

APLICACIÓN DE LA DIGNITY THERAPY EN PACIENTES ONCOLÓGICOS EN SITUACIÓN AVANZADA

Nuria Javaloyes Bernácer, Lara Botella Mira, Victoria Meléndez López y Patricia N. Rodríguez Díaz

Plataforma de Oncología. Hospital Quirón Torrevieja. Fundación TEDECA

Resumen

La *Dignity Therapy* fue diseñada para hacer frente al sufrimiento, la angustia psicosocial y existencial entre los pacientes con enfermedad avanzada o terminal.

El presente trabajo es un estudio cuasi experimental con dieciséis pacientes oncológicos en estado avanzado de la enfermedad.

El objetivo del estudio fue aplicar, en nuestro contexto, la *Dignity Therapy* como propuesta de intervención para el alivio del sufrimiento a dichos pacientes, evaluando si existen cambios pre y post intervención.

Tras obtener resultados mediante la prueba de Wilcoxon, se obtienen diferencias estadísticamente significativas comparando la pre-intervención y la post-intervención para las variables Ansiedad y Bienestar. Sin embargo, no se observa diferencias estadísticamente significativas para las variables Depresión y Serenidad.

Los sujetos accedieron a participar de forma voluntaria y todos se sintieron satisfechos tras la aplicación de la *Dignity Therapy*, destacando que les había resultado bastante útil o muy útil.

Estos resultados apuntan a que se trata de un acercamiento terapéutico apropiado con este tipo de pacientes.

Palabras Clave: Dignity therapy, sufrimiento, bienestar, cáncer, enfermedad avanzada.

Abstract

The *Dignity Therapy* was designed to cope with suffering, psychosocial and existential distress among patients with advanced or terminal disease.

This paper is a quasi experimental study with sixteen cancer patients in advanced stages of the disease.

The aim of the study is to apply, in our context, the *Dignity Therapy* as a proposal for intervention for the relief of suffering such patients, in order to assess whether there is pre and post intervention changes.

The results of Wilcoxon's test, show statistically significant differences comparing the pre-intervention and the post-intervention for the variables Anxiety and Well-being. Nevertheless, statistically significant differences are not observed for the variables Depression and Serenity.

The subjects agreed to participate voluntarily, and all the subjects felt satisfied after the application of the *Dignity Therapy* and noted that they found it useful enough or very useful.

These results suggest that it is an appropriate therapeutic approach to these patients.

Key words: Dignity therapy, suffering, wellness, cancer, advanced disease.

Correspondencia:

Nuria Javaloyes Bernácer.
Plataforma de Oncología. Hospital Quirón Torrevieja.
Partida de la Loma, S/N 03184 Torrevieja (Alicante).
E-mail: nuria.javaloyes@quiron.es

INTRODUCCIÓN

El cáncer actualmente es considerado uno de los mayores problemas de salud en los países desarrollados, y en España en el año 2001 pasó a ser la primera causa de muerte. A pesar del avance en el tratamiento de determinados tumores, la enfermedad oncológica sigue siendo la más temida y sigue estando considerada como prototipo de incurabilidad, sufrimiento, incapacidad y muerte⁽¹⁾.

El cáncer genera un importante sufrimiento psicológico que alcanza niveles de malestar emocional clínico en la mitad de las personas que lo padecen y se acompaña de trastornos psicopatológicos en más de 30% de los casos, una prevalencia superior a la de la población general⁽²⁾.

Las principales preocupaciones de los pacientes suelen ser debidas al dolor, al deterioro y la dependencia, a la falta de control, el temor de ser una carga, a la incertidumbre, al temor a morir y al temor a la soledad. En ocasiones, también se revelan dificultades para dotar de sentido a la propia vida. Si la falta de sentido aparece en los enfermos terminales es porque entre ellos se abre uno de los enigmas más profundos de la vida humana: la muerte⁽³⁾.

Las personas que se encuentran en una fase avanzada de la enfermedad, en la mayoría de los casos, carecen de respuestas a tratamientos específicos que a su vez, representan numerosas problemas o síntomas intensos, cambiantes y multifactoriales. Esta fase tiene un gran impacto emocional en el paciente, la familia y el equipo terapéutico. La sintomatología ansioso-depresiva, el sufrimiento y la pérdida de la dignidad son problemas frecuentes entre los pacientes con enfermedad oncológica avanzada y/o terminal⁽⁴⁾. Tal y como afirma Limonero⁽⁵⁾, lo más importante no es el número de síntomas o la intensidad de ellos, sino el impacto que

causan en estos pacientes y el significado que estos les atribuyen. Por ello, es fundamental evaluar los síntomas y preocupaciones psicológicas para poder intervenir sobre aquellos que más le preocupan y que van a influir negativamente en su proceso de adaptación.

El constructo de sufrimiento en pacientes con cáncer avanzado ha sido estudiado por diferentes autores⁽⁶⁾. En un estudio del año 2008 se analizó este constructo por medio de una entrevista semi estructurada, preguntando a los enfermos de forma directa si sentían la experiencia de sufrimiento. Los autores concluyeron que la mitad de ellos, no tuvieron percepción de sufrimiento y una cuarta parte manifiestan un sufrimiento leve. Sin embargo, en el estudio también se concluye que, desafortunadamente muchos pacientes sí sufren y algunos de ellos de forma severa. Un dato relevante del mismo estudio que resulta interesante destacar, fue que de aquellos participantes que percibían un grado de sufrimiento moderado a severo, más de la mitad de los mismos cumplían criterios diagnósticos para los trastornos de ansiedad y depresión del DSM-IV⁽⁷⁾.

Otro concepto importante en la fase avanzada de la enfermedad oncológica es la dignidad. Baillie⁽⁸⁾ define la dignidad como un concepto vago, ambiguo, multifacético y complejo, relacionado con los sentimientos de la persona, el autocontrol, la intimidad, la presentación de sí mismo, el comportamiento ante los demás y de los demás hacia él.

En un estudio previo a esta definición, pero acorde con ella, Chochinov et al.⁽⁹⁾ analizaron la pérdida de la dignidad en los pacientes al final de la vida. A partir de este trabajo, desarrollaron un modelo de la dignidad en cuidados paliativos empíricamente validado. En dicho modelo se contemplan cuestiones sociales, psicológicas fisiológicas y existenciales, que pueden afectar tanto a la forma en que

las personas perciben la dignidad ante la enfermedad avanzada o terminal, como también la dignidad ante la muerte⁽¹⁰⁾. Basándose en este modelo, el equipo del Dr. Chochinov creó la *Dignity Therapy* (DT). Se trata de una intervención psicoterapéutica guiada que ofrece la oportunidad de que tanto pacientes como familiares logren hacer frente a importantes cuestiones existenciales en la última fase de la vida. La finalidad y el beneficio de ésta psicoterapia individual para los pacientes con enfermedad avanzada o terminal no es sólo el alivio de los síntomas de estrés, sino también, ofrecer la prevención de la angustia, aliviar el sufrimiento y promover el bienestar, permitiéndoles establecer un significado personal y a su vez que puedan identificar el propósito de sus vidas⁽¹¹⁾. La pérdida de la dignidad de las personas con cáncer avanzado se asocia a niveles de angustia o sufrimiento psicológico y espiritual, como a la pérdida de la voluntad de vivir⁽¹²⁾.

La DT se aplica como intervención psicoterapéutica eficaz en el alivio del sufrimiento y en la reducción de síntomas depresivos en pacientes en final de vida y se lleva a cabo a través de la revisión de su historia de vida y del abordaje de cuestiones existenciales. Es una modalidad de intervención terapéutica a través de una conversación grabada y luego editada, entre profesional-paciente. En esta entrevista se abordan temas centrales de la vida del paciente, como por ejemplo, cómo le gustaría ser recordado, cuáles fueron sus logros más importantes, si existen o no asuntos pendientes.

Los trabajos realizados hasta la fecha, muestran que la DT puede tener una gran relevancia clínica en los últimos momentos de vida ya que el impacto emocional de la proximidad de la muerte obliga a los profesionales que acompañan al paciente en este periodo a ir más allá de los síntomas físicos⁽¹²⁾. Tras probarse en pacientes

de Canadá, Estados Unidos, Australia, China, Escocia, Inglaterra y Dinamarca, la DT ha demostrado que además de beneficiar a los pacientes, beneficia también a sus familias⁽¹³⁾.

El objetivo general de este trabajo fue aplicar la DT a dieciséis pacientes oncológicos en una etapa de enfermedad avanzada para identificar si la terapia resultaba efectiva. Por su parte, los objetivos específicos fueron: (1) analizar las posibles diferencias en los niveles de ansiedad y depresión en las evaluaciones pre y post intervención en los dieciséis sujetos; (2) analizar las posibles diferencias en los niveles de bienestar y serenidad en las evaluaciones pre y post intervención en los dieciséis sujetos.

Se espera que, al concluir la terapia, disminuyan los niveles de ansiedad y depresión, y se incrementen los niveles de bienestar y serenidad percibidos por el sujeto después de la intervención.

MÉTODO

Participantes

En este trabajo participaron dieciséis pacientes, todos ellos diagnosticados de enfermedad oncológica avanzada y plenamente informados de su proceso, expectativas y tratamiento. Las entrevistas necesarias para la intervención se desarrollaron o en las habitaciones individuales de hospital de día mientras recibían tratamiento o en la habitación durante el ingreso hospitalario. No presentaban deterioro cognitivo ni dificultades de comunicación oral en castellano.

La edad media de los participantes es de 55,63 años, y la desviación típica de 13,99 con edades comprendidas entre 28 y 80 años. En cuanto al nivel sociocultural, 8 de los participantes tenían estudios superiores, 3 estudios medios y 5 estudios básicos. En referencia al diagnóstico, 6

presentaban Cáncer de mama, 3 Cáncer de ovario, 3 Cáncer de colon, 2 Cáncer de próstata, 1 Sarcoma y 1 Linfoma Hodgkin. Todos ellos se encontraban en tratamiento activo y en situación avanzada de la enfermedad, estadios III y IV.

Instrumentos

Los instrumentos utilizados en este trabajo fueron los siguientes:

(1) *Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS)*. Esta escala fue creada por Zigmond y Snait (1983)⁽¹⁴⁾, y validada a español por López-Roig et al. en el año 2000⁽¹⁵⁾. El HADS consta de 14 ítems para identificar posibles casos de ansiedad y depresión en pacientes que no presentan una condición psiquiátrica. La escala se divide en dos sub-escalas, (HAD-A) siete ítems para evaluar ansiedad y (HAD-D) siete ítems correspondientes a depresión. Su escala de respuesta es de tipo Likert de cuatro puntos. Puntuaciones altas indican un alto nivel de ansiedad y depresión. La consistencia interna para ambas sub-escalas es satisfactoria. La sub-escala ansiedad con un alfa de Cronbach de 0,85 y la sub-escala para depresión con un alfa de 0,87.

(2) *Escala Visual Analógica (EVA)*. Consiste en una línea horizontal o vertical que mide 10 cm de longitud, dispuesta entre dos puntos donde figuran los dos polos que se desean valorar⁽¹⁶⁾. En este caso se utilizó una para evaluar el continuo Malestar-Bienestar y otra para evaluar el continuo Sufrimiento-Serenidad. Para evaluar el continuo Malestar-Bienestar se realizaba la siguiente pregunta: *Si piensa en los últimos 3 días, en*

general, como diría que se ha encontrado del 0 al 10, entendiendo que 0 sería muy mal, como en los peores momentos de su vida y 10 significaría muy bien como en los mejores momentos de su vida. Para la evaluación del continuo Sufrimiento-Serenidad, se les pedía que evaluaran cómo se había encontrado en los últimos 3 días, entendiendo que 0 sería sufriendo intensamente, como en los peores momentos de su vida y 10 significaría mucha serenidad como en los momentos más serenos de su vida.

(3) *La Dignity Therapy (DT)*. Es una nueva intervención terapéutica creada por Chochinov y colaboradores después de más de 15 años de investigación, a través de una conversación grabada y luego editada, entre profesional y paciente. Dicha conversación se basa en 10 preguntas centradas en los aspectos más importantes de la vida del paciente con una enfermedad avanzada o terminal, cómo este recuerda esos momentos de su vida, cómo desearía ser recordado, cuáles fueron sus logros más importantes, qué cosas quisiera resaltar etc. Las cuestiones que componen la entrevista de DT se presentan en la tabla 1.

(4) *Preguntas sobre satisfacción y utilidad*. Son dos preguntas cerradas con escala de respuesta tipo Likert de cinco puntos en las que se pregunta directamente por la satisfacción con la DT y utilidad de esta para el sujeto: (1) ¿Está Uds. Satisfecho con la DT? (2) ¿Le ha servido para algo?, ¿Para qué?; como una pregunta abierta para que el paciente explique para qué le ha servido la DT de forma breve.

Tabla 1. **Cuestiones que componen la entrevista DT (Chochinov, 2005)⁽¹¹⁾**

1. Hábleme un poco de la historia de su vida; en particular las partes que recuerda mejor, o las que considere más importantes. ¿En qué momento se sintió usted más vivo?
2. ¿Hay cosas en concreto que quisiera dar a conocer a su familia, cosas que usted querría que recordasen?
3. ¿Cuáles son los roles más importantes que ha desempeñado en la vida (familiares, vocacionales, roles de servicio a la comunidad, etc.)? ¿Por qué son tan importantes para usted, qué piensa que consiguió con ellos?
4. ¿Cuáles son sus logros más importantes?, y ¿de qué se siente más orgulloso?
5. ¿Hay cosas que usted siente que todavía tiene pendiente decir a sus seres queridos o cosas que usted desea tomarse el tiempo necesario para decir una vez más?
6. ¿Cuáles son sus esperanzas y sueños para sus seres queridos?
7. ¿Qué ha aprendido sobre la vida que usted desearía transmitir a otros?
8. ¿Qué consejo o palabras de orientación le gustaría transmitir a su hijo, hija, esposo, esposa, padres, otros...? (Idea de Trascendencia)
9. ¿Tiene alguna palabra o incluso instrucciones para su familia, para que puedan prepararse para el futuro?
10. A la hora de preparar este registro permanente, ¿hay alguna otra cosa que quisiera incluir?

Procedimiento

Este trabajo se enmarca dentro de un proyecto más amplio que se está desarrollando en la Plataforma de Oncología del Hospital Quirón Torrevieja, en el cual se está aplicando la DT modificada a pacientes oncológicos en cualquier fase del proceso, no sólo en situación avanzada y/o terminal, con el objetivo de analizar si también es efectiva en esas situaciones y con esas modificaciones. Los pacientes seleccionados para este estudio cumplen un criterio fundamental, son enfermos oncológicos plenamente informados de su proceso, expectativas y tratamiento.

Los participantes de este trabajo se encontraban recibiendo atención médica y apoyo psicológico y con todos ellos existía una buena alianza terapéutica. Se realizó con ellos una entrevista individual en la que se les explicó las características de la DT y de la intervención a realizar. Una vez accedieron a participar, se les solicitó un

consentimiento informado y se procedió a aplicarles los instrumentos de evaluación.

Posteriormente, y en un primer momento cuando se realiza la evaluación pre intervención, se realiza también la recogida de datos personales con un cuestionario socio-demográfico, y se aplicó el HAD y las EVA. Además se le presentaron al paciente las 10 preguntas que componen la DT y tras leerlas conjuntamente y comentarlas brevemente se le entregaron con la instrucción de que reflexionara sobre ellas y se concertó una nueva cita entre 5 y 7 días más tarde.

En el momento de la intervención se retomaron las preguntas y mediante una conversación los pacientes iban expresando todo lo que consideraban conveniente en cada una de ellas. La duración de esta conversación nunca fue menor de 60 minutos y osciló entre 60 y 95 minutos. Esta entrevista fue grabada y transcrita en un documento escrito que se repasó y actualizó con el paciente entre 5 y 7 días des-

pués. Cuando el documento estuvo revisado y actualizado (entre 2 y 3 días después), se les entregó en formato escrito y también en audio en algunos casos, mientras que otra copia escrita y el soporte en audio se guardó, siguiendo la ley de protección de datos, para que la pudieran solicitar cuando quisieran. Además se les ofreció la posibilidad de poner el documento a disposición de sus familiares y/o allegados, compartirlo con otros pacientes o guardarlo para sí mismo, siempre con instrucciones muy claras del paciente concretando en qué circunstancias sería entregado.

Una semana más tarde se realizó una nueva entrevista con el paciente para realizar la post evaluación. En este momento se aplicó el HAD, las EVA y el cuestionario de satisfacción y utilidad con la DT.

RESULTADOS

Tras completar todo el proceso de intervención con la DT, se realizó la comparación de los resultados obtenidos en las escalas aplicadas a los dieciséis pacientes pre y post intervención. Se calcularon las medias y las desviaciones típicas.

En la figura 1 se presentan las medias y desviaciones típicas obtenidas en la sub escala ansiedad antes y después de la intervención, medidas mediante la escala HAD.

En la figura 2 se presentan las medias y desviaciones típicas obtenidas en la sub escala depresión antes y después de la intervención, medidas mediante la escala HAD.

Los puntos de corte que se utilizan en el HAD son: entre 0 y 7, sin síntomas de ansiedad o depresión, entre 8 y 10, subclínico y entre 11 o más, síntomas clínicos de ansiedad o depresión.

En la tabla 2 se puede ver que en la preintervención el porcentaje de casos sin síntomas de ansiedad representa el 25%, y tras la intervención asciende al 75%. Mientras que los porcentajes para la variable depresión se mantienen iguales pese haber intervenido con un 62,5% de casos sin síntomas de depresión. También cabe destacar que los datos de los pacientes durante la preintervención muestran en casi un 70% puntuaciones subclínicas de ansiedad, mientras que en la post intervención, el porcentaje de casos subclínicos para la misma sub escala se reducen a 0%

Figura 1. **Medias y Desviaciones Típicas de la subescala Ansiedad HAD pre y post intervención.**

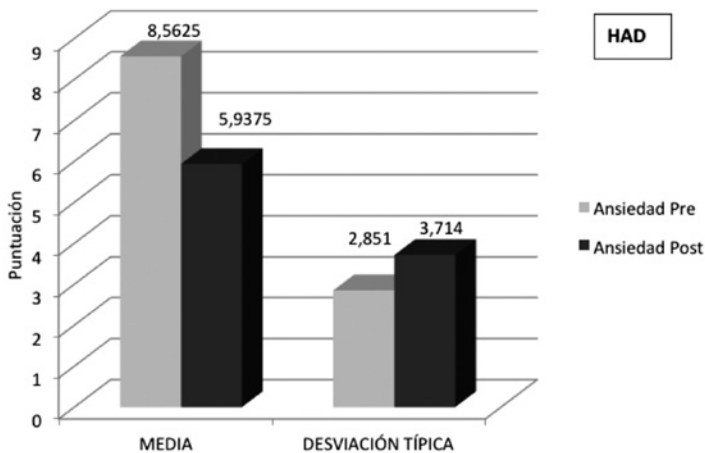


Figura 2. **Medias y Desviaciones Típicas de la subescala Depresión HAD pre y post intervención.**

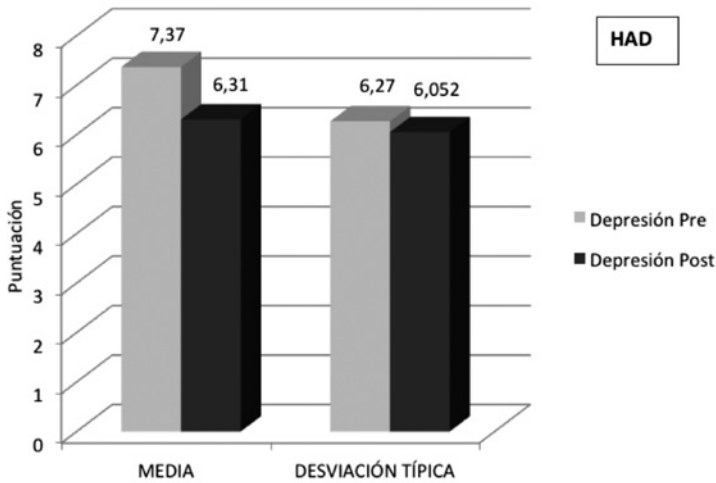


Tabla 2. **Frecuencia y porcentaje de casos: Normales, Subclínicos y Clínicos.**

		Ansiedad Pre	Ansiedad Post	Depresión Pre	Depresión Post
Casos Normales	Frecuencia (%)	4 (25%)	12 (75%)	10 (62,5%)	10 (62,5%)
Casos Subclínicos	Frecuencia (%)	11 (68,8%)	0 (0%)	1 (6,3%)	2 (12,5%)
Casos Clínicos	Frecuencia (%)	1 (6,2%)	4 (25%)	5 (31,2%)	4 (25%)

Los resultados de la prueba de rangos con signo de Wilcoxon muestran una diferencia estadísticamente significativa para la variable ansiedad ($Z=-2,56$; $p=0,010$) en la comparación entre la preintervención y la post intervención, sin embargo no se observa una diferencia estadísticamente significativa para la variable depresión ($Z=-1,44$; $p=0,149$).

En la tabla 3 aparecen los resultados del tamaño del efecto calculados mediante la "d" de Cohen. Para la variable ansiedad el tamaño del efecto de la intervención entre la pre y la post intervención es mediano (0,792), mientras que para la variable depresión el tamaño del efecto de la intervención entre la pre y la post evaluación es pequeño (0,172).

Tabla 3. **Tamaño del Efecto del pre al post (Cohen´s "d")**

	Ansiedad Pre	Ansiedad Post	Depresión Pre	Depresión Post
Media	8,56	5,94	7,37	6,31
SD	2,85	3,71	6,27	6,05
Cohen´s "d"	0,792		0,1720	

En cuanto a los resultados obtenidos en la EVA, en la figura 3 se muestran los datos de las medias y desviaciones típicas para el constructo Malestar-Bienestar durante la pre y post intervención.

Como vemos en la figura 3 existe un aumento de la sensación de bienestar percibida por los pacientes tras la intervención psicológica, ya que a mayor puntuación mayor bienestar percibido.

Por otra parte, las puntuaciones obtenidas mediante la prueba de Wilcoxon

para esta EVA corroboran este dato ya que existe una diferencia estadísticamente significativa ($Z=2,17$; $p=0,030$) comparando entre la pre y post intervención.

A continuación en la figura 4 también se muestran los resultados obtenidos de las medias y desviaciones típicas de la EVA en el continuo Sufrimiento-Serenidad durante la pre y post intervención.

Los resultados de la prueba de rangos con signo de Wilcoxon para la EVA en el continuo Sufrimiento-Serenidad muestran

Figura 3. Media y Desviación Típica de la Escala Visual Analógica Malestar-Bienestar pre y post intervención.

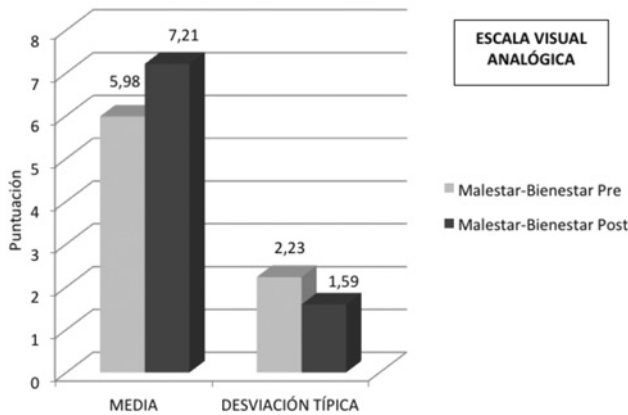
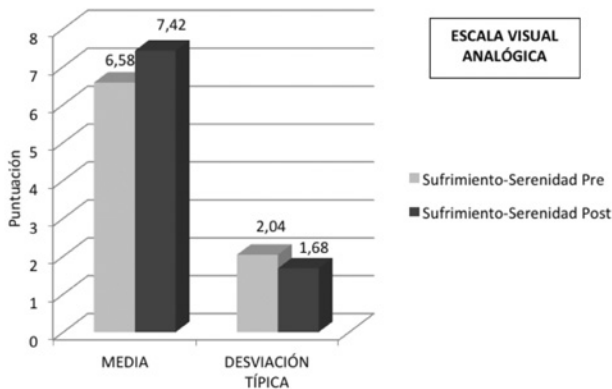


Figura 4. Media y Desviación Típica de la Escala Visual Analógica Sufrimiento-Serenidad pre y post intervención.



que no existe una diferencia estadísticamente significativa entre la preintervención y la post intervención ($Z=-1,93$; $p=0,053$).

En resumen, atendiendo a los resultados obtenidos, se observan diferencias estadísticamente significativas en la sub escala ansiedad medida con el HAD, y también en percepción de bienestar. Sin embargo, no se observan diferencias estadísticamente significativas para la sub escala depresión del HAD.

Antes de concluir con la evaluación post intervención, se procedió a preguntar por la satisfacción y la utilidad de la DT a cada uno de los participantes en el estudio con dos preguntas tipo Likert con cinco posibles respuestas: "muy poco", "poco", "ni mucho ni poco", "bastante" y "mucho". A la pregunta ¿Está usted satisfecho con la Dignity Therapy?, 4 sujetos marcaron la opción "bastante" y 12 sujetos

optaron por "mucho". En cuanto a la pregunta ¿Le ha servido para algo?, 9 sujetos señalaron la opción "bastante" y 7 sujetos seleccionaron "mucho". Así, siendo 5 la puntuación máxima en ambas preguntas la media obtenida para satisfacción fue de 4,75 y la media obtenida en utilidad fue de 4,43.

La última pregunta realizada era una pregunta abierta para rellenar de forma breve: ¿Para qué le ha servido la DT? Las contestaciones de los 16 pacientes se presentan en la tabla 4.

DISCUSIÓN

El fin último y el beneficio potencial de la DT, para los pacientes con enfermedad avanzada y/o terminal no sólo es el alivio de los síntomas de estrés, sino también, ofrecer la prevención de la angustia, y

Tabla 4. **Respuestas a la pregunta ¿Para qué le ha servido la DT?**

1. *Para repasar mi vida y darme cuenta de lo importante que es mi familia para mí.*
2. *Para recordar lo que he hecho en mi vida. Me siento en paz aunque pienso que podría haber hecho más cosas.*
3. *Para ordenar mi vida en mi cabeza al tener que contártela a ti.*
4. *He pasado ratos muy agradables contigo hablando de cómo quiero llevar mi tiempo de vida, y esto no lo puedo hacer con nadie.*
5. *Para volver a hablar de cosas que hace mucho tiempo que no recordaba. Para repasar mi pasado y el sentido que ha tenido mi vida.*
6. *Todo lo que estoy viviendo con el cáncer me está sirviendo muchísimo para crecer como persona, incluido este repaso a mi vida.*
7. *Es importante hablar sobre lo fundamental de la vida ahora que estoy rodeada de tanto sufrimiento.*
8. *Para saber que siempre se puede encontrar algo para hacerte sentir mejor.*
9. *Para afianzar más mi posición y mi actitud ante ciertas circunstancias y acontecimientos.*
10. *Para pensar*
11. *Para darme cuenta de que tenido un antes y un después y valorar más la vida, recordando que tengo mucho por lo que ser feliz.*
12. *Para relajarme un poco.*
13. *Ha sido como un paseo por mi vida.*
14. *Ya no me preocupo por tonterías*
15. *He reflexionado sobre temas que yo sola no hubiera pensado.*
16. *Para darme cuenta lo poco que he valorado la salud y lo realmente importante. Ahora me doy cuenta, ahora que no lo tengo.*

promover el bienestar, permitiéndoles establecer un significado personal y a su vez que puedan identificar el propósito de sus vidas⁽¹³⁾. Con esta finalidad se aplicó la DT a dieciséis pacientes en proceso de enfermedad oncológica avanzada.

Según indican los resultados obtenidos se observa una disminución significativa de los niveles de ansiedad tras la aplicación de la intervención. Estos resultados son similares a los obtenidos en estudios previos como el realizado por Hall et al. (2009)⁽¹²⁾. Asimismo, también se observa un incremento en cuanto a la percepción de bienestar tras la intervención, coincidiendo también con los resultados de trabajos anteriores de Chochinov y sus colaboradores.

Además, los pacientes mostraron una amplia satisfacción con el contenido de la DT, e indicaron que les había sido bastante o muy útil.

Entre las limitaciones de este trabajo habría que considerar las derivadas de un estudio cuasi experimental, por lo que hay que ser cauto a la hora de interpretar los resultados. Además, al tratarse de una aplicación novedosa en España, no podemos comparar los resultados con los obtenidos en otros estudios con población con características culturales similares.

Futuros estudios habrían de aumentar la muestra utilizada, ahondando en la efectividad de la técnica. Además, sería muy interesante ampliar el análisis estadístico, teniendo en cuenta la desviación obtenida de los datos respecto al promedio del conjunto de datos, por lo que se hace más necesario a la hora de poder extraer conclusiones.

Asimismo, consideramos interesante incluir, siempre que sea posible, a la familia con el fin de valorar el efecto que tiene sobre ellos el documento o legado de su familiar, así como su percepción del efecto que ha tenido la DT sobre el paciente.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. González A, González MJ. Los programas de detección precoz del cáncer de mama en España. *Psicooncología* 2007;4:249-64.
2. Hernández M, Cruzado JA. La atención psicológica a pacientes con cáncer: de la evaluación al tratamiento. *Clin Salud* 2013; 1-9. Doi:10.5093/c12013a1
3. Loncán P, Gisbert A, Fernández C, Valentín R, Teixidó A, Vidaurreta R, et al. Cuidados paliativos y medicina intensiva en la atención al final de la vida del siglo XXI. *An Sist Sanit Navar* 2007;30 (supl.3):113-28.
4. Cassel EJ. The nature of suffering and the goals of medicine. *N Engl J Med* 1982; 306:639-45. Doi:10.1056/NEJM198203183061104
5. Limonero JT. Evaluación de necesidades y preocupaciones en enfermos en situación terminal. *Rev de Psicol Salud* 2001; 13: 63-7.
6. Barreto P, Soler M. psicología y fin de vida. *Psicooncología* 2004;1(1):135-46.
7. Chochinov HM, Hack T, Hassard T, Kristjanson LJ, McClement S, Harlos M, et al. The patient dignity inventory: A model way of measuring dignity-related distress in palliative care. *J Pain Symptom Manage* 2008;36:559-71. Doi: 10.1016/j.jpainsymman.2007
8. Baillie L. Patient dignity in an acute hospital setting: A case study. *Int J Nurs Stud* 2009;46:23-37. Doi: 10.1016/j.ijnurstu.2008.08.003
9. Chochinov HM, Hack T, Hassard T, Kristjanson LJ, McClement S, Harlos M. Dignity in the terminally ill: A cross-sectional cohort study. *Lancet* 2002; 360:2026-30.
10. Chochinov HM. Dignity and the eye of the beholder. *J Clin Oncol* 2004;22:1336-40. Doi: 10.1200/JCO.2004.12.095
11. 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;23:5520-25. Doi: 10.1200/JCO.2005.08.391
12. Hall S, Edmonds P, Harding R, Chochinov H, Higginson I. Assessing the feasibility, acceptability and potencial effectiveness of Dignity Therapy for pepole with advanced cancer refered to a hospital-based palliative care team: Study protocol. *BMC Palliative Care* 2009;8:5. Doi:10.1186/1472-684X-8-5
 13. Chochinov HM, Kristjanson LJ, Breitbart W, McClement S, Hack T, Hassard T, et al. Effect of dignity therapy in distress and end of life experiencw in terminally ill patients. A randomized controlled trial. *Lancet* 2011; 12:753-62.
 14. Zigmond AS, Snaith RP. The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiart Scand* 1983;67:361-70. Doi: 10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x
 15. López Roig S, Terol MC, Pastor MA, Massuti B, Rodríguez-Marin J, Neipp MC, et al. Ansiedad y depresión. Validación de la escala HAD y pacientes oncológicos. *Rev Psicol Salud* 2000;12:127-55.
 16. Campbell W, Lewis S. Visual Analogue Measurement of Pain. *Ulster Med J* 1990; 59:149-54.

