



Eficacia de la Terapia de la Dignidad en pacientes en cuidados paliativos

Revisión sistemática

Autor: Elena Carrasco Barragán

Tutor: Valeria Moriconi

Facultad de Ciencias Humanas y Sociales
Madrid

Mayo de 2024

Resumen

La Terapia de la Dignidad es una intervención multidimensional que aborda todas las áreas del ser humano (psicológica, física, social, espiritual y existencial). Su propósito es ofrecer un espacio seguro donde las personas al final de su vida puedan reconectar con su identidad, su sentido en la vida y se sientan dignas y honradas. De manera que su experiencia de final de vida mejore y haya un alivio psicoemocional y existencial. El objetivo de esta revisión sistemática es evaluar la eficacia de la Terapia de la Dignidad en pacientes en cuidados paliativos, analizando los tamaños del efecto de ocho investigaciones. Se buscaron términos como: “Terapia de la Dignidad”, “cuidados paliativos”, “estudios cualitativos” y “ensayos clínicos”, en cinco bases de datos diferentes a lo largo de noviembre de 2023. En total se encontraron 94 estudios, y tras aplicar los criterios de elegibilidad y exclusión, se incluyeron ocho artículos. Los tamaños del efecto se calcularon con la *d* de Cohen y hubo mucha heterogeneidad en las variables malestar relacionado con la dignidad, malestar existencial, psicológico, físico y calidad de vida. Los participantes estaban satisfechos con las intervenciones realizadas. Se analizó el riesgo de sesgo a través del RoB 2. Todos los estudios mostraban una baja calidad metodológica. En conclusión, debido a la heterogeneidad de los resultados y a la falta de calidad metodológica, se recomienda más investigación con mayor homogeneidad en las pruebas empleadas y menor riesgo de sesgo.

Palabras clave: Terapia de la Dignidad; cuidados paliativos; eficacia; malestar relacionado con la dignidad; malestar psicológico; existencial; físico; calidad de vida.

Abstract

Dignity Therapy is a multidimensional intervention that addresses all areas of the human being (psychological, physical, social, spiritual and existential). Its objective is to offer a safe space where terminally ill people can reconnect with their identity and their life meaning while feeling worthy and honoured. Therefore, their life-ending experience improves and consequently, psychoemotional and existential relief occurs. This systematic review aimed to evaluate the efficacy of Dignity Therapy in palliative care patients, analyzing the effect size of eight studies. Effect sizes were calculated with Cohen's *d*. There was high heterogeneity in dignity, psychological, existential and physical distress and quality of life results. Participants were satisfied with the intervention. To assess the risk of bias the RoB 2 was used. All of the studies showed high risk of bias. Further investigation into the Dignity Therapy intervention is needed, due to the heterogeneity and the lack of empirical quality.

Keywords: Dignity Therapy; palliative care; efficacy; dignity distress; psychological distress; existential distress; physical distress; quality of life.

Índice

<i>1. Introducción</i>	<i>1</i>
<i>2. Método</i>	<i>6</i>
<i>2.1 Estrategias de búsqueda</i>	<i>6</i>
<i>2.2 Variables</i>	<i>8</i>
<i>2.3 Análisis de datos</i>	<i>11</i>
<i>3. Resultados</i>	<i>11</i>
<i>3.1 Características de las muestras</i>	<i>11</i>
<i>3.2 Características metodológicas de los estudios</i>	<i>13</i>
<i>3.3 Intervención</i>	<i>14</i>
<i>3.4 Tamaño del efecto de la intervención</i>	<i>16</i>
<i>3.5 Calidad metodológica</i>	<i>35</i>
<i>4. Discusión</i>	<i>37</i>
<i>5. Limitaciones</i>	<i>43</i>
<i>6. Conclusiones</i>	<i>43</i>
<i>7. Bibliografía</i>	<i>45</i>
<i>Anexo 1: Ecuaciones de búsqueda</i>	<i>53</i>
<i>Anexo 2: Variables de la muestra</i>	<i>56</i>
<i>Anexo 3: Variables metodológicas</i>	<i>58</i>
<i>Anexo 4: Variables de intervención</i>	<i>63</i>
<i>Anexo 5: Riesgo de sesgo</i>	<i>67</i>

1. Introducción

La Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL) define los cuidados paliativos como un tipo de cuidado médico y psicológico que tiene como objetivo proporcionar bienestar, soporte emocional y espiritual a los pacientes y a sus familiares en las últimas fases de una enfermedad terminal (SECPAL, 2015).

Paliar la sintomatología física no es el único elemento clave en las unidades de cuidados paliativos. Para proporcionar calidad al final de la vida es importante tener en cuenta el malestar psicológico y existencial, ya que este tiene un impacto en cómo los pacientes viven su proceso de muerte (Schoppee y Chochinov, 2023; Sinclair y Chochinov, 2012). La persona no solo se enfrenta al final biológico, sino a diversos finales: relacionales, de sus esperanzas, proyectos, el sentido de la vida etc. (Saunders, 2023). Por tanto, no solo se busca un alivio de carácter biológico, sino también biográfico (Bátiz, 2022). Saunders señala que el dolor se compone de elementos físicos, emocionales, sociales y espirituales, y por ello lo define como “dolor total” (Higginson et al., 2023). Siendo esta globalidad el objetivo de intervención en esta población, es decir, se busca una intervención dirigida a aliviar todos los tipos de dolores.

En personas con enfermedades terminales hay un alto riesgo de perder el sentido de sí mismo, llegándose a sentir una enfermedad en vez de una persona con una enfermedad (Schoppee y Chochinov, 2023). Se ha observado hasta una prevalencia del 75% en ansiedad y depresión en pacientes con cáncer en cuidados paliativos (Moens et al., 2014). En casos como estos, el malestar psicológico puede impactar negativamente al desarrollo de la enfermedad (Higginson et al., 2023). El Dr. Jacinto Bátiz (2022) señala que la vivencia personal de los síntomas influye en la percepción de control del paciente. Por

ello, el dolor aumenta con la ansiedad, la soledad y el miedo, pero se reduce con la empatía, la compañía y la compasión. Debido a esto, es crucial un enfoque donde se vea a la persona con todas sus dimensiones, humanizando el proceso en las unidades de cuidados paliativos (Bátiz, 2022).

En España, dependiendo de la Comunidad Autónoma donde se viva, la persona va a disponer de un servicio de cuidados paliativos diferente (Oriol et al., 2014). España se sitúa en el tercer cuartil en Europa en servicios especializados en cuidados paliativos (Sánchez-Cárdenas et al., 2021). Para cada 100 mil habitantes hay 0,6 servicios especializados en cuidados paliativos, cuando la recomendación de la European Association for Palliative Care (EAPC) es de 2 servicios especializados por cada 100 mil habitantes (APCA Atlas of Palliative Care in Europe, 2019). Esto muestra una sobrecarga en el sistema y hace reflexionar no solo sobre la capacidad de ofrecer prevención y alivio a la sintomatología física, sino también de ofrecer alivio a los elementos que van más allá del síntoma.

Al observar que las variables psicológicas y existenciales estaban relacionadas con cómo los pacientes vivían su propia muerte (Schoppee y Chochinov, 2023), Harvey Max Chochinov (2002) desarrolló la Terapia de la Dignidad. Este concepto se define como la cualidad de ser merecedor u honrado (RAE). Por tanto, este autor formuló un modelo de intervención multidimensional que, al tener la dignidad como foco principal, abarca las diferentes áreas del ser humano (la psicológica, física, social, espiritual y existencial) en su experiencia al final de la vida (Chochinov, 2006). Chochinov (2002) englobó todos estos elementos para ofrecer un marco de trabajo donde los pacientes fuesen honrados y pudiesen morir en un estado de paz.

Esta preservación de la dignidad al final de la vida se focaliza en tres áreas (las preocupaciones relacionadas con la enfermedad, el repertorio de conservación de la dignidad y el inventario de dignidad social) que influyen en la percepción del paciente en su bienestar (Chochinov, 2002). No obstante, hay que señalar su carácter idiosincrático, es decir, dependiendo de la persona, cada una de las áreas y sus subáreas tendrá un grado diferente de importancia.

En las preocupaciones relacionadas con la enfermedad, el malestar sintomático y la pérdida de independencia tienen un impacto en cómo describen los pacientes su experiencia de muerte (Chochinov, 2002). Sucesos como la incertidumbre médica, la anticipación del momento de muerte o ir sintiendo que se van perdiendo las capacidades cognitivas, afectan negativamente a las personas si no se atienden debidamente (Chochinov, 2002; Schoppee y Chochinov, 2023). Por eso, es esencial que la atención no sea solo desde un enfoque biologicista, sino también desde la conexión y vínculo con la parte humana del paciente (Benito et al., 2020). Como menciona Bátiz (2022), es necesario una escucha para conocer esta parte, no solo los resultados de pruebas médicas. Por ello, se destaca la importancia de que los profesionales de la salud desarrollen actitudes como la autoconciencia, gestión emocional y compasión (Benito et al., 2020).

Por otro lado, el repertorio de conservación de la dignidad (Chochinov, 2002; Schoppee y Chochinov, 2023) se divide en perspectivas y prácticas que ayudan a conservar la dignidad. Aquí se destaca el plano psicológico y espiritual de la persona. Dentro de las perspectivas, se resalta la capacidad de la persona de sentir una continuidad en su self y mantener los roles que ha tenido hasta el momento. Ambas hacen alusión a la necesidad de mantener una congruencia interna. También se destaca la necesidad de tener una

imagen positiva de uno mismo y mantener un propósito. Vinculado a esto, es de gran importancia que la persona sienta que deja un legado, que una parte de sí trasciende su muerte y que tenga una percepción de control de su vida. Por último, son clave las actitudes de aceptación y resiliencia para hacer frente a los cambios ocasionados por la enfermedad. Chochinov (2002) destaca que vivir en el presente, mantener rutinas y la normalidad, además de buscar apoyo espiritual, son prácticas que también pueden favorecer la conservación de la dignidad.

La última área está más vinculada al aspecto social (Chochinov, 2002; Schoppee y Chochinov, 2023). Elementos como la percepción subjetiva de apoyo social, si la persona se siente una carga para su entorno, si siente que se respeta su privacidad, la manera en la que se siente tratado por el personal de salud y su preocupación por las personas que deja atrás, pueden afectar al grado de dignidad de la persona.

Para poder trabajar todas estas áreas, Chochinov (2002) desarrolló una entrevista semi-estructurada con un total de nueve preguntas a la que llamó la Terapia de la Dignidad. El objetivo de estas preguntas es guiar al paciente a través de diferentes momentos de su vida para afirmar su self y que sea capaz de expresar su sentimiento de dignidad. En todo momento el paciente es validado y honrado por el profesional que le acompaña. El objetivo final es crear un documento de legado donde pueda comunicar sus valores, sabiduría, recuerdos y mandar mensajes a sus seres queridos (Schoppee y Chochinov, 2023). De manera que, al reflexionar sobre su existencia, la experiencia de final de vida de la persona mejora y hay un alivio psicoemocional y existencial (Martínez et al., 2017).

El protocolo de Chochinov (2002) sigue diferentes fases. En primer lugar, una vez seleccionado al paciente, el terapeuta formado en la Terapia de la Dignidad realiza el encuadre de la intervención, le proporciona la lista de preguntas y se le ofrece unos días para meditarlas. Más adelante se vuelven a reunir para realizar la entrevista, que es grabada por audio y transcrita posteriormente por una persona diferente al terapeuta.

La entrevista está dividida en dos partes. En la primera, se recopila información biográfica que permite a la persona tener una visión global de su vida. En la segunda, hay una mayor carga emocional, ya que se pregunta acerca de deseos, sueños, mensajes dedicados a sus seres queridos o sus últimas palabras. Todo el proceso se hace siempre desde una actitud de total respeto. El terapeuta va comprobando con la persona si quiere que se incluya o no lo que va diciendo en el documento de legado y se le permite ir respondiendo a las preguntas con las que más resuene (Schoppee y Chochinov, 2023).

Seguido a esto, se lleva a cabo un borrador del documento de legado. Este documento es un elemento clave de la Terapia de la Dignidad, que tiene como objetivo dejar plasmados recuerdos importantes, los valores de la persona, consejos y mensajes (Vuksanovic et al., 2017). Además, se trabaja directamente el elemento de trascendencia a la muerte. Posteriormente es revisado por el paciente, se edita lo necesario, y una vez aprobado por él, se envía a los familiares o personas significativas que había seleccionado previamente. A su vez, la persona puede decidir quedarse con el documento y no mandárselo a nadie.

En conclusión, la Terapia de la Dignidad permite que la persona pueda representar su propia vida y visión de dignidad. Como indican Schoppee y Chochinov (2023), es a través de la pérdida de uno mismo donde se pierde la dignidad, y el siguiente paso es perder la

esperanza y las ganas de vivir. Con esta intervención se permite un espacio seguro donde al reconectar con su identidad, con su sentido en la vida, la persona ya no es un simple diagnóstico y sintomatología (Schoppee y Chochinov, 2023). Ya no es una enfermedad, sino una persona con cualidades, fortalezas, debilidades y preferencias. Todos estos elementos ayudarán a la persona a adentrarse hacia su final de vida (Schoppee y Chochinov, 2023). Además, esta terapia permite al personal sanitario ofrecer una mejor atención, adaptada a la persona y a su concepto de dignidad. Un modelo deliberativo (Emanuel y Emanuel, 1999), es decir, un modelo donde el médico respeta los valores del paciente y defiende su capacidad de tomar decisiones de manera informada. Por ello, se incita al diálogo entre el profesional de la salud y el paciente, destacando sus valores y creencias.

Por todo lo mencionado anteriormente, esta revisión sistemática tiene como objetivos:

- Analizar la eficacia de la Terapia de la Dignidad en pacientes en cuidados paliativos.
- Conocer las diferentes variables que influyen en la dignidad de las personas en sus fases terminales.
- Analizar los resultados de los diferentes estudios y su calidad metodológica.
- Evaluar posibles variables moderadoras.

2. Método

2.1 Estrategias de búsqueda

Se llevó a cabo una búsqueda bibliográfica durante el mes de noviembre de 2023 en las bases de datos: *PsycInfo*, *Pubmed*, *Cochrane Library*, *Medline* y *Psychology and Behavioral Sciences Collection*. En estas bases se buscaron conceptos como: “Terapia de

la Dignidad”, “cuidados paliativos”, “estudios cualitativos” y “ensayos clínicos”. El Anexo 1 contiene las diferentes ecuaciones de búsqueda que se emplearon y el número de resultados en cada una de las bases de datos, combinando lenguaje documental y libre.

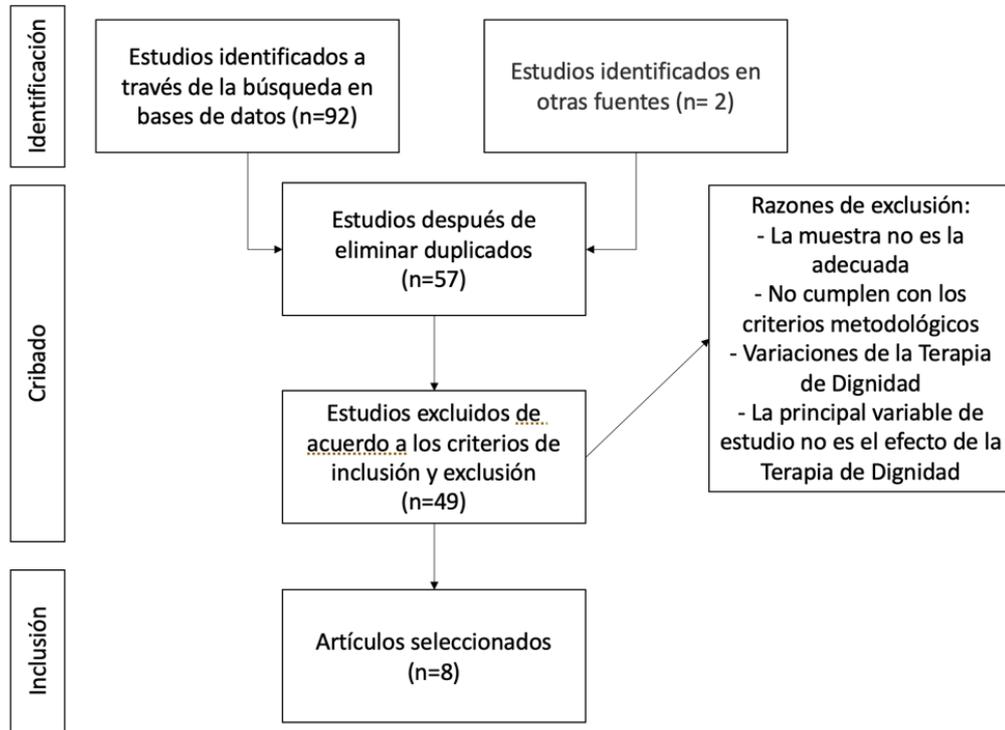
Para los criterios de inclusión se tuvo en cuenta que fueran: (a) ensayos clínicos aleatorizados o estudios cualitativos, (b) que estudiaran la eficacia de la Terapia de Dignidad, (c) en una muestra mayor de edad y (d) en cuidados paliativos.

Como criterios de exclusión se eliminaron aquellos artículos que: (a) no cumplieran los requisitos metodológicos, (b) la muestra no fuera la adecuada, (c) emplearan variaciones del protocolo de la Terapia de la Dignidad, (d) la principal variable no fuera los efectos de la terapia y (e) no tuviesen los datos necesarios para llevar a cabo el análisis.

Una vez realizadas las ecuaciones de búsqueda, se obtuvieron un total de 92 artículos. Sumado a estos, se encontraron 2 artículos por búsqueda inversa. Por tanto, un total de 94 publicaciones. Se realizó un primer cribado eliminando los duplicados, lo que permitió reducir el total a 57 estudios. Considerando los criterios de inclusión y exclusión mencionados previamente, se realizó un segundo cribado donde se eliminaron 49 artículos. Finalmente, se obtuvo un total de 8 artículos para la revisión sistemática (Figura 1).

Figura 1

Diagrama de flujo



2.2 Variables

Para registrar las variables de interés de los estudios, se crearon dos hojas de Excel. La primera de ellas, dedicada a los estudios cuantitativos, recoge características muestrales (tamaño muestral, edad, sexo, nacionalidad, esperanza de vida, religión, núcleo familiar, estado civil y lugar de tratamiento), diseño metodológico (grupo control y experimental, aleatorización y cegamiento), el análisis de pérdidas de sujetos, condiciones y tipo de intervención (duración, número de sesiones, profesional que realiza la terapia y seguimiento), variables y resultados.

En la hoja de los estudios cualitativos, se registraron las características de la muestra, el diseño metodológico, las condiciones de la intervención, la metodología de análisis y los

resultados en cuanto a la percepción subjetiva de los sujetos sobre la efectividad de la Terapia de la Dignidad.

En los estudios se ha evaluado si la terapia aumentaba o reducía el malestar relacionado con la dignidad en personas en cuidados paliativos. Se evaluó en seis estudios (Chochinov et al., 2011; Hall et al., 2011; Iani et al., 2020; Julião et al., 2017; Rudilla et al., 2015; Vuksanovic et al., 2017) a través del Patient Dignity Inventory (PDI), a mayor puntuación, más nivel de malestar. Este se desglosa en las siguientes variables: existenciales (pérdida de sentido y sufrimiento existencial), psicológicas (depresión, ansiedad, falta de habilidades de afrontamiento e incertidumbre sobre el futuro) y físicas (síntomas físicos).

Otros autores utilizan escalas alternativas para evaluar más en profundidad el desglose. Para las variables existenciales, dos estudios (Chochinov et al., 2011; Iani et al., 2020) miden el bienestar espiritual (significado, paz y fe) con *The Functional Assessment of Chronic Illness Therapy-Spiritual Well-Being Scale*, y un estudio (Rudilla et al., 2015) con el GES questionnaire. En ambos cuestionarios, a más puntuación, mayor bienestar espiritual. El grado de esperanza se midió con el *Herth Hope Index* (Hall et al., 2011) (a mayor puntuación, mayor esperanza). A su vez, para la generatividad y la integridad del ego (Vuksanovic et al., 2017), se utilizó *The Brief Measure of Generativity and Ego-Integrity 10* (a mayor media, mayor percepción de generatividad e integridad).

En cuanto a las variables psicológicas, dos estudios (Iani et al., 2020; Julião et al., 2017) evaluaron el desánimo con la *Demoralization Scale-II* (a más puntuación, peor desánimo) y cuatro (Chochinov et al., 2011; Hall et al., 2011; Julião et al., 2013; Rudilla et al., 2015) la ansiedad y la depresión con el *Hospital Anxiety and Depression Scale* (a más

puntuación, más ansiedad o depresión). Por otro lado, un estudio (Julião et al., 2017) midió el deseo anticipado de muerte con el *Desire for Death Rating Scale* ($x \geq 4$ se considera una puntuación alta) y otro (Rudilla et al., 2015), la resiliencia con el *Brief Resilient Coping Scale* (a mayor puntuación, mayor resiliencia). Un estudio (Chochinov et al., 2011) usó la *Structured Interview for Symptoms and Concerns* (SISC) (a mayor puntuación, más síntomas o preocupaciones) para evaluar las variables ya mencionadas, además del sufrimiento, la desesperanza, la ideación suicida y el sentimiento de ser una carga para los demás. Por último, un estudio (Rudilla et al., 2015) implementó el *Duke-UNC-11 Functional Social Support Questionnaire* (más puntuación mayor soporte) para medir la red de apoyo de los participantes.

También se evaluó la percepción de la calidad de vida de los pacientes a través de diferentes cuestionarios como el *EORTC Quality of Life C30 Questionnaire* (a mayor puntuación, peor calidad de vida) en el estudio de Rudilla et al., (2015). Otro estudio (Hall et al., 2011) implementó el *EQ-5D* (a mayor grado, más dificultades) y una escala Likert de 10-puntos para evaluar calidad y satisfacción de vida. El *Functional Assessment of Cancer Therapy-General* (más puntuación, más calidad de vida) fue usado por Vuksanovic et al., (2017) y el *Quality of Life Scale* (a mayor puntuación, mayor calidad de vida) por Chochinov et al., (2011).

En relación con las variables de carácter físico, un estudio (Hall et al., 2011) utilizó el *Palliative Care Outcome Scale* (a mayor puntuación, mayor necesidad de atención clínica). Chochinov et al., (2011) empleó dos pruebas. La primera el *Assessment Scale* (a mayor porcentaje, mayor funcionalidad) y el *Edmonton Symptom Assessment Scale* (a mayor puntuación, mayor sintomatología).

Para medir la satisfacción de los participantes, Hall et al., (2011) empleó un autoinforme de los beneficios percibidos de la Terapia de la Dignidad y la participación del estudio, para calcular posteriormente el tamaño del efecto. Se calculó la misma variable en Chochinov et al., (2011) a través de un cuestionario de satisfacción post-intervención.

2.3 Análisis de datos

Para evaluar la eficacia de la Terapia de la Dignidad, se ha analizado si la intervención ha generado un cambio en las variables previamente mencionadas. De manera que se ha observado si existen diferencias en su tamaño del efecto (d de Cohen). Para analizar este estadístico se han tomado como puntos de corte: $x \leq 20$ efecto pequeño, $x \leq 50$ medio y $x \geq 80$ grande. En aquellos estudios donde no se aportaba el valor de la d de Cohen, se ha calculado con la siguiente fórmula, siguiendo los pasos de Ausina y Meca (2015):

$$d = \frac{\bar{X}_{post} - \bar{X}_{pre}}{S_{pre}}$$

Para el análisis se ha empleado el método de recuento de votos, es decir, se ha contado qué estudios han encontrado resultados positivos, negativos o nulos.

3. Resultados

3.1 Características de la muestra

Tres estudios recopilaron su muestra en Portugal (Julião et al., 2013, 2014, 2017), un estudio en Italia (Iani et al., 2020), otro en España (Rudilla et al., 2015) y tres en países de habla anglosajona (Chochinov et al., 2011; Hall et al., 2011; Vuksanovic et al., 2017).

El tamaño de la muestra varía considerablemente entre los estudios. El estudio con más muestra tiene un total de 326 personas (Chochinov et al., 2011), mientras que el tamaño muestral más pequeño es de 45 personas (Hall et al., 2011). Los seis estudios restantes (Iani et al., 2020; Julião et al., 2013, 2014, 2017; Rudilla et al., 2015; Vuksanovic et al., 2017) tienen un tamaño muestral entre 60 y 80 participantes. La media de edad de la mayoría de los estudios es superior a los 65 años, excepto en Vuksanovic et al., (2017), cuya media se sitúa en los 57,74 años.

Todos los estudios presentan una muestra mixta. No obstante, Rudilla et al., (2015) es el que tiene la mayor diferencia entre hombres y mujeres, siendo los primeros la mayoría. Solo dos estudios (Chochinov et al., 2011; Vuksanovic et al., 2017) informan sobre el núcleo familiar de sus participantes. Todos los estudios, excepto Rudilla et al., (2015), comunican el estado civil de la muestra. Cinco estudios (Hall et al., 2011; Iani et al., 2020; Julião et al., 2013, 2014, 2017) tienen una muestra inferior al 50% de personas casadas. Entre ellos, Iani et al., (2020) presenta el menor porcentaje. Los dos estudios restantes (Chochinov et al., 2011; Vuksanovic et al., 2017) superan el 50% de casados.

Cinco estudios (Chochinov et al., 2011; Julião et al., 2013, 2014, 2017; Vuksanovic et al., 2017) indican el porcentaje de personas religiosas. Cuatro (Chochinov et al., 2011; Julião et al., 2013, 2014, 2017) tienen un porcentaje superior al 85%, mientras que Vuksanovic et al., (2017) presenta un 55.36% de personas religiosas.

Todos los participantes tienen una enfermedad terminal y reciben cuidados paliativos. En cuatro estudios (Chochinov et al., 2011; Julião et al., 2013, 2014, 2017) se especifica un

pronóstico no superior a seis meses. Vuksanovic et al., (2017) establece un pronóstico no superior a doce. En el resto de los estudios (Hall et al., 2011; Iani et al., 2020; Rudilla et al., 2015) no se menciona la esperanza de vida de los pacientes.

En cinco estudios, los pacientes reciben tratamiento en la unidad de cuidados paliativos del hospital (Hall et al., 2011; Iani et al., 2020; Julião et al., 2013, 2014, 2017). En uno (Rudilla et al., 2015) los participantes reciben el tratamiento en casa y en otros dos estudios (Chochinov et al., 2011; Vuksanovic et al., 2017), ambas opciones son posibles (Anexo 2).

3.2 Características metodológicas de los estudios

Todos los estudios presentan un diseño experimental aleatorizado. Seis investigaciones realizan la aleatorización con un programa informático (Chochinov et al., 2011; Hall et al., 2011; Iani et al., 2020; Julião et al., 2013, 2014, 2017). Un estudio (Rudilla et al., 2015) utiliza el orden de llegada de los pacientes como método de aleatorización, y otro estudio (Vuksanovic et al., 2017) no lo especifica.

Cuatro de los estudios (Hall et al., 2011; Iani et al., 2020; Julião et al., 2011, 2017) tienen como grupo experimental la Terapia de la Dignidad más Cuidados Paliativos Estándar, y como grupo control Cuidados Paliativos Estándar. Solo hay un estudio (Vuksanovic et al., 2017) que presenta un grupo control con condición de lista de espera para la Terapia de la Dignidad. Tres estudios (Chochinov et al., 2011; Rudilla et al., 2015; Vuksanovic et al., 2017) ofrecen un tratamiento alternativo, además del grupo experimental y control.

En cuanto al cegamiento, ningún estudio realiza uno total a sus participantes ni evaluadores. A su vez, ninguno realiza análisis de intención de tratar (Anexo 3).

3.3 Intervención

Todos los estudios han aplicado la Terapia de la Dignidad de Chochinov. Tres estudios han añadido a sus procedimientos grupos con otras intervenciones como la Terapia Centrada en la Persona (Chochinov et al., 2011), la Terapia de Revisión de Vida (Vuksanovic et al., 2017) o la Terapia de Counselling (Rudilla et al., 2015).

El objetivo principal de las investigaciones es evaluar la efectividad de la Terapia de la Dignidad en la reducción del malestar en pacientes en cuidados paliativos (Chochinov et al., 2011; Hall et al., 2011; Iani et al., 2020; Julião et al., 2017). Además de este objetivo, Chochinov et al., (2011) evalúa si la terapia mejora la experiencia antes del fallecimiento. En Rudilla et al., (2015) otro de los objetivos es poder comprender al paciente para adaptarse mejor a sus necesidades. Añadido a esto, dos estudios (Julião et al., 2013, 2014) especifican más esta reducción del malestar y lo definen como el grado de depresión y ansiedad en pacientes terminales. En cambio, Vuksanovic et al., (2017) prioriza analizar la influencia de la creación del documento de legado en las distintas variables. Por último, dos estudios (Chochinov et al., 2011; Hall et al., 2011) tienen como objetivo analizar el grado de satisfacción de los participantes con la intervención y sus efectos.

Las variables estudiadas fueron: malestar vinculado a la falta de dignidad (Chochinov et al., 2011; Hall et al., 2011; Iani et al., 2020; Julião et al., 2017; Rudilla et al., 2015; Vuksanovic et al., 2017), ansiedad y depresión (Chochinov et al., 2011; Hall et al., 2011; Julião et al., 2013, 2014; Rudilla et al., 2015), desánimo (Iani et al, 2020), demoralización

(Julião et al., 2017), bienestar emocional (Rudilla et al., 2015), deseo de muerte (Chochinov et al., 2011; Julião et al., 2017), ideación suicida, sentimiento de carga, desesperanza, sufrimiento (Chochinov et al., 2011), calidad de vida (Chochinov et al., 2011; Hall et al., 2011; Vuksanovic et al., 2017), esperanza (Hall et al., 2011), bienestar espiritual (Chochinov et al., 2011; Iani et al., 2020), malestar sintomático (Chochinov et al., 2011; Hall et al., 2011) y generatividad e integridad del Ego (Vuksanovic et al., 2017).

La duración de las intervenciones variaba entre dos (Hall et al., 2011; Iani et al., 2020; Rudilla et al., 2015), tres (Julião et al., 2013, 2014, 2017; Rudilla et al., 2015) y cuatro sesiones (Vuksanovic et al., 2017). Todas las sesiones duraron entre 30 y 60 minutos, excepto en Iani et al., (2020) que duraban entre 20-60 minutos. El único estudio donde no se especifica la duración total de la intervención es en Hall et al., (2011). En el resto, variaba entre siete y diez días. En este proceso, todos los grupos experimentales han seguido el protocolo de la Terapia de la Dignidad establecido por Chochinov y han sido en formato individual.

En dos estudios (Iani et al., 2020; Julião et al., 2013) se llevó a cabo un seguimiento de los participantes a los 15 días, mientras que otros dos lo realizaron al mes (Hall et al., 2011; Julião et al., 2013). Cinco investigaciones no llevaron a cabo ningún tipo de seguimiento (Chochinov et al., 2011; Julião et al., 2014, 2017; Rudilla et al., 2015; Vuksanovic et al., 2017).

Siete de las terapias han sido aplicadas por profesionales que han sido formados directamente por Chochinov (Chochinov et al., 2011; Hall et al., 2011; Julião et al., 2013, 2014, 2017; Vuksanovic et al., 2017). En Iani et al., (2020), quien aplica la terapia es un

psicooncólogo formado por un supervisor que fue entrenado por Chochinov. En el estudio restante (Rudilla et al., 2015) no se especifica la formación de su profesional. Este mismo autor es el único que ofrece acompañamiento terapéutico a sus participantes incluso después de finalizar la intervención (Anexo 4).

3.4 Tamaño del efecto de la intervención

Los efectos de la intervención (d de Cohen), tanto al finalizarla como en el seguimiento, se pueden observar en las Tablas 1, 2, 3, 4, 5 y 6 a continuación. La tabla 1 muestra el efecto de la intervención sobre el malestar relacionado con la dignidad; la tabla 2, sobre el malestar existencial; la tercera, sobre el malestar psicológico; la cuarta, sobre la percepción de calidad de vida; la quinta, sobre las variables físicas. Por último, la tabla 6 muestra los datos de la satisfacción de los participantes. Los tamaños del efecto positivos son aquellos que han encontrado un cambio a favor de lo esperado, y viceversa con los negativos.

Malestar relacionado con la dignidad

Seis estudios (Chochinov et al., 2011; Hall et al., 2011; Iani et al., 2020; Julião et al., 2017; Rudilla et al., 2015; Vuksanovic et al., 2017) analizaron el malestar relacionado con la dignidad con el Patient Dignity Inventory (PDI). Se puede observar en la Tabla 1 la diversidad de los resultados. Por un lado, dos estudios (Chochinov et al., 2011; Rudilla et al., 2015) llegan a un tamaño del efecto pequeño. Por otro lado, en Hall et al., (2011) se obtiene un efecto medio, y en Julião et al., (2017), medio alto. En cambio, dos estudios (Iani et al., 2020; Vuksanovic et al., 2017) refieren un efecto negativo medio (Tabla 1).

Tabla 1

Resultado de la intervención en el malestar relacionado con la dignidad

Estudios	Intervención	Prueba	Variables evaluadas	D de Cohen	Seguimiento	
					Día 15	1 mes
Chochinov et al., (2011)	Terapia de la Dignidad Terapia Centrada en la Persona	PDI	Malestar relacionado con la dignidad	0,08		
Hall et al., (2011)	Terapia de la Dignidad	PDI	Malestar relacionado con la dignidad	0,39		0,35
Iani et al., (2020)	Terapia de la Dignidad	PDI	Malestar relacionado con la dignidad	-0,64	-0,36	
Julião et al., (2017)	Terapia de la Dignidad	PDI	Malestar relacionado con la dignidad	0,69		

Rudilla et al., (2015)	Terapia de la Dignidad Terapia de Counselling	PDI	Malestar relacionado con la dignidad	0,22
Vuksanovic et al., (2017)	Terapia de la Dignidad Terapia de Revisión de Vida	PDI	Malestar relacionado con la dignidad	-0,48

Malestar existencial

Un total de cuatro estudios (Chochinov et al., 2011; Hall et al., 2011; Iani et al., 2020; Rudilla et al., 2015) evaluaron el malestar existencial. Un estudio (Iani et al., 2020) muestra un tamaño del efecto negativo grande, que se reduce a los 15 días de seguimiento a un tamaño pequeño. También se observan tamaños del efecto pequeños para las variables esperanza (Hall et al., 2011), significado y fe (Iani et al., 2020) y malestar existencial (Rudilla et al., 2015). Sin embargo, la variable paz (Iani et al., 2020) tiene un tamaño del efecto medio. Esta misma variable es la única que a los 15 días de la intervención, incrementa su tamaño del efecto a uno grande (0,95). En dos estudios (Chochinov et al., 2011; Rudilla et al., 2015), se observan tamaños del efecto negativos pequeños en bienestar espiritual y espiritualidad interpersonal, y medios en espiritualidad intrapersonal y transpersonal (Tabla 2).

Tabla 2

Resultados de la intervención en el malestar existencial

Estudios	Intervención	Prueba	Variables evaluadas	D de Cohen	Seguimiento	
					Día 15	1 mes
Chochinov et al., (2011)	Terapia de la Dignidad	FACIT Spiritual Well-Being Scale	Bienestar espiritual	-0,14		
	Terapia Centrada en la Persona					
Hall et al., (2011)	Terapia de la Dignidad	Herth Hope Index	Esperanza	0,30		0,39
Iani et al., (2020)	Terapia de la Dignidad	The Functional Assessment of Chronic Illness Therapy-Spiritual Well-Being Scale	Significado Paz Fe	0,32 0,56 0,40	0,26 0,95 0,22	
		PDI	Malestar existencial	-0,87	-0,18	

	Terapia de la PDI	Malestar existencial	0,39
	Dignidad	GES Questionnaire	
Rudilla et		intrapersonal	-0,27
al., (2015)	Terapia de	Espiritualidad	
	Counselling	interpersonal	
		Espiritualidad	-0,08
		transpersonal	
			-0,30

No se ha podido calcular el tamaño del efecto de las variables generatividad e integridad del ego en el estudio de Vuksanovic et al., (2017), debido a la falta de datos proporcionados. Sin embargo, se puede observar en la comparación de medias del grupo experimental y control, que el primer grupo presenta un aumento en la media en ambas variables.

Malestar psicológico

Seis estudios (Chochinov et al., 2011; Hall et al., 2011; Iani et al., 2020; Julião et al., 2014, 2017; Rudilla et al., 2015; Vuksanovic et al., 2017) evalúan la eficacia de la Terapia de la Dignidad en el malestar psicológico. En cuanto a la variable ansiedad, Hall et al., (2011) es el único estudio que muestra un tamaño del efecto medio. En cambio, Julião et al., (2013) tiene un tamaño del efecto negativo medio-grande.

En la variable depresión, se han visto tamaños del efecto pequeños en dos estudios (Chochinov et al., 2011; Hall et al., 2011). Sin embargo, otros dos (Chochinov et al., 2011; Rudilla et al., 2015) muestran tamaños del efecto negativo pequeños, y solo en uno (Julião et al., 2013) negativo mediano, que se reduce al mes de seguimiento.

En relación con las variables sentimiento de carga, deseo de muerte y desesperanza, en Chochinov et al., (2011), se observa un tamaño del efecto pequeño, al igual que en soporte afectivo (Rudilla et al., 2015). Por otro lado, para pérdida de dignidad, sufrimiento, idea suicida (Chochinov et al., 2011), significado y propósito (Iani et al., 2020), demoralización (Julião et al., 2017), resiliencia y soporte confidencial (Rudilla et al., 2015), se observan tamaños del efecto negativos pequeños. Tanto en angustia como

malestar psicológico, en Iani et al., (2020), se señalan efectos negativos grandes, pero con una reducción en el seguimiento a los 15 días (Tabla 3).

Tabla 3

Resultado de la intervención en el malestar psicológico

Estudios	Intervención	Pruebas	Variables evaluadas	D de Cohen	Seguimiento	
					Día 15	1 mes
Chochinov et al., (2011)	Terapia de la Dignidad	HADS	Ansiedad	0,18		
			Depresión	-0,10		
	Terapia Centrada en la Persona	SISC	Pérdida de dignidad	-0,11		
			Deseo de muerte	0,06		
			Sufrimiento	-0,15		
			Desesperanza	0,06		
			Depresión	0,07		
			Idea Suicida	-0,16		
Sentimiento de carga	0,12					

Hall et al., (2011)	Terapia de la Dignidad	HADS	Ansiedad	0,52		0,54
			Depresión	0,20		0,08
Iani et al., (2020)	Terapia de la Dignidad	Demoralization Scale-II-mid PDI	Significado y propósito	-0,17	-0,20	
			Angustia	-0,76	-0,03	
			Malestar psicológico	-0,84	-0,60	
Julião et al., (2013)	Terapia de la Dignidad	HADS	Depresión	-0,39	-0,32	-0,22
			Ansiedad	-0,74	-1,21	-0,97
Julião et al., (2017)	Terapia de la Dignidad	Demoralization Scale-II-mid	Demoralización	-0,20		
Rudilla et al., (2015)	Terapia de la Dignidad	HADS	Ansiedad	0,33		
			Depresión	-0,12		
			Resiliencia	-0,16		

Terapia	de	Brief	Resilient	Soporte Confidencial	-0,07
Counselling		Coping Scale		Soporte afectivo	0,16
		Duke-UNC-11			
		Functional	Social		
		Support			

No se ha podido calcular el tamaño del efecto en dos artículos (Julião et al., 2014, 2017) por falta de datos. En el primer artículo, se presentan las medianas de ansiedad y depresión. Se puede observar como la tendencia central en el grupo experimental se reduce entre el pre y post. En el segundo artículo, se observa que hay una menor prevalencia en el post en el grupo experimental en la variable de demoralización y deseo de muerte.

Calidad de vida

En cuanto a la calidad de vida, cuatro artículos (Chochinov et al., 2011; Hall et al., 2011; Rudilla et al., 2015; Vuksanovic et al., 2017) estudian esta variable. En el último estudio mencionado, no se ha podido calcular la *d* de Cohen debido a la falta de datos proporcionados. En Hall et al., (2011) se obtiene un tamaño de efecto medio con la escala Likert y, con el EQ-5D, un tamaño de efecto pequeño. Se puede observar que, a pesar de mostrar efectos positivos post-intervención, en el seguimiento al mes, el efecto se revierte a un efecto negativo pequeño en la escala Likert y a un tamaño del efecto negativo medio en el EQ-5D. En los otros dos estudios (Chochinov et al., 2011; Rudilla et al., 2015) se adquieren tamaños de efecto pequeños y negativos (Tabla 4).

Tabla 4

Resultado de la intervención en la percepción de calidad de vida

Estudios	Intervención	Pruebas	Variables evaluadas	D de Cohen	Seguimiento	
					Día 15	1 mes
Chochinov et al., (2011)	Terapia de la Dignidad	Quality of Life Scale	Calidad de vida	-0,06		
			Satisfacción con la vida	-0,08		
	Terapia Centrada en la Persona					
Hall et al., (2011)	Terapia de la Dignidad	Dos 10-puntos de la escala Likert de calidad y satisfacción de vida. EQ-5D	Calidad de vida	0,37		-0,18
			Calidad de vida	0,25		-0,39

Rudilla et al., (2015)	Terapia de la Dignidad Terapia de Counselling	la EORTC Quality of Life C30	Calidad de vida	-0,02
---------------------------	--	---------------------------------	-----------------	-------

Malestar físico

Cuatro estudios (Chochinov et al., 2011; Hall et al., 2011; Iani et al., 2020; Rudilla et al., 2015) analizaron la eficacia de la intervención en la sintomatología física. El único estudio que ha mostrado un efecto medio ha sido el estudio de Rudilla et al., (2015). Dos estudios presentan tamaños del efecto pequeños (Chochinov et al., 2011; Hall et al., 2011), y otros dos, negativos (Chochinov et al., 2011; Iani et al., 2020). Este último estudio muestra un empeoramiento en el seguimiento (Tabla 5).

Tabla 5

Resultado de la intervención en el malestar físico

Estudios	Intervención	Pruebas	Variables evaluadas	D de Cohen	Seguimiento	
					Día 15	1 mes
Chochinov et al., (2011)	Terapia de la Dignidad Terapia Centrada en la Persona	Edmonton Symptom Assessment Scale (ESAS)	Dolor	-0,01		
			Náuseas	0,04		
			Somnolencia	-0,05		
			Apetito	-0,18		
			Falta de aire	0,26		
			Nivel de energía	-0,07		
			Ganas de vivir	0,06		
			Sensación de bienestar	0,06		
Hall et al., (2011)	Terapia de la Dignidad	Palliative care outcome scale	Dolor	0,14		-0,35

Iani et al., (2020)	Terapia de la Dignidad PDI	Malestar físico	-0,20	-0,29
Rudilla et al., (2015)	Terapia de Counselling	Malestar sintomatológico	0,42	

Satisfacción de los participantes

En la investigación de Hall et al., (2011) hay un tamaño del efecto medio al acabar la participación en el estudio. Sin embargo, al mes de la intervención, aumenta a un tamaño grande. En el otro artículo (Chochinov et al., 2011), se observa un tamaño del efecto pequeño (Tabla 6).

Tabla 6

Resultado de la intervención en la satisfacción de los participantes

Estudios	Intervención	Prueba	Variables evaluadas	D de Cohen	Seguimiento	
					Día 15	1 mes
Chochinov et al., (2011)	Terapia de la Dignidad Terapia Centrada en la Persona	Cuestionario de satisfacción	Mejora subjetiva percibida	0,30		
Hall et al., (2011)	Terapia de la Dignidad	Autoinforme de los beneficios percibidos	Mejora subjetiva percibida	0,57		0,81

3.5 Calidad metodológica

Se ha llevado a cabo el análisis de la calidad metodológica con la última versión del instrumento RoB 2 (Revised Cochrane risk-of-bias tool for randomized trials). Toda la información se puede ver en la Figura 2 a continuación y en el Anexo 5.

Figura 2

Riesgo de sesgo

	Sesgo de selección		Sesgo de realización	Sesgo de detección	Sesgo de desgaste	Sesgo de resultados	Sesgo de notificación
	Generación de la secuencia	Ocultamiento de la asignación	Cegamiento de los participantes y del personal	Cegamiento de los evaluadores del resultado	Datos de resultado incompletos	Sesgo por la medición de los resultados	Notificación selectiva de los resultados
Chochinov et al., (2011)							
Hall et al. (2011)							
Iani et al., (2020)							
Julião et al., (2013)							
Julião et al., (2014)							
Julião et al., (2017)							
Rudilla et al., (2015)							
Vuksanovic et al. (2017)							

Notas: +: riesgo bajo, -: Riesgo alto, ?: riesgo poco claro

Sesgo de selección

Seis estudios (Chochinov et al., 2011; Hall et al., 2011; Iani et al., 2020; Julião et al., 2013, 2014, 2017) tienen un riesgo de sesgo bajo en la generación de la secuencia. En

cambio, una investigación tiene un riesgo alto (Rudilla et al., 2015) y otra, poco claro (Vuksanovic et al., 2017). En el caso de la primera investigación, después de la entrevista con el participante, el investigador le coloca de manera alternante en un grupo u otro. El otro estudio no aporta información del método de aleatorización.

En cuanto al ocultamiento de la asignación, tres estudios (Iani et al., 2020; Rudilla et al., 2015; Vuksanovic et al., 2017) tienen un alto riesgo de sesgo, debido a que no se provee información. El resto de los estudios tienen un riesgo bajo.

Cegamiento

En ninguna de las investigaciones se pudo llevar a cabo un cegamiento de los participantes o del personal debido a la naturaleza de los estudios. Sin embargo, en cuatro de ellos (Chochinov et al., 2011; Julião et al., 2013, 2014, 2017), los evaluadores de los resultados fueron investigadores independientes cegados al contenido de las sesiones, y los investigadores principales estaban cegados a los resultados psicométricos.

En un estudio (Rudilla et al., 2015), se distribuyeron autoinformes a sus participantes para evaluar las medidas pre-intervención. Al no estar cegados, esto podría influir en un posible riesgo de sesgo. Sumado a esto, en los dos estudios (Chochinov et al., 2011; Hall et al., 2011) donde se evalúa la satisfacción de los participantes tras la intervención, al tampoco estar cegados, es posible que también haya riesgo de sesgo.

Datos de resultado incompletos

En esta variable todos los estudios tienen un alto riesgo de sesgo. Todos presentan altas pérdidas en el seguimiento y ninguno realiza un análisis de intención de tratar.

Medición de los resultados

Seis estudios emplean herramientas validadas y fiables (Chochinov et al., 2011; Iani et al., 2020; Julião et al., 2013, 2014; Rudilla et al., 2015; Vuksanovic et al., 2017). Sin embargo, hay un estudio (Julião et al., 2017) con un alto riesgo de sesgo debido a que utiliza dos escalas que no han sido validadas ni se ha investigado su fiabilidad. Otro estudio (Hall et al., 2011), no especifica qué escala Likert utiliza para medir la calidad de vida, teniendo un riesgo de sesgo poco claro.

Notificación selectiva

Un estudio (Julião et al., 2017) muestra un riesgo de sesgo poco claro, y en otro (Vuksanovic et al., 2017), un alto riesgo por falta de datos.

4. Discusión

El objetivo de esta revisión sistemática es comprobar la eficacia de la Terapia de la Dignidad en personas en cuidados paliativos. No se ha podido concluir si esta terapia es eficaz o no, debido a la gran heterogeneidad de los resultados en las variables: malestar relacionado con la dignidad, malestar existencial, psicológico, físico y la calidad de vida. Esta misma heterogeneidad se ha observado en otros estudios (Lee y Jeong, 2022; Lindqvist et al., 2014; Martínez et al., 2017; Zhang et al., 2022).

Hay diversas hipótesis que pueden explicar esta variedad en los resultados. En algunos estudios (Houmman et al., 2014; Martínez et al., 2017; Saracino et al., 2019) se ha propuesto que el malestar previo a la intervención puede ser una variable moderadora. A mayor malestar, mayores resultados en la terapia. Sin embargo, en esta revisión, esto no parece ser un factor que influya. Solo hay dos estudios (Julião et al., 2013; Rudilla et al., 2015) que tienen una puntuación pre en el HADS superior a 11, es decir, alta, pero

ninguno muestra tamaños del efecto positivos grandes. Los otros estudios que emplean el HADS (Chochinov et al., 2011; Hall et al., 2011), tienen puntuaciones iniciales bajas y también tienen un cambio pre-post. En Chochinov et al., (2005) también se observa esta tendencia. A pesar de tener puntuaciones iniciales bajas de malestar, los pacientes reportaban haberse beneficiado de la intervención. Debido a esta división, sería interesante para futuros estudios realizar un análisis de regresión lineal, donde se pueda observar si hay una relación estadísticamente significativa entre las puntuaciones iniciales de las variables y el tamaño del efecto de la intervención.

Otra posible explicación a los pequeños tamaños del efecto podría ser la correlación entre un mayor nivel de malestar con una mayor creación de significado (Bluck et al., 2022). Estos autores señalan que a bajos niveles de malestar existencial y psicológico, menor es la necesidad de generar un significado de sus experiencias, valores y enfermedad. Se ha observado que una significación positiva de su vida ayuda a los pacientes a tener mayor autoestima, optimismo y autoeficacia (Henry et al., 2010). Por ello, puede ser que los participantes de esta revisión no sintiesen la necesidad de generar una narrativa, al no tener niveles de malestar significativos, provocando tamaños del efecto pequeños.

Cabe destacar que, en los cuestionarios de satisfacción de esta revisión, sí parece haber beneficios percibidos por los participantes. Esto mismo se ha observado en otras investigaciones. En Houmman et al., (2014), entre el 73% y 89% de los participantes estaban satisfechos y percibían que la intervención les había ayudado. Al igual que en Chochinov et al., (2005), donde los pacientes también mostraban una reacción positiva hacia la terapia. Esto puede estar relacionado con que los participantes hayan podido expresar y desahogarse en la intervención, ya que se ha comprobado que la narración

biográfica ayuda al malestar psicológico y espiritual (Bluck et al., 2022). Sería interesante para futuras investigaciones analizar esta diferencia entre la percepción subjetiva de los participantes y los tamaños del efecto. Asimismo, facilitaría que todas las investigaciones proporcionasen, además de las pruebas estadísticas, cuestionarios de satisfacción para poder evaluar si hay una relación.

Aunque el desahogue biográfico tenga beneficios, se ha demostrado que la productividad emocional dentro de las sesiones es un mejor predictor para los resultados (Greenberg et al., 2007). Es más, llega a predecir un 66% de la eficacia de la intervención y es un predictor de la reducción del malestar sintomático (Greenberg et al., 2007; Greenberg, 2016). La productividad emocional se define como un estado en el que la persona está en contacto con sus emociones en el momento presente y es capaz de diferenciar la emoción, aceptarla, simbolizarla, regularla, actuar de manera congruente y, por tanto, mostrar agencia de lo que se está sintiendo (Greenberg, 2016). Si en esta terapia la persona y el terapeuta no son capaces de combinar la vivencia de las emociones y la creación de significado, es posible que la terapia no haya contribuido a la reducción del malestar.

Greenberg (2016) defiende que para que un procesamiento emocional sea efectivo requiere activar la emoción en terapia y experimentarla. Así se puede trabajar con ella y experimentar un cambio. Sería interesante evaluar cómo se ha entrevistado a los participantes y comprobar si se ha promovido una mayor conciencia emocional. Si han estado en contacto con su experiencia, a la vez que daban un sentido a su historia vital, o si, por el contrario, el protocolo se reduce a lo narrativo y no se beneficia de intervenciones específicas de conciencia emocional y corporal. No obstante, al no saber cómo se ha aplicado el protocolo no podemos analizar el proceso. Esta misma incógnita

y su influencia en el proceso, se la han preguntado otros investigadores (Lindqvist et al., 2014; Martínez et al., 2017). Es probable que, al ser una intervención de corta duración, con personas al final de la vida, esta productividad emocional sea un elemento difícil de implementar si las personas no tienen costumbre de atender a su experiencia interna.

Relacionado con esto, a pesar de ser un protocolo de intervención y no tener diferencias sustanciales en el procedimiento, se valora el libre albedrío del paciente y, por tanto, hay libertad en la aplicación. Los profesionales que realizan la intervención son responsivos a las necesidades de los pacientes y por ello, siempre puede haber diferencias en las intervenciones. Actitudes como la negativa de recordar el recorrido vivido (Houmman et al., 2014), pueden influir en un aumento del malestar o en el deseo de los participantes de no involucrarse en determinados temas.

Por otro lado, se ha observado que aquellos pacientes que perciben que la intervención ayudará a sus familiares una vez hayan muerto, reflejan más satisfacción con la Terapia de la Dignidad (Chochinov et al., 2005). En Sari et al., (2019) se destaca esta necesidad de los pacientes de aumentar los lazos familiares. En ninguno de los estudios de esta revisión se ha tenido en cuenta la influencia del sistema familiar. Por eso, se podría plantear para futuros estudios cómo podría afectar al tamaño del efecto de las variables si la Terapia de la Dignidad tuviese una etapa de intervención familiar, donde ambas partes se pudiesen escuchar y conectar.

Asimismo, hay que tener en consideración el tipo de población con la que se trabaja en estos estudios. Al ser personas en cuidados paliativos, otros investigadores como Houmman et al., (2014) y Lindqvist et al., (2014), observaron que los participantes solían

tener poca energía y estaban cansados. Estos elementos podrían influir en la involucración de los participantes en la terapia y en su manera de responder a los cuestionarios. De igual manera, en Chochinov et al., (2005) se señala que el momento que se realiza la intervención podría ser clave para la eficacia, debido al desgaste causado por el avance de la enfermedad. En esta revisión sistemática, ninguno de los participantes tenía una esperanza de vida superior a doce meses, por lo que podemos intuir que ese estado descrito en otros estudios ha podido afectar a la muestra de esta revisión.

De la misma manera, esto se vincula al riesgo de sesgo por pérdida de muestra. Hay una alta pérdida de muestra en todos los estudios y en ninguno se realiza un análisis con intención de tratar. En algunas investigaciones (Anexo 5) se explica que un porcentaje de las pérdidas es debido a un deterioro clínico, destacando la importancia de evaluar en qué momento se realiza la intervención. Si se tiene en consideración la falta de un análisis de intención de tratar, no se puede valorar adecuadamente si esta pérdida muestral ha influido al tamaño del efecto de la intervención.

En relación con la muestra, en los ocho estudios de la revisión, hay una edad media de 66,49 años. Esta edad es bastante joven teniendo en consideración que todos los participantes, excepto los estadounidenses, pertenecen a países occidentales donde la tasa de mortalidad supera los 80 años (Expansión, 2024; INE, 2023). Esto también ha podido influir en los resultados, ya que una población relativamente joven puede vivir de manera negativa realizar un documento de legado y hablar sobre su propia muerte cuando no se esperaban fallecer tan pronto. En el estudio de Lindqvist et al., (2014) se comenta que la Terapia de la Dignidad puede afectar negativamente al estado psicológico de los pacientes, ya que implica confrontar los aspectos negativos de la propia vida.

Además, otros estudios han observado que, a medida que hay un mayor deterioro, y, por tanto, mayor probabilidad de muerte, el malestar aumenta (Hwang et al., 2003; Kornblith et al., 1995; Verkissen et al., 2019). En esta revisión se puede observar, al igual que en Chochinov et al., (2005), que la calidad de vida, empeora a medida que el deterioro físico también empeora, tanto al finalizar la intervención como en el seguimiento.

En otros estudios se hipotetiza que, al no tratar directamente los síntomas físicos, esta área puede afectar negativamente al tamaño del efecto del malestar relacionado con la dignidad, que incluye una subárea de malestar físico (Hall et al., 2011). Sin embargo, se ha comprobado que la vivencia del dolor está mediada por variables psicológicas (Bátiz, 2022; Higginson et al., 2023). Aun así, y con el tratamiento estándar en cuidados paliativos, el malestar físico no tiene tamaños del efecto grandes. Puede ser que la Terapia de la Dignidad no mitigue el sufrimiento más corporal. De ahí también la necesidad de promover un tipo de terapia que permita la consciencia corporal, como defiende Greenberg (2016). Se necesitaría más investigación para poder evaluar la influencia de lo psicológico en el malestar físico en esta terapia y población.

En cuanto a la calidad metodológica, todos los estudios tienen un alto riesgo de sesgo. Al ser una intervención psicológica es imposible cegar a las personas que están implicadas. Sumado a esto, aunque se midiesen las mismas variables, cada estudio ha utilizado herramientas estadísticas diferentes y algunas no tenían suficiente validez. Estos dos elementos han podido afectar a las diferencias en los tamaños del efecto y su comparación. Por ello, sería interesante homogeneizar las pruebas para poder verificar de manera fiable la efectividad de esta terapia. Por estos factores, además de la falta de

análisis por intención de tratar, los estudios de esta revisión sistemática no presentan una buena calidad metodológica.

5. Limitaciones

Existen diferentes limitaciones en esta revisión. La primera de ellas, la falta de calidad metodológica de los estudios incluidos. Esta poca rigurosidad obliga a evaluar los resultados de las investigaciones con precaución. A su vez, la alta heterogeneidad de las pruebas utilizadas en cada estudio hace difícil la comparación de resultados y su análisis. Además, no todos los estudios proporcionaban el tamaño del efecto ni utilizaban los mismos estadísticos para sus resultados, por lo que se tuvo que calcular aparte. Sumado a esto, no todos los estudios ofrecían la información en tablas o con el resultado final, por lo que fue difícil extraer todos los datos necesarios. Todos estos elementos han podido suponer un sesgo para el análisis de los resultados.

Otra limitación a tener en consideración es que todos los artículos tienen una muestra occidental y con una enfermedad terminal. No se puede obviar que solo se ha comprobado la eficacia en este tipo de cultura y población. Por lo que se desconoce el efecto de la Terapia de la Dignidad en otras culturas y personas. Debido a esto, hay poca validez externa. De igual manera, en la búsqueda solo se incluyeron artículos en inglés, lo cual reduce el rango de artículos para la revisión. Por último, el posible sesgo de publicación, ante la posibilidad de haber excluido artículos con resultados no significativos.

6. Conclusiones

En conclusión, los resultados de las variables han sido muy heterogéneos. La falta de calidad metodológica de los estudios, la heterogeneidad de las pruebas y herramientas estadísticas dificulta, un análisis riguroso de la efectividad de la Terapia de la Dignidad. La diferencia entre los resultados de las pruebas estadísticas y la percepción subjetiva de

los participantes lleva a pensar que un acercamiento de corte más cualitativo podría reflejar mejor la efectividad de este tipo de terapia. Otra propuesta sería promover el uso de pruebas más homogeneizadas con mayor validez interna. Todo con el objetivo de poder evaluar con más precisión el efecto de esta terapia, que busca humanizar y mejorar el bienestar durante el proceso de muerte.

7. Bibliografía

Ausina, J. B., y Meca, J. S. (2015). *Meta-análisis en ciencias sociales y de la salud*. Editorial Síntesis.

Bátiz, J. (2022). *Hacia una cultura paliativa*. Fundación Pía Aguirreche. Colección Cultura Paliativa.

Benito, E., Rivera-Rivera, P., Yaeguer, J., y Specos, M. (2020). Presencia, autoconciencia y autocuidado de los profesionales que trabajan con el sufrimiento. *Apuntes de bioética*, 3(1), 72-88. DOI: <https://doi.org/10.35383/apuntes.v3i1.399>

Bluck, S., Mroz, E. L., Wilkie, D. J., Emanuel, L., Handzo, G., Fitchett, G., Chochinov, H. M., y Bylund, C. L. (2022). Quality of life for older cancer patients: Relation of psychospiritual distress to meaning-making during dignity therapy. *American Journal of Hospice & Palliative Medicine*, 39(1), 54–61. <https://doi.org/10.1177/10499091211011712>

Chochinov, H. (2002). Dignity-Conserving Care—A New Model for Palliative Care. *JAMA*, 287(17), 2253. DOI:10.1001/jama.287.17.2253

Chochinov, H. M., Hack, T., Hassard, T., Kristjanson, L. J., McClement, S., y Harlos, M. (2005). Dignity therapy: a novel psychotherapeutic intervention for patients near the end of life. *J Clin Oncol*, 23(24), 5520-5525. DOI: 10.1200/JCO.2005.08.391

Chochinov, H. M. (2006). Dying, Dignity, and New Horizons in Palliative End-of-Life Care. CA: *A Cancer Journal for Clinicians*, 56(2), 84-103. <https://doi.org/10.3322/canjclin.56.2.84>

Chochinov, H. M., Kristjanson, L. J., Breitbart, W., McClement, S., Hack, T. F., Hassard, T., y Harlos, M. (2011). Effect of dignity therapy on distress and end-of-life experience in terminally ill patients: A randomised controlled trial. *The Lancet. Oncology*, 12(8), 753-762. [https://doi.org/10.1016/S1470-2045\(11\)70153-X](https://doi.org/10.1016/S1470-2045(11)70153-X)

Emanuel, E. J., y Emanuel, L. L. (1999). Cuatro modelos de la relación médico-paciente. Bioética para clínicos. *Triacastela*, 13.

Expansión (2024) Esperanza de vida en Italia. Datos macro. Recuperado el 29 de abril de 2024. <https://datosmacro.expansion.com/demografia/esperanza-vida/italia>

Expansión (2024) Esperanza de vida en Portugal. Datos macro. Recuperado el 29 de abril de 2024. <https://datosmacro.expansion.com/demografia/esperanza-vida/portugal>

Expansión (2024) Esperanza de vida en United Kingdom. Datos macro. Recuperado el 29 de abril de 2024 <https://datosmacro.expansion.com/demografia/esperanza-vida/uk>

Expansión (2024) Esperanza de vida en Estados Unidos. Datos macro. Recuperado el 29 de abril de 2024. <https://datosmacro.expansion.com/demografia/esperanza-vida/usa>

Expansión (2024) Esperanza de vida en Australia. Datos macro. Recuperado el 29 de abril de 2024. <https://datosmacro.expansion.com/demografia/esperanza-vida/australia>

Henry, M., Cohen, S. R., Lee, V., Sauthier, P., Provencher, D., Drouin, P., Gauthier, P., Gotlieb, W., Lau, S., Drummond, N., Gilbert, L., Stanimir, G., Sturgeon, J., Chasen, M., Mitchell, J., Huang, L. N., Ferland, M.-K., y Mayo, N. (2010). The Meaning-Making intervention (MMi) appears to increase meaning in life in advanced ovarian cancer: A randomized controlled pilot study. *Psycho-Oncology*, *19*(12), 1340–1347. <https://doi.org/10.1002/pon.1764>

Higginson, I. J., Gomes, B., y Bone, A. E. (2023). Hospice and palliative care: Putting those affected before their disease. In H. M. Chochinov y W. Breitbart (Eds.), *Handbook of psychiatry in palliative medicine: Psychosocial care of the terminally ill.*, 3rd ed. (pp. 3–16). Oxford University Press.

Higgins, JPT., Savović, J., Page, MJ., Elbers, RG. y Sterne, JAC. (2023) Assessing risk of bias in a randomized trial. En: Higgins, JPT., Thomas, J., Chandler, J., Cumpston, M., Li, T., Page, MJ. y Welch, VA.. *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions version 6.4.* www.training.cochrane.org/handbook.

Hall, S., Goddard, C., Opio, D., Speck, P. W., Martin, P., y Higginson, I. J. (2011). A novel approach to enhancing hope in patients with advanced cancer: a randomised phase II trial of dignity therapy. *BMJ supportive & palliative care*, *1*(3), 315-321. DOI:10.1136/bmjspcare-2011-000054

Historia de los Cuidados Paliativos – SECPAL. (s. f.). <https://www.secpal.org/historia-de-los-cuidados-paliativos/>

Houmann, L. J., Chochinov, H. M., Kristjanson, L. J., Petersen, M. A., y Groenvold, M. (2014). A prospective evaluation of dignity therapy in advanced cancer patients admitted to palliative care. *Palliative Medicine*, 28(5), 448–458. <https://doi.org/10.1177/0269216313514883>

Hwang, S. S., Chang, V. T., Fairclough, D. L., Cogswell, J., y Kasimis, B. (2003). Longitudinal quality of life in advanced cancer patients: pilot study results from a VA medical cancer center. *Journal of pain and symptom management*, 25(3), 225-235. [https://doi.org/10.1016/S0885-3924\(02\)00641-3](https://doi.org/10.1016/S0885-3924(02)00641-3)

Iani, L., De Vincenzo, F., Maruelli, A., Chochinov, H. M., Ragghianti, M., Durante, S., y Lombardo, L. (2020). Dignity therapy helps terminally ill patients maintain a sense of peace: Early results of a randomized controlled trial. *Frontiers in Psychology*, 11. APA PsycInfo. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.01468>

INE (22 del noviembre de 2023). Tablas de mortalidad. Instituto Nacional de Estadística. Recuperado el 29 de abril de 2024. https://ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736177004&menu=ultiDatos&idp=1254735573002

Julião, M., Barbosa, A., Oliveira, F., Nunes, B., y Vaz Carneiro, A. (2013). Efficacy of dignity therapy for depression and anxiety in terminally ill patients: Early results of a

randomized controlled trial. *Palliative & Supportive Care*, 11(6), 481-489.

<https://doi.org/10.1017/S1478951512000892>

Julião, M., Oliveira, F., Nunes, B., Vaz Carneiro, A., y Barbosa, A. (2014). Efficacy of dignity therapy on depression and anxiety in Portuguese terminally ill patients: A phase II randomized controlled trial. *Journal of Palliative Medicine*, 17(6), 688-695. APA PsycInfo. <https://doi.org/10.1089/jpm.2013.0567>

Julião, M., Oliveira, F., Nunes, B., Carneiro, A. V., y Barbosa, A. (2017). Effect of dignity therapy on end-of-life psychological distress in terminally ill Portuguese patients: A randomized controlled trial. *Palliative & Supportive Care*, 15(6), 628-637. <https://doi.org/10.1017/S1478951516001140>

Kornblith, A. B., Thaler, H.T., Wong, G., Vlamis, V., McCarthylepore, J., Loseth, D. B., Hakes, T., Hoskins, W. J., y Portenoy, R. K. (1995) Quality of life of women with ovarian cancer. *Gynecol Oncol* 59, 231-242, <https://doi.org/10.1006/gyno.1995.0014>

Martínez, M., Arantzamendi, M., Belar, A., Carrasco, J. M., Carvajal, A., Rullán, M., y Centeno, C. (2017). ‘Dignity therapy’, a promising intervention in palliative care: A comprehensive systematic literature review. *Palliative medicine*, 31(6), 492-509. DOI: 10.1177/0269216316665562

Moens, K., Higginson, I. J., y Harding, R. (2014). Are there differences in the prevalence of palliative care-related problems in people living with advanced cancer and eight non-

cancer conditions? A systematic review. *Journal of Pain and Symptom Management*, 48(4), 660–677. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2013.11.009>

Oriol, I., Gómez, M., Gándara, A., y Herrera, E. (2014). Informe de la situación actual en cuidados paliativos. Asociación Española Contra el Cáncer.

RAE <https://dle.rae.es/digno>

Rudilla, D., Galiana, L., Oliver, A., y Barreto, P. (2016). Comparing counseling and dignity therapies in home care patients: A pilot study. *Palliative & Supportive Care*, 14(4), 321-329. <https://doi.org/10.1017/S1478951515001182>

Sari, D. K., Dewi, R., y Daulay, W. (2019). Association between family support, coping strategies and anxiety in cancer patients undergoing chemotherapy at General Hospital in Medan, North Sumatera, Indonesia. *Asian Pacific journal of cancer prevention: APJCP*, 20(10), 3015 10.31557/APJCP.2019.20.10.3015

Sánchez-Cárdenas, M. A., Garralda, E., Benítez, E., Arias-Casais, N., van Steijn, D., y Centeno, C. (2021) Palliative Care Coverage across European National Health Systems: Proposal of a Synthetic Indicator. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(20), 10753. <https://doi.org/10.3390/ijerph182010753>

Saunders, C. (2023). Velad conmigo. Inspiración para una vida en Cuidados Paliativos. Fundación Pía Aguirreche. Colección Cultura Paliativa.

Schoppee, T. M., y Chochinov, H. M. (2023). Dignity therapy. In H. M. Chochinov y W. Breitbart (Eds.), *Handbook of psychiatry in palliative medicine: Psychosocial care of the terminally ill.*, 3rd ed. (pp. 531–552). Oxford University Press.

SECPAL (25 de septiembre, 2015) Declaración OMC-SECPAL: Definición de cuidados paliativos, obstinación terapéutica, eutanasia y suicidio asistido. SECPAL. <https://www.secpal.org/declaracion-omc-secpal-definicion-de-cuidados-paliativos-obstinacion-terapeutica-eutanasia-y-suicidio-asistido/>

Sinclair, S., y Chochinov, H. M. (2012). Dignity: A novel path into the spiritual landscape of the human heart. In M. Cobb, C. M. Puchalski, y B. Rumbold (Eds.), *Oxford textbook of spirituality in healthcare.* (pp. 145–149). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/med/9780199571390.003.0021>

Verkissen, M. N., Hjerstad, M. J., Van Belle, S., Kaasa, S., Deliens, L., y Pardon, K. (2019). Quality of life and symptom intensity over time in people with cancer receiving palliative care: Results from the international European Palliative Care Cancer Symptom study. *PloS One*, 14(10), e0222988. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0222988>

Vuksanovic, D., Green, H. J., Dyck, M., y Morrissey, S. A. (2017). Dignity Therapy and Life Review for Palliative Care Patients: A Randomized Controlled Trial. *Journal of Pain and Symptom Management*, 53(2), 162-170.e1. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2016.09.005>

World Health Organization: WHO. (2020). Palliative care. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>

Anexo 1

Ecuaciones de búsqueda

Base de datos	Número de artículos	Ecuación
Pubmed	48	("Dignity therapy" OR "Dignity psychotherapy" OR "Dignity care") AND ("Palliative Care"[Mesh] OR "Terminal Care"[Mesh] OR "Hospice and Palliative Care Nursing"[Mesh] OR "Hospice Care"[Mesh] OR "Terminally Ill"[Mesh] OR "Terminally ill patients" OR "Palliative treatments" OR "Palliative supportive care" OR "End of life") AND (("Qualitative Research"[Mesh] OR "Research, Qualitative" OR "Qualitative Data") OR ("Randomized Controlled Trial" [Publication Type] OR "Randomized Controlled Trials as Topic"[Mesh] OR "Control Groups"[Mesh] OR "Randomization" OR "Randomized"))
MEDLINE	20	("Dignity therapy" OR "Dignity psychotherapy" OR "Dignity care") AND ("Palliative Care"[Mesh] OR "Terminal Care"[Mesh] OR "Hospice and Palliative Care Nursing"[Mesh] OR

		"Hospice Care"[Mesh] OR "Terminally Ill"[Mesh] OR "Terminally ill patients" OR "Palliative treatments" OR "Palliative supportive care" OR "End of life") AND (("Qualitative Research"[Mesh] OR "Research, Qualitative" OR "Qualitative Data") OR ("Randomized Controlled Trial" [Publication Type] OR "Randomized Controlled Trials as Topic"[Mesh] OR "Control Groups"[Mesh] OR "Randomization" OR "Randomized"))
PsycInfo	12	("Dignity therapy" OR "Dignity psychotherapy" OR "Dignity care") AND (DE "Palliative Care" OR DE "Terminally Ill Patients" OR "Terminally ill patients" OR "Palliative treatments" OR "Palliative supportive care" OR "End of life") AND ((DE "Randomized Controlled Trials" OR DE "Clinical Trials" OR "Randomization" OR "Randomized") OR (DE "Qualitative Methods" OR "Research, Qualitative" OR "Qualitative Data"))
P & BSC	4	("Dignity therapy" OR "Dignity psychotherapy" OR "Dignity care") AND (DE "PALLIATIVE treatment" OR DE "HOSPICE care" OR DE "HOSPICE patients" OR DE "TERMINALLY ill" OR DE "TERMINAL care" OR DE "TERMINAL care & psychology" OR "Terminally ill patients" OR "Palliative treatments" OR "Palliative supportive care" OR "End of life") AND ((DE "RANDOMIZED controlled trials" OR DE "CLINICAL trials" OR DE "CONTROL

		groups" OR "Randomization" OR "Randomized") OR (DE "QUALITATIVE research" OR DE "QUALITATIVE research methodology" OR "Research, Qualitative" OR "Qualitative Data"))
Cochrane	16	MeSH descriptor: [Palliative Care] explode all trees AND ("Dignity therapy" OR "Dignity psychotherapy" OR "Dignity care")

Anexo 2

Variables de la muestra

Estudios	Sexo (n)		Edad (años)	Nacionalidad	Estado Civil (%)	Núcleo familiar (%)	Religión (%)	Esperanza de vida
	M	H						
Chochinov et al., (2011)	165	161	65,1	Estados Unidos	58,9% casados	56,1% viven con pareja 26,4% solos	89.63% religiosos	≤ 6
Hall et al., (2011)	23	22	65,11	Inglaterra	40% casados	x	x	x
Iani et al., (2020)	21	14	75,03	Italia	34,3% casados	x	x	x
Julião et al., (2013)	33	27	66,5	Portugal	46.67% casados	x	86.67% católicos	≤ 6
Julião et al., (2014)	43	37	66,1	Portugal	40% casados	x	85% católicos	≤ 6
Julião et al., (2017)	43	37	66,1	Portugal	40% casados	x	85% católicos	≤ 6

Rudilla et al., (2015)	28	42	70,22	España	x	x	x	x
Vuksanovic et al., (2017)	31	25	57,74	Australia	53.57% casados	53.57% viven con su pareja 19.64% viven solos	55.36% religiosos	≤ 12

Anexo 3

Variables metodológicas

Estudios	Metodología	N	Análisis de pérdida de muestra	Aleatorización	Cegamiento	Medidas de resultado	Seguimiento
Chochinov et al., (2011)	Grupo control: Cuidados Paliativos estándar (SPC) Grupo Experimental: Terapia de la Dignidad (DT) + SPC Tratamiento alternativo: Terapia Centrada en el Cliente	326	No	Sí	No	Patient Inventory (PDI) Palliative Performance Scale (PPS) FACIT Spiritual Well- Being Scale HADS	No

							Structured Interview for Symptoms and Concerns (SISC) Quality of Life Scale Edmonton Symptom Assessment Scale (ESAS)	
Hall et al., (2011)	Grupo Control: SPC Grupo Experimental: DT+SPC	45	No	Sí	No	PDI	Hearth Hope Index Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) Quality of life (EQ- 5D)	30 días

							Escala Linkert	
							satisfacción y calidad de vida	
							Cuestionario de los beneficios de la terapia	
Iani et al., (2020)	Grupo control: SPC Grupo Experimental: DT+SPC	64	No	Sí	No	PDI	The Functional Assessment of Chronic Illness Therapy-Spiritual Well-Being Scale (FACIT-Sp)	14 días
							Demoralization Scale-II (DS-II)	

Julião et al., (2013)	Grupo Control: SPC Grupo Experimental: DT+SPC	60	No	Sí	No	HADS	4 día (T=2) 15 día (T=3) 30 día (T=4)
Julião et al., (2014)	Grupo control: SPC Grupo experimental: DT+ SPC	80	No	Sí	No	HADS	4 día (T=2) 15 día (T=3) 30 día (T=4)
Julião et al., (2017)	Grupo control: SPC Grupo experimental: DT+SPC	80	No	Sí	No	PDI Desire of Death Rating Scale	4º día
Rudilla et al., (2015)	Grupo Control: Terapia de Counselling Grupo Experimental: DT+SPC	75	No	Sí	No	PDI HADS Brief Resilient Coping Scale (BRCS) GES questionnaire	No

						Duke-UNC-11	
						Functional Social	
						Support Questionnaire	
						EORTC Quality of	
						Life C30	
						Questionnaire	
						(EORTC-QLQ-C30)	
Vuksanovic et al., (2017)	Grupo control: Lista de espera para DT	70	No	Sí	No	PDI	No
	Grupo experimental: DT+SPC					The Brief Measure of Generativity and Ego-Integrity	
	Tratamiento alternativo: Revisión de vida					Functional Assessment of Cancer Therapy-General (FACT-G)	

Anexo 4*Variables de intervención*

Estudios	Intervención	Duración	Documento de legado	Variables evaluadas	Profesionales
Chochinov et al., (2011)	Terapia de la Dignidad Terapia Centrada en la persona	7-10 días 3-4 sesiones 30-60 minutos por sesión	Solo en Terapia de Dignidad	Malestar vinculado a la falta de dignidad Sentimiento de carga Pérdida de dignidad Deseo de muerte Sufrimiento Desesperanza Ideación suicida	Psicólogo, psiquiatra o enfermera con experiencia en cuidados paliativos. Todos participaron en un taller realizado por Chochinov y supervisiones.

				Depresión	
				Ansiedad	
Hall et al., (2011)	Terapia de la Dignidad	No se especifica 2 sesiones 30-60 minutos por sesión	Sí	Malestar vinculado a la dignidad Esperanza Ansiedad Depresión Calidad de vida Síntomas físicos	4 profesionales formados por Harvey Max Chochinov.
Iani et al., (2020)	Terapia de la Dignidad	7 a 10 días 2 sesiones 20-60 minutos por sesión	Sí	Malestar vinculado a la dignidad Desánimo Bienestar espiritual (significado, paz y fe)	Psicooncólogo formado por supervisor que ha asistido a formación por Chochinov.

Julião et al., (2013)	Terapia de la Dignidad	7 a 10 días 3 sesiones 30-60 minutos	Sí	Depresión Ansiedad	Profesional formado. Asistió a un taller internacional de la Terapia de Dignidad por Chochinov.
Julião et al., (2014)	Terapia de la Dignidad	7 a 10 días 3 sesiones 30-60 minutos	Sí	Depresión Ansiedad	Profesional formado. Asistió a un taller internacional de la Terapia de Dignidad por Chochinov.
Julião et al., (2017)	Terapia de la Dignidad	7 a 10 días 3 sesiones 30-60 minutos	Sí	Malestar vinculado a la dignidad Desmoralización Deseo de muerte	Terapeuta asistió a un taller internacional de la Terapia de Dignidad por Chochinov.

Rudilla et al., (2015)	Terapia de la Dignidad Terapia de Counselling	7 días 2 a 3 veces a la semana 30-60 minutos por sesión	Solo en Terapia de Dignidad	Malestar vinculado a la dignidad Ansiedad Depresión Bienestar emocional Bienestar espiritual Calidad de vida Satisfacción de vida Malestar sintomático	Psicólogo de la unidad de atención domiciliaria bajo la supervisión del equipo de investigación.
Vuksanovic et al., (2017)	Terapia de la Dignidad Terapia de Revisión de Vida	7 a 10 días 4 sesiones 60 minutos	Solo en Terapia de Dignidad	Malestar vinculado a la dignidad Generatividad Integridad del Ego Percepción de calidad de vida	Psicólogo clínico formado en un taller de 3 días de la Terapia de la Dignidad por Chochinov.

Anexo 5

Riesgo de sesgo

Sesgo por el proceso de aleatorización Sesgo de selección		Sesgo por la desviación de la intervención intencionada		Sesgo por falta de resultados	Sesgo por la medición de los resultados	Sesgo en notificación selectiva de los resultados (sesgo de notificación)
Generación de secuencia	Ocultamiento de la asignación	Cegamiento de los participantes y del personal (sesgo de realización)	Cegamiento de los evaluadores del resultado (Sesgo de detección)	Datos de resultado incompletos (sesgo de desgaste)		

Chochinov et al., (2011)	Tabla de números aleatorios generados por un ordenador. Bajo riesgo.	Sobres opacos que estaban sellados. Bajo riesgo.	Tanto los participantes como el personal eran conscientes de la intervención. Alto riesgo.	Las pruebas psicométrica post-intervención se administraron por personal desconocido para los participantes. Bajo riesgo.	Pérdidas en el seguimiento: <u>Grupo Control:</u> (111/140) 20 abandonaron el tratamiento. 9 fallecieron.	Pruebas validadas. Bajo riesgo.	Muestran todos los resultados. Bajo riesgo.

					<u>Grupo</u> <u>Experimental:</u> (108/165) 42 abandonaron. 15 fallecieron. <u>Tratamiento</u> <u>Alternativo:</u> (107/136) 25 abandonaron. 4 fallecieron. El análisis de datos solo se		
--	--	--	--	--	---	--	--

					<p>llevó a cabo en aquellos pacientes que completaron la intervención (pre y post). No hacen análisis de intención de tratar.</p> <p>Alto riesgo.</p>		
Hall et al., (2011)	Un profesional independiente generó números	Aleatorización por bloques con un tamaño de bloque fijo de	No se aporta información. Sin embargo, se puede	No se aporta información. Alto riesgo.	Pérdidas en el seguimiento: <u>Grupo control:</u> (10/23)	No especifica la escala Likert para	Muestran todos los resultados. Bajo riesgo.

	<p>aleatorios con un ordenador.</p> <p>Bajo riesgo.</p>	<p>dos. Se utilizaron sobres sellados y opacos, numerados secuencialmente, para pacientes consecutivos, para evitar que supieran la asignación.</p> <p>Bajo riesgo.</p>	<p>deducir por el tipo de intervención, que no hubo cegamiento.</p> <p>Alto riesgo.</p>		<p>7 se negaron a continuar.</p> <p>4 por deterioro clínico.</p> <p>1 se desconocen las razones.</p> <p><u>Grupo Experimental:</u></p> <p>(8/22)</p> <p>10 por deterioro clínico.</p> <p>1 decidió no recibir la terapia.</p> <p>2 se desconocen las razones.</p>	<p>medir calidad de vida.</p> <p>Riesgo poco claro.</p>	
--	---	---	---	--	---	---	--

					Las tasas de abandono son elevadas. Se analizan los datos de los participantes que permanecen en el estudio. No hacen análisis de intención de tratar. Alto riesgo.		
--	--	--	--	--	--	--	--

Iani et al., (2020)	Un investigador ajeno al proceso de reclutamiento asignó aleatoriamente a los participantes a través de números aleatorios generados por un ordenador. Bajo riesgo.	No fue posible. No ofrecen justificación. Alto riesgo.	No provee información, pero se puede interpretar que no hubo cegamiento por el tipo de intervención. Alto riesgo.	No fue posible. No ofrecen justificación. Alto riesgo.	Pérdida de seguimiento: <u>Grupo Control:</u> (20/32) 10 fallecen. 2 por deterioro clínico. <u>Grupo Experimental:</u> (15/32) 16 fallecen. 1 cambia de hospital. Analizan los datos de los	Herramientas validadas. Bajo riesgo.	Muestran todos los datos. Bajo riesgo.
------------------------	--	---	--	---	--	---	---

					participantes vivos. No hacen análisis de intención de tratar. Alto riesgo.		
Julião et al., (2013)	El proceso de aleatorización se realizó a través de un ordenador y lo hizo un investigador independiente.	Se usaron sobres enumerados secuencialmente para participantes de ensayos consecutivos. Bajo riesgo.	Tanto los participantes como los terapeutas sabían el tipo de intervención	Los resultados del pre-test fueron recolectados por un segundo investigador. Había cegamiento en	Pérdida en el seguimiento: <u>Grupo control:</u> (16/31) 14 por deterioro clínico. 2 se negaron a participar.	Herramientas validadas. Bajo riesgo.	Muestran todos los resultados. Bajo riesgo.

	Bajo riesgo.		que se estaba aplicando. Alto riesgo.	la investigadora principal con los resultados psicométricos. El segundo investigador desconocía el contenido de las sesiones de la Terapia de la Dignidad. Riesgo bajo.	Grupo <u>Experimental:</u> (14/29) 11 por deterioro clínico. 3 por fallecimiento. En cada momento temporal, se analiza un tamaño muestral diferente, debido a la pérdida de		
--	--------------	--	--	--	--	--	--

					muestra por fallecimiento. Alto riesgo.		
Julião et al., (2014)	El proceso de aleatorización se realizó a través de un ordenador y lo hizo un investigador independiente. Bajo riesgo.	Se usaron sobres enumerados secuencialmente para participantes de ensayos consecutivos. Bajo riesgo.	Tanto los participantes como los terapeutas sabían el tipo de intervención que se estaba aplicando. Alto riesgo.	Los resultados del pre-test fueron recolectados por un segundo investigador. Había cegamiento en la investigadora principal con los resultados	Pérdida en el seguimiento: <u>Grupo Control:</u> (19/41) 20 por deterioro clínico. 2 se negaron a participar. <u>Grupo Experimental:</u> (17/39)	Herramientas validadas. Bajo riesgo.	Muestran todos los resultados. Riesgo bajo.

				<p>psicométricos.</p> <p>El segundo investigador desconocía el contenido de las sesiones de la Terapia de la Dignidad.</p> <p>Riesgo bajo.</p>	<p>4 por fallecimiento.</p> <p>18 por deterioro clínico.</p> <p>En cada momento temporal, se analiza una mediana con un tamaño muestral diferente y se hacen comparaciones entre grupos. No hacen análisis de</p>		
--	--	--	--	--	---	--	--

					intención de tratar. Alto riesgo.		
Julião et al., (2017)	El proceso de aleatorización se realizó a través de un ordenador y lo hizo un investigador independiente. Bajo riesgo.	Se usaron sobres enumerados secuencialmente para participantes de ensayos consecutivos. Bajo riesgo.	Tanto los participantes como los terapeutas sabían el tipo de intervención que se estaba aplicando. Alto riesgo.	Los resultados del pre-test fueron recolectados por un segundo investigador. Había cegamiento en la investigadora principal con los resultados	Pérdida en el seguimiento: <u>Grupo Control:</u> (16/31) 14 por deterioro clínico. 2 se negaron a participar. <u>Grupo Experimental:</u> (14/29)	La Escala de Deseo de Muerte desarrollada por Chochinov (1995) no ha sido validada ni se ha investigado su fiabilidad. Al igual que	No muestran la totalidad de los datos. Riesgo cuestionable.

				<p>psicométricos.</p> <p>El segundo investigador desconocía el contenido de las sesiones de la Terapia de la Dignidad.</p> <p>Riesgo bajo.</p> <p>.</p>	<p>11 por deterioro clínico.</p> <p>3 por fallecimiento.</p> <p>No hacen referencia a ningún tipo de prevención o análisis de la muestra perdida.</p> <p>No hacen análisis de intención de tratar.</p> <p>Alto riesgo.</p>	<p>la herramienta desarrollada por Kissane et al., (2001).</p> <p>Alto riesgo.</p>	
--	--	--	--	---	--	--	--

Rudilla et al., (2015)	Tras la entrevista con el psicólogo, los pacientes eran alternativamente incluidos en uno u otro grupo. Alto riesgo.	No hace mención. Alto riesgo.	Parece que no hay cegamiento ni para el participante ni para el terapeuta. Alto riesgo.	El mismo psicólogo es quien distribuye las pruebas. Alto riesgo.	Pérdida en el seguimiento: <u>Grupo Control:</u> (29/32) 1 no quería continuar. 2 tuvieron que ser hospitalizados. <u>Grupo Experimental:</u> (30/32) 2 no querían continuar. Solo se analizan los datos de la	Utilizan pruebas validadas. Bajo riesgo.	Muestran todos los resultados. Bajo riesgo.
---------------------------	---	--------------------------------------	--	---	--	---	--

					muestra que llega a finalizar el estudio (70 de 75 participantes). No hacen análisis de intención de tratar. Riesgo alto.		
Vuksanovic et al., (2017)	Se indica que se aleatoriza la muestra. Sin embargo, no se da más información acerca del	No se provee información. Riesgo alto.	No se provee información acerca del cegamiento. No obstante, se puede predecir que	No se aporta información. Alto riesgo.	Pérdidas en el seguimiento: <u>Grupo Control:</u> (18/24) 5 por deterioro clínico. 1 fallece.	Utilizan pruebas validadas. Bajo riesgo.	No muestran todos los resultados. Alto riesgo.

	<p>método de aleatorización.</p> <p>Riesgo poco claro.</p>		<p>no hubo cegamiento ya que hubo participantes en el grupo control de lista de espera.</p> <p>Alto riesgo.</p>		<p><u>Grupo</u></p> <p><u>Experimental:</u></p> <p>(20/23)</p> <p>2 por deterioro clínico.</p> <p>1 fallece.</p> <p><u>Tratamiento</u></p> <p><u>Alternativo:</u></p> <p>(18/23)</p> <p>4 por deterioro clínico.</p> <p>1 fallece.</p> <p>Se analizan los datos de los</p>		
--	--	--	---	--	--	--	--

					participantes vivos. No hacen análisis de intención de tratar. Alto riesgo.		
--	--	--	--	--	--	--	--

