, and spirituality, with good feasibility and acceptability of the intervention. **Conclusions:** Despite heterogeneity across studies, DT provides meaningful emotional and existential benefits for patients with advanced cancer. It represents an ethical and humanizing intervention that should be integrated into palliative care programs, while further multicenter research is encouraged to strengthen current evidence.

Keywords: Neoplasms; Dignity therapy; Palliative care; Terminal care; Psychotherapy.

*** Autor de correspondencia:** Wagner Fiallos Coque MD, wagner.fiallosc@ug.edu.ec

Cómo citar: Fiallos Coque Wagner, Parra Gavilanes Ericka, Vallejo Martinez Mariana. Efectividad de la terapia de la dignidad en pacientes con cáncer avanzado que reciben cuidados paliativos: una revisión sistemática. Oncología (Ecuador). 2025;35(3): pp-pp. https://doi.org/10.33821/826

© 2025 Sociedad de Lucha Contra el Cáncer. Publicado por la Sociedad de Lucha Contra el Cáncer, Ecuador. Este es un artículo de acceso abierto publicado bajo una licencia CC BY-NC-SA (http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/)

1. Introducción

La fase terminal en el paciente oncológico representa un proceso complejo, en el que se evidencia sufrimiento físico, afectación emocional con alta probabilidad de pérdida de sentido y crisis existencial relacionada con la proximidad de la finitud. En este contexto, los cuidados paliativos se constituyen como un enfoque integral (físico, psicológico, social y espiritual) destinado a mejorar la calidad de vida del paciente y su entorno [1].

Entre las intervenciones emergentes en este campo, la terapia de la dignidad (TD) ha ganado reconocimiento como una herramienta psicoterapéutica breve, centrada en la persona, diseñada para aliviar el sufrimiento existencial y promover un sentido de valor, continuidad del yo y legado para el paciente al final de la vida [2,3]. Desarrollada por Chochinov et al. en 2005 [4,5], la TD se estructura en torno a una entrevista semiestructurada cuyas respuestas se transcriben y editan para generar un documento que puede ser compartido con quien el paciente lo desee, así que funciona como un "testimonio de vida".

Numerosos estudios han señalado beneficios de la TD, como la disminución de la ansiedad y la depresión, mejora del bienestar espiritual la percepción del sentido y el control personal ante la proximidad de la muerte [6-8]. Sin embargo, la implementación en distintos entornos clínicos y poblaciones específicas, como pacientes con cáncer avanzado, ha generado variabilidad en los resultados, por lo que es necesario sistematizar la evidencia disponible.

Estudios recientes realizados en distintas regiones (Asia, Europa y América Latina) refuerzan su utilidad en diferentes culturas y contextos clínicos: ha mejorado el bienestar emocional y se han generado altos niveles de satisfacción [9,10]. Asimismo, una versión culturalmente adaptada de la TD para pacientes oncológicos en tratamiento ambulatorio mostró ser eficaz en mejorar el sentido de dignidad y reducir la angustia en pacientes en etapa avanzada [11]; en pacientes en situación de terminalidad, la TD fue útil para reducir síntomas emocionales, y aunque no se evidenció un aumento en la supervivencia, se consolidó su relevancia como intervención ética y humanizadora en el acompañamiento del final de vida [12].

La creciente prevalencia de pacientes con cáncer en fases avanzadas y la importancia de abordar de forma integral el sufrimiento en cuidados paliativos justifican la necesidad de revisar sistemáticamente los efectos de la terapia de la dignidad [13].

En este contexto, la presente revisión sistemática tuvo como objetivo evaluar la efectividad de la TD en pacientes adultos con cáncer avanzado que reciben cuidados paliativos, analizando su impacto en la dignidad percibida, el bienestar psicológico, espiritual y la calidad de vida en comparación con los cuidados estándar.

2. Metodología

Esta revisión sistemática se llevó a cabo conforme a las directrices de la declaración PRISMA 2020 (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses) [14]. El protocolo fue registrado de forma prospectiva en la base de datos PROSPERO (International Prospective Register of Systematic Reviews) bajo el número de registro [CRD420251109555].

2.1 Criterios de inclusión

Se incluyeron ensayos clínicos aleatorizados y estudios cuasiexperimentales que evaluaron la TD en adultos (≥ 18 años) con cáncer avanzado o terminal en cuidados paliativos. La intervención debía corresponder al modelo original de Chochinov, aplicada de forma presencial o culturalmente adaptada. El grupo comparador fue el expuesto a la atención paliativa estándar. El desenlace principal fue la dignidad percibida, y los secundarios incluyeron ansiedad, depresión, esperanza, bienestar espiritual y calidad de vida.

2.2 Criterios de exclusión

Se excluyeron estudios en pacientes con deterioro cognitivo severo, intervenciones psicosociales combinadas, estudios piloto sin resultados completos, artículos de revisión, comunicaciones breves, resúmenes de congresos y duplicados.

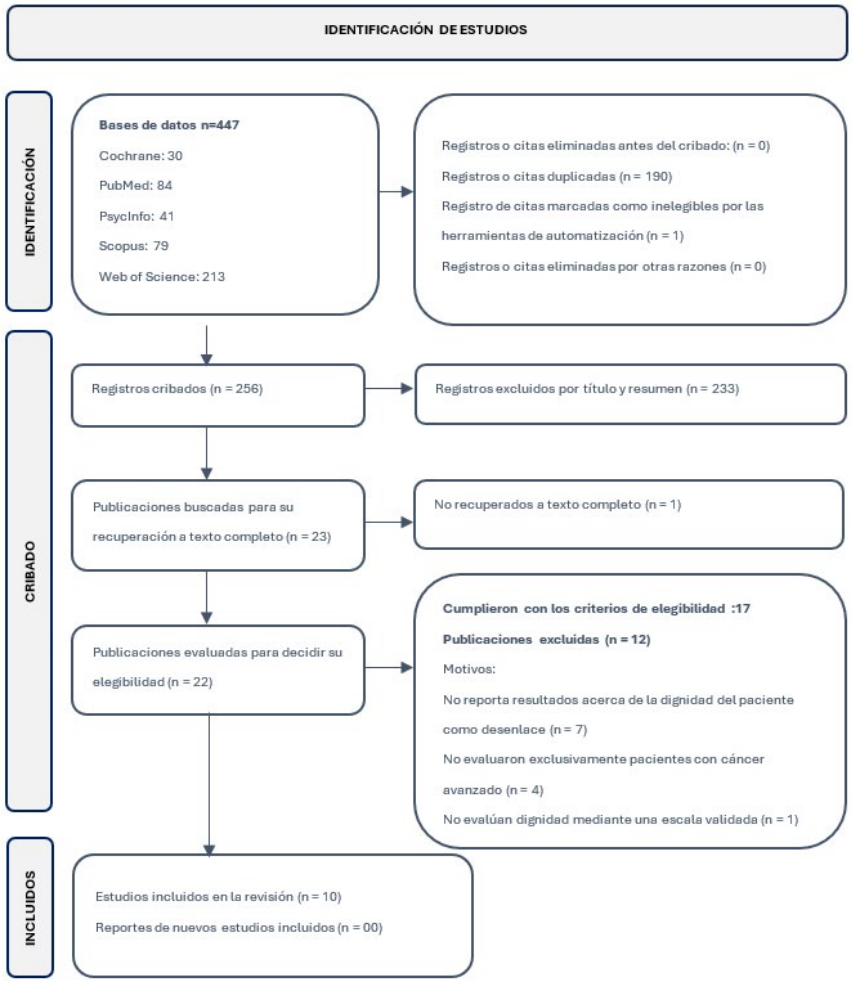
2.3 Estrategia de búsqueda

La búsqueda se finalizó el 20 de julio del 2025. Esta se realizó sin restricciones de idioma ni fecha en cinco bases de datos (PubMed, Cochrane Library, PsycINFO, Scopus, Web of Science). Los términos de búsqueda incluyeron combinaciones con términos MeSH (Medical Subject Headings) relacionados con la terapia de la dignidad, cáncer y cuidados paliativos. La estrategia de búsqueda fue la siguiente: ("Dignity Therapy" OR "dignity intervention") AND ("Neoplasms" OR "Cancer") AND ("Palliative Care"). Esta estrategia fue adaptada a las bases de datos correspondientes.

2.4 Selección de estudios

Se identificaron 447 registros en las bases de datos electrónicas. Tras eliminar duplicados (n = 190) y un registro inelegible por automatización, se cribaron 256 títulos y resúmenes. Se excluyeron 233 por no cumplir con los criterios de inclusión. Se evaluaron 23 estudios a texto completo, de los cuales 17 cumplieron con los criterios de elegibilidad y fueron incluidos en la revisión cualitativa [4,9-12,15-26]; diez de ellos aportaron datos adecuados para el metaanálisis. El proceso completo de selección se detalla en la Figura 1. La gestión de referencias se llevó a cabo utilizando Mendeley Reference Manager.

Figura 1. Diagrama de flujo (PRISMA) de selección de los estudios incluidos en la revisión.



2.5 Evaluación del riesgo de sesgo

El riesgo de sesgo fue evaluado de forma independiente por dos revisores utilizando ROB 2 (Risk of Bias 2) [27] para los ensayos clínicos aleatorizados (ECA) y ROBINS-I (Risk of Bias in Non-randomized Studies of Interventions) [28] para los estudios no aleatorizados. Las discrepancias se resolvieron por consenso o mediante un tercer revisor (consultor metodológico y estadístico independiente).

2.6 Extracción de datos

La información de cada estudio se recopiló mediante una plantilla de Excel estructurada que garantizó uniformidad y precisión. Se extrajeron datos generales (autor, año, país, diseño y tamaño muestral), características de los participantes, tipo de cáncer y contexto asistencial. En cuanto a la intervención, se registraron las principales características de la TD (modalidad, duración, profesional responsable y adaptaciones culturales) y del grupo comparador. Los desenlaces principales y secundarios (dignidad percibida, bienestar psicológico, espiritualidad, esperanza y calidad de vida) se documentaron con las escalas empleadas y los valores pre y posintervención. La información fue verificada por dos revisores independientes y las discrepancias se resolvieron por consenso.

2.7 Análisis de los datos

El análisis cuantitativo se realizó utilizando Jamovi (versión 2.3.28). Para los desenlaces continuos (puntuaciones del Patient Dignity Inventory y otras escalas), se calcularon diferencias de medias (DM) con sus intervalos de confianza (IC) del 95 %. En medidas pareadas (pretest-postest) se empleó la media y desviación estándar (DE) de las diferencias, o se calcularon a partir de las medias y DE de cada momento aplicando la fórmula para medidas repetidas, asumiendo un coeficiente de correlación basado en la literatura. Las comparaciones entre grupos (intervención vs. control) utilizaron DM no estandarizada. Se aplicaron modelos de efectos aleatorios (DerSimonian y Laird) como estimador principal. La heterogeneidad se evaluó mediante I^2, prueba Q de Cochran e intervalo de predicción al 95 % de acuerdo con las recomendaciones de Higgins y Thompson [29]. No fue posible evaluar de manera confiable el sesgo de publicación debido al número reducido de estudios incluidos en el metaanálisis de comparación.

3. Resultados

Se incluyeron diez estudios publicados entre 2011 y 2024, cinco ensayos clínicos aleatorizados y cinco estudios cuasiexperimentales pre-post. En conjunto, abarcaron 904 pacientes adultos con cáncer avanzado o terminal atendidos en programas de cuidados paliativos en América del Norte (Canadá, México), Europa (Dinamarca, Italia, Suiza) y Asia (China, Taiwán). Las muestras variaron entre 24 y 326 participantes, con predominio de mujeres (53 %) y edad media global de 63 años. Los seguimientos fueron breves (7-30 días).

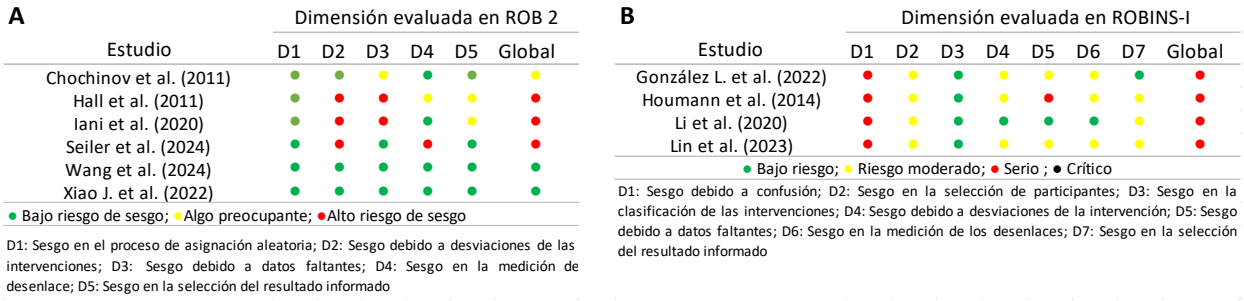
Todos los estudios aplicaron la TD, con base en el modelo de Chochinov de 2005; la intervención consistió, de forma general, en una entrevista semiestructurada individual, guiada por un profesional entrenado (psicólogo clínico, médico especialista en cuidados paliativos o enfermero con formación específica) generalmente en una o dos sesiones individuales de 30-60 minutos, transcritas como documento de legado. La mayoría se desarrolló en el ámbito hospitalario, se centraron en pacientes con cáncer avanzado o terminal, comparando con cuidados paliativos estándar sin intervención psicoterapéutica estructurada. En algunos casos se adaptó lingüística o culturalmente, manteniendo la esencia del protocolo.

En ocho estudios, el grupo control recibió únicamente la atención de cuidados paliativos, consistente en control de síntomas, apoyo psicosocial no estructurado y seguimiento clínico. En dos estudios cuasiexperimentales, la intervención se evaluó con un diseño pretest-postest sin grupo control. Ningún estudio incluyó otra psicoterapia estructurada como comparador, con el objetivo de aislar el efecto específico de la TD.

3.1 Riesgo de sesgo de los estudios incluidos

La calidad metodológica fue variable. En los ECA evaluados mediante ROB 2 (Figura 2a), tres mostraron riesgo alto por ausencia de cegamiento y pérdidas de seguimiento, mientras que dos presentaron bajo riesgo global. En los estudios cuasiexperimentales, evaluados con ROBINS-I fueron clasificados con riesgo global serio principalmente por falta de grupo control y selección no aleatoria (Figura 2b).

Figura 2. Riesgo de sesgo de los estudios incluidos: ECA evaluados con ROB 2 (a) y estudios cuasiexperimentales con ROBINS-I (b).



3.2 Efectos sobre la dignidad del paciente

El metaanálisis de los diez estudios incluidos mostró que la TD no produjo diferencias estadísticamente significativas en la dignidad percibida respecto al valor basal ni frente a los cuidados paliativos estándar.

En el análisis pretest-postest, la diferencia media fue de 0,96 (IC 95 %: –9,5 a 11,4), mientras que en la comparación con el grupo control fue de –3,91 (IC 95 %: –12,4 a 4,6) (Figuras 3 y 4).

Ambos análisis evidenciaron alta heterogeneidad ($I^2 > 90$ %), reflejada en la amplia dispersión de los intervalos de confianza de los *forest plots*.

Pese a la ausencia de significancia estadística, la mayoría de los estudios reportó tendencias favorables en bienestar emocional y sentido de dignidad, lo que sugiere un impacto clínico positivo, aunque variable según el contexto cultural, diseño metodológico y características de los pacientes.

Figura 3. *Forest plot* del efecto pretest-postest de la TD. Se observa gran dispersión de los intervalos de confianza y heterogeneidad considerable.

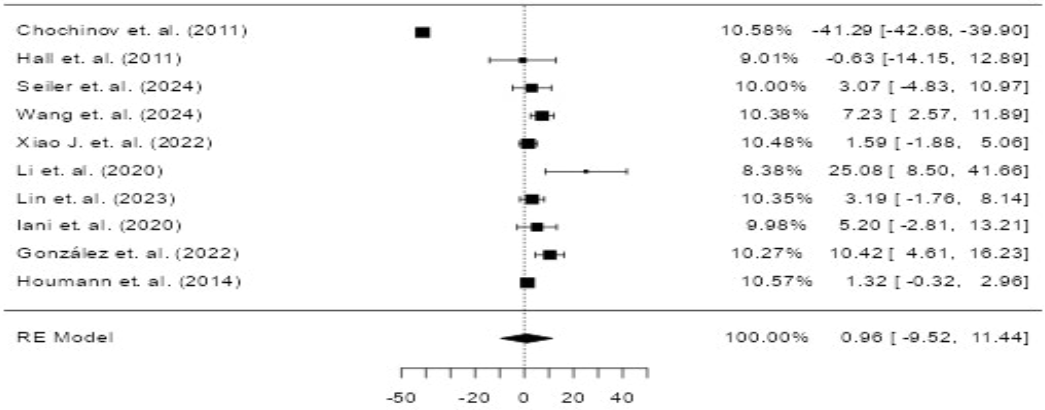
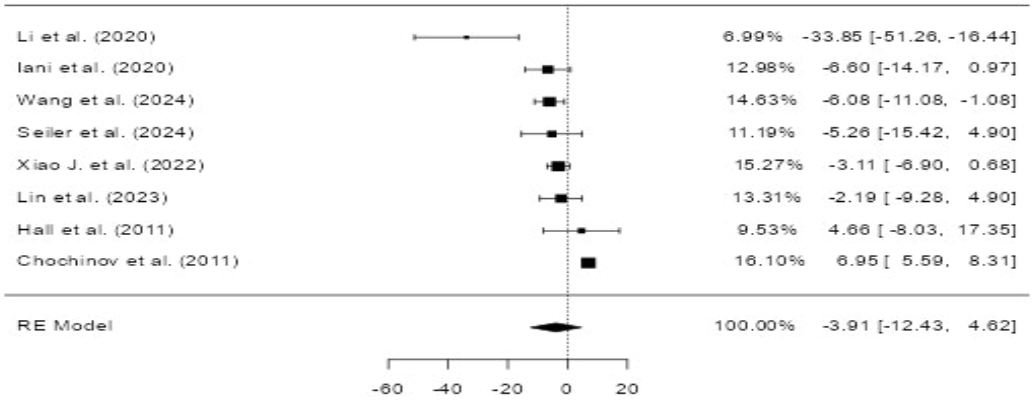


Figura 4. *Forest plot* del efecto de la TD frente al grupo control (ocho estudios). La amplitud de los intervalos de confianza refleja la heterogeneidad observada.



3.3 Efectos de la terapia de la dignidad sobre otros aspectos

Además de evaluar el efecto sobre la dignidad del paciente, se encontró evidencia sobre otros desenlaces como disminución de la ansiedad y depresión, mejora de la percepción del bienestar espiritual, esperanza, calidad de vida, preparación para la muerte, reducción del sufrimiento existencial y fatiga. A continuación, se presenta una síntesis de la evidencia relacionada con estos desenlaces.

3.3.1 Ansiedad y depresión

Varios estudios emplearon la Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) como instrumento para medir ansiedad y depresión. En el ensayo de Chochinov et al. del 2011 [26], no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los pacientes que recibieron TD en comparación con el grupo control, aunque sí se observaron tendencias a menor sintomatología en el grupo de intervención. Resultados similares se reportaron en Houmann et al. [23] y Hall et al. [24], estudios en los que la TD no mostró cambios significativos en comparación con los grupos control, pero aportó beneficios cualitativos señalados por los participantes. Por otra parte, los estudios de Li et al. [20] e Iani et al. [25] evidenciaron reducciones significativas tanto en ansiedad como en depresión tras la intervención con la TD. Más recientemente, Seiler et al. [17] y Wang et al. [18] también confirmaron mejoras estadísticamente significativas en estos desenlaces, y esto sugiere que el impacto de la TD puede depender de factores culturales y del contexto de aplicación.

3.3.2 Bienestar espiritual

El Functional Assessment of Chronic Illness Therapy – Spiritual Well-Being (FACIT-Sp) fue utilizado en Houmann et al. [23] y en Chochinov et al. [26]. Aunque no se alcanzaron diferencias significativas frente al control, ambos estudios señalaron que los pacientes percibieron un mayor sentido de propósito y paz interior tras la TD, lo cual constituye un aporte cualitativo relevante.

3.3.3 Esperanza, preparación para la muerte y sufrimiento existencial

La Herth Hope Index (HHI) fue evaluada en Hall et al. [24], estos autores observaron incrementos significativos en los niveles de esperanza en el grupo tratado con la TD frente al control. Por otro lado, Chochinov et al. [26] evaluaron la preparación para la muerte y reportaron que los pacientes que recibieron la TD se sintieron mejor preparados, aunque sin alcanzar significancia estadística en las comparaciones cuantitativas. En línea con ello, Houmann et al. [23] documentaron mejoras en la percepción de control existencial y en la adaptación al proceso de final de vida. Estos resultados refuerzan la dimensión cualitativa de la TD como apoyo en la transición hacia la muerte.

3.3.4 Calidad de vida

La calidad de vida fue medida en múltiples estudios mediante diferentes instrumentos, incluida la European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire (EORTC-QLQ-C15-PAL). En Li et al. [20] y Houmann et al. [23], se reportaron mejoras en algunos dominios específicos (bienestar emocional y funcionalidad social), aunque no consistentes en todas las dimensiones del cuestionario. Wang et al. [17] identificaron mejoras globales significativas cuando la TD se combinó con intervenciones familiares.

3.3.5 Fatiga y sufrimiento físico

El estudio de Xiao et al. [19] incluyó medidas de fatiga y síntomas físicos asociados al cáncer avanzado; además, se observaron disminuciones clínicamente relevantes tras la intervención. Aunque los resultados no fueron consistentes en todos los dominios, estos sugieren que la TD podría contribuir indirectamente a la reducción de sufrimiento físico a través del alivio psicológico.

4. Discusión

Los hallazgos de esta revisión sistemática muestran que la TD es una intervención breve en comparación con otras terapias psicológicas y centrada en el paciente, diseñada para abordar el sufrimiento existencial y psicológico en el contexto de la enfermedad avanzada. Si bien la revisión sistemática no demostró un efecto estadísticamente significativo en el desenlace primario de dignidad percibida, sí se evidenciaron beneficios relevantes en la reducción de ansiedad y depresión, en el incremento de esperanza y en el bienestar espiritual. Estos hallazgos sugieren que la TD puede tener un impacto clínico importante en dominios emocionales y existenciales, aun cuando los resultados cuantitativos sean heterogéneos.

La alta heterogeneidad encontrada ($I^2 > 90$ %) refleja las diferencias metodológicas entre los estudios, incluida diversidad en los diseños (ECA vs. cuasiexperimentales), tamaños muestrales reducidos y uso de escalas distintas para medir dignidad, espiritualidad y calidad de vida. Estas limitaciones son comunes en revisiones sobre intervenciones psicoespirituales, en las que la subjetividad de los resultados y las variaciones culturales afectan la comparabilidad [2,3].

En los ECA evaluados con la herramienta ROB 2, se identificó riesgo de sesgo en dominios como cegamiento y pérdidas de seguimiento [18,24,25]. A pesar de ello, estudios con mayor rigor metodológico, como los de Wang et al. [17] y Xiao et al. [19] demostraron reducciones significativas en ansiedad y depresión, lo que resalta la eficacia potencial de la TD cuando se aplican diseños más controlados.

Los estudios cuasiexperimentales evaluados con ROBINS-I presentaron riesgo serio de sesgo por selección de participantes y falta de control de confusión [10,23]. No obstante, aportan información valiosa en cuanto a la factibilidad y aceptabilidad de la TD en la práctica clínica real. En particular, las experiencias en México y China muestran la relevancia de factores culturales en la efectividad percibida, en la que la familia y la comunidad juegan un papel central en la experiencia de fin de vida.

Otro aspecto para destacar es que los resultados cualitativos son consistentes en reportar beneficios significativos: mayor sensación de acompañamiento, reafirmación de la identidad, cierre de asuntos pendientes y generación de un legado para la familia [4,8]. Estas dimensiones, aunque difíciles de cuantificar, reflejan el valor ético y humanizador de la TD, alineado con el enfoque de atención centrada en la dignidad propuesto por Chochinov [30], que considera la identidad, la autonomía y la continuidad del ser como pilares del cuidado compasivo al final de la vida.

La evidencia europea, particularmente el trabajo de Julião et al. [12] en Portugal, muestra que la TD no impacta en la supervivencia, pero sí en la reducción del distrés psicológico y la mejora del bienestar emocional. Esto confirma que el principal aporte de la TD radica en la esfera existencial, y refuerza la dignidad y la autonomía del paciente al final de la vida.

Finalmente, debe reconocerse que la TD no reemplaza los cuidados médicos o psicosociales convencionales, sino que los complementa, con el fin de potenciar la atención integral. Su integración en protocolos de cuidados paliativos fortalecería el abordaje holístico, especialmente en contextos latinoamericanos donde los valores familiares, espirituales y culturales son determinantes en la vivencia de la enfermedad y la muerte [31].

5. Conclusiones

La TD se configura como una intervención viable, segura y bien aceptada en pacientes con cáncer avanzado, con beneficios consistentes en los dominios emocional y existencial. Sus efectos se manifiestan principalmente en la reducción de ansiedad y depresión, el incremento de la esperanza y el fortalecimiento del bienestar espiritual, componentes que repercuten en la calidad de vida y en el proceso de afrontamiento del final de la vida.

Aunque los resultados cuantitativos sobre la dignidad percibida no fueron estadísticamente significativos, la evidencia cualitativa y el consenso de los estudios revisados muestran que la TD aporta valor clínico y humano, reafirma la identidad del paciente y contribuye a una atención más compasiva y centrada en la persona.

La heterogeneidad metodológica, los tamaños muestrales reducidos y los sesgos identificados limitan la generalización de los resultados; sin embargo, la coherencia entre hallazgos cuantitativos y cualitativos sostiene la utilidad de la TD como intervención ética y humanizadora en cuidados paliativos. En conjunto, la TD mejora la calidad del proceso de morir al facilitar el cierre biográfico, la expresión de sentido y la preservación del legado personal del paciente.

6. Recomendaciones

Se recomienda integrar la TD como parte complementaria de los programas de cuidados paliativos, adaptando sus protocolos a la idiosincrasia cultural, espiritual y familiar de cada población. La formación de profesionales en esta intervención dentro de equipos interdisciplinarios contribuiría a fortalecer el modelo de atención integral y centrado en la persona.

Asimismo, es necesario promover investigaciones multicéntricas y de mayor rigor metodológico —particularmente ensayos clínicos aleatorizados con muestras amplias y seguimiento longitudinal— que permitan confirmar los beneficios observados y explorar los mecanismos de acción de la TD en distintos contextos clínicos y culturales.

Se sugiere incorporar enfoques mixtos (cuantitativos y cualitativos) que capten de manera más completa los efectos de la intervención, dado que muchos de sus beneficios trascienden lo medible. Finalmente, debe fomentarse la producción de evidencia en América Latina, donde la TD ha demostrado gran aceptación y pertinencia cultural, y donde su integración puede favorecer una atención más humana, compasiva y espiritual en la etapa final de la vida.

7. Abreviaturas

DM: diferencia de medias

DE: desviación estándar

ECA: ensayo clínico aleatorizado

EORTC QLQ-C15-PAL: European Organisation for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire – Core 15 Palliative.

FACIT-Sp: Functional Assessment of Chronic Illness Therapy – Spiritual Well-being.

HADS: Hospital Anxiety and Depression Scale.

HHI: Herth Hope Index.

IC 95 %: intervalo de confianza del 95 %

PRISMA: Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses.

PROSPERO: International Prospective Register of Systematic Reviews.

ROB 2: Risk OF Bias 2.

ROBINS-I: Risk of Bias In Non-randomized Studies of Interventions.

TD: terapia de la dignidad

8. Información administrativa

8.1 Archivos adicionales

Ninguno.

8.2 Contribución de los autores

Wagner Fiallos Coque: conceptualización, metodología, investigación, curación de datos, análisis formal, administración del proyecto, escritura-borrador original. Ericka Parra Gavilánez: administración del proyecto, metodología, validación, redacción-revisión y edición. Mariana Vallejo Martínez: supervisión, validación, visualización, redacción-revisión y edición.

Todos los autores leyeron y aprobaron la versión final del manuscrito.

8.3 Financiamiento

Este trabajo no recibió financiación específica de agencias del sector público, instituciones académicas, organizaciones sin ánimo de lucro ni del sector privado. La revisión se realizó en el marco del programa de Maestría en Cuidados Paliativos, como parte del desarrollo académico e investigativo del autor principal.

8.4 Disponibilidad de materiales

Ninguno.

8.5 Declaración de conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses relacionado con la publicación de este artículo. Ninguno de los autores ha recibido beneficios económicos o personales que puedan haber influido en los resultados o la interpretación del estudio.

8.6 Limitación de responsabilidad

Las opiniones, análisis e interpretaciones expresadas en este artículo son responsabilidad exclusiva de los autores y no reflejan necesariamente la posición oficial de las instituciones a las que pertenecen.

9. Referencias

1. World Health Organization. Palliative care [Internet]. 2020 [citado el 23 de julio de 2025]. Disponible en: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care
2. Teo I, Krishnan A, Lee GL. Psychosocial interventions for advanced cancer patients: A systematic review. Psychooncology. 2019;28(7):1394-407. https://doi.org/10.1002/pon.5103
3. Lim Y. Dignity and dignity therapy in end-of-life care. J Hosp Palliat Care. 2023;26(3):145. https://doi.org/10.14475/jhpc.2023.26.3.145
4. 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. https://doi.org/10.1200/JCO.2005.08.391
5. Chochinov HM, Hassard T, McClement S, Hack T, Kristjanson LJ, Harlos M, et al. The patient dignity inventory: A novel way of measuring dignity-related distress in palliative care. JPSM. 2008;36(6):559-71. https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2007.12.018

6. Rodríguez-Prat A, Monforte-Royo C, Porta-Sales J, Escribano X, Balaguer A. Patient perspectives of dignity, autonomy and control at the end of life: Systematic review and meta-ethnography. PLoS One. 2016;11(3):e0151435. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0151435
7. Julião M, Oliveira F, Nunes B, Carneiro AV, Barbosa A. Effect of dignity therapy on end-of-life psychological distress in terminally ill Portuguese patients: A randomized controlled trial. Palliat Support Care. 2017;15(6):628-37. https://doi.org/10.1017/S1478951516001140
8. Hall S, Goddard C, Speck PW, Martin P, Higginson IJ. "It makes you feel that somebody is out there caring": A qualitative study of intervention and control participants' perceptions of the benefits of taking part in an evaluation of dignity therapy for people with advanced cancer. JPSM. 2013;45(4):712-25. https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2012.03.009
9. Chen J, Yan J, Wang C, Wang Y, Wu Y, Hu R. Effects and satisfaction of dignity therapy among patients with hematologic neoplasms in the Chinese cultural context: a randomized controlled trial. Supportive Care in Cancer. 2021;29(11):6819-29. https://doi.org/10.1007/s00520-021-06227-4
10. Gonzalez-Ling A, Galindo Vazquez O, Rascon-Gasca ML, Robles R, Max Chochinov H. Dignity therapy in Mexican lung cancer patients with emotional distress: Impact on psychological symptoms and quality of life. Palliat Support Care. 2022;20(1):62-8. https://doi.org/10.1017/S1478951521000468
11. Lin J, Guo Q, Xi L, Zhang H, Liu F, Zheng R, et al. The effect of Chinese culture-adapted dignity therapy on advanced cancer patients receiving chemotherapy in the day oncology unit: A quasi-experimental study. Eur J Oncol Nurs. 2023;63. https://doi.org/10.1016/j.ejon.2023.102301
12. Julião M, Nunes B, Barbosa A. Dignity therapy and its effect on the survival of terminally ill Portuguese patients. Psychother Psychosom. 2015;84(1):57-8. https://doi.org/10.1159/000366207
13. Martínez 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. https://doi.org/10.1177/0269216316665562
14. Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. BMJ. 2021;372. https://doi.org/10.1136/bmj.n71
15. Julião M, Barbosa A, Oliveira F, Nunes B, Vaz Carneiro A. Efficacy of dignity therapy for depression and anxiety in terminally ill patients: Early results of a randomized controlled trial. Palliat Support Care. 2013;11(6):481-9. https://doi.org/10.1017/S1478951512000892
16. Koch MK, Maggiore S, Bylund CL, Chochinov HM, Kittlelson S, Wilkie D, et al. Communion supports dignity for older adults with serious cancer: Quantitative findings from dignity therapy intervention. Palliat Support Care. 2024;1-5. https://doi.org/10.1017/S1478951524001329
17. Wang N, Wang K, Lu X, Zhang S, Sun X, Zhang Y. Effects of family dignity interventions combined with standard palliative care on family adaptability, cohesion, and anticipatory grief in adult advanced cancer survivors and their family caregivers: A randomized controlled trial. Heliyon. 2024;10(7):e28593. https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2024.e28593
18. Seiler A, Amann M, Hertler C, Christ SM, Schettle M, Kaeppeli BM, et al. Effects of dignity therapy on psychological distress and wellbeing of palliative care patients and family caregivers - a randomized controlled study. BMC Palliat Care. 2024;23(1):73. https://doi.org/10.1186/s12904-024-01408-4
19. Xiao J, Chow KM, Choi KC, Ng SNM, Huang C, Ding J, et al. Effects of family-oriented dignity therapy on dignity, depression and spiritual well-being of patients with lung cancer undergoing chemotherapy: A randomised controlled trial. Int J Nurs Stud. 2022;129. https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2022.104217
20. Li YC, Feng YH, Chiang HY, Ma SC, Wang HH. The effectiveness of dignity therapy as applied to end-of-life patients with cancer in Taiwan: A quasi-experimental study. Asian Nurs Res (Korean Soc Nurs Sci). 2020;14(4):189-95. https://doi.org/10.1016/j.anr.2020.04.003
21. Zaki-Nejad M, Nikbakht-Nasrabadi A, Manookian A, Shamshiri A. The effect of dignity therapy on the quality of life of patients with cancer receiving palliative care. Iran J Nurs Midwifery Res. 2020;25(4):286-90. https://doi.org/10.4103/ijnmr.IJNMR_51_19
22. 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. https://doi.org/10.1089/jpm.2013.0567
23. 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. https://doi.org/10.1177/0269216313514883

24. 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. https://doi.org/10.1136/bmjspcare-2011-000054

25. Iani L, De Vincenzo F, Maruelli A, Chochinov HM, Ragghianti M, Durante S, et al. Dignity therapy helps terminally ill patients maintain a sense of peace: Early results of a randomized controlled trial. Front Psychol. 2020;11. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.01468

26. 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. https://doi.org/10.1016/s1470-2045(11)70153-x

27. Sterne JAC, Savović J, Page MJ, Elbers RG, Blencowe NS, Boutron I, et al. RoB 2: a revised tool for assessing risk of bias in randomised trials. BMJ. 2019;366. https://doi.org/10.1136/bmj.l4898

28. Sterne JA, Hernán MA, Reeves BC, Savović J, Berkman ND, Viswanathan M, et al. ROBINS-I: A tool for assessing risk of bias in non-randomised studies of interventions. BMJ [Internet]. 2016; 355. https://doi.org/10.1136/bmj.i4919

29. Higgins JPT, Thompson SG. Quantifying heterogeneity in a meta-analysis. Stat Med [Internet]. 2002;21(11):1539-58. https://doi.org/10.1002/sim.1186

30. Chochinov H. Dignity and the essence of medicine: the A, B, C, and D of dignity conserving care. BMJ [Internet]. 2007;335(7612):184-7. https://doi.org/10.1136/bmj.39244.650926.47

31. García Torrejon MC, Heras de la Calle G, Martin Delgado MC, Franco Garrobo N, Gordo Vidal F, Varillas Delgado D, et al. Spirituality in critical care: An observational study of the perceptions of professionals, patients and families, in spain and Latin America. J Relig Health [Internet]. 2023;62(4):2391-411. https://doi.org/10.1007/s10943-023-01746-2