

INTERVENCIONES PSICOLÓGICAS QUE PRESERVAN LA DIGNIDAD EN EL
CUIDADO PALIATIVO DEL ADULTO MAYOR CON ENFERMEDAD GRAVE: UNA
REVISION INTEGRATIVA

Por

Elizabeth Hermina Mercado, Ph. D

Disertación Doctoral sometida al Programa Graduado de Psicología del Recinto de San Germán
de la Universidad Interamericana de Puerto Rico para optar por el grado de
Doctora en Psicología con especialidad en Psicología Clínica y Consejería Psicológica

Mayo, 2021

INTERVENCIONES PSICOLÓGICAS QUE PRESERVAN LA DIGNIDAD EN EL
CUIDADO PALIATIVO DEL ADULTO MAYOR CON ENFERMEDAD GRAVE: UNA
REVISION INTEGRATIVA

Por

Elizabeth Hermina Mercado, Ph. D

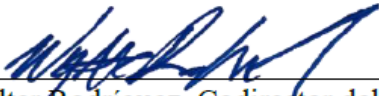
Nosotros, los miembros del Comité de Disertación Doctoral de la estudiante Elizabeth Hermina Mercado, certificamos que la investigación sometida por ésta cumple con los requisitos para las disertaciones doctorales establecidos por el Programa Graduado de Psicología del Recinto de San Germán de la Universidad Interamericana de Puerto Rico, y para que así conste firmamos certificando su aprobación.



Dra. Ivonne Romero, Directora del Comité

20 de mayo de 2021

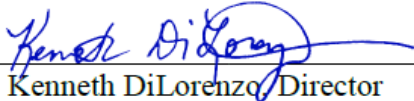
Fecha



Dr. Walter Rodríguez, Codirector del Comité

20 de mayo de 2021

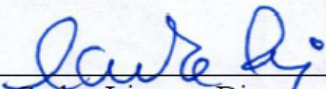
Fecha



Dr. Kenneth DiLorenzo, Director
Departamento Ciencias Sociales y Humanidades

20 de mayo de 2021

Fecha



Dr. Carlos Irizarry, Director
Escuela Estudios Graduados e Investigación

20 de mayo de 2021

Fecha



Profa. Vilma S. Martínez, Decana Interina
Decanato de Asuntos Académicos

21 de mayo de 2021

Fecha

CERTIFICACIÓN DE AUTORÍA

Yo, Elizabeth Hermina Mercado, certifico que la disertación doctoral titulada INTERVENCIONES PSICOLÓGICAS QUE PRESERVAN LA DIGNIDAD EN EL CUIDADO PALIATIVO DEL ADULTO MAYOR CON ENFERMEDAD GRAVE: UNA REVISION INTEGRATIVA, la cual presento como requisito para optar por el Grado de Doctora en Psicología con especialidad en Psicología Clínica y Consejería Psicológica en el Programa Graduado de Psicología del Recinto de San Germán de la Universidad Interamericana de Puerto Rico, es el producto de mi labor investigativa. Asimismo, doy fe que este trabajo es uno original e inédito.



Firma legible del estudiante

Resumen

La dignidad ha sido objeto de estudio, especialmente en el adulto mayor que recibe cuidado paliativo. La participación del psicólogo en los cuidados paliativos específicamente en aquellos que preservan la dignidad ha sido recomendada para atender asuntos relacionados al bienestar emocional y psicológico de los pacientes. Sin embargo, se ha evidenciado una reducida participación de los psicólogos en tales contextos. El objetivo del estudio fue identificar y sintetizar las intervenciones psicológicas evidenciadas en la literatura que sugieren preservación de la dignidad en el cuidado paliativo para el adulto mayor con enfermedad grave y proveer una conceptualización a través del Modelo de la Enfermedad de Gennip et al. (2013). Se utilizó las estrategias metodológicas según propuestas por Whittemore y Knafl (2005), para realizar una revisión integrativa de la literatura y se presentó el resumen de los hallazgos en tablas y figuras. Se realizó la búsqueda de datos desde el mes de marzo hasta septiembre del 2020. Las bases de datos utilizadas fueron Medline, PsycINFO, PUBMED, MedicLatina, EBSCO Psychology and Behavioral Sciences Collection, CINAHL with Full Text, E-Journals, Fuente Académica Plus, Academic Search Ultimate, Revista electrónica de la APPR y REDALYC. La búsqueda manual también fue utilizada. Se identificaron tres temas relacionados a las intervenciones psicológicas en la literatura: aquellos relacionados a la evaluación de la dignidad, intervención psicoterapéutica y estrategias de apoyo. Se documentan las intervenciones psicológicas que preservan la dignidad en el cuidado paliativo en el adulto mayor y se sintetiza la información relacionada a aquellas intervenciones que responden a la Dimensión del Ser según el Modelo de Dignidad en la Enfermedad de Gennip et al. (2013).

Dedicatoria

Dedicado a tod@s los que con su luz iluminaron mi camino. Gracias.

Tabla de Contenido

CAPÍTULO I	1
Mirada a la Definición de la Dignidad	2
Cambio Poblacional en Puerto Rico.....	4
Aumento en la Expectativa de Vida, Cambios Físicos y Psicológicos	4
Formulación del Problema	5
Marco Conceptual	7
Modelo de Dignidad	8
Propósito de la Investigación	11
Preguntas Guías.....	11
Objetivos del Conocimiento.....	12
Definición de Términos.....	12
¿Por qué Hacer una Revisión Integrativa?	14
CAPÍTULO II	16
Búsqueda de Literatura.....	19
Proceso de Consulta	20
Base de Datos	20
Método Suplementario de Búsqueda de Datos	21
Términos de Búsqueda	21

Criterios de Inclusión y Exclusión	24
Evaluación de la Calidad de los Estudios.....	30
CAPÍTULO III.....	32
Análisis de los Datos	32
Reducción y Despliegue de los Datos	32
Comparación y Conclusión de los Datos	33
Análisis Temático.....	33
Exclusión de los Estudios.....	34
Rigor Metodológico	35
Sinopsis del Capítulo.....	36
CAPÍTULO IV.....	37
Evaluación de Calidad.....	37
Metodología	39
País de Estudio	39
Contexto	41
Tamaño de Muestra por Estudio	42
Condición de Salud	43
Expectativa de Vida	44
Edad.....	46
Intervenciones Psicológicas que Preservan la Dignidad	47

Categoría Evaluación de la Dignidad	48
Categoría Intervención Psicoterapéutica	49
Categoría Estrategias de Apoyo	51
Intervenciones que Reconocen la Dimensión Individual, Relacional y Social de la Dignidad	61
Dimensión del Ser Individual	61
Dimensión del Ser Relacional	64
Dimensión del Ser Social	67
CAPÍTULO V	71
Marco Teórico y Relación con las Intervenciones Psicoterapéuticas	74
Comparación con otras Revisiones Integrativas	75
Fortalezas del Estudio	77
Limitaciones del Estudio	77
Rigor.....	79
Implicaciones para la Práctica de la Psicología	79
Conclusión.....	80
Referencias.....	83
Apéndices.....	100

Índice de Tablas

Tabla 1. Términos de búsqueda y cantidad de artículos por base de datos.....	22
Tabla 2. Criterios de inclusión y exclusión.....	24
Tabla 3. Estudios incluidos y base de datos.....	28
Tabla 4. Estudios excluidos y razón de exclusión.....	35
Tabla 5. Estudio y puntuación de calidad QualSyst.....	38
Tabla 6. Metodología de estudios.....	39
Tabla 7. País de estudio.....	40
Tabla 8. Contexto y estudio donde se reportan.....	41
Tabla 9. Estudio y tamaño de muestra.....	43
Tabla 10. Condición de salud representada en los estudios.....	44
Tabla 11. Expectativa de vida.....	45
Tabla 12. Estudio y edad reportada de los participantes.....	46
Tabla 13. Descripción de las intervenciones según el estudio reportado:	52
Evaluación, Terapia: Basado en el Modelo de Dignidad, no Basado en el Modelo de Dignidad y Estrategias de Apoyo	
Tabla 14. Intervenciones, Dimensión del Ser Individual, Relacional, Social..... y el estudio de referencia	67

Índice de Figuras

Figura 1. Modelo de Dignidad en la Enfermedad.....	9
Figura 2. Diagrama de flujo, PRISMA.....	27
Figura 3. Intervenciones psicológicas que preservan la dignidad.....	48
Figura 4. Dignidad, Dimensiones del Ser e Intervenciones que la reconocen.....	62

Índice de Apéndice

Apéndice A: Lista de cotejo para evaluar la calidad de estudios cuantitativos.....	101
Apéndice B: Lista de cotejo para evaluar la calidad de estudios cualitativos.....	103
Apéndice C: Tabla Puntuación de Calidad QualSyst.....	105
Apéndice D: Diagrama de flujo, PRISMA.....	107
Apéndice E: Tabla de reducción de datos de estudios incluidos.....	109
Apéndice F: Tabla de estudios excluidos y razón de exclusión.....	141

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

A medida que la población mundial envejece y más personas sufren de enfermedades crónicas, la preservación de la dignidad personal al final de la vida se convierte en una preocupación mayor (Oosterveld-Vlug et al, 2016 p. 365). Se ha señalado particular “preocupación sobre la dignidad a medida que la salud y funciones deterioran” (Harstade et al. 2018, p.8; Korhan et al., 2018, p 72; Oosterveld-Vlug et al, 2016 p. 365). Al experimentar estos cambios, muchos pudieran requerir los servicios de cuidado paliativo. Se postula que, durante este cuidado, la preservación o preservación de la dignidad cobra particular importancia debido a la mayor dependencia, vulnerabilidad y falta de control sobre el ambiente experimentada por las personas que están recibiendo los servicios (Barclay, 2016; Östlund et al., 2019).

El cuidado paliativo representa una de las maneras de atender las prioridades del paciente que está gravemente enfermo y frágil con respecto al cuidado físico y emocional. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (2020), el cuidado paliativo mejora la calidad de vida de los pacientes y sus familiares que se enfrentan a enfermedades graves. Una enfermedad puede ser considerada grave al ser “incurable o que amenaza la vida, que manifiesta síntomas que requieren cuidado o múltiples hospitalizaciones para su tratamiento, o que drásticamente cambia la calidad de la vida del paciente” (Finn & Malhotra, 2019, Sección 1.2). Entre los ejemplos de enfermedades graves expuestas por Kelley y Bollens-Lund (2018) están el “cáncer o leucemia con pobre pronóstico, enfermedad crónica pulmonar, fallo renal, demencia, fallo cardíaco congestivo, enfermedad hepática crónica y severa, diabetes con complicaciones severas, enfermedad vascular periférica, enfermedad arterial coronaria, fractura de caderas o tener más de 70 años”. (p. S 9).

Más específicamente, el cuidado paliativo se define como el tratamiento dirigido a personas que “poseen una enfermedad grave en el cual la cura o regresión es menos posible” (Krau, 2016, p. 1) y que posee alto riesgo de muerte sobre el curso de un año (Kelley, 2014, p. 985). Su función es prevenir y aliviar “el sufrimiento a través de una identificación temprana, evaluación correcta y tratamiento del dolor, entre otros asuntos, sean físicos, psicosociales o espirituales” (Prada, et al., 2017, p. 327). Este cuidado “se enfoca en la autonomía del paciente y utiliza un abordaje integral que combina excelencia técnica y conocimiento, habilidades y actitudes que permite control de los síntomas físicos, emocionales, sociales y espirituales” (Hennemann-Krause, et al., 2015, p. 29). Es importante reiterar que las personas en necesidad de cuidado paliativo “a menudo, poseen pérdida de funciones y roles que afectan su imagen social y existencial, lo cual, a su vez, puede incrementar el riesgo de perder su sentido de dignidad” (Harst de et al. 2018, p.8). El cuidado paliativo es apropiado para cualquier edad y en cualquier etapa de la enfermedad grave (Finn y Malhotra, 2019, p. 2). De acuerdo con la página del Instituto Nacional de la Salud (2017), conocida por sus siglas NIH en inglés, el cuidado paliativo puede ser provisto en conjunto con otros tratamientos curativos y no depende del pronóstico de la enfermedad, incluyendo la expectativa de vida.

Mirada a la Definición de la Dignidad

Para establecer una definición de la dignidad es necesario estudiar a los  r genes de este concepto. La dignidad, como concepto, “se origina de dos palabras del latín *dignitus* y *dignus* (Kennedy, 2016, p. 45), cuyo sentido implica “una posición de prestigio, ser digno, valioso, apreciado, precioso y merecedor” (Martínez Bull -Goyri, 2013, p 42). Al buscar la definición del término dignidad más ampliada, encontramos una variedad de expresiones, en ocasiones ambiguas o muy distintas según los contextos en las cuales fueron formuladas (Fernández-Sola

et al., 2017). Por tal razón, se considera como “uno de los conceptos que presenta mayores problemas para su esclarecimiento y definición” (Martínez Bullé-Goyri, 2013, p. 43). Se ha encontrado en la literatura que, a grandes rasgos, la dignidad es uno de los derechos humanos (Naciones Unidas, n. d.) que debe ser estudiado y entendido. Es también una “necesidad universal para el bienestar de cada individuo en todas las sociedades” (Kennedy, 2016, p. 45; Pols et al, 2018, p. 93), “concepto central en los sistemas legales del mundo” (Shultziner & Rabinovici, 2012, p. 104). y “un concepto fundamental en la ética clínica y principio rector del movimiento de salud mundial” (Rudilla et al., 2014, p. 8).

Dentro del contexto médico, la dignidad se define como “respeto; seguridad de que la persona recibe el cuidado de salud y cuidado social de manera tal que le permite sentirse respetado y desarrollar o mantener su auto estima” (*Segen's Medical Dictionary*, 2012). Como es de notar, esta definición se enfoca en el cuidado de salud y social que lleva a la persona a sentirse respetado, por lo tanto, a experimentar dignidad. La literatura ha registrado diferentes cambios que puede experimentar una persona como resultado de vivir con una enfermedad grave. Entre ellos, incluye la preocupación por los cambios resultantes de la enfermedad en su persona (Julião et al, 2014, p. 688; Ftanou et al., 2017, p. 343; Oosterveld-Vlug et al., 2016, p. 345), su propio significado y adaptación a la enfermedad (Afonso et al, 2011, p. 1065; Huamani y Aronhuanca, 2019, p. 94), cómo cambia la interacción con otras personas durante su enfermedad (Sjöberg et al, 2017, p.1360) y su percepción del cambio social (Tamagawa et al, 2012, p. 660; Gennip et al., 2013). Se puede observar que es la interacción de diferentes aspectos del proceso de la enfermedad lo que puede conducir a una persona a experimentar pérdida de la dignidad.

Cambio Poblacional en Puerto Rico

Los actuales cambios poblacionales en Puerto Rico implican un aumento en el grupo de mayor edad, y por ende, una mayor mortalidad la cual subraya la urgencia de explorar el tema de este estudio. Varias investigaciones epidemiológicas recientes documentan los cambios concernientes a la edad y mortalidad de la población. En el informe más reciente del “State Data Center” de Puerto Rico, publicado en el 2018, se indica que entre los años 2010 y 2017, la población menor a 18 años menguó de 24% a 20%, mientras que la población igual o mayor a 65 años aumentó de 15% a 20%. Este cambio refleja la disminución de nacimientos y mayor expectativa de vida de las personas de mayor edad, tendencia que continúa en la información más actualizada de la pirámide poblacional de Puerto Rico del 2019 (State Data Center de Puerto Rico, n. d.).

Aumento en la Expectativa de Vida, Cambios Físicos y Psicológicos

A la par con una población que envejece, existen también “mejoras en los sistemas sanitarios, un mayor acceso a la educación y crecimiento económico, lo que contribuye al aumento de la expectativa de vida en cada región del mundo” (Prada, et al., 2017, p. 326). En contraste, se ha documentado, que uno de los efectos potenciales de los avances médicos es que las personas con enfermedades graves tienden a vivir por más tiempo y frecuentemente se enfrentan con la realidad del deterioro físico, pérdida de funciones y dependencia en otros para su cuidado (Gennip, et al., 2013, p. 1080).

Además de los cambios físicos durante la enfermedad grave, se presentan cambios psicológicos. Almada et al. (2018) resaltan que los síntomas psicológicos son frecuentes en el cuidado paliativo y que a menudo se presentan sin ser diagnosticados (p. 312). Los diagnósticos mentales comórbidos más comunes en el cuidado paliativo son la depresión y la ansiedad

(Almada et al, 2018, p. 312; Ftanou et al., 2017, p. 343; Julião et al, 2014, p. 688). Por lo cual, es común suponer que la depresión y la ansiedad “representan una reacción natural a una enfermedad incurable, lo cual puede retrasar el diagnóstico o evitarlo completamente” (Almada et al, 2018, p. 312). Mientras los adultos mayores representan un extenso segmento de la población, existirá un aumento en la necesidad de cuidado de salud mental (Goldsmith & Kurpius, 2015, p. 124). Para trabajar esta situación y aminorar el impacto que pudiera tener sobre su dignidad, es necesario contar con intervenciones efectivas por parte de profesionales que posean conocimiento y destrezas centradas en el cuidado paliativo digno.

Formulación del Problema

Como se estableció anteriormente, la población en Puerto Rico ha experimentado cambios que tienen gran relevancia a esta investigación. Se reporta una población envejecida, que, a partir de las mejoras en los servicios de detección, tiene la posibilidad de vivir más tiempo con una enfermedad grave que coloca su vida a riesgo. Al vivir con esas enfermedades graves, en algún momento dichas personas pudieran ser referidas para recibir los servicios de cuidado paliativo como parte de su tratamiento. Los profesionales de la salud que prestan o prestarán servicios a la población envejecida y/o con condiciones de salud graves, deben estar atentos ya que el cuidado o apoyo que pueden ofrecer “puede tener un impacto significativo en como una persona negocia los retos en esta etapa de vida” (Cotter et al, 2019, p. 1).

Además de médicos, enfermeras, y trabajadores sociales clínicos, los psicólogos son uno de los profesionales que con alta probabilidad (partiendo de los datos epidemiológicos provistos) serán llamados a participar de la atención proporcionada a ese grupo de personas.

Organizaciones profesionales de relevancia, como la Asociación Americana de Psicología (APA, por sus siglas en inglés), se han dado a la tarea de orientar sobre el asunto. Por ejemplo, en su

página electrónica, APA publicó una resolución sobre la participación de los psicólogos en el cuidado paliativo y asuntos del final de la vida. En la resolución exponen que, como organización, ellos promueven y apoyan la participación de los psicólogos en este cuidado. Además emiten varias recomendaciones a los psicólogos, entre ellas: 1) participar de la investigación y educación sobre el cuidado paliativo, 2) implementar las mejores prácticas en el cuidado de las personas con enfermedades graves o limitantes, 3) adquirir conocimiento y competencia con respecto al cuidado paliativo, 4) obtener familiaridad con los roles y competencias del cuidado clínico de otros profesionales relacionados al cuidado paliativo y, 5) promover y endosar políticas públicas para los servicios conductuales y psicosociales para las personas con enfermedad grave en todas las etapas de sus vidas. Se concluye que la psicología como disciplina, promueve la prestación de servicios directos en el cuidado paliativo, pero, además impulsa la investigación, la integración al equipo de cuidado interdisciplinario y la participación en la creación de políticas públicas para avanzar la prestación de servicio en este tipo de cuidado.

La importancia de la participación del psicólogo también ha quedado documentada en la literatura científica. Hennemann-Krause, et al. (2015), consideran que el profesional de psicología compone “parte del equipo multiprofesional de cuidado paliativo y posee un rol importante en la relación de atención entre los proveedores y los pacientes” (p. 21). Los papeles que debe desempeñar el psicólogo en el cuidado paliativo también se ha señalado en varias investigaciones, entre ellos la “evaluación psicológica, intervenciones psicosociales dirigidas a promover la adaptación de las personas y sus familiares, guiar a la persona a tener propósito o metas y reducir sintomatología emocional, consultoría al equipo de cuidado paliativo, investigación enlazando los estudios médicos y psicosociales” (Ftanou et al., 2017, p. 343) y

“reducir la brecha entre el paciente y la familia, para discutir sus deseos en torno al final de su vida” (Peterson, et al., 2018), p. 468). En esa misma línea conceptual, Ftanou et al. (2017) reconocen que “los psicólogos tienen experiencia, destrezas y conocimiento hábil para proveer psicoterapia, sin embargo, observan que existen pocos psicólogos cuyos trabajos se dirigen al cuidado del final de la vida” (p. 343).

Desde la perspectiva práctica, los psicólogos con especialidad en psicología clínica y en consejería psicológica deberían tener una participación directa en actividades que promuevan servicios a las personas que se encuentran recibiendo cuidados paliativos. De la misma manera, los psicólogos, deberían estar actualizados sobre los estudios publicados que atienden a personas en la etapa de cuidado paliativo. El propósito de mantenerse al día es proveer atención basada en la evidencia científica y promover cambios sociales que favorezcan el bienestar físico y psicológico del paciente y sus familiares. Se puede establecer, que la participación del psicólogo en el cuidado paliativo contribuye a la preservación de la dignidad del que recibe los servicios desde el inicio de su enfermedad. Como establecen Gennip et al. (2013), “el vivir la vida con dignidad desde el diagnóstico de una condición de salud grave, amerita atención” (p. 24). La dignidad y el respeto a la persona con enfermedad grave, debe incluir una prestación de servicio centrado en el “apoyo para el desarrollo de destrezas de afrontamiento, para la obtención de un sentido de logro y significado sobre la experiencia y para facilitar la reducción de la sintomatología” (Ftanou et al., 2017 p. 343).

Marco Conceptual

El paradigma utilizado como marco conceptual en esta investigación es el Modelo de dignidad desarrollado por Isis van Gennip y colaboradores en el 2013. Este ilumina el proceso por el cual una enfermedad grave puede afectar el sentido de dignidad del paciente a través de la

trayectoria de la enfermedad iniciando con el diagnóstico (Errasti-Ibarondo et al, 2014). El marco conceptual parte de que recibir el diagnóstico de una enfermedad grave puede causar un “cambio fundamental de ser una persona saludable para convertirse en un paciente” (Gennip et al., 2013, p. 24). Es durante esta etapa que puede ocurrir preocupación sobre la dignidad personal.

Modelo de Dignidad

Los investigadores Gennip, et al. (2013), desarrollaron el Modelo de Dignidad partiendo de entrevistas a profundidad realizadas a pacientes con diagnósticos de salud graves. Los pacientes fueron agrupados en tres categorías: “aquellos con cáncer, los que están en etapa inicial de demencia y los que tienen enfermedades graves como enfermedad de Crohn, VIH y espasticidad” (p.25). A continuación, se provee un resumen de los asuntos más relevantes de la teoría según Gennip et al, (2013).

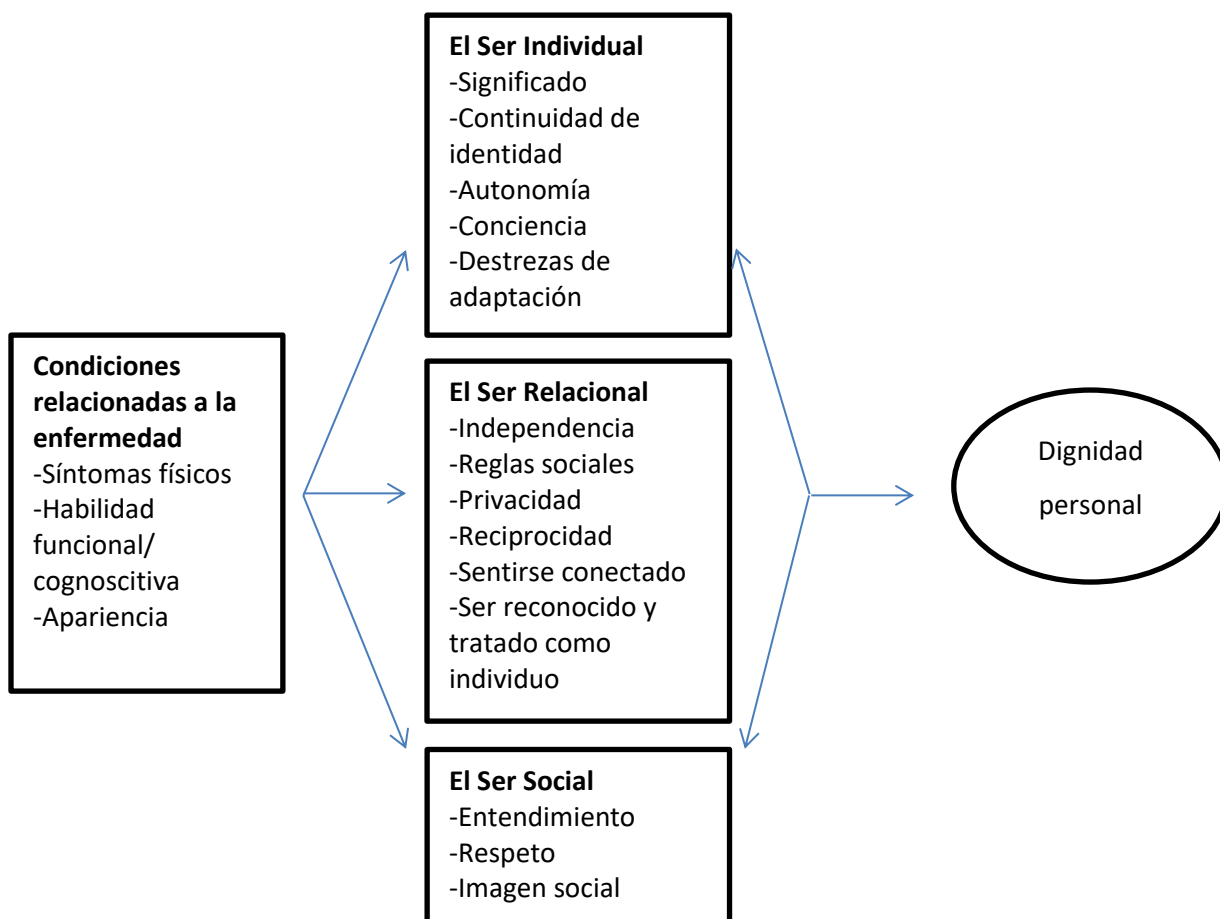
El modelo de dignidad propuesto por Gennip et al, (2013) presenta como una enfermedad grave puede afectar el sentido de dignidad personal de los pacientes. El modelo identifica que la dignidad de las personas con enfermedad grave toma forma dentro de una variedad de contextos. Entre ellos se encuentra la experiencia individual del paciente, en las relaciones que poseen con personas significativas y proveedores de salud, y en los encuentros sociales que las personas realizan en general. En el modelo, se propuso tres dominios del Ser o *domains of the Self*, que se relacionan entre sí: 1) el Ser Individual, parte de la dimensión intrínseca, 2) el Ser Relacional, y 3) el Ser Social, estas dos últimas relacionadas a la dimensión extrínseca.

El modelo explica que el dominio del Ser Individual se refiere a la evaluación privada interna de sí mismo, como ser autónomo basado en las experiencias personales. Mientras que el Ser Relacional se refiere al sentido individual formado dentro de una interacción dinámica y

recíproca. Continúa explicando que el dominio del Ser Social se refiere al individuo como objeto, visto a través de los demás en el cual se puede manifestar el discurso de la enfermedad. Con relación a cómo la enfermedad afecta la dignidad, los resultados del modelo sugieren que no es la enfermedad en sí misma, más bien son los cambios en la mente y el cuerpo como resultado de la enfermedad la que lleva a los cambios en las circunstancias personales y sociales, las cuales a su vez afecta el sentido de dignidad de la persona. Se presenta el diagrama que resume el Modelo de Dignidad en la Enfermedad según Gennip et al. (2013).

Figura 1.

Modelo de Dignidad en la Enfermedad según Gennip et al. 2013.



Nota. Traducida al español de “Figure 1. Model of Dignity in Illness” según Gennip et al. 2013

Como resumen, el modelo de dignidad de Gennip et al. (2013), clarifica la relación desde el diagnóstico de una enfermedad grave y el sentido de dignidad del paciente, trazando varias rutas desde la enfermedad hasta los efectos que tiene en el sentido de dignidad. Además, destaca la manera en la cual la enfermedad puede amenazar el sentido de identidad. Según estos investigadores, el mérito del estudio que realizaron y de dónde parte este modelo, se divide en dos partes. Primero, el modelo ofrece un marco teórico para continuar estudiando a un grupo de mayor cantidad de pacientes y con otro tipo de enfermedades graves no estudiadas. Segundo, el modelo puede facilitar el cuidado para pacientes gravemente enfermos, al proveer una mirada a la enfermedad y la dignidad a nivel del paciente donde el tratamiento puede ser efectivo.

El modelo tiene dos aplicaciones importantes, primero, la dignidad tiene una dimensión intrínseca y extrínseca, siendo esta última la que separa la dignidad de aspectos internos. Los investigadores añaden que, durante la etapa final de vida, los pacientes tienden a aislarse de la sociedad, se reduce el círculo de relaciones personales y la dependencia del cuidado aumenta. El Ser relacional y social pasa a segundo plano, mientras el Ser individual toma prominencia. Sin embargo, en etapas tempranas, los pacientes con enfermedad grave pueden vivir en el hogar, rodeados de familiares y amigos, y participan en actividades sociales. El Ser relacional y social es clave en definir el sentido de dignidad (Gennip, et al; 2013).

La segunda aplicación de este modelo (Gennip, et al; 2013) es que los síntomas de la enfermedad tienen un efecto indirecto en el sentido de dignidad del paciente, a pesar de que la enfermedad en sí no afecta, pero si sus consecuencias son las que pueden amenazar la dignidad. Esta observación es la que separa la dignidad como constructo del concepto de calidad de vida.

El modelo presentado indica que la participación de la familia y las amistades, una actitud empática de parte de los proveedores de salud y una conciencia social más educada puede contribuir a fortalecer el sentido de dignidad en los pacientes con enfermedades graves.

Propósito de la Investigación

El propósito de esta investigación es realizar una revisión integrativa de la literatura científica que permita identificar y sintetizar la evidencia en torno a las intervenciones psicológicas aplicadas a la dignidad en el cuidado paliativo en el adulto mayor con enfermedad grave. Aunque existen varias investigaciones que reportan la importancia de que los psicólogos se involucren en el cuidado paliativo que conserva la dignidad del paciente (Ftanou et al., 2017; Hennemann-Krause, et al., 2015), no siempre resulta claro y preciso cómo esto se puede implementar. Por lo tanto, el integrar y sintetizar la evidencia disponible sobre el cuidado paliativo que conserva la dignidad puede servir de guía a los psicólogos que atienden personas que reciben este tipo de cuidado de salud tan delicado e importante. El método de revisión integrativa de la literatura para tratar el asunto de dignidad en el cuidado paliativo, cuya práctica clínica puede resultar ambigua o no explícita para la psicología, permite “un entendimiento más amplio del tema bajo estudio, ya que integra estudios de diversas metodologías” (Hopia et al., 2016, p. 663). Con la síntesis que resulte de este método investigativo se puede proveer mayor claridad a los psicólogos sobre el diseño e implementación de prácticas o intervenciones psicológicas basadas en la evidencia cuyo norte sea preservar la dignidad del paciente en el cuidado paliativo.

Preguntas Guías

Basado en el Modelo de Dignidad en la Enfermedad según Gennip et al. 2013, se propone que la revisión integrativa evidencie las intervenciones psicológicas utilizadas en el

cuidado paliativo digno para el adulto mayor con enfermedad grave. A tenor con lo que se propone, se plantean las siguientes preguntas guías en la revisión integrativa:

¿Cuáles son las intervenciones psicológicas evidenciadas en la literatura que sugieren preservación de la dignidad en el cuidado paliativo para el adulto mayor con enfermedad grave?

¿Cuáles de las intervenciones psicológicas encontradas reconocen la dimensión individual, relacional y social de la dignidad en el adulto mayor con enfermedad grave que recibe cuidado paliativo?

Objetivos del Conocimiento

Uno de los aspectos necesarios en todo trabajo investigativo es identificar los objetivos del conocimiento. Para la presente revisión integrativa se espera lograr los siguientes objetivos:

1. Identificar las intervenciones psicológicas utilizadas en el cuidado paliativo que queden respaldadas por la literatura en la preservación de la dignidad en el adulto mayor con enfermedad grave.
2. Extraer implicaciones relevantes a la práctica clínica sobre las intervenciones psicológicas encontradas en la literatura que promueven la dignidad en el cuidado paliativo.
3. Recomendar nuevas áreas de investigación en el campo de la psicología dirigidas a la preservación de la dignidad en el cuidado paliativo.

Definición de Términos

Con el objetivo de identificar su presencia en la literatura, se ofrece una definición operacional de los conceptos relevantes en esta revisión.

1. **Intervención psicológica:** La intervención psicológica se define como “la acción por parte de un psicoterapeuta para trabajar con el problema o preocupación de un cliente” (American Psychological Association, n.d)

2. **Dignidad:** Se define como derecho humano y “el estado de ser o sentirse valorado, honrado o respetado” (Kennedy, 2016, p. 45), según expresado por la persona de manera verbal, escrita o a través de los resultados de una prueba o instrumento que mida dignidad.
3. **Cuidado paliativo:** Se define como el tratamiento o cuidado dirigido a personas que poseen una enfermedad grave (Krau, 2016, p. 1), para prevenir y aliviar “el sufrimiento a través de una identificación temprana, evaluación y tratamiento del dolor, entre otros asuntos físicos, psicosociales o espirituales” (Prada, et al., 2017, p. 327). El cuidado paliativo puede brindarse irrelevante de la expectativa de vida. Puede comenzar desde el diagnóstico de la enfermedad grave y según necesario para controlar los síntomas y mejorar la calidad de vida (Instituto Nacional de la Salud, 2017).
4. **Enfermedad grave:** Se define como una enfermedad incurable o que amenaza la vida, que manifiesta síntomas que requieren cuidado o múltiples hospitalizaciones para su tratamiento, o que drásticamente cambia la calidad de la vida del paciente (Finn & Malhotra, 2019), y puede tener un alto riesgo de muerte sobre el curso de un año, pero con la posibilidad de una cura (Kelley, 2014).

Otros términos relevantes

1. **Prácticas basadas en evidencia:** Se define como “la reunión, implementación y evaluación de los estudios publicados para implementarlos a una práctica clínica segura, de calidad y costo efectiva” (Ercole, Melo & Alcoforado, 2014, p. 12)
2. **Salud mental:** “Un estado de bienestar emocional en el cual el individuo reconoce sus propias habilidades, puede enfrentar los asuntos normales de la vida, puede trabajar productivamente y es capaz de aportar a su comunidad” (Galderisi, et al 2015, p. 231)

3. **Psicología:** APA define la psicología como el “estudio de la mente y la conducta que incluye todos los aspectos de la experiencia humana (American Psychological Association, n. d.).
4. **Psicólogo:** Se define como el profesional que posee entrenamiento y destrezas clínicas que facilitan a las personas a afrontar efectivamente los asuntos de la vida y problemas de salud mental (American Psychological Association, n. d.).
5. **Psicoterapia:** Se define como cualquier servicio psicológico provisto por un profesional entrenado que usa primordialmente formas de comunicación e interacción para evaluar, diagnosticar y tratar reacciones emocionales disfuncionales, maneras de pensar y patrón de conductas (American Psychological Association, n. d.).

¿Por qué Hacer una Revisión Integrativa?

Como se estableció anteriormente, el método que se utilizará para la presente investigación es la revisión integrativa de la literatura. La revisión integrativa de la literatura se utiliza a menudo como herramienta de búsqueda de información en las profesiones de la salud que implementan prácticas basadas en la evidencia. Esto resulta apropiado, ya que en las prácticas basadas en la evidencia la intención es reunir, implementar y evaluar los mejores estudios para una práctica clínica segura, de calidad y costo efectiva” (Ercole, Melo & Alcoforado, 2014, p 12; Ganeshkumar & Gopalakrishnan, 2013, p. 9). Debido a la complejidad y cantidad cada vez mayor de información disponible en el campo de la salud, la revisión integrativa de la literatura le permite al profesional, tal como a los psicólogos, “un mejor uso de la evidencia obtenida a través de investigaciones con diferentes metodologías y aumenta la probabilidad de que esos hallazgos sean aplicados a la práctica clínica” (Souza et al., 2010, p. 102).

Es importante resaltar los méritos de la revisión integrativa de la literatura en la Psicología como disciplina y práctica. Una de las virtudes de este método es que facilita “revisar teorías, conceptos y análisis metodológicos sobre un tema estudiado” (Ercole et al., 2014, p 12). Al revisar la literatura de manera integrativa, el psicólogo podrá identificar de manera crítica como se están aplicando las teorías, conceptos y análisis metodológicos en la investigación. Otra de las cualidades de la revisión integrativa de literatura es que provee “el mejor conocimiento sobre un tema de investigación para que pueda ser evaluado por un profesional con destrezas clínicas y subsecuentemente incorporarlas en la práctica del cuidado de la salud (Ercole et al., 2014, p 12). Como se indicó anteriormente, el incorporar este “mejor conocimiento” a la práctica diaria de la disciplina, puede a su vez “impactar el desarrollo de políticas, protocolos, y procedimientos que se utilizan en las profesiones de la salud (Souza et al., 2010, p. 103). En fin, a partir de los resultados de esta revisión, se espera que los psicólogos puedan tomar decisiones que dejen una huella en su profesión con respecto a la atención que protege la dignidad de personas que se encuentren con enfermedades graves o en cuidado paliativo. Para efectos de este trabajo, se utilizará el abordaje de las cinco etapas de revisión integrativa propuestas por Whittemore y Knafl, (2005). Estas son “la etapa de formulación del problema, búsqueda de literatura, evaluación de datos, análisis de datos y presentación de los datos” (p. 549).

CAPÍTULO II

REVISION DE LITERATURA

En la literatura científica se ha estudiado las experiencias de las personas que viven con una enfermedad grave, ya que estos pacientes pueden enfrentar diferentes retos y frecuentemente experimentar angustia emocional y existencial (Saracino et al, 2019). El tema ha sido investigado en diversos países y a partir de variadas profesiones de la salud que les proveen servicios. Los investigadores sobre el tema coinciden en que, dentro del cuidado paliativo, la meta de proteger la dignidad es alcanzada a través del manejo de síntomas, y a través del cuidado psicológico, espiritual y familiar.

Una de las profesiones que más ha aportado a las investigaciones sobre dignidad en el cuidado paliativo es la de enfermería. El personal de enfermería posee un rol central en la provisión de servicios paliativos y en la atención a la preservación de la dignidad de los pacientes (Crump, 2019; Parandeh et al., 2016; Tornøe, et al, 2015). Investigadores en el campo de la enfermería del continente europeo han hecho frecuentes esfuerzos dirigidos hacia el estudio de la dignidad. Por ejemplo, investigaciones realizadas en países como Escocia (Johnston et al, 2012), enfatizan el adiestramiento a la enfermería comunitaria sobre programas específicos del cuidado de la dignidad y en los Países Bajos (Oosterveld-Vlug et al, 2013), se estudió la dignidad personal en hogares de cuidado.

La literatura sobre cuidado paliativo también ha concentrado en las intervenciones psicoterapéuticas que han sido desarrolladas para atender las necesidades de los pacientes gravemente enfermos (Iani et al., 2020). Dichas investigaciones resultan ser el interés principal de la actual investigación ya que el propósito del estudio es explorar en la literatura, la tendencia en los estudios publicados que identifican intervenciones psicológicas que preserven la dignidad

del adulto mayor en el cuidado paliativo. Dado a que el presente estudio es una revisión integrativa de la literatura, en este capítulo se presenta el resumen de varias revisiones publicadas con respecto a la preservación de la dignidad. Aunque en su mayoría las investigaciones que se reseñan han sido realizadas desde la perspectiva de la enfermería, aportan información valiosa para los psicólogos cuyo interés es la preservación de la dignidad en su trabajo con pacientes en cuidado paliativo.

A continuación, se describen brevemente varias investigaciones que utilizaron el método de revisión integrativa sobre el tema. Estas se reseñan en este capítulo ya que no fueron incluidas como parte del recogido y análisis de datos para la actual investigación. Por tal razón, fue importante cubrirlas aquí pues ofrecen una introducción a la literatura científica sobre el tema. En contraste, los datos que son producto de la revisión integrativa realizada en el actual estudio se incluirán bajo el capítulo de resultados.

Johnston et al (2015), investigadores del Reino Unido, completaron una revisión integrativa que tenía como objetivo reportar la evidencia de la preservación de la dignidad en el cuidado paliativo. Incluyeron 31 artículos, publicados de enero del 2009 a septiembre del 2014, que cumplieron con los criterios de inclusión determinados. Como parte del análisis de los resultados, encontraron nueve temas que fueron utilizados para clasificar el cuidado de la dignidad. Los temas identificados fueron el nivel de independencia, angustia por los síntomas, perspectivas en la preservación de la dignidad, prácticas en la preservación de la dignidad, límites de privacidad, apoyo social, contenido del cuidado, carga para los demás y preocupaciones sobre las consecuencias. Por otro lado, las estrategias de preservación de la dignidad fueron escuchar, mostrar empatía, comunicación y participación en su cuidado.

En otra revisión integrativa publicada en Suecia en el 2018, Harst de et al, similarmente persiguieron el objetivo de identificar en la literatura sugerencias encontradas en los estudios suecos sobre el tipo de acciones de preservación de la dignidad en el cuidado paliativo para aplicarlo al contexto cultural. Estos investigadores incluyeron 15 artículos desde el 2006 hasta el año 2015 y 18 tesis desde el 2000 hasta el 2015, que cumplieron con el criterio de inclusión establecido. Las estrategias de cuidado sugeridas en la revisión fueron el escuchar, la comunicación, información, control de síntomas, facilitar el diario vivir e incluir a los pacientes en la toma de decisiones.

Se encontró otra revisión integrativa publicada en Suecia el 2020 (S derman et al, 2020), donde los investigadores tuvieron como objetivo el identificar los resultados estudiados como parte del cuidado de preservación de la dignidad y como fueron operacionalizados. Los investigadores, incluyeron 26 estudios de metodología cuantitativa, mixta y protocolos de estudios desde el año 1997, al año 2017. Como parte de los criterios de inclusión, los estudios debían evaluar las intervenciones para el cuidado digno o como parte del cuidado que conserva la dignidad. Utilizaron el abordaje abductivo como parte de su análisis, de la cual identificaron cuatro categorías temáticas y siete temas. Las cuatro categorías temáticas, incluyen temas sobre las preocupaciones relacionadas a la enfermedad, temas relacionados al repertorio de preservación de la dignidad, temas relacionados al Inventario Social de la dignidad y temas generales de la dignidad.

Interesantemente, las primeras dos revisiones integrativas incluidas, se enfocan específicamente en acciones de cuidado para conservar la dignidad, sin embargo, en la revisión de S derman et al. (2020), se identifican intervenciones específicas a nivel terapéutico utilizadas como parte del cuidado que conserva la dignidad. Como se estableció anteriormente, el cuidado

paliativo además de atender las dimensiones físicas y espirituales también incluye la dimensión emocional o psicosocial del paciente (Prada, et al., 2017). Por lo tanto, surge la necesidad de identificar en la literatura las intervenciones psicológicas utilizadas en el cuidado paliativo, destinadas a la preservación de la dignidad que atiendan tal dimensión emocional y/o psicosocial del paciente.

En este capítulo también se incluye información que ayuda al lector a entender el proceso de la búsqueda de literatura que se realizó en el actual estudio. Se incluye además información que describe el proceso de consulta realizado con el personal bibliotecario, la búsqueda en la base de datos, el método suplementario de búsqueda de datos, los términos de búsqueda, los criterios de inclusión y exclusión utilizados en la búsqueda de datos y la evaluación de la calidad de los estudios.

Búsqueda de Literatura

Debido a que el objetivo de esta revisión fue identificar en la literatura las intervenciones psicológicas que se han utilizado para preservar la dignidad en el cuidado paliativo, se utilizó la revisión integrativa para “permitir la inclusión de estudios primarios que utilizan diferentes métodos de investigación” (Harstæde, et al., 2018, p. 2).

Siguiendo las recomendaciones de Whittemore y Knafl (2005, p. 548), en la etapa de búsqueda de literatura resultó importante contar con una “estrategia de búsqueda bien definida” con el propósito de aumentar el rigor científico en la investigación. Para iniciar la estrategia de búsqueda de literatura, se utilizó “un plan sistemático, claramente definido y documentado” (England, 2012, p. 28). Cónsono a lo anterior expuesto, se utilizó las guías de revisión integrativa de Whittmemore y Knafl (2005) como referencia en todas las etapas de la revisión.

Proceso de Consulta

Uno de los primeros pasos preparatorios fue consultar con personal bibliotecario sobre estrategias de búsqueda efectivas y eficientes. Se consultó con la bibliotecaria J. S. M., conocedora y facilitadora de los sistemas de informática de la Biblioteca Juan Cancio Ortiz de la Universidad Interamericana de Puerto Rico, Recinto de San Germán. Durante la consulta presencial, J. S. M. ofreció adiestramiento sobre las bases de datos digitales, utilización apropiada de términos de búsqueda, términos booleanos, y la aplicación de filtros para una búsqueda más efectiva. A la consulta J. S. M. añadió la posibilidad de realizar préstamos interbibliotecarios y apoyo técnico. Se utilizó el apoyo técnico virtual en tres ocasiones, la cual fue realizada a través de comunicación virtual por requerimiento del distanciamiento social según establecido por la Orden Ejecutiva vigente.

Base de Datos

Para realizar una búsqueda electrónica más exhaustiva, se utilizó las bases de datos que compilan estudios publicados en el área de la medicina, ciencias y psicología, campos relevantes al tema bajo estudio. Para este fin, fueron incluidas las bases de datos con suscripción a Medline, PsycINFO, PUBMED, MedicLatina, EBSCO Psychology and Behavioral Sciences Collection, CINAHL with Full Text, E-Journals, Fuente Académica Plus y Academic Search Ultimate. Otra fuente de información utilizada con acceso abierto en las redes fue la Revista electrónica de la APPR y REDALYC. La búsqueda se realizó del mes de marzo 2020 a septiembre de 2020 y se actualizó en el mes de octubre del mismo año. Se utilizó las bases de datos con suscripción pagada de manera presencial en la Biblioteca de la Universidad Interamericana, Recinto de San Germán y de la Biblioteca General de la Universidad de Puerto Rico, Recinto Universitario de Mayagüez, y por acceso remoto a través del Centro de Acceso de

Información de la Universidad Interamericana de San Germán y de la Escuela de Medicina de Ponce.

Método Suplementario de Búsqueda de Datos

Whittemore y Knafl (2005), señalan que una búsqueda exhaustiva de la literatura utiliza “al menos dos a tres estrategias de búsqueda de fuentes primarias de información” (p. 548).

Suplementario a la búsqueda en la base de datos, se realizó una búsqueda manual de las referencias de los artículos que fueron incluidas para revisión, además de enlaces provistos por las bases de datos a otros artículos relacionados. Los artículos encontrados a través de la revisión manual fueron evaluados con los criterios de inclusión detallados más adelante.

Términos de Búsqueda

Una vez accedidas las bases de datos, se utilizó los términos de búsqueda, Intervención Psicológica, Dignidad y Cuidado paliativo. Se utilizó el formato de búsqueda avanzada ya que permitía utilizar filtros para delimitar los resultados. Entre los filtros utilizados se incluyó el término de años de 2009 al 2019, idiomas en inglés y español, y término de edad de 45 a 64 años, de 65 años o más y de 80 años en adelante. La base de datos hizo búsqueda automática de conceptos similares en español e inglés. La búsqueda avanzada, también incluyó por defecto, operadores booleanos como *AND* u *OR* para unir conceptos de búsqueda en la base de datos. En aquellas bases de datos con búsqueda sencilla, es decir una sola línea de búsqueda, se añadió *AND* o *Y*, junto con la entrada de términos (vea la Tabla 1 para información detallada sobre los términos de búsqueda).

Tabla 1*Términos de Búsqueda y Cantidad de Artículos por Base de Datos*

Base de datos	Término de búsqueda	Total	Duplicado	Excluido por título	Excluido por resumen	Excluido por texto	Incluido (excluido)
REPS (APPR)	Intervención Psicológica y Dignidad y Cuidado paliativo	211	0	209	2	0	0 (0)
REDALYC	Intervención Psicológica y Dignidad y Cuidado paliativo	329	4	318	5	2	0 (0)
EBSCO Psychology and Behavioral Sciences Collection	Psychology intervention AND palliative care AND dignity	354	35	291	18	7	2 (1)
MedicLatina	Dignidad OR cuidado paliativo OR intervención psicológica psychology intervention AND palliative care AND (dignity OR respect)	128	14	109	3	2	0 (0)
APA PsycINFO	psychology intervention AND palliative care AND (dignity OR respect)	453	17	418	12	4	2 (0)
CINAHL with Full Text	psychology intervention AND palliative care AND (dignity or respect)	124	39	47	27	11	0(0)

Tabla 1*Términos de Búsqueda y Cantidad de Artículos por Base de Datos (Continuación)*

Base de datos	Término de búsqueda	Total	Duplicado	Excluido por título	Excluido por resumen	Excluido por texto	Incluido (excluido)
E-Journals	psychology intervention AND palliative care AND (dignity OR respect)	607	7	584	10	2	4 (0)
Fuente Académica Plus	psychology intervention AND palliative care AND (dignity OR respect)	97	0	96	0	1	0 (0)
Academic Search Ultimate	psychology intervention AND palliative care AND (dignity OR respect)	195	35	137	14	5	3 (1)
Medline	psychology intervention AND palliative care AND (dignity OR respect)	2661	14	2625	6	4	11 (1)
PUBMED	Psychological therapy psychology intervention AND dignity AND palliative care	15	8	4	2	1	0 (0)
Búsqueda Manual		40	0	13	16	4	7 (0)
Total		5214	173	4851	115	43	29 (3)

Criterios de Inclusión y Exclusión

Los artículos recuperados se compararon con los criterios de inclusión que incluye lo siguiente: estudios sobre las intervenciones psicológicas y dignidad en el cuidado paliativo, publicados en inglés o español, que contengan conceptos de intervención psicológica, psicología, salud mental o términos similares, y publicaciones entre los años del 2009 al 2019. Es importante constar, que Whittemore y Knafl (2005) recomendaron la importancia de “señalar la limitación de las fechas de publicación relevantes a la etapa de búsqueda de literatura” (p. 548). Por lo tanto, es importante hacer constar que el tiempo en el que se realizó la presente revisión integrativa es limitado. Para la presente revisión, se limitó a los estudios publicados entre el año 2009 y el 2019. Cualquier estudio publicado fuera de estas fechas, no fueron incluidos en la revisión.

Los estudios de caso, protocolos de estudio, revisiones de literatura sistemáticas, integrativas o metaanálisis no fueron incluidos. Solo se incluyeron estudios empíricos de corte cuantitativo, cualitativo o metodología mixta. Vea la Tabla 2 para los criterios de inclusión y exclusión junto con su justificación.

Tabla 2

Criterios de Inclusión y Exclusión

Criterio	Justificación
Inclusión	
1) Estudios sobre las intervenciones psicológicas y dignidad en cuidado paliativo.	La intención de esta revisión es identificar y sintetizar los estudios publicados sobre las intervenciones psicológicas y la dignidad en adulto mayor que se encuentran en cuidado paliativo
2) Artículos publicados en inglés y español	La investigadora domina estos dos idiomas.

Tabla 2*Criterios de Inclusión y Exclusión (Continuación)*

Criterio	Justificación
3) Contener los conceptos intervención psicológica, psicología, salud mental o términos similares	El enfoque de la revisión es identificar las intervenciones psicológicas que preservan la dignidad en el cuidado paliativo
4) Publicaciones entre los años del 2009-2019.	Se considera que los artículos publicados del 2009 al 2019 estarían más actualizados a la fecha de la revisión.
Exclusión	
1) Estudios redactados en otros idiomas distintos al español e inglés.	La investigadora domina solo el español e inglés.
2) Artículos que traten sobre el tema de eutanasia o suicidio asistido	La eutanasia o el suicidio “excede la definición de cuidado paliativo” (Harst�de et al., 2018, p.3).
3) Artículos publicados antes del 2009 o después del 2019	Se considera que los artículos publicados del 2009 al 2019 estarían más actualizados a la fecha de la revisión.

Para identificar los criterios de inclusión, se ley  el título del artículo, su resumen o abstracto, o el artículo completo, si no se encontró la información en el título o el resumen. Se procedió a reducir la cantidad de los artículos, según cumplían con los criterios de inclusión y exclusión. El proceso de delimitar los artículos fue documentado y organizado en un flujo grama PRISMA o “Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses” (Moher, et al., 2009). Según Prisma-statement.org (n.d.), PRISMA provee guías desarrolladas para la revisión sistemática o metaanálisis, las cuales han sido adoptadas para otro tipo de revisión tal como la revisión integrativa. Según el portal de PRISMA el flujo grama ilustra el proceso de revisión, tal como el número de artículos encontrados, el número de artículos incluidos y excluidos y la razón para la exclusión (vea Apéndice D para ejemplo del diagrama PRISMA). El

anotar esta información en el flujo grama facilitó la organización de los datos y permitió identificar el proceso de búsqueda de información (vea Figura 2: Diagrama de Flujo, PRISMA). El proceso de delimitar los estudios se dio en consulta con un lector (I.N), al cual se le proveyó adiestramiento sobre la revisión integrativa de la literatura, los criterios de inclusión y exclusión, y pasos de “Qualsyst” (vea Apéndice C). Se le facilitó los textos completos encontrados en la búsqueda y en comunicación continua, se discutió con el lector aquellos artículos recomendados para inclusión y/o exclusión hasta alcanzar la cantidad resultante de artículos. “Debido a que no hay un estándar específico para la evaluación de calidad en la revisión integrativa” según mencionado en Harstæde et al. (2018), se consideró apropiado en la selección de los artículos, los pasos anteriormente expuestos, añadido a el juicio de la investigadora junto al lector y el comité (p. 9). La muestra apropiada se obtuvo cuando se encontraron todos los artículos disponibles que cumplieron con el criterio de inclusión y se alcanzó saturación al identificar artículos repetidos a través de las bases de datos y/o búsqueda suplementaria (vea Tabla 3 para detalle sobre los artículos incluidos y la base de datos correspondiente).

Figura 2.

Diagrama de Flujo, PRISMA

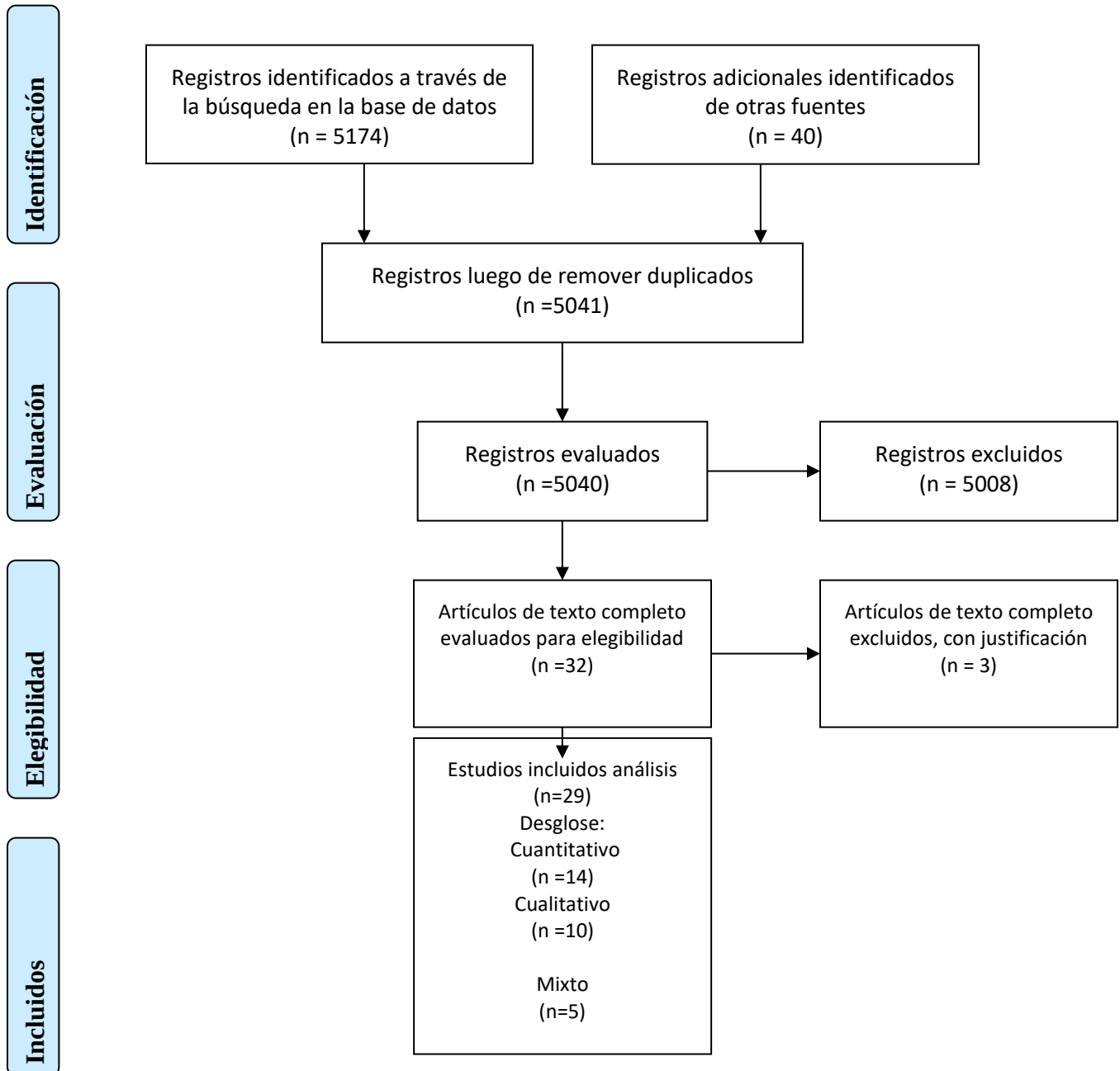


Tabla 3*Estudios Incluidos y Base de Datos*

Estudio	Base de Datos
A feasibility study of dignity therapy in patients with stage IV colorectal cancer actively receiving second-line chemotherapy.	Medline
A novel Family Dignity Intervention (FDI) for enhancing and informing holistic palliative care in Asia: study protocol for a randomized controlled trial.	Medline, CINAHL, E Journal
Abbreviated dignity therapy for adults with advanced-stage cancer and their family caregivers: Qualitative analysis of a pilot study.	Búsqueda suplementaria
Aplicación de la <i>Dignity Therapy</i> en pacientes oncológicos en situación avanzada.	APA PsycINFO, CINAHL
Assessment of Factors Influencing Preservation of Dignity at Life's End: Creation and the Cross-Cultural Validation of the Preservation of Dignity Card-Sort Tool.	Búsqueda suplementaria
Assessment of patient's dignity in geriatric palliative care.	Búsqueda suplementaria
Comparing Counselling and dignity therapies in home care patients: A pilot study.	Medline, E Journal
Development and evaluation of the Dignity Talk question framework for palliative patients and their families: A mixed-methods study.	Búsqueda suplementaria
Dignity Amidst Liminality: Healing Within Suffering Among Chinese Terminal Cancer Patients.	Psychology and Behavioral Sciences Collection
Dignity and Deferral Narratives as Strategies in Facilitated Technology-Based Support Groups for People with Advanced Cancer.	Academic Search Ultimate
Dignity and distress towards the end of life across four non-cancer populations.	APA PsycINFO, Academic Search Ultimate
Dignity Impact as a Primary Outcome Measure for Dignity Therapy.	Medline
Dignity in cancer patients with a life expectancy of a few weeks. Implementation of the factor structure of the Patient Dignity.	E Journal

Tabla 3*Estudios Incluidos y Base de Datos (Continuación)*

Estudio	Base de Datos
Dignity Therapy and Life Review for Palliative Care Patients: A Qualitative Study.	Medline, CINAHL
Dignity Therapy and Life Review for Palliative Care Patients: A Randomized Controlled Trial.	Medline, E Journal
Dignity Therapy as an aid to coping for COPD patients at their end-of-life stage.	Medline
Dignity Therapy for People with Motor Neuron Disease and Their Family Caregivers: A Feasibility Study.	E Journal
Estudio comparativo de la eficacia del <i>Counselling</i> y de la terapia de la dignidad en pacientes paliativos.	Búsqueda suplementaria
Feasibility and Acceptability of a Dignity Therapy/Life Plan Intervention for Patients with Advanced Cancer.	Medline, APA PsycINFO, CINAHL Academic Search Ultimate
Feasibility, acceptability and adaption of dignity therapy: a mixed methods study achieving 360° feedback.	Medline, Academic Search Ultimate
Feasibility, acceptability and potential effectiveness of Dignity Therapy for older people in care homes: A phase II randomized controlled trial of a brief palliative care.	Psychology and Behavioral Sciences Collection
How to conserve dignity in palliative care: suggestions from older patients, significant others, and healthcare professionals in Swedish municipal care.	E Journal Academic Search Ultimate
Identifying care actions to conserve dignity in end-of-life care.	Academic Search Ultimate
It makes you feel that somebody is out there caring': A qualitative study of intervention and control participants' perceptions of the benefits of taking part in an evaluation of dignity therapy for people with advanced cancer.	Medline, APA PsycINFO
Learning from dying patients during their final days: life reflections gleaned from dignity therapy.	Búsqueda suplementaria

Tabla 3*Estudios Incluidos y Base de Datos (Continuación)*

Estudio	Base de datos
Revie ⊕: the influence of a life review intervention including a positive, patient-centered approach towards enhancing the personal dignity of patients with advanced cancer-a study protocol for a feasibility study using a mixed method investigation.	Medline
The dignified approach to care: a pilot study using the patient dignity question as an intervention to enhance dignity and person-centred care for people with palliative care needs in the acute hospital setting.	Academic Search Ultimate
The effect of dignity therapy on distress and end-of-life experience in terminally ill patients: a randomised controlled trial.	Búsqueda suplementaria
What's Dignity Got to Do With It? Patient Experience of the Dignity Care Intervention: A Qualitative Evaluation Study.	E Journal

Evaluación de la Calidad de los Estudios

En la etapa de evaluación de la calidad de los datos, Whittemore y Knafl (2005), recomendaron incorporar puntuaciones que evalúen la “calidad metodológica, valor informativo y representatividad de las fuentes primarias de información” (p. 550). Para evaluar la calidad de los estudios se utilizó el instrumento *Quality Assessment Scoring o QualSyst* desarrollado por Kmet, Lee and Cook en el 2004. La calidad se define en término de la validez interna o el grado en el cual el diseño, ejecución y análisis del estudio minimiza errores y sesgos (Kmet et al, 2004, England, 2012, p. 35). Según los desarrolladores, este instrumento posee dos sistemas de evaluación de calidad por separado, uno para reportes de estudios cuantitativos y otro para el reporte de estudios cualitativos. De acuerdo con los datos de corrección, se esperó que la evaluación de cada estudio incluido resulte en un 55 % o más de medida de calidad. En resumen, QualSyst asegura que los estudios incluidos poseen una medida estándar de calidad mínima (Kmet et al, 2004, p. 9).

Para cumplir con este proceso, se dividieron los estudios incluidos en dos grupos, uno de estudios cuantitativos y otro de estudios cualitativos. Se utilizó la lista de cotejo correspondiente al tipo de estudio, sea cuantitativo (Vea Apéndice A) o cualitativo (Vea Apéndice B), y se anotó la puntuación obtenida en una tabla junto con el título del artículo (Vea Apéndice C) o se anotará cerca del título de estudio si es en formato impreso. La puntuación obtenida en cada estudio se utilizó en la fase de reducción de datos. Se utilizaron las guías de corrección del manual correspondiente a cada lista de cotejo utilizado. Tal proceso también fue sometido a verificación del lector, a quien se le ofreció adiestramiento sobre el tipo de revisión y la utilización del instrumento QualSyst. Las puntuaciones de calidad fueron anotadas en la Tabla de reducción de datos que se discutirá en detalle en el Capítulo 3.

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA

En este capítulo se cubre la metodología utilizada en la actual revisión integrativa realizada sobre las intervenciones psicológicas que preservan la dignidad en el cuidado paliativo del adulto mayor con enfermedad grave. Se incluye la descripción del análisis de los datos, la reducción y despliegue de datos, la comparación y conclusión de los datos. Se aborda el análisis temático, exclusión de los estudios, rigor metodológico y se provee un resumen al final del capítulo.

Análisis de los Datos

De acuerdo con Whittemore y Knafl (2005), las estrategias para el análisis de datos, “son uno de los aspectos menos desarrollados, por lo que un método sistemático debe ser explícitamente documentado al realizar la revisión” (p.550). Según estos autores, la fase del análisis incluye reducción, despliegue, comparación de datos y conclusión (p. 550). A manera de repaso, una vez se realizó la búsqueda de los conceptos de búsqueda intervención psicológica, dignidad, cuidado paliativo, se evaluaron los artículos con los criterios de inclusión y exclusión. Este proceso en conjunto con el lector permitió delimitar los estudios hasta obtener aquellos artículos que cumplieron con los criterios mencionados en la Tabla 1.

Reducción y Despliegue de los Datos

Una vez se escogieron los estudios de acuerdo con los criterios de inclusión, se procedió a iniciar la etapa de reducción de datos. Whittemore y Knafl (2005) recomendaron que exista un “sistema de clasificación para manejar los datos de diferentes metodologías” que sea “minucioso ya que mejora el rigor metodológico” (p.550). Para facilitar el proceso de reducción, se leyó cada estudio en repetidas ocasiones y se identificó por metodología, sea cuantitativa o

cualitativa. Se incluyó también estudios con metodología mixta ya que cumplieron con los criterios de inclusión y eran pertinentes para el estudio. A través de la lectura, se clasificó la información en categorías predeterminadas pertinentes al “año y autor, objetivo del estudio o variables evaluadas, método, muestra y contexto, y temas basados en los resultados narrativos de cada estudio, según recomendado por Harst de et al. (2018, p. 4). Para propósito de esta revisión, se a nadi  el título del artículo, intervención, conclusión, sugerencias para investigaciones futuras y puntuación de calidad. La información de los estudios fue analizada y anotada en la tabla de reducción de datos. Luego de la reducción de datos, se realizó el despliegue de los datos en la Tabla de reducción de datos (Vea Tabla 4). Tal ejercicio “ayudó a organizar la información relevante a la vez que facilitó la comparación entre los estudios” (Souza, et al., 2010).

Comparación y Conclusión de los Datos

Uno de los objetivos de la reducción de datos incluyó el extraer y codificar los temas de estudios para simplificar, abstraer, y organizar la información (Whittemore & Knafl, 2005, p. 550). Para este proceso se utilizó la comparación constante de los datos, se agrup  datos similares y se estableció relación entre ellas. Esta información fue ilustrada en figuras, tablas y de manera narrativa. La información relevante de los artículos fue colocada en la Tabla de reducción de datos (vea Apéndice E), lo cual permitió “reducir, simplificar, abstraer y organizar los datos” (Whittemore & Knafl 2005, p. 550). La conclusión de los estudios incluidos fue registrada en el flujograma PRISMA (Figura 2).

Análisis Temático

Una vez se obtuvieron los datos registrados, se procedió al análisis temático de la información basada en la información textual de los estudios y para la identificación de las intervenciones utilizadas. La etapa de análisis de información se inició al revisar la literatura con

los criterios de inclusión en término de evidencia relacionada a las intervenciones psicológicas utilizadas para la preservación de la dignidad en el cuidado paliativo con el adulto mayor. Se siguió las recomendaciones de Whitmore y Knafl (2005) de realizar síntesis temática para analizar el texto de los estudios y facilitar la estructuración de los datos (Söderman, et al, 2020, p. 724), organizando la información por autor y año, título del estudio, objetivo, método e intervención, muestra y contexto, temas y sugerencias y puntuación de calidad (vea Apéndice E). La calidad de los estudios, reducción de datos e identificación de patrones, temas y relaciones, fue utilizado para evaluar los datos, mientras que se analizó la información usando despliegue de datos, comparación y conclusiones según establecido por Whitemore and Knafl, (2005).

Se utilizó el abordaje deductivo propuesto por Soares et al., (2014), para la creación de categorías, subcategorías y patrón temático de la información, la cual fue aplicada al identificar las intervenciones que preservan la dignidad y categorizarlos bajo los temas y subtemas establecidas del Modelo de Dignidad en la enfermedad de Gennip (2013).

Exclusión de los Estudios

Tres de los estudios que originalmente fueron incluidos en la tabla de reducción de datos, fueron recomendados para exclusión por el lector, ya que al leer el artículo completo no cumplían con los criterios de inclusión. Para propósitos de esta revisión, se realizó una tabla (Vea Apéndice F) que describe los estudios excluidos luego de la revisión inicial y discutido con el lector la cual incluye autor, año, título y razón de exclusión (vea Tabla 4).

Tabla 4*Tabla de Estudios Excluidos y Razón de Exclusión*

Autor y año	Título	Razón de exclusión
Bernat, et al. (2015)	Piloting an abbreviated dignity therapy intervention using a legacy-building web portal for adults with terminal cancer: a feasibility and acceptability study	Evalúa el método, pero no especifica como preservó la dignidad
Johnston et al. (2012)	Evaluation of the Dignity Care Pathway for community nurses caring for people at the end of life	Se enfoca en enfermeras y no menciona psicólogos
Parpa et al. (2019)	Depression as a Mediator or Moderator Between Preparatory Grief and Sense of Dignity in Patients with Advanced Cancer	No expresa técnicas de preservación de dignidad

Rigor Metodológico

Uno de los aspectos que se atendió en este trabajo, es el rigor metodológico. Cornejo y Salas (2011), definen el rigor metodológico como “el establecimiento de parámetros que permitan acceder y asegurar la credibilidad, autenticidad, confianza e integridad de los resultados propuestos en una investigación” (p. 14). Para asegurar la validez en la presente revisión integrativa, se siguió las guías propuestas por Russel (2005). Como recomendación principal, es importante describir claramente y de manera detallada todos los procesos, según la etapa de la revisión en la que se encuentre (Soares et al., 2014, p. 334). Se proveyó una descripción de la manera más detallada posible de todas las etapas propuestas en la revisión. Además, se utilizó el instrumento QualSyst para evaluar la validez interna de los estudios que formarán parte de la revisión. Añadido a los criterios ya identificados, se conservó toda anotación realizada relevante al proceso de revisión, al igual que anotaciones reflexivas personales sobre el trabajo de investigación.

Sinopsis del capítulo

El presente trabajo incluyó una revisión integrativa de la literatura sobre las estrategias psicológicas que preservan la dignidad en el cuidado paliativo en el adulto mayor.

Se realizó una búsqueda del mes de marzo a septiembre de 2020 y se actualizó en el mes de octubre de 2020, utilizando las bases de datos Medline, PsycINFO, PUBMED, MedicLatina, EBSCO Psychology and Behavioral Sciences Collection, CINAHL with Full Text, E-Journals, Fuente Académica Plus y Academic Search Ultimate. Otra fuente de información utilizada con acceso abierto en las redes fue la Revista electrónica de la APPR y REDALYC. Cada estudio fue evaluado con respecto a los criterios de inclusión y exclusión (Vea Tabla 1). Inicialmente se incluyó 32 estudios de los cuales tres fueron recomendados para exclusión por parte del lector. Luego de diálogo y lectura de los artículos, se excluyó porque no evaluó dignidad o se enfocaba en proveedores y no en pacientes en cuidado paliativo (Vea Tabla 4). Finalmente se incluyó 29 estudios que se desglosan en 15 estudios cuantitativos, 11 estudios cualitativos y tres estudios de metodología mixta, es decir cuantitativo y cualitativo

Se colocó la información en una tabla de reducción de datos donde se organizó los datos por autor y año, título del estudio, objetivo, método e intervención, muestra y contexto, temas y sugerencias y puntuación de calidad (vea Apéndice E). La tabla de reducción de datos permitió su organización de manera tal que facilitó el proceso de análisis de información. Es importante destacar que los estudios se organizaron en orden alfabético para facilitar su referencia.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

En esta sección se incluye la presentación de los resultados basados en la calidad de los estudios, temas relacionados a las características del estudio e información relacionada a la presentación temática basada en las siguientes preguntas guías:

¿Cuáles son las intervenciones psicológicas evidenciadas en la literatura que sugieren preservación de la dignidad en el cuidado paliativo para el adulto mayor con enfermedad grave?

¿Cuáles de las intervenciones psicológicas encontradas reconocen la dimensión individual, relacional y social de la dignidad en el adulto mayor con enfermedad grave que recibe cuidado paliativo?

Evaluación de Calidad

Un total de 29 estudios fueron incluidos en la presente revisión. Cada uno de los estudios que cumplieron los criterios de inclusión fueron evaluados utilizando la herramienta QualSyst, según corresponde a su metodología, sea cuantitativa (Vea Apéndice A) o cualitativa (Vea Apéndice B). En aquellos estudios con metodología mixta, se computó la puntuación de calidad utilizando ambos instrumentos. Ningún estudio fue excluido a base del resultado de la puntuación de calidad, ya que todos los estudios obtuvieron puntuaciones mayores al mínimo de .55 establecido en el manual de QualSyst. Las puntuaciones de calidad de los estudios, organizados de mayor a menor fueron: Beck et al. (2019), Bovero et al. (2017), Chochinov et al. (2016), Ho, et al. (2012), Scarton et al. (2018), Vuksanovic et al. (2017a) Johnston et al. (2015), Vergo et al. (2014), Mai et al. (2018), Brown et al. (2011), Brožek et al. (2019), Guo et al. (2018), Mah, et al. (2012), Östlund et al. (2019), Östlund et al. (2019), Street et al. (2011), Chochinov et al. (2011), Hall et al. (2011), Vuksanovic, et al. (2017b), Bernácer et al. (2014), Ho

et al. (2017), Rudilla, et al. (2015), Aoun, et al. (2015), Dose et al. (2017), Hack et al. (2010), Hall et al. (2013), Johnston et al. (2017), Rudilla et al. (2017), y Da Rocha Rodrigues et al. (2019) (vea Tabla 5 para un desglose de los estudios y la puntuación de calidad de mayor a menor). Un 20% (n=6) obtuvo 100 de puntuación, un 34% (n=10) obtuvo de 90 a 99, y un 41% (n=13) obtuvo de 89 a 80. Solo un 3% (n=1) obtuvo una puntuación de calidad de 79 o menos.

Tabla 5

Estudio y Puntuación de Calidad QualSyst

Estudio	Puntuación de Calidad QualSyst
Beck et al. (2019)	100
Bovero et al. (2017)	100
Chochinov et al. (2016)	100
Ho, et al. (2012)	100
Scarton et al. (2018)	100
Vuksanovic et al. (2017a)	100
Johnston et al. (2015)	0.954/100
Vergo et al. (2014)	0.95
Mai et al. (2018)	0.944/ 0.85
Brown et al. (2011)	0.90
Brožek et al. (2019)	0.90
Guo et al. (2018)	0.90/100
Mah, et al. (2012)	0.90
Östlund et al. (2019)	0.90
Periyakoil et al. (2010)	0.90
Street et al. (2011)	0.90
Chochinov et al. (2011)	0.892
Hall et al. (2011)	0.892
Vuksanovic, et al. (2017b)	0.892
Bernácer et al. (2014)	0.888
Ho et al. (2017)	0.857
Rudilla, et al. (2015)	0.857
Aoun, et al. (2015)	0.85
Dose et al. (2017)	0.85
Hack et al. (2010)	0.85
Hall et al. (2013)	0.85
Johnston et al. (2017)	0.85
Rudilla et al. (2017)	0.821
Da Rocha Rodrigues et al. (2019)	0.722/ 0.80

Metodología

Los estudios incluidos se pueden clasificar en metodología cuantitativa, cualitativa y mixtos. Un 48% (n=14) de los estudios incluidos son de metodología cuantitativa que incluye diseño de medidas repetidas, estudios transversales y ensayos de control aleatorios. Un estudio de diseño cuasiexperimental se incluyó en esta categoría por cumplir con el criterio de aleatorización. El 34% (n=10) de los estudios son de metodología cualitativa (entrevista, teoría fundada), mientras que el 17% (n=5) corresponde a metodología mixta, es decir cuantitativo y cualitativo (Vea Tabla 6).

Tabla 6

Metodología

Cuantitativa	Cualitativa	Mixto
Aoun, et al. (2015)	Beck et al. (2019)	Guo et al. (2018)
Bernácer et al. (2014)	Brown et al. (2011)	Hall et al. (2013)
Bovero et al. (2017)	Brožek et al. (2019)	Johnston et al. (2015)
Chochinov et al. (2011)	Hack et al. (2010)	Mai et al. (2018)
Chochinov et al. (2016)	Ho, et al. (2012)	Da Rocha Rodrigues et al. (2019)
Dose et al. (2017)	Johnston et al. (2017)	
Hall et al. (2011)	Östlund et al. (2019)	
Ho et al. (2017)	Periyakoil et al. (2010)	
Mah, et al. (2012)	Street et al. (2011)	
Rudilla, et al. (2015)	Vuksanovic et al. (2017a)	
Rudilla et al. (2017)		
Scarton et al. (2018)		
Vergo et al. (2014)		
Vuksanovic, et al. (2017b)		

País de Estudio

De los estudios que cumplieron con los criterios de inclusión, el 24% (n=7) se condujo en Australia, 21 % (n=6) en Estados Unidos, y 21% (n=6) en Canadá. En otros países donde se condujeron investigaciones, 3% (n=1) fue en Alemania, 7% (n=2) en China, 7% (n=2) en Escocia, 10% (n=3) en España, 3% (n=1) en Italia, 7% (n=2) en Londres, 3% (n=1) en Polonia,

7% (n=2) en Suecia y 3% (n=1) en Suiza. (Vea Tabla 7). Dos de los estudios fueron “Multi-site randomized controlled trial”, simultáneos en Australia, Canadá y los Estados Unidos (Chochinov et al., 2011, Scarton et al., 2018).

Tabla 7

País de Estudio

País	Estudios
Alemania	Mai et al. (2018)
Australia	Aoun, et al. (2015)
	Chochinov et al. (2011)
	Hack et al. (2010)
	Scarton et al. (2018)
	Street et al. (2011)
	Vuksanovic, et al. (2017a)
	Vuksanovic et al. (2017b)
Canadá	Chochinov et al. (2011)
	Chochinov et al. (2016)
	Guo et al. (2018)
	Hack et al. (2010)
	Mah, et al. (2012)
	Scarton et al. (2018)
China	Ho, et al. (2012)
	Ho et al. (2017)
Escocia	Johnston et al. (2017)
	Johnston et al. (2015)
España	Bernácer et al. (2014)
	Rudilla, et al. (2015)
	Rudilla et al. (2017)
Estados Unidos	Beck et al. (2019)
	Chochinov et al. (2011)
	Dose et al. (2017)
	Periyakoil et al. (2010)
	Scarton et al. (2018)
	Vergo et al. (2014)
Italia	Bovero et al. (2017)
Londres	Hall et al. (2011)
	Hall et al. (2013)
Polonia	Brożek et al. (2019)

Tabla 7*País de Estudio (Continuación)*

País	Estudios
Suecia	Brown et al. (2011) Östlund et al. (2019)
Suiza	Da Rocha Rodrigues et al. (2019)

Contexto

Todos los estudios revisados cumplieron con el criterio de inclusión de contener pacientes en cuidado paliativo, sin embargo, el contexto de atención fue variado en cada estudio. Entre los datos se identificó que el escenario hospitalario (55%, n=16) se repitió con más frecuencia, seguido por clínicas ambulatorias (27%, n=8), cuidado en el hogar (21%, n=6), hospicio (14%, n=4), cuidado paliativo comunitario (14%, n=4) y hogares de cuidado (10%, n=3). En la Tabla 8, se detallan los contextos y los estudios correspondientes.

Tabla 8*Contexto*

Contexto	Estudios
Cuidado en el hogar	Aoun, et al. (2015) Brožek et al. (2019) Ho et al. (2017) Johnston et al. (2017) Vuksanovic et al. (2017a) Vuksanovic et al. (2017b)
Clínica ambulatoria	Beck et al. (2019) Bernácer et al. (2014) Chochinov et al. (2016) Dose et al. (2017) Ho, et al. (2012) Da Rocha Rodrigues et al. (2019) Street et al. (2011) Vergo et al. (2014)

Tabla 8*Contexto y Estudio (Continuación)*

Contexto	Estudios
Hospital	Bernácer et al. (2014) Brožek et al. (2019) Chochinov et al. (2011) Chochinov et al. (2016) Guo et al. (2018) Hack et al. (2010) Hall et al. (2013) Johnston et al. (2015) Mah, et al. (2012) Mai et al. (2018) Da Rocha Rodrigues et al. (2019) Rudilla, et al. (2015) Rudilla et al. (2017) Scarton et al. (2018) Vuksanovic, et al. (2017a) Vuksanovic et al. (2017b)
Hospicio	Bovero et al. (2017) Ho et al. (2017) Johnston et al. (2017) Östlund et al. (2019)
Cuidado paliativo comunitario	Brown et al. (2011) Chochinov et al. (2011) Periyakoil et al. (2010) Scarton et al. (2018)
Hogar de cuidado	Chochinov et al. (2016) Hall et al. (2011) Östlund et al. (2019)

Tamaño de Muestra por Estudio

Los tamaños de muestra variaron de ocho a 404 participantes. A pesar de que algunos estudios incluyeron familiares y proveedores (Aoun, et al., 2015, Brown et al., 2011, Guo et al., 2018, Johnston et al., 2015, Östlund et al., 2019), solo se extrajo el número de participantes de cuidado paliativo que recibieron intervención de cuidado de dignidad. En la Tabla 9, se encuentra desglosado el tamaño de la muestra y el estudio en el que se reporta.

Tabla 9*Tamaño de Muestra*

Estudio	Tamaño de muestra
Brown et al. (2011)	(N=8)
Brožek et al. (2019)	(N=10)
Beck et al. (2019)	(N=11)
Vergo et al. (2014)	(N=15)
Bernácer et al. (2014)	(N=16)
Dose et al. (2017)	(N=18)
Ho, et al. (2012)	(N=18)
Guo et al. (2018)	(N=20)
Östlund et al. (2019)	(N=20)
Street et al. (2011)	(N=20)
Johnston et al. (2017)	(N=25)
Aoun, et al. (2015)	(N=27)
Mah, et al. (2012)	(N=27)
Johnston et al. (2015)	(N=30)
Mai et al. (2018)	(N=30)
Rudilla et al. (2017)	(N=30)
Da Rocha Rodrigues et al. (2019)	(N=41)
Hall et al. (2013)	(N=45)
Hack et al. (2010)	(N=50)
Vuksanovic, et al. (2017a)	(N=56)
Vuksanovic et al. (2017b)	(N=56)
Hall et al. (2011)	(N=60)
Rudilla, et al. (2015)	(N=75)
Ho et al. (2017)	(N=126)
Bovero et al. (2017)	(N=127)
Periyakoil et al. (2010)	(N=140)
Chochinov et al. (2011)	(N=326)
Scarton et al. (2018)	(N=326)
Chochinov et al. (2016)	(N=404)

Condición de Salud

La condición de salud que más se reportó como parte del cuidado paliativo fue en un 72% (n=21) el Cáncer, seguidos de forma distante por el Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD) para un 7% (n=2), el Motor Neuron Disease (MND) para un 3% (n=1), Amyotrophic Lateral Sclerosis (ALS) en un 3% (n=1), y el End Stage Renal Disease (ESRD) mencionado en un 3% (n=1). En un 17% de los estudios (n=5), no se detalló la condición de salud del

participante, aunque se identificó que era recipiente de cuidado paliativo. En la tabla 10, se puede observar las condiciones de salud representadas en los estudios.

Tabla 10

Condición de Salud

Condición de salud	Estudios
Cáncer	Beck et al. (2019) Bernácer et al. (2014) Bovero et al. (2017) Brown et al. (2011) Chochinov et al. (2011) Dose et al. (2017) Guo et al. (2018) Hack et al. (2010) Hall et al. (2013) Ho, et al. (2012) Ho et al. (2017) Johnston et al. (2017) Johnston et al. (2015) Mah, et al. (2012) Mai et al. (2018) Östlund et al. (2019) Da Rocha Rodrigues et al. (2019) Rudilla, et al. (2015) Rudilla et al. (2017) Street et al. (2011) Vergo et al. (2014)
COPD	Brožek et al. (2019) Chochinov et al. (2016)
Motor Neuron Disease	Aoun, et al., 2015
ALS	Chochinov et al. (2016)
ESRD	Chochinov et al. (2016)
No detallado	Hall et al. (2011) Periyakoil et al. (2010) Scarton et al. (2018) Vuksanovic, et al. (2017a) Vuksanovic et al. (2017b)

Expectativa de Vida

Otros de los aspectos destacados, fue la expectativa de vida de los participantes. Al extraer los datos, se puede observar que el 36% (n=10) de los estudios registraron una

expectativa de vida de sus participantes de menos de seis meses, un 3% de los estudios (n=1), registró una expectativa de más de seis meses de vida, mientras que, el 11% de los estudios reportó una expectativa de vida de 12 meses o menos (n=3). En otros estudios, la expectativa de vida fue reportado en término de varias semanas (3%, n=1) o con 50% de expectativa de vida (7%, n=2). Otras maneras menos precisas de reportar la expectativa de vida, incluyó el estar en etapas avanzadas de la enfermedad (28%, n=8), encontrarse en cualquier etapa del cuidado paliativo (7%, n=2) o no contar con la información disponible en el estudio (3%, n=1). (Vea Tabla 11).

Tabla 11

Expectativa de Vida en Participantes de los Estudios

Expectativa de vida	Estudio reportado
Varias semanas	Bovero et al. (2017)
< seis meses de vida	Chochinov et al. (2011)
	Chochinov et al. (2016)
	Guo et al. (2018)
	Hack et al. 2010)
	Ho, et al. (2012)
	Ho et al. (2017)
	Johnston et al. (2017)
	Mah, et al. (2012)
	Periyakoil et al. (2010)
	Scarton et al. (2018)
> seis meses	Dose et al. (2017)
<12 meses	Mai et al. (2018)
	Vuksanovic et al. (2017a)
	Vuksanovic et al. (2017b)
50% de expectativa de vida	Beck et al. (2019)
	Vergo et al. (2014)
Etapas avanzadas de la enfermedad	Aoun, et al. (2015)
	Bernácer et al. (2014)
	Brown et al. (2011)
	Brožek et al. (2019)
	Da Rocha Rodrigues et al. (2019)
	Rudilla, et al. (2015)
	Rudilla et al. (2017)
	Street et al. (2011)

Tabla 11*Expectativa de Vida en Participantes de los Estudios (Continuación)*

Expectativa de vida	Estudio reportado
Cualquier etapa de cuidado paliativo	Johnston et al. (2015) Östlund et al. (2019)
No disponible en el estudio	Hall et al. (2011)

Edad

Otro de los temas identificados en la revisión fue la edad. Todos los estudios cumplieron con el criterio de inclusión de tener pacientes adultos mayores como participantes de cuidado paliativo. Sin embargo, algunos de los estudios solo proveyeron información general de la edad con desviación estándar o rangos de edad. Vea la Tabla 12 para el desglose de la edad de los participantes según los estudios incluidos.

Tabla 12*Edad*

Estudio	Edad reportada
Street et al. (2011)	22 a 65 años, media de 49
Ho, et al. (2012)	44 a 98 años
Beck et al. (2019)	52.3 ± 12
Bernácer et al. (2014)	55.63 ± 13.99
Vuksanovic, et al. (2017a)	TD 55.95 ± 14.45
	LR 62.33 ± 16.16
	WC 54.94 ± 13.80
	55.95 (14.45) DT
Vuksanovic et al. (2017b)	62.33 (16.16) LR
	54.94 (13.80) WC
	mediana de 56 años
Vergo et al. (2014)	57.78 ± 11.6
Da Rocha Rodrigues et al. (2019)	>60 años
Ho et al. (2017)	60.07 ± 14.01
Rudilla et al. (2017)	69.07 ± 13.69
	61.19 ± 18.10 a 65.30 ± 17.91
Hall et al. (2013)	61.3 ± 7.6
Periyakoil et al. (2010)	63.6 edad promedio
Dose et al. (2017)	46–78 cáncer pancreático
	38-77 cáncer pulmonar

Tabla 12*Estudio y Edad Reportada de los Participantes (Continuación)*

Mai et al. (2018)	63 ± 9.9.
Chochinov et al. (2016)	63.9 ± 12.0 ALS
	72.3 ± 4.4 COPD
	72.3 ± 4.4 ERSD
	Adulto delicado: 88.2 ± 5.0
Aoun, et al. (2015)	64.3 ± 10.7
Hack et al. (2010)	64.3 ± 14.5
Chochinov et al. (2011)	65.1 ± 14.4
Johnston et al. (2015)	65.4 ± 10.8
Scarton et al. (2018)	66.7 ± 14.2 PC
	64.3 ± 14.3 CC
	64.2 ± 14.6 DT
Johnston et al. (2017)	media de 68.23
Rudilla, et al. (2015)	68.29 ± 10.36 C
	72.14 ± 14.29 DT
Östlund et al. (2019)	71 a 80 años
Bovero et al. (2017)	75 ± 11.40
Guo et al. (2018)	77.7 ± 12.0
Mah, et al. (2012)	80.4 ± 9.8
Hall et al. (2011)	C= 81.38 ± 8.84
	I= 84.45 ± 8.08

Intervenciones Psicológicas que Preservan la Dignidad

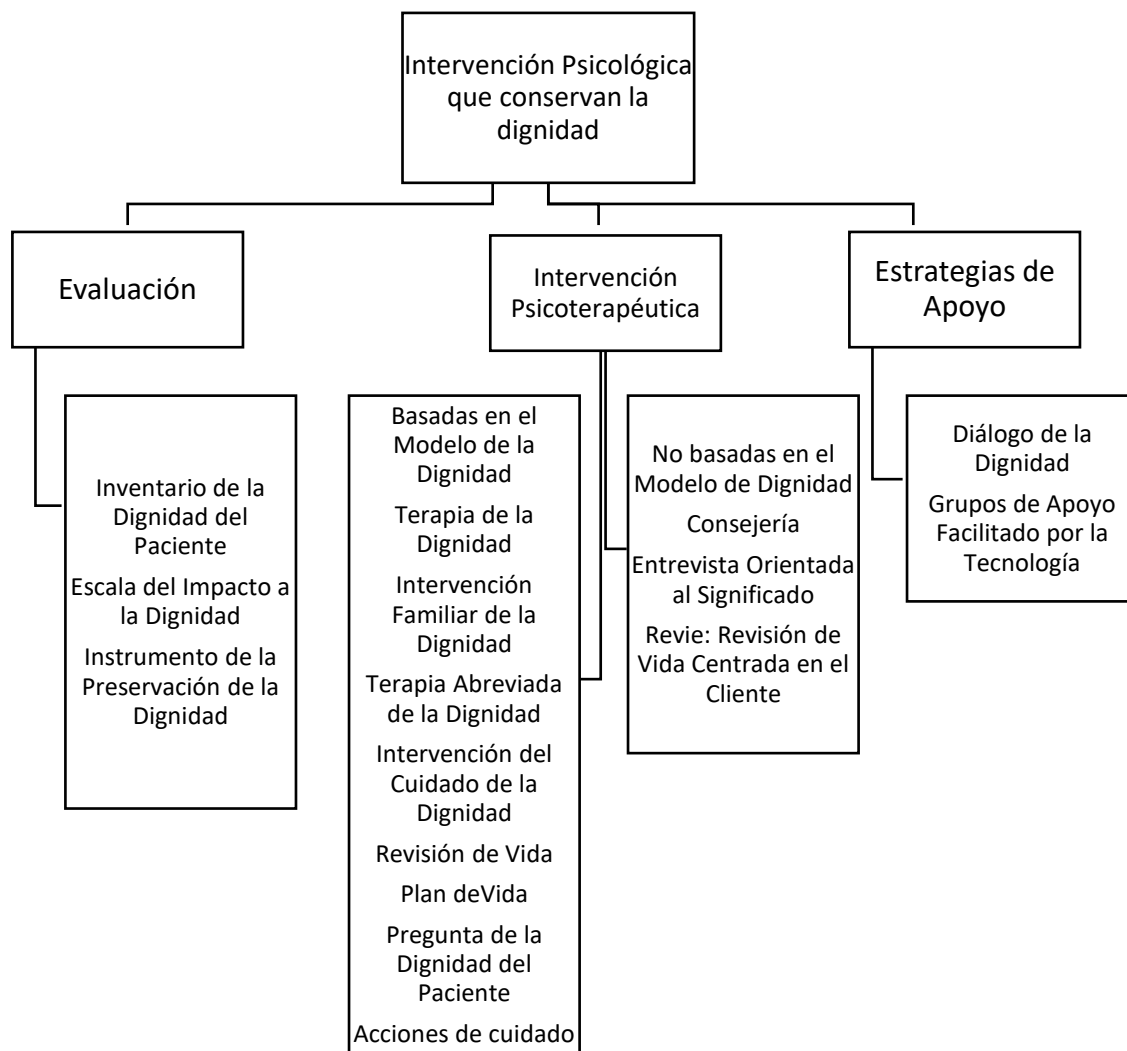
Una de las preguntas que se esperaba responder en esta revisión es ¿Cuáles son las intervenciones psicológicas evidenciadas en la literatura que sugieren preservación de la dignidad en el cuidado paliativo para el adulto mayor con enfermedad grave?

La *American Psychological Association* (n.d), define la intervención psicológica como “la acción por parte de un psicoterapeuta para trabajar con el problema o preocupación de un cliente”. A través de la codificación y comparación constante, se identificó tres categorías y dos subcategorías que incluyen las intervenciones psicológicas que atienden la preservación de la dignidad en el cuidado paliativo. Estos son categorías relacionados a Evaluación de la dignidad, Intervención Psicoterapéutica, la cual se divide en dos subcategorías, basada en el Modelo de la

Dignidad y las No Basada en el Modelo de la Dignidad, y la categoría relacionada a las Estrategias de Apoyo (vea Figura 3).

Figura 3.

Intervenciones Psicológicas que Preservan la Dignidad



Categoría Evaluación de la Dignidad

El primer tema identificado está relacionado a la evaluación de la dignidad. Varios instrumentos de evaluación fueron identificados en los estudios que miden los asuntos relacionados a la dignidad al final de la vida (Guo & Jacelon, 2014, p. 937). Una de las herramientas de evaluación de la dignidad encontradas en la literatura fue el *Patient Dignity*

Inventory o Inventario de la Dignidad del Paciente. Esta es una herramienta autoadministrada de 25 reactivos que evalúa el grado en el cual un paciente terminal tiene preocupaciones relevantes a la dignidad personal. De las herramientas de evaluación o cernimiento, el Inventario de la Dignidad del Paciente es el más que se encontró en la literatura (Bovero, et al., 2017; Chochinov et al., 2016; Mah, et al. 2012 y Parpa et al, 2019).

El segundo instrumento de evaluación identificado en la literatura es el *Dignity Impact Scale* (Escala del Impacto a la Dignidad) (Scarton, et al., 2018). Según el estudio publicado la Escala del Impacto de la Dignidad posee siete reactivos sensibles a los cambios de la Terapia de la Dignidad. El resultado de la Escala del Impacto de la Dignidad es el promedio de las puntuaciones de cada reactivo, mientras más altas los resultados, más alto es el impacto de la dignidad. El tercer instrumento de evaluación identificado fue el *Preservation of Dignity Card-Sort Tool* (Instrumento de la Preservación de la Dignidad). La literatura lo describe como una herramienta simple en tarjetas que el terapeuta o clínico puede utilizar para obtener mejor entendimiento de los factores que preservan su dignidad (Periyakoil et al., 2010). Vea la Tabla 13 para una descripción detallada de los instrumentos de evaluación.

Categoría Intervención Psicoterapéutica

La segunda categoría evaluada es la intervención psicoterapéutica. La American Psychological Association (2017), establece que la psicoterapia involucra una comunicación entre los pacientes y los psicoterapeutas con la intención de ayudar a las personas a encontrar el alivio emocional, buscar soluciones para los problemas en la vida y modificar formas de pensar y actuar. Las estrategias comúnmente usadas para apoyar la dignidad en el cuidado al final de la vida incluyen el reconocer la vulnerabilidad del paciente a la pérdida de dignidad, respetar los derechos de los pacientes a mantener la autonomía y satisfacer sus necesidades, protegiendo la

privacidad del paciente al remover barreras a la dignidad incluyendo sufrimiento físico, psicológico y espirituales del proceso de morir (Guo & Jacelon, 2014, p. 937).

La categoría de intervenciones psicoterapéuticas se divide en dos subcategorías: aquellas Basadas y las No Basadas en el Modelo de Dignidad. Como se señalara en el primer capítulo de este trabajo, el Modelo de Dignidad fue desarrollado por Chochinov y sus colegas en el 2002, y sirve de base para la Terapia de la Dignidad (Gennip et al, 2013, p. 1080). La Terapia de la Dignidad es un enfoque psicoterapéutico breve e individual diseñado para apoyar al paciente en etapa terminal y reducir su angustia, promoviendo dignidad (Chochinov et al., 2011, p. 2). Esta terapia, se ha implementado exitosamente en pacientes con cáncer avanzado, en contextos hospitalarios, de comunidad y adaptadas para diferentes culturas (Guo & Jacelon, 2014, p. 937).

Las terapias basadas teóricamente en el Modelo de Dignidad se desglosan en Terapia de la Dignidad (Aoun, et al., 2015; Bernácer et al., 2014; Brožek et al., 2019; Chochinov et al., 2011; Dose et al., 2017; Hack et al., 2010; Hall et al., 2011; Hall et al., 2013; Mai et al., 2018; Rudilla, et al., 2015; Rudilla, et al., 2017; Scarton et al., 2018; Vergo et al., 2014; Vuksanovic et al., 2017a; Vuksanovic et al., 2017b), *Family Dignity Intervention* (Intervención Familiar de la Dignidad) (Ho et al., 2017), *Abbreviated Dignity Therapy* (Terapia Abreviada de la Dignidad) (Beck et al., 2019; Bernat, et al., 2015), *Dignity Care Intervention* (Intervención del Cuidado de la Dignidad) (Johnston et al., 2017; Östlund et al, 2019), *Life Review* (Revisión de Vida) (Vuksanovic et al., 2017a; Vuksanovic et al., 2017b), *Life Plan* (Plan de Vida) (Dose et al., 2017), *Patient Dignity Question* (Pregunta de la Dignidad del Paciente) (Johnston et al., 2015) y Acciones de cuidado para conservar la dignidad al final de la vida (*Care Actions*) (Brown et al., 2011). Refiera a la Tabla 13, para una descripción de las intervenciones psicoterapéuticas Basadas en el Modelo de Dignidad.

Por otro lado, en la subcategoría de No Basada en el Modelo de Dignidad, se incluyen estrategias psicoterapéuticas que no mencionan el modelo teórico en el cual se basa la Terapia de la Dignidad. Entre ellos se incluyen intervenciones más generalizadas como la Consejería (*Counseling*), cuyo propósito es aliviar el sufrimiento del paciente basándose en constructos como sentido, propósito, dignidad, espiritualidad y bienestar existencial (Rudilla, et al., 2015; Rudilla, et al., 2017) y el *Meaning Oriented Interview* (Entrevista Orientada al Paciente), que involucra el proceso de introspección y expresión verbal que sirve para generar significados nuevos que ilumina el concepto de dignidad al final de la vida (Ho, et al., 2012). Por otro lado, el *Life Review Intervention* (Intervención de Revisión de Vida), conocido como Revie, enfoca en hablar sobre los eventos de vida con pacientes con cáncer, explorar como su diagnóstico ha cambiado sus valores y preferencias, y discutir las metas o proyectos de vida (Da Rocha Rodrigues et al., 2019). Vea la Tabla 14, para una descripción de las intervenciones psicoterapéuticas No Basadas en el Modelo de Dignidad.

Categoría Estrategias de Apoyo

La tercera categoría identificada son las Estrategias de Apoyo. Estas terapias se denominan estrategias de apoyo en las cuales no se requiere la presencia directa de un psicólogo o terapeuta y cuyo propósito es recibir sostén emocional. Se ha identificado el apoyo o sostén emocional como factor protector ante las dificultades de la vida, incluyendo los problemas de salud (Alvord et al., 2019). Entre las estrategias incluidas se encuentra el *Dignity Talk* (Diálogo sobre la Dignidad) (Guo et al., 2018). El Diálogo sobre la Dignidad, se describe como una intervención que incluye una conversación íntima entre el paciente y sus familiares, con la intención de mejorar la comunicación al final de la vida. El *Facilitated Technology-Based Support Groups* (Grupos de Apoyo Facilitados por la Tecnología) (Street et al., 2011), es la otra

estrategia categorizada como Estrategia de Apoyo. Este consiste en un grupo de apoyo facilitado por tecnología donde los participantes reciben orientación y motivan a que mantengan un registro de sus sentimientos u opiniones sobre las reuniones y aspectos relacionados al final de la vida. La participación del terapeuta es proveer consejería a las personas que así lo requieran, previo a su participación en el grupo de apoyo. Vea la Tabla 13, para una descripción de las Estrategias de Apoyo.

Tabla 13

Descripción de las intervenciones: Evaluación de la Dignidad, Intervención Psicoterapéutico: Basado en el Modelo de Dignidad, No Basado en el Modelo de Dignidad y Estrategias de Apoyo

Intervención	Descripción	Estudio reportado
Categoría: Evaluación de la Dignidad		
Inventario de la Dignidad del Paciente (IDP)	El IDP es un cuestionario auto administrado de 25 reactivos que evalúa el grado en el cual un paciente terminal tiene preocupaciones relevantes a la dignidad personal. El IDP identifica cinco componentes: angustia por los síntomas, angustia existencial, dependencia, paz mental, y apoyo social. De tal manera que puedan desarrollar respuestas terapéuticas específicas a las preocupaciones del paciente	Bovero, et al. (2017) Chochinov et al. (2016) Mah, et al. (2012) Parpa et al. (2019)
Escala del Impacto a la Dignidad	El EID posee siete reactivos sensibles a los cambios de la TD. Cada reactivo se registra en una escala de cinco puntos donde (1) es “fuertemente en desacuerdo” y (5) es “fuertemente de acuerdo”. El resultado del DIS es el promedio de las puntuaciones de cada reactivo, mientras más altas los resultados, más alto es el impacto sobre la dignidad. Los reactivos en inglés son las siguientes: The care I received during the past week has given me a sense of looking after unfinished business. 1 2 3 4 5 The care I received during the past week has increased my sense of dignity. 1 2 3 4 5 The care I received during the past week will be of help to my family. 1 2 3 4 5	Scarton et al. (2018)

Tabla 13

Descripción de las intervenciones: Evaluación de la Dignidad, Intervención Psicoterapéutica: Basado en el Modelo de Dignidad, No Basado en el Modelo de Dignidad y Estrategias de Apoyo (Continuación)

Intervención	Descripción	Estudio reportado
Instrumento de la Preservación de la Dignidad	The care I received during the past week has or could change the way my family sees or appreciates me. 1 2 3 4 5 The care I received during the past week has lessened my sense of sadness and depression. 1 2 3 4 5 The care I received during the past week has made me feel that life was more meaningful. 1 2 3 4 5 The care I received during the past week has given me a heightened sense of purpose. 1 2 3 4 5	Periyakoil et al. (2010)
	Es una herramienta simple en tarjetas que el terapeuta o clínico puede utilizar para obtener mejor entendimiento de los factores que preservan su dignidad. Cada participante coloca en orden de mayor a menor importancia lo más influyente en la preservación de la dignidad.	
Categoría: Intervención Psicoterapéutica		
Basadas en el Modelo de Dignidad		
Terapia de la Dignidad	La Terapia de la Dignidad (TD) es un enfoque psicoterapéutico breve e individual diseñado para apoyar al paciente en etapa terminal y reducir su angustia, promoviendo dignidad. Los pacientes responden una serie de preguntas abiertas que promueven reflexión, en una conversación grabada con un terapeuta entrenado. Se motiva al paciente a hablar sobre los aspectos más importantes de su vida, que les gustaría comunicar a sus seres queridos y cómo les gustaría ser recordados. La grabación se transcribe y edita en un documento de legado que el paciente comparte con sus seres queridos.	Aoun, et al. (2015) Bernácer et al. (2014) Brožek et al. (2019) Chochinov et al. (2011) Dose et al. (2017) Hack et al. (2010) Hall et al. (2011) Hall et al. (2013) Mai et al. (2018) Rudilla, et al. (2015) Rudilla, et al. (2017) Scarton et al. (2018) Vergo et al. (2014) Vuksanovic et al. (2017a) Vuksanovic et al. (2017b)

Tabla 13

Descripción de las intervenciones: Evaluación de la Dignidad, Intervención Psicoterapéutico: Basado en el Modelo de Dignidad, No Basado en el Modelo de Dignidad y Estrategias de Apoyo (Continuación)

Intervención	Descripción	Estudio reportado
Intervención Familiar de la Dignidad (IFD)	La Intervención Familiar de la Dignidad está basada en el protocolo de la TD, pero en vez de un modelo individual de terapia, la FDI adopta un modelo de díada paciente-familia que facilita un diálogo abierto entre el paciente, su familia y cuidadores que aspira a fortalecer la conexión familiar. Ofrece compasión al crear una plataforma de apoyo para la expresión, apreciación, reconciliación, fortalecimiento de lazos familiares y pasar valores y sabiduría a través de un legado transcendental. La meta final del IFD es ofrecer una intervención que aumenta la dignidad para promover cuidado paliativo que atienda las necesidades psicosociales de las familias cuya fortaleza no es la expresión de la intimidad y articulación de las emociones ante la mortalidad.	Ho et al. (2017)
Terapia Abreviada de la Dignidad	Forma abreviada de la Terapia de la Dignidad (TD). Sesión de 90 minutos con un terapeuta en el lugar escogido por el participante. La sesión presencial es grabada en audio y terapeuta administra 3 de las 9 preguntas fundamentales (core) del protocolo tradicional de la TD. Luego de la sesión, se orienta a participante como utilizar el portal de construcción de legado (legacy building portal). Se transcribe la sesión grabada y se envía a participante junto con las seis preguntas restantes de la TD. El participante edita la transcripción y responde a las seis preguntas en su hogar. Las sube al portal o envía su proyecto al terapeuta. Este provee apoyo a participante vía telefónica por 5-10 minutos durante tres semanas, evaluando progreso, dudas sobre el portal, y experiencia emocional sobre el proceso. Se provee llamadas una vez completo el proyecto del legado.	Beck et al. (2019) Bernat, et al. (2015)
Intervención del Cuidado de la Dignidad	El DCI está teóricamente basado en el modelo de dignidad de Chochinov. Incluye un manual de instrucciones, el Inventario de la Dignidad del Paciente (PDI), ejemplos de preguntas reflectivas y	Johnston et al. (2017) Östlund et al. (2019)

Tabla 13

Descripción de las intervenciones: Evaluación de la Dignidad, Intervención Psicoterapéutico: Basado en el Modelo de Dignidad, No Basado en el Modelo de Dignidad y Estrategias de Apoyo (Continuación)

Intervención	Descripción	Estudio reportado
Intervención del Cuidado de la Dignidad (Continuación)	sugerencias de acciones de cuidado. Se compone de cuatro pasos: 1) Se administra el PDI para identificar angustia relacionada a la dignidad del paciente y otras preocupaciones del paciente 2) Se utilizan preguntas reflectivas para ampliar las preocupaciones y explorar maneras para atenderlas 3) Se utilizan acciones de cuidado identificadas entre proveedor y el paciente Se evalúa la efectividad de las acciones de cuidado al readministrar el PDI.	
Revisión de Vida	La Revisión de Vida es una intervención psicoterapéutica breve que comparte las metas de la TD de mejorar el sentido y significado, propósito y aceptación a través de una revisión graduada de la vida y la narrativa más sobresaliente. Es limitada en tiempo y enfatiza la integración de las historias de vida importantes, memorias, valores y otros temas relacionados con conciencia de la expectativa limitada de vida en vez de una resolución activa de los conflictos pasados, traumas o asuntos pendientes.	Vuksanovic et al. (2017a) Vuksanovic et al. (2017b)
Plan de Vida	El Plan de Vida es una lista de tareas y/o conductas que el paciente desea completar para mejorar el sentido y propósito de la vida. La persona debe identificar tres temas para el LP basado en las discusiones y valores identificados durante la TD. Los temas deben estar relacionados someramente en los aspectos físicos, sociales, y espirituales de la calidad de vida.	Dose et al. (2017)

Tabla 13

Descripción de las intervenciones: Evaluación de la Dignidad, Intervención Psicoterapéutico: Basado en el Modelo de Dignidad, No Basado en el Modelo de Dignidad y Estrategias de Apoyo (Continuación)

Intervención	Descripción	Estudio reportado
Pregunta de la Dignidad del Paciente	La Pregunta de la Dignidad del Paciente refleja la asociación entre el sentido de dignidad y el paciente como individuos más allá de la relación con su diagnóstico. La pregunta fue desarrollada por Chochinov y sus colegas para ofrecer cuidado que conserva la dignidad al final de la vida. La Pregunta de la Dignidad del Paciente es ¿Qué necesito saber de ti como persona para darte el mejor cuidado? Esta es una pregunta diseñada de parte de las percepciones de los pacientes al final de la vida para ayudar a los cuidadores de salud entender los pacientes como personas.	Johnston et al. (2015)
Acciones de cuidado para conservar la dignidad al final de la vida	Acciones de cuidado basado en el Modelo de dignidad de Chochinov para conservar la dignidad al final de la vida. Propone las siguientes acciones de cuidado Angustia de los síntomas -Establecer contacto temprano para conocer al paciente y su familia -Usar instrumentos de cernimiento y guías -Ayudar al paciente a establecer metas realistas y proveer equipo necesario Perspectivas que preservan la dignidad -Comunicación con la familia y el paciente para mantener todo normal y equitativo -Proveer permiso para estar triste -Ayudar a los pacientes a articular lo que es importante -Acomodar visitas solicitadas Inventario de Dignidad Social -Ser sensible a las necesidades de privacidad de los pacientes -Ser respetuoso cuando se provee cuidado -Ayudar a los pacientes a adaptarse a sus circunstancias cambiantes	Brown et al. (2011)

Tabla 13

Descripción de las intervenciones: Evaluación de la Dignidad, Intervención Psicoterapéutico: Basado en el Modelo de Dignidad, No Basado en el Modelo de Dignidad y Estrategias de Apoyo (Continuación)

Intervención	Descripción	Estudio reportado
No Basadas en el Modelo de Dignidad Consejería	La Consejería es una estrategia psicoterapéutica que a menudo empleada, cuyo objetivo es aliviar el sufrimiento del paciente basado en constructos como sentido, propósito, dignidad, espiritualidad y bienestar existencial La guía de la intervención en Consejería fue propuesta por Arranz et al. (2005). Se compone de las siguientes guías 1. Identifica edad, situación familiar y/o enfermedad 2. Identifica preocupaciones, miedos y necesidades de manera asertiva. Facilita la expresión emocional. 3. Asiste en ordenar lo que previamente se ha establecido, comenzando con los sentimientos y valores subyacentes. 4. Identifica recursos y habilidades, internas y externas 5. Provee información. Identifica lo que el paciente entiende sobre sus preocupaciones 6. Identifica preocupaciones y las para con los recursos y habilidades del paciente, o sugiere algunas. 7. Clarifica las opciones, evaluando los aspectos positivos y negativos 8. Ayuda en la toma de decisiones en congruencia con los valores y recursos del paciente 9. Resume y planifica	Rudilla, et al. (2015) Rudilla, et al. (2017)

Tabla 13

Descripción de las intervenciones: Evaluación de la Dignidad, Intervención Psicoterapéutico: Basado en el Modelo de Dignidad, No Basado en el Modelo de Dignidad y Estrategias de Apoyo (Continuación)

Intervención	Descripción	Estudio reportado
	El Patient Dignity Question (PDQ) refleja la asociación entre el sentido de dignidad y el paciente como individuos más allá de la relación con su diagnóstico. La pregunta fue desarrollada por Chochinov y sus colegas para ofrecer cuidado que conserva la dignidad al final de la vida. La Pregunta de la Dignidad del Paciente es ¿Qué necesito saber de ti como persona para darte el mejor cuidado? Esta es una pregunta diseñada de parte de las percepciones de los pacientes al final de la vida para ayudar a los cuidadores de salud entender los pacientes como personas.	Johnston et al. (2015)
Entrevista Orientada al Significado	La Entrevista Orientada al Significado se enfoca en crear historias y narrativas de la experiencia con la enfermedad terminal, a través del proceso de la introspección y articulación que sirve para generar significados nuevos que ilumina el concepto de dignidad al final de la vida. Se pide a los participantes recordar eventos significativos sobre el diagnóstico de cáncer, los resultados inmediatos, su eventual proceso de adaptación y afrontamiento, al igual que sus reflexiones de cómo la dignidad puede ser alcanzada y mantenida a través de la trayectoria de la enfermedad.	Ho, et al. (2012)
Revie ⊕: Revisión de Vida que incluye un enfoque centrado en el paciente.	Revie ⊕ es una intervención breve de revisión de vida basada en la revisión de literatura y en un modelo teórico centrado en el cliente. Revie ⊕ le permite al enfermero y/o especialista, hablar sobre los eventos de vida con pacientes con cáncer, explorar como su diagnóstico ha cambiado sus valores y preferencias, y discutir las metas o proyectos de vida. La intervención consiste en dos sesiones coordinada en mutuo acuerdo, donde se	

Tabla 13

Descripción de las intervenciones: Evaluación de la Dignidad, Intervención Psicoterapéutica: Basado en el Modelo de Dignidad, No Basado en el Modelo de Dignidad y Estrategias de Apoyo (Continuación)

Intervención	Descripción	Estudio reportado
Revie ⊕: Revisión de Vida que incluye un enfoque centrado en el paciente.	trabajarán cinco dominios durante la sesión. Entre ellas: (1) Una reflexión de la historia de vida del paciente y eventos significativos específicos de la vida de paciente (2) Un enfoque a los cambios positivos que ocurrieron desde el diagnóstico (3) una expresión de los valores y visión de vida del paciente, acentuando las fortalezas y los recursos, y la relación del paciente con otros (4) Una discusión de los asuntos significativos pendientes 5) Una discusión de las preocupaciones profundas sobre la muerte y el morir. El participante tendrá un cuaderno donde registrará de manera personalizada: (1) eventos de vida y personas significativas en su vida. (2) Su experiencia con el cáncer. (3) Cambios de vida o valores (4) Proyectos La segunda visita dura de 15-30 minutos donde se completa el cuaderno y se entrega al paciente.	
Categoría: Estrategias de Apoyo Diálogo de la Dignidad	Iniciar a los pacientes al final de la vida y su familia en conversaciones mutuamente beneficiosos con la intención de mejorar la experiencia al final de la vida al reducir los sentimientos de aislamiento, desesperación; y aumentar la comunicación y conexión. Basado en el marco teórico del modelo de la dignidad de pacientes en etapa final de la vida. Formato Formato: conversación íntima y privada entre el paciente y su familia Aplicación: Auto administrada Recipiente primario: diada paciente-familia	Guo et al. (2018)

Tabla 13

Descripción de las intervenciones: Evaluación de la Dignidad, Intervención Psicoterapéutico: Basado en el Modelo de Dignidad, No Basado en el Modelo de Dignidad y Estrategias de Apoyo (Continuación)

Intervención	Descripción	Estudio reportado
Grupos de Apoyo Facilitado por la Tecnología	Función primaria de los miembros de la familia: co participantes y beneficiario terapéutico Protocolo de preguntas: Claves de conversación para el paciente y sus familiares Grabación: No es grabado Terapeuta: No es necesario, aunque idealmente está disponible antes o después de la conversación para ofrecer apoyo Producto final: No disponible Los Grupo de Apoyo Facilitado por Tecnología es donde los participantes reciben orientación sobre asuntos técnicos y trabajo en grupo. Cada participante crea un perfil con su edad, diagnóstico y metas de participación. Se conducen seis sesiones facilitadas con duración de 60 a 90 minutos El grupo de apoyo virtual se reúne en un “chat room” protegida por una contraseña y un seudónimo escogido por el participante y los grupos telefónicos se reúnen por teleconferencia. Algunos de los participantes requieren servicio de Consejería antes de la participación. Ambas intervenciones motivan que mantengan un registro de sus sentimientos u opiniones sobre las reuniones y aspectos relacionados al final de la vida. Una vez termina la reunión, la facilitadora prepara un blog en línea, específico al grupo, que relata los asuntos discutidos, provee información de seguimiento y recuerda la próxima fecha de reunión. El blog contiene una pregunta que apoya la reflexión, escritura en cuaderno y promueve la conversación en la próxima sesión.	

Intervenciones que Reconocen la Dimensión Individual, Relacional y Social de la Dignidad

La segunda pregunta guía corresponde a ¿Cuáles de las intervenciones psicológicas encontradas reconocen la dimensión individual, relacional y social de la dignidad en el adulto mayor con enfermedad grave que recibe cuidado paliativo? Para poder responder esta pregunta se utilizó un enfoque deductivo con marco de referencia del Modelo de Dignidad en la Enfermedad según Gennip et al. (2013). (Vea Figura 1). Gennip et al. (2013) propusieron tres dominios del Ser cuya interacción influye el sentido de dignidad (p. 30). Estos son el Ser Individual, el Ser Relacional y el Ser Social (Gennip et al., 2013, p.30). En las secciones a continuación se describe cada dimensión del Ser, junto con los términos del modelo teórico encontrado en cada estudio revisado. En la Figura 4, se resume las intervenciones pertinentes a la Dimensión del Ser.

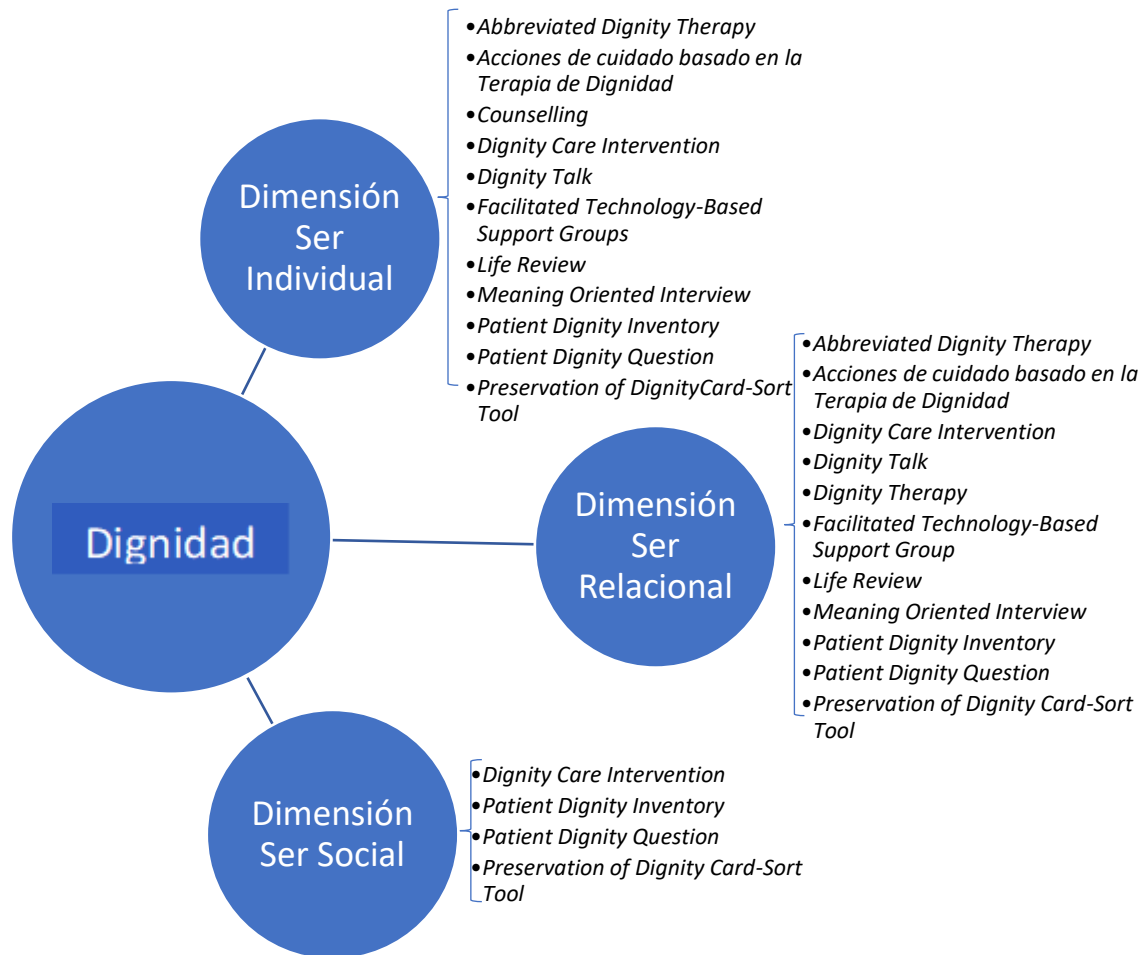
Dimensión del Ser Individual

Según la teoría de Dignidad de Gennip (2013), la dimensión del Ser Individual se refiere a la evaluación interna de sí mismo basado en sus propias experiencias y la percepción de su valor como individuo (p.30). Esta dimensión del Ser se compone del significado, la continuidad de identidad, autonomía, conciencia y destrezas de adaptación ante la enfermedad grave.

Significado. De la literatura evaluada, se observó que la Terapia de la Dignidad (Bernácer et al., 2014; Brožek et al., 2019; Chochinov et al., 2011; Hack et al., 2010; Hall et al., 2011; Mai et al., 2018; Scarton et al., 2018; y Vergo et al., 2014) facilitó a los participantes a reconocer el significado de su dignidad. La Revisión de Vida, (Vuksanovic, et al., 2017a; Vuksanovic, et al., 2017b), como estrategia terapéutica resultó en una vida más significativa, mientras que la Consejería, aportó al significado de dignidad según expresado por la mejoría en

Figura 4.

Dignidad, Dimensiones del Ser e Intervenciones que la Reconocen



la calidad de vida luego de haber participado del mismo (Rudilla, et al., 2015; Rudilla et al., 2017). Consistentemente, con la aplicación del Inventario de la Dignidad del Paciente (Bovero et al., 2017; Mah, et al., 2012) y el Instrumento de la Preservación de la Dignidad (Periyakoil et al., 2010), los investigadores reportaron, que ambos instrumentos fueron efectivos al identificar la angustia existencial, autoestima y respeto personal, como aspectos que influyen sobre el significado de la dignidad.

Continuidad del Ser. Según los estudios revisados, hay varias intervenciones que toman en consideración la continuidad del ser. En un estudio conducido Beck et al. (2019), 11 participantes con diagnóstico de cáncer avanzado experimentaron una sensación de continuidad luego de completar la Terapia de la Dignidad Abreviada. Como intervenciones terapéuticas, la Terapia de la Dignidad (Scarton et al., 2018), Revisión de Vida (Vuksanovic, et al., 2017b) y las Acciones de cuidado basado en la Terapia de la Dignidad impactaron positivamente el sentido de generatividad al dejar un legado perdurable a medida que se acercaba el final de la vida (Brown et al., 2011, p. 242).

Autonomía y conciencia. La autonomía es otra de las dimensiones encontradas en la revisión en torno al Ser Individual. Esta se define como “estar en control de su propia situación, cuerpo o mente” (Gennip, 2013, p.32). En los estudios donde se utilizó la Terapia de la Dignidad (Brown et al., 2011), la Entrevista Orientada al Significado (Ho, et al., 2012) y la Intervención del Cuidado de la Dignidad (Johnston et al., 2017) se reportó que las intervenciones atendieron y facilitaron la autonomía personal y auto preservación de los participantes. Entre las intervenciones revisadas que atienden la autonomía está la Acciones de cuidado basado en la Terapia de Dignidad (Brown et al., 2011), donde a través de la intervención se atendió la autonomía, control u auto preservación de los participantes. En otros estudios la autonomía se manifestó a través de la independencia del paciente (Instrumento de la Preservación de la Dignidad, Periyakoil et al., 2010) y en la necesidad de completar sus tareas importantes o rutina diaria (Inventario de la Dignidad del Paciente, Chochinov et al., 2016). La conciencia emocional como aspecto del Ser Individual, se reportó en el estudio conducido por Johnston et al. (2015), con la intervención de la Pregunta de la Dignidad del Paciente.

Destrezas de afrontamiento. Las destrezas de afrontamiento son otra cualidad de la dimensión de Ser Individual. Gennip et al (2013) indicó que las estrategias de afrontamiento más utilizadas para preservar la dignidad fueron “la racionalización, humor, creencia espiritual, aceptación compensación y adaptación” (p.32). La espiritualidad fue una de las destrezas de afrontamiento más comúnmente mencionada en los resultados de los estudios con la Terapia de la Dignidad (Aoun, et al., 2015; Brožek et al., 2019; Chochinov et al., 2011), Entrevista Orientada al Significado (Johnston et al., 2017), Intervención del Cuidado de la Dignidad (Östlund et al., 2019), Consejería (Rudilla, et al., 2015), Acciones de cuidado basado en la Terapia de Dignidad (Brown et al., 2011). El Instrumento de la Preservación de la Dignidad también valoró la dimensión espiritual del mismo. Las estrategias de afrontamiento identificadas, incluyó el enfocarse en el presente (Grupos de Apoyo Facilitado por la Tecnología, Street et al., 2011), aceptar la nueva realidad y vivir día a día (Intervención del Cuidado de la Dignidad, Johnston et al., 2017), fortalecer la resiliencia y el espíritu de lucha (Acciones de cuidado basado en la Terapia de Dignidad, Brown et al., 2011), y la preparación hacia la muerte (Terapia de la Dignidad, Scarton et al., 2018).

Dimensión del Ser Relacional

La dimensión del Ser Relacional es el segundo aspecto relacionado a la dignidad. Según la Teoría de Gennip et al. (2013), esta se refiere “al sentido individual de la dignidad, resultado de una interacción dinámica y recíproca” (Gennip et al., 2013, p. 31). De acuerdo con el modelo de dignidad, el Ser Relacional está compuesto de cualidades tales como independencia, reglas sociales, privacidad, reciprocidad, sentirse conectado y ser reconocido y tratado como individuo. A continuación, se discutirá cada una.

Independencia y reglas sociales. Se identificaron varias intervenciones que atienden la independencia. Entre ellas están las Acciones de cuidado basado en la Terapia de Dignidad (Brown et al., 2011), donde la intervención ayudó a los pacientes a mantener su independencia (p. 241). Como estrategias de evaluación de la dignidad, el Instrumento de la Preservación de la Dignidad pudo identificar la independencia y la habilidad de tomar decisiones (Periyakoil et al., 2010, p. 497) y el Inventario de la Dignidad del Paciente, la independencia de atender sus necesidades físicas (Bovero et al., 2017, p. 5).

Como se señaló anteriormente, otro de los aspectos del Ser Relacional de interés para esta revisión son las reglas o roles sociales. En esa dirección, se identificaron las siguientes intervenciones. Dos de ellos son la Terapia de la Dignidad y la Revisión de Vida, los cuales reconocen la identificación de los roles importantes (Vuksanovic et al., 2017a; Hack et al., 2010). Se añade la Intervención del Cuidado de la Dignidad, que se enfoca en cómo se afectan los roles en el diario vivir (Johnston et al., 2017). De forma adicional, las siguientes intervenciones toman en consideración la preservación de los roles (Acciones de cuidado basado en la Terapia de Dignidad de Brown et al., 2011) y el no ser capaz de completar roles importantes, tareas o rutinas diarias (Inventario de la Dignidad del Paciente; Chochinov et al., 2016).

Mantener la privacidad. Mantener la privacidad es otra de las cualidades del Ser Relacional. Entre las intervenciones que reconocen la importancia de la privacidad en la preservación de la dignidad están las Acciones de cuidado basado en la Terapia de Dignidad (Brown et al., 2011), la Intervención del Cuidado de la Dignidad (Östlund et al., 2019) y el Instrumento de la Preservación de la Dignidad (Periyakoil et al., 2010).

La reciprocidad es otra de las dimensiones del Ser Relacional. Gennip et al., (2013) hace referencia a la habilidad de balancear y corresponder a la relación, al proveer sabiduría y confort (p. 32). En esa dirección, el Diálogo de la Dignidad promueve interacción efectiva y mejora la conexión (Guo et al., 2018), la Terapia de la Dignidad promueve una relación respetuosa (Mai et al., 2018), y el Intervención del Cuidado de la Dignidad promueve la compasión y el diálogo (Östlund et al., 2019).

Sentirse vinculado y tratado como individuo. Otra de las cualidades del Ser Relacional es sentirse vinculado con los demás. Las intervenciones que reconocen el sentirse vinculado son las siguientes: el Terapia de la Dignidad Abreviada (Beck et al., 2019), los Grupos de Apoyo Facilitado por la Tecnología (Street et al., 2011) y la Entrevista Orientada al Significado (Ho, et al., 2012).

El ofrecer guía para otros, cuidado y la percepción de apoyo social, también es parte de sentirse interrelacionado con otros. Este aspecto, lo contemplan respectivamente la Revisión de Vida (Vuksanovic et al., 2017a), las Acciones de cuidado basado en la Terapia de Dignidad (Brown et al., 2011) y el Inventario de la Dignidad del Paciente (Chochinov et al., 2016).

Ser reconocido y tratado como individuo son otras dos de las dimensiones del Ser Relacional. A ese respecto, reconocer al paciente como persona (Pregunta de la Dignidad del Paciente, Johnston et al., 2015), ser tratado como individuo (Intervención del Cuidado de la Dignidad, Östlund et al., 2019) y honrarlo como individuo (Instrumento de la Preservación de la Dignidad, Periyakoil et al., 2010), también fueron reflejados como parte de los estudios evaluados.

Dimensión del Ser Social

Otros de los aspectos de la dignidad según Gennip et al. (2013), es el dominio del Ser Social. Este hace referencia “al individuo como objeto social, tal cómo es percibido y tratado por otros desde el discurso social de la enfermedad” (Gennip et al., 2013, p.32). Este se compone del entendimiento, respeto e imagen social.

Entendimiento. Una de las maneras en la cual se traduce el entendimiento, es adjudicar valor a la persona (Inventario de la Dignidad del Paciente, Chochinov et al., 2016), y reconocer la importancia del cuidado individualizado al paciente (Intervención del Cuidado de la Dignidad, Östlund et al., 2019).

Respeto e imagen social. El respeto y la imagen percibida por los demás forman parte de la Dimensión del Ser Social. Los participantes de algunas intervenciones concluyeron que necesitan ser tratadas como individuos y se les debe proveer respeto (Intervención del Cuidado de la Dignidad, Östlund et al., 2019), además deben ser honrados como individuos (Instrumento de la Preservación de la Dignidad, Periyakoil et al., 2010). Los participantes identificaron que la representación social, ocurrió cuando se reconoce sus logros personales (Pregunta de la Dignidad del Paciente, Johnston et al., 2015), y cuando se les escucha como parte del cuidado paliativo (Intervención del Cuidado de la Dignidad, Östlund et al., 2019). Vea la Tabla 14 para un desglose de la Dimensión del Ser, la intervención y la referencia correspondiente.

Tabla 14

Dimensión del Ser, Intervenciones, y el Estudio de Referencia

Dimensión del Ser	Intervención	Referencia
Dimensión Individual		
Significado	Inventario de la Dignidad del Paciente	Bovero et al. (2017) Mah, et al. (2012)
	Terapia de la Dignidad	Bernácer et al. (2014) Brožek et al. (2019) Chochinov et al. (2011)

Tabla 14*Dimensión del Ser, Intervenciones, y el estudio de referencia (Continuación)*

Dimensión del Ser	Intervención	Referencia
Continuidad de identidad		Hack et al. (2010) Hall et al. (2011) Mai et al. (2018) Scarton et al. (2018) Vergo et al. (2014)
	Revisión de Vida	Vuksanovic, et al. (2017a) Vuksanovic, et al. (2017b)
	Instrumento de la Preservación de la Dignidad	Periyakoil et al.(2010)
	Consejería	Rudilla, et al. (2015) Rudilla et al. (2017)
	Terapia de la Dignidad Abreviada	Beck et al. (2019)
	Acciones de cuidado basado en la Terapia de Dignidad	Brown et al. (2011)
Autonomía	Terapia de la Dignidad	Scarton et al. (2018)
	Revisión de Vida Acciones de cuidado basado en la Terapia de Dignidad	Vuksanovic, et al. (2017a) Brown et al. (2011)
	Inventario de la Dignidad del Paciente	Chochinov et al. (2016)
	Entrevista Orientada al Significado	Ho, et al. (2012)
Conciencia	Intervención del Cuidado de la Dignidad	Johnston et al., (2017)
	Instrumento de la Preservación de la Dignidad	Periyakoil et al. (2010)
Capacidad de afrontamiento	Pregunta de la Dignidad del Paciente	Johnston et al. (2015)
	Terapia de la Dignidad	Aoun, et al. (2015) Brožek et al. (2019) Vergo et al. (2014)

Tabla 14*Dimensión del Ser, Intervenciones, y el estudio de referencia (Continuación)*

Dimensión del Ser	Intervención	Referencia
Dimensión Relacional Independencia	Acciones de cuidado basado en la Terapia de Dignidad	Brown et al. (2011)
	Inventario de la Dignidad del Paciente	Mah, et al. (2012)
	Entrevista Orientada al Significado	Ho, et al. (2012)
	Intervención del Cuidado de la Dignidad	Johnston et al. (2017) Östlund et al. (2019)
	Instrumento de la Preservación de la Dignidad	Periyakoil et al. (2010)
	Consejería	Rudilla, et al. (2015)
	Grupos de Apoyo Facilitado por la Tecnología	Street et al., 2011
	Inventario de la Dignidad del Paciente	Bovero et al. (2017)
	Acciones de cuidado basado en la Terapia de Dignidad	Brown et al. (2011)
	Instrumento de la Preservación de la Dignidad	Periyakoil et al. (2010)
Roles sociales	Acciones de cuidado basado en la Terapia de Dignidad	Brown et al. (2011)
	Inventario de la Dignidad del Paciente	Chochinov et al. (2016)
	Terapia de la Dignidad	Hack et al. (2010)
	Intervención del Cuidado de la Dignidad	Johnston et al. (2017)
Privacidad	Terapia de la Dignidad y Revisión de Vida	Vuksanovic, et al. (2017a)
	Acciones de cuidado basado en la Terapia de Dignidad	Brown et al. (2011)
	Intervención del Cuidado de la Dignidad	Johnston et al. (2017) Östlund et al. (2019)
	Instrumento de la Preservación de la Dignidad	Periyakoil et al. (2010)

Tabla 14*Dimensión del Ser, Intervenciones, y el estudio de referencia (Continuación)*

Dimensión del Ser	Intervención	Referencia
Reciprocidad	Diálogo de la Dignidad	Guo et al. (2018)
	Terapia de la Dignidad	Mai et al. (2018)
	Intervención del Cuidado de la Dignidad	Östlund et al. (2019)
Sentirse vinculado	Terapia de la Dignidad Abreviada	Beck et al. (2019)
	Acciones de cuidado basado en la Terapia de Dignidad	Brown et al. (2011)
	Inventario de la Dignidad del Paciente	Chochinov et al. (2016)
	Diálogo de la Dignidad	Guo et al. (2018)
	Entrevista Orientada al Significado	Ho, et al. (2012)
	Grupos de Apoyo Facilitado por la Tecnología	Street et al. (2011)
Ser reconocido y ser tratado como individuo	Revisión de Vida Pregunta de la Dignidad del Paciente	Vuksanovic, et al. (2017a) Johnston et al. (2015)
	Intervención del Cuidado de la Dignidad	Östlund et al. (2019)
	Instrumento de la Preservación de la Dignidad	Periyakoil et al. (2010)
Dimensión Social Entendimiento	Inventario de la Dignidad del Paciente	Chochinov et al. (2016)
	Intervención del Cuidado de la Dignidad	Östlund et al. (2019)
Respeto	Dignity Care Intervention	Östlund et al. (2019)
	Instrumento de la Preservación de la Dignidad	Periyakoil et al. (2010)
Imagen social	Pregunta de la Dignidad del Paciente	Johnston et al. (2015)
	Intervención del Cuidado de la Dignidad	Östlund et al., 2019

CAPÍTULO V

DISCUSIÓN

En este capítulo se discuten los resultados principales de la revisión integrativa sobre las estrategias psicológicas para la preservación de la dignidad del adulto mayor con enfermedad grave. Se provee un resumen y se discuten los resultados a la luz de las preguntas guías, además de compararlos con los estudios previamente publicados. De forma adicional, se incluyen las fortalezas, limitaciones, e implicaciones del estudio para la práctica de la psicología. Se concluye con las limitaciones y las sugerencias para estudios futuros.

En la revisión de literatura se incluyeron 29 estudios que cumplieron con los criterios de inclusión. Todos los estudios evaluados obtuvieron una puntuación de calidad mayor a 55%, que era la puntuación mínima recomendada. En general, la puntuación mínima obtenida fue de 0.72 y la mayor de 100. Un 20% (n=6) de los estudios obtuvo 100 en puntuación de calidad, un 34% (n=10) logró de 90 a 99, y un 41% (n=13) alcanzó de 89 a 80. Solo un 3% (n=1) de los estudios tuvo una puntuación de calidad de 0.79 o menos (Tabla 6).

En los estudios se utilizaron diferentes metodologías, 48% de ellos fueron cuantitativos, 34%, cualitativos y el 17% utilizó metodología mixta (Tabla 7). Los estudios fueron llevados a cabo en diferentes países, siendo Australia (24%), Estados Unidos (21%) y Canadá (21%) los lugares más frecuentes (vea tabla 8 para referencia de otros países incluidos). De estos, un 7% fueron estudios multicéntricos, o sea realizados en múltiples países y centros de investigación (“multi site RCT”) (Tabla 8).

El contexto de atención paliativa más reportado fue el hospital con un 55% de ocurrencia (Tabla 9). Se observó diversidad en el tamaño de la muestra, la cual varió de ocho participantes, a 404 (Tabla 10). El cáncer, como condición de salud en cuidado paliativo, se reportó en un 72%

de los estudios. Además de otras condiciones mencionadas, la condición de salud no detallada se reportó en 17% de los estudios (Tabla 11). La expectativa de vida de menos de seis meses fue reportada en 36% de los estudios. Aproximadamente, un 24% de los estudios identificó la expectativa de vida de más de seis meses, menos de 12 meses o en un 50%. Otras maneras de reportar la expectativa de vida, incluyó el estar en etapas avanzadas de la enfermedad (28%), encontrarse en cualquier etapa del cuidado paliativo (7%) o no contar con la información disponible en el estudio (3%). Todos los estudios cumplieron con los criterios de inclusión de 60 años o más. Resultó difícil comparar la edad de los participantes por la variabilidad en el reporte, donde algunos estudios identificaron la edad por promedio de edad y desviación estándar y otros por rango de edad (Tabla 13).

En los estudios incluidos en la revisión integrativa, se identificaron tres categorías relacionadas a las estrategias psicológicas de la preservación de la dignidad en el cuidado paliativo. Las categorías son la evaluación de la dignidad, intervención psicoterapéutica y estrategias de apoyo. La categoría de la evaluación de la dignidad incluye al Patient Dignity Inventory, que fue reportado en un 14% de los estudios (Bovero, et al., 2017; Chochinov et al., 2016; Mah, et al., 2012 y Parpa et al, 2019), el Dignity Impact Scale en un 3% (Scarton et al., 2018), y el Preservation of Dignity Card-Sort Tool en 3% (Periyakoil et al., 2010).

Con respecto a las intervenciones psicológicas para la preservación de la dignidad, un 55% de los estudios revisados utilizó la Terapia de la Dignidad basada en el Modelo de Dignidad de Chochinov et al. (2002), (Aoun, et al., 2015; Bernácer et al., 2014; Brožek et al., 2019; Chochinov et al., 2011; Dose et al., 2017; Hack et al., 2010; Hall et al., 2011; Hall et al., 2013; Mai et al., 2018; Rudilla, et al., 2015; Rudilla, et al., 2017; Scarton et al., 2018; Vergo et al., 2014; Vuksanovic et al., 2017a; Vuksanovic et al., 2017b). El modelo de Dignidad es un enfoque

psicoterapéutico breve e individual diseñado para apoyar al paciente que se encuentra al final de su vida (en etapa terminal) y reducir su angustia, promoviendo la dignidad. El modelo posee tres componentes: las preocupaciones relacionadas a la enfermedad, un repertorio que preserva la dignidad, y el Patient Dignity Inventory como inventario de la dignidad social (2002, p. 2255). De acuerdo con Ramos y Fulton (2017), la Terapia de Dignidad trabaja efectivamente el sufrimiento psicológico y existencial entre los pacientes que poseen una enfermedad que limita la vida (p. 115), razón por lo cual, se ha visto un aumento en su utilización en años recientes (Li et al., 2020, p. 2) Este modelo ha dado paso a otras estrategias derivadas del mismo. Entre ellos, se identificó en la revisión al Family Dignity Intervention (Ho et al., 2017), el Abbreviated Dignity Therapy (Beck et al., 2019, Bernat, et al., 2015), el Dignity Care Intervention (Johnston et al., 2017; Östlund et al, 2019), el Life Review (Vuksanovic et al., 2017a; Vuksanovic et al., 2017b), el Life Plan (Dose et al., 2017), el Patient Dignity Question (Johnston et al., 2015) y las Acciones de cuidado para conservar la dignidad al final de la vida (Brown et al., 2011).

Otras estrategias psicológicas que pretenden conservar la dignidad fueron también identificadas en la literatura. Estas incluían intervenciones que no mencionaban directamente el Modelo de Dignidad de Chochinov (2002). Entre estas se incluye el Counselling (Rudilla, et al., 2015, Rudilla, et al., 2017), Meaning Oriented Interview (Ho, et al., 2012) y Life Review Intervention (Da Rocha Rodrigues et al., 2019) (Vea Tabla 13).

Otras intervenciones fueron denominadas estrategias de apoyo por la participación indirecta de un psicólogo, tal como estar disponible antes o después de la conversación para ofrecer apoyo como en el Dignity Talk (Guo et al., 2018, p. 197) o proveer servicios de consejería (Counseling), previo a su inclusión o participación en grupos de apoyo realizados en línea o facilitados por tecnología (Street et al., 2011, p. 2).

Todos los estudios incluidos demostraron que el tratamiento utilizado fue satisfactorio en mejorar la dignidad de los participantes. Aspectos como alta satisfacción (Aoun, et al., 2015; Bernácer et al., 2014; Brožek et al., 2019; Vergo et al., 2014; Vuksanovic, et al., 2017a), que la intervención fomenta beneficios o bienestar (Beck et al., 2019; Hall et al., 2011; Hall et al., 2013; Mai et al., 2018; Da Rocha Rodrigues et al., 2019; Rudilla, et al., 2015; Rudilla et al., 2017), empoderamiento a la detección de asuntos que afectan la dignidad (Bovero et al., 2017; Chochinov et al., 2016; Mah, et al., 2012; Periyakoil et al., 2010; Scarton et al., 2018), lograr el comienzo de una conversación (Johnston et al., 2015; Östlund et al., 2019), mejoría en la relación con los familiares (Chochinov et al., 2011; Guo et al., 2018; Ho et al, 2017), fueron identificados como beneficios luego de la intervención. Solo los resultados de un estudio con la Dignity Therapy revelaron que la intervención no fue efectiva para resolver los problemas identificados (Hall et al., 2013).

Marco Teórico y Relación con las Intervenciones Psicoterapéuticas

Mediante la revisión de literatura, se identificó aquellas intervenciones psicológicas que reconocen la dimensión del Ser individual, relacional y social. Para ello, se utilizó como marco teórico el Modelo de Dignidad en la enfermedad según Gennip et al. (2013). Gennip y colegas (2013) propusieron tres dominios del Ser cuya interacción influye el sentido de dignidad (p. 30). Ellos son el Ser Individual, el Ser Relacional y el Ser Social (Gennip et al., 2013, p.30). Los resultados del estudio reflejaron utilidad de este marco teórico dado a que permitió la identificación de intervenciones que reconocen las diferentes dimensiones del Ser (vea Tabla 14 y Figura 4.).

Mediante la actual investigación, se identificó un total de 16 intervenciones, categorizadas por evaluación de la dignidad, terapia, basadas y no basadas en el modelo de

dignidad de Chochinov (2002), y estrategias de apoyo. De estas intervenciones, 14 de ellas reconocen alguna dimensión del Ser (vea Tabla 14). Solo dos de ellas, el Dignity Impact Scale (Scarton et al., 2018) y el Life Plan (Dose et al., 2017) no aparecen mencionadas, ya que al analizar los resultados y conclusiones de los estudios no se identificó conceptos del modelo de dignidad en la enfermedad de Gennip et al. (2013). Es importante tomar en consideración que todas las intervenciones mostraron ser satisfactorias en la preservación de la dignidad.

De las 16 intervenciones incluidas, diez de ellas están basadas en el Modelo de Cuidado de la Dignidad Chochinov (2002). Este modelo es el más estudiado en la literatura científica y es presentado como una estrategia psicoterapéutica basada en evidencia para atender asuntos relacionados a la dignidad en etapas avanzadas de enfermedad (Ramos & Fulton, 2017).

Comparación con otras Revisiones Integrativas

Al comparar los hallazgos de este estudio con resultados de revisión integrativa realizados previamente por otros investigadores, se puede observar algunas similitudes y diferencias. La semejanza más destacada es la cantidad de estudios incluidos en la presente revisión integrativa. Al igual que en este trabajo, varias revisiones integrativas sobre las acciones concretas que se deben realizar para conservar la dignidad en el cuidado paliativo hallaron poca cantidad de investigaciones sobre el tema. Por ejemplo, la revisión integrativa conducida por Johnston et al (2015), sobre las acciones para conservar la dignidad en el cuidado paliativo incluyó 31 artículos para revisión, mientras que Harståde y colegas (2018) incluyeron 15 artículos y Söderman y colegas (2020) incorporaron 26. Tal tendencia se observó en la presente revisión que incluyó 29 estudios.

La inclusión de estudios empíricos publicados representa una de las diferencias en comparación con algunas revisiones integrativas. Otras revisiones incluyeron, además de

estudios empíricos, protocolos de estudio (Söderman et al., 2020), tesis (Harstæde et al., 2018), revisiones de caso y revisiones de literatura sistemáticas (Johnston et al., 2015) como parte de la fuente de información. En esta revisión, se incluyeron estudios empíricos, cuantitativos, cualitativos y de metodología mixta, porque se estimó que proveía información basada en evidencia sobre las intervenciones. Solo se incluyó una carta al editor, al contener información completa sobre la intervención.

Otra de las diferencias notables es el enfoque principal de estudio, que fue identificar estrategias o intervenciones de vertiente psicológica. Las revisiones integrativas similares a la presente (Harstæde et al., 2018; Johnston et al., 2015; Söderman et al., 2020) se enfocaban más en las acciones de cuidado utilizadas en enfermería para preservar la dignidad, que a la participación de un psicoterapeuta en cada intervención. Las intervenciones aquí incluidas, no representan la totalidad de las intervenciones estudiadas en el campo de la psicología para las personas en cuidado paliativo. En la literatura podemos observar la musicoterapia (Díaz Abrahán et al., 2019; Pommeret et al., 2019; Valero-Cantero et al., 2020) Arteterapia (Collette, 2011), Psicoterapia Individual Centrada en el Significado (Sutkevičiūtė et al., 2017), Terapia de parejas enfocada en las emociones (Tie & Poulsen, 2013), Terapia de Familia (Ramos & Fulton, 2017), Terapia de Apoyo basada en atención plena o Mindfulness (Beng et al., 2015) y psicoterapia de danza y movimiento (Woolf & Fisher, 2015). No obstante, estas no presentan el estudio de la dignidad como parte de su temática de investigación, por lo cual no fueron incluidas en esta revisión. Consistentemente, en otra revisión de literatura sobre las intervenciones psicosociales en el cuidado paliativo, Almada et al. (2018) identifica que las intervenciones psicológicas más encontradas en la literatura lo son la Terapia conductual cognoscitiva para pacientes en etapa terminal con cáncer, la psicoterapia existencial, logoterapia, terapia grupal centrada en el

significado, y Terapia de la dignidad (p. 312). Tales intervenciones también fueron encontradas en otra revisión sistemática y metaanálisis sobre las intervenciones psicosociales enfocadas al cuidado paliativo (Warth et al., 2019). Entre las intervenciones más reportadas estaban la Terapia de dignidad, revisión de vida, intervenciones basadas en el significado y terapia de música (McConnell, 2016; Warth et al., 2019, p. 341). Tales resultados muestran consistencia con las intervenciones reportadas en esta revisión integrativa, sin embargo, ninguno de los estudios o revisiones se enfocaron en las intervenciones psicológicas utilizadas para conservar la dignidad.

Fortalezas del Estudio

Se observó varias fortalezas asociadas a esta revisión integrativa. La primera de ellas fue lo novel de realizar la integración con enfoque en las intervenciones psicológicas utilizadas para conservar la dignidad en el cuidado paliativo. Al comparar con la literatura actual, no se observó otras revisiones con este tema. La calidad de los estudios también presentó ser otras de las fortalezas del estudio ya que todos los estudios obtuvieron una puntuación de calidad mayor a la mínima establecida.

Limitaciones del Estudio

La presente revisión integrativa también posee limitaciones asociadas. Entre las limitaciones de esta revisión se incluye el tiempo limitado en el cual fue conducido la búsqueda de literatura y estudios publicados. La última fecha de revisión fue en octubre del año 2020, sin embargo, la revisión fue propuesta del 2009 al 2019, por lo que la literatura publicada luego del 2019 no fue incluida. Sería interesante incluir en investigaciones futuras, otros estudios publicados posteriores al año 2019, además de otro tipo de estudios tal como estudios de caso o revisiones de literatura para mejorar el entendimiento de las intervenciones psicológicas sobre la preservación de la dignidad en el cuidado paliativo. La heterogeneidad de la cantidad de muestra

de los estudios fue otra de las limitaciones. Los estudios incluidos variaron de ocho a 404 participantes, por lo cual la comparación por cantidad de muestra no pudo realizarse.

La restringida disponibilidad de estudios realizados en Puerto Rico o América Latina se encontró como una limitación. Dado a que los criterios de inclusión fueron específicos, la mayoría de los estudios se concentraron en otros países tal como los Estados Unidos, Canadá o Australia. Hubo tres estudios incluidos realizados en España (Bernácer et al., 2014; Rudilla, et al., 2015 y Rudilla et al., 2017). A pesar de que se hizo búsqueda en bases de datos tal como Redalyc y la Revista de la Asociación de Psicología de Puerto Rico (APPR), no se encontró estudios de América Latina y Puerto Rico. Por ejemplo, se encontró en la Revista de la APPR un estudio relacionado a intervenciones psicoterapéuticas, pero no cumplió con los criterios de inclusión por no atender el cuidado paliativo ni la dignidad. En dicho estudio llevado a cabo por Morales-Cruz et al. (2017), se estudió la intervención con activación conductual mediante actividad física para sobrevivientes de cáncer de mama.

El no contar con información sobre el efecto de las intervenciones de una manera que sea cuantificable, pudiera ser una limitación adicional. Entre las intervenciones revisadas, no se observó que ninguna de ellas fuera superior a otra, aun en aquellos estudios en las cuales varias intervenciones fueron utilizadas (Dose et al., 2017; Rudilla et al., 2017; Vuksanovic, et al., 2017a; Vuksanovic et al., 2017b). Sin embargo, el propósito de este estudio no fue establecer causalidad, efecto o magnitud del efecto, más bien identificar las intervenciones psicológicas publicadas que conserven la dignidad en el cuidado paliativo. Realizar un metaanálisis con los estudios cuantitativos puede proveer información más específica al respecto.

Rigor

Para atender el rigor en la presente revisión integrativa, se siguió las recomendaciones propuestas por Russel (2005) en el cual se describió de manera detallada todas las partes incluidas, para así presentar una guía que permitiera su replicabilidad. La validez interna de los estudios fue abordada mediante la evaluación del instrumento QualSyst, añadido a la validación de la relevancia de los estudios por parte del lector. Además de los criterios ya identificados, para fomentar el rigor en el estudio se conservó toda anotación realizada relevante al proceso de revisión, al igual que anotaciones reflexivas personales sobre el trabajo de investigación.

Implicaciones para la Práctica de la Psicología

La presente revisión de la literatura intentó identificar y sintetizar las intervenciones psicológicas existentes para la preservación de la dignidad en el cuidado paliativo del adulto mayor con enfermedad grave. Se encontró una consistencia en los resultados de este estudio con otros previos, lo cual señala que tales intervenciones se encuentran basadas en evidencia y pudieran formar parte del repertorio del cuidado paliativo desde la perspectiva psicológica. Las implicaciones para la práctica de la psicología, es que, al proveer evidencia sobre las intervenciones para la preservación de la dignidad en el cuidado paliativo, se pueden establecer guías dirigidas al mismo. Como se documentó anteriormente, “existen pocos psicólogos cuyos trabajos se dirigen al cuidado del final de la vida” (Ftanou et al., 2017, p. 343) y con las evidencias basadas en la literatura, sus esfuerzos terapéuticos pueden dirigirse a esta población que se encuentra en un momento tan delicado de su vida.

Otra implicación para la práctica de la psicología es la necesidad de establecer espacios de conversación sobre el tema del cuidado paliativo o final de la vida desde la perspectiva de mejores prácticas. Una mejor práctica se define como una “práctica apoyada por un proceso de

revisión de pares y evaluación que indica la efectividad en los resultados al mejorar la salud” (Spencer et al., 2013, p. 2). Con respecto al cuidado paliativo, “aparentemente un esquema explícito del modelo de mejores prácticas en el cuidado paliativo no existe en los países occidentales (Barazzetti et al., 2010, p. 2), por lo que existe espacio para que los Psicólogos con especialidad Clínica y en Consejería Psicológica compartan las mejores prácticas, que complementen a las basadas en evidencia para incorporar en el cuidado paliativo.

Conclusión

Se realizó una revisión integrativa donde se incluyó 29 estudios que cumplieron con el criterio de inclusión, de los cuales se observó una variedad de intervenciones con participación psicológica enfocadas en la evaluación de la dignidad, la psicoterapia y las estrategias de apoyo. Basado en los estudios disponibles en esta revisión y desde el Modelo de la Dignidad en la Enfermedad de Gennip (2013), se evidencia que todas las intervenciones psicológicas estudiadas, podrían ser utilizadas en la preservación de la dignidad en el cuidado paliativo con el adulto mayor que está en la fase al final de su vida, ya que atienden algún componente de la dimensión del Ser Individual, Relacional o Social. El discurso de la preservación de la dignidad encontradas en estos estudios “ofrece una creciente necesidad de preservar los aspectos psicológicos, sociales y espirituales que acompañan una enfermedad terminal” (Warth et al. 2019, p. 342). Por lo que es necesario que continúen los esfuerzos por trabajar en la preservación de la dignidad en el cuidado paliativo y aumentar la participación de los psicólogos en el mismo.

Las limitaciones encontradas en esta revisión sirven de base para la recomendación de futuras investigaciones sobre el tema. La primera recomendación para investigaciones futuras es el realizar una revisión con fechas anteriores al 2009 y luego del 2019. Esto permite que otras intervenciones psicológicas investigadas puedan ser reseñadas. De tal manera, incluir otra

literatura tal como estudios de caso, protocolos de estudio o revisiones de literatura puede añadir más espacio al entendimiento de las intervenciones psicológicas desde otros tipos de metodologías. Realizar un metaanálisis con los estudios cuantitativos bajo el mismo tema de investigación, presentaría una manera de proveer información sobre el efecto de las intervenciones sobre la dignidad, aspecto que esta revisión no incluyó ya que el propósito de esta fue identificar las intervenciones existentes.

De forma adicional se recomienda dar seguimiento a las sugerencias emitidas por otros investigadores sobre el tema. Entre ellas se encuentra estudiar el efecto de las intervenciones sobre la dignidad (Beck et al., 2019; Brown et al., 2011; Chochinov et al., 2011; Dose et al., 2017; Hall et al., 2011; Mai et al., 2018; Östlund et al., 2019; Da Rocha Rodrigues et al., 2019; Rudilla, et al., 2015), estudiar la dignidad con muestras grandes (Bernácer et al., 2014; Bovero et al., 2017), estandarizar los resultados con relación a la cultura o grupos étnicos (Ho, et al., 2012; Ho et al., 2017; Street et al., 2011), y aplicar la intervención en otros contextos de atención y condiciones (Johnston et al., 2015; Mah, et al., 2012; Periyakoil et al., 2010; Vuksanovic et al., 2017a).

Al realizar futuras investigaciones en Puerto Rico sobre el tema se recomienda que ellas sean con muestras aleatorias y controladas, y que exploren estrategias psicológicas específicas. La intención sería validar este tipo de intervención en la Isla, además de proveer información sobre intervenciones culturalmente relevantes con relación al cuidado paliativo y el acercamiento al final de la vida.

Incluir adiestramientos sobre las intervenciones psicológicas en cuidado paliativo a profesionales o proveer clases específicas para los estudiantes en formación, presenta una realidad para una profesión cuya participación es limitada dentro del mismo. Pérez Ramírez et al.

(2017), establecen que existe “pobre conocimiento sobre estas áreas y pocas oportunidades en adiestramiento para profesionales en formación interesados en el campo de la psicología oncológica” (p. 305). Es esencial que el psicólogo que participe del cuidado paliativo pueda contar con adiestramiento específico en tal cuidado, para así poder proveer intervenciones psicológicas individualizadas (Kozlov et al., 2018, p. 509).

Otra de las sugerencias para esfuerzos investigativos futuros, incluye el realizar una revisión que sintetice las intervenciones psicológicas avaladas por la literatura, específicas para el cuidado paliativo, aunque no contemple la preservación de la dignidad. Kozlov et al. (2018), concluyeron que “actualmente existe evidencia limitada sobre las intervenciones psicológicas y la efectividad del abordaje de los síntomas psicológicos de los pacientes con enfermedad grave (p. 509). Añadido a este esfuerzo, se pueden considerar grupos focales en donde se comparta las mejores prácticas dentro del cuidado paliativo desde la perspectiva psicológica y así complementar las intervenciones existentes.

Es importante comenzar el diálogo con asociaciones profesionales que faciliten a través de sus recursos, el esfuerzo promocional de la participación del psicólogo en el cuidado paliativo y el beneficio del cuidado integrado al paciente. En el contexto de la formación profesional del psicólogo, las estrategias psicoterapéuticas que preservan la dignidad en todas las etapas del cuidado paliativo deben ser enfatizada desde el aula. Con la difundida participación del psicólogo en diferentes contextos laborales, es cuestión de tiempo la atención de alguna persona con necesidad de preservación de la dignidad en cuidado paliativo. Con una constante referencia a las prácticas basadas en evidencia, junto con las mejores prácticas, podemos como profesión enfocada a la Psicología Clínica y Consejería, enriquecer nuestro repertorio de conocimiento y enfocarlo al beneficio de nuestros pacientes.

Referencias

- Afonso, R. M., Bueno, B., Loureiro, M. J., & Pereira, H. (2011). Reminiscence, psychological well-being, and EGO integrity in Portuguese elderly people. *Educational Gerontology*, 37(12), 1063–1080. <https://doi.org/10.1080/03601277.2010.500585>
- Almada, A. L., Casquinha, P., Cotovio, V., Santos, M. J., & Caixeiro, A. (2018). The potential role of psychosocial rehabilitation in palliative care. *Journal of the Royal College of Physicians of Edinburgh*, 48(4), 311–317. <http://doi.org/10.4997/JRCPE.2018.405>
- Alvord, M., Uchino, B., & Wright, V. (2019, October 8). *Manage stress: Strengthen your support network*. American Psychological Association. <https://www.apa.org/topics/stress/manage-social-support>.
- American Psychological Association (2015, June). *How does the APA define “psychology”?* <https://www.apa.org/support/about-apa>
- American Psychological Association. (n.d.). Psychological intervention. In *APA Dictionary of Psychology*. Retrieved from <https://dictionary.apa.org/intervention>.
- American Psychological Association (2017, August). *Resolution on palliative care and end-of-life issues and justification*. <http://www.apa.org/about/policy/palliative-care-eol.aspx>
- American Psychological Association (2019, December 11). *What do practicing psychologists do?* <https://www.apa.org/topics/psychotherapy/about-psychologists>
- Aoun, S. M., Chochinov, H. M., & Kristjanson, L. J. (2015). Dignity Therapy for People with Motor Neuron Disease and Their Family Caregivers: A Feasibility Study. *Journal of Palliative Medicine*, 18(1), 31–37. <https://doi.org/10.1089/jpm.2014.0213>

- Barazzetti, G., Borreani, C., Miccinesi, G., & Toscani, F. (2010). What "best practice" could be in Palliative Care: an analysis of statements on practice and ethics expressed by the main Health Organizations. *BMC Palliative Care*, 9(1). <https://doi.org/10.1186/1472-684x-9-1>
- Barclay, L. (2016). In sickness and in dignity: A philosophical account of the meaning of dignity in health care. *International Journal of Nursing Studies*, 61, 136–141.
<https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2016.06.010>
- Beck, A., Cottingham, A. H., Stutz, P. V., Gruber, R., Bernat, J. K., Helft, P. R., Wilhelm, L., Schmidt, K., Stout, M. E., Willard, C., & Johns, S. A. (2019). Abbreviated dignity therapy for adults with advanced-stage cancer and their family caregivers: Qualitative analysis of a pilot study. *Palliative and Supportive Care*, 17(03), 262–268.
<https://doi.org/10.1017/s1478951518000482>
- Beng, T. S., Chin, L. E., Guan, N. C., Yee, A., Wu, C., Jane, L. E., & Meng, C. B. (2015). Mindfulness-Based Supportive Therapy (MBST): Proposing a Palliative Psychotherapy from a Conceptual Perspective to Address Suffering in Palliative Care. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*, 32(2), 144–160.
<https://doi.org/10.1177/1049909113508640>
- Bernácer, N. J., Mira, L. B., López, V. M., & Díaz, P. N. R. (2014). Aplicación de la Dignity Therapy en pacientes oncológicos en situación avanzada. *Psicooncología*, 11(2-3).
https://doi.org/10.5209/rev_psic.2014.v11.n2-3.47393
- Bernat, J. K., Helft, P. R., Wilhelm, L. R., Hook, N. E., Brown, L. F., Althouse, S. K., & Johns, S. A. (2015). Piloting an abbreviated dignity therapy intervention using a legacy-building web portal for adults with terminal cancer: a feasibility and acceptability study. *Psycho-Oncology*, 24(12), 1823–1825. <https://doi.org/10.1002/pon.3790>

- Bovero, A., Sedghi, N. A., Botto, R., Tosi, C., Ieraci, V., & Torta, R. (2017). Dignity in cancer patients with a life expectancy of a few weeks. Implementation of the factor structure of the Patient Dignity Inventory and dignity assessment for a patient-centered clinical intervention: A cross-sectional study. *Palliative and Supportive Care*, 16(6), 648–655. <https://doi.org/10.1017/s147895151700102x>
- Brown, H., Johnston, B., & Östlund, U. (2011). Identifying care actions to conserve dignity in end-of-life care. *British Journal of Community Nursing*, 16(5), 238–245. <https://doi.org/10.12968/bjcn.2011.16.5.238>
- Brożek, B., Fopka-Kowalczyk, M., Łabuś-Centek, M., Damps-Konstańska, I., Ratajska, A., Jassem, E., Larkin, P., & Krajnik, M. (2019). Dignity Therapy as an aid to coping for COPD patients at their end-of-life stage. *Advances in respiratory medicine*, 87(3), 135–145. <https://doi.org/10.5603/ARM.a2019.0021>
- Chochinov, H. M. (2002). Dignity-Conserving Care A New Model for Palliative Care. *JAMA*, 287(17), 2253. <https://doi.org/10.1001/jama.287.17.2253>
- Chochinov, H. M., Johnston, W., McClement, S. E., Hack, T. F., Dufault, B., Enns, M., Thompson, G., Harlos, M., Damant, R. W., Ramsey, C. D., Davison, S., Zacharias, J., Milke, D., Strang, D., Campbell-Enns, H. J., & Kredentser, M. S. (2016). Dignity and Distress towards the End of Life across Four Non-Cancer Populations. *PLOS ONE*, 11(1), e0147607. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0147607>
- Chochinov, H. M., Kristjanson, L. J., Breitbart, W., McClement, S., Hack, T. F., Hassard, T., & 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)

- Collette, N. (2011). Arteterapia y cáncer. *Psicooncología*, 8(1), 81–99.
https://doi.org/10.5209/rev_psic.2011.v8.n1.7
- Cornejo, M., & Salas, N. (2011). Rigor y calidad metodológicos: Un reto a la investigación social cualitativa. *Psicoperspectivas, Individuo y Sociedad*, 10 (2), 12-34.
<https://doi.org/10.5027/Psicoperspectivas-Vol10-Issue2-Fulltext-144>
- Cotter, P., Hession, N., Elmer, N., & O'Kane, A. (2019). Being "Mindful" of Dignity in Dying: Developing Awareness, Fostering a Psychological Understanding, and Supporting Dignified Endings-To-Life. *International Journal of Existential Psychology & Psychotherapy*, 8(1), 1–14. <https://doi.org/journal.existentialpsychology.org>
- Crump, B. (2019). Patient Dignity: Exploring Oncology Nurses' Perceptions During End-of-Life Care. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 23(3). 46-51
<https://doi.org/10.1188/19.cjon.e46-e51>
- Da Rocha Rodrigues, M. G., Pautex, S., & Shaha, M. (2016). Review $\oplus$: the influence of a life review intervention including a positive, patient-centered approach towards enhancing the personal dignity of patients with advanced cancer—a study protocol for a feasibility study using a mixed method investigation. *Pilot and Feasibility Studies*, 2(1), 1-8.
<https://doi.org/10.1186/s40814-016-0101-z>
- Diaz Abraham, V., Lemos Jaramillo, A., & Justel, N. (2019). Benefits of Music Therapy in the Quality of Life of Older Adults. *Revista Ciencias De La Salud*, 17(3), 9.
<https://doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/revsalud/a.8349>
- Dose, A., Hubbard, J., Mansfield, A., McCabe, P., Krecke, C., & Sloan, J. (2017). Feasibility and Acceptability of a Dignity Therapy/Life Plan Intervention for Patients With Advanced

- Cancer. *Oncology Nursing Forum*, 44(5), E194–E202. <https://doi.org/10.1188/17.onf.e194-e202>
- England, J. B. (2012). An integrative literature review: the relationship between healthy work environment and nursing-sensitive patient outcomes [Unpublished doctoral dissertation, Montana State University]. <https://scholarworks.montana.edu/xmlui/handle/1/1231>
- Ercole, F. F., Melo, L. S., & Alcoforado, C. L. (2014). Integrative review versus systematic review. *Reme: Revista Mineira De Enfermagem*, 18(1), 12-14. <https://doi.org/10.5935/1415-2762.20140001>
- Errasti-Ibarrondo, B., Martínez García, M., Carvajal, A., & Arantzamendi, M. (2014). Modelos de dignidad en el cuidado: Contribuciones para el final de la vida. *Cuadernos de bioética: Revista oficial de la Asociación Española de Bioética y Ética Médica*, 25(84), 243-256. <https://www.aebioetica.org/revistas/2014/25/84/243.pdf>
- Fernández-Sola, C., Cortés, M. M., Hernández-Padilla, J. M., Torres, C. J., Terrón, J. M., & Granero-Molina, J. (2017). Defining dignity in end-of-life care in the emergency department. *Nursing Ethics*, 24(1), 20–32. <https://doi.org/10.1177/0969733015604685>
- Finn, L., & Malhotra, S. (2019). The development of pathways in palliative medicine: Definition, models, cost, and quality impact. *Healthcare*, 7(1), 22. <https://doi.org/10.3390/healthcare7010022>
- Ftanou, M., Pascoe, M. C., & Ellen, S. (2017). Psychosocial interventions for end-of-life care: An invited commentary. *Australian Psychologist*, 52(5), 340–345. <https://doi.org/10.1111/ap.12305>
- Galderisi, S., Heinz, A., Kastrup, M., Beezhold, J., & Sartorius, N. (2015). Toward a new definition of mental health. *World psychiatry: Official Journal of the World Psychiatric*

- Association (WPA)*, 14(2), 231–233. <http://doi:10.1002/wps.20231>
- Ganeshkumar, P., & Gopalakrishnan, S. (2013). Systematic reviews and meta-analysis: Understanding the best evidence in primary healthcare. *Journal of Family Medicine and Primary Care*, 2(1), 9. <https://doi.org/10.4103/2249-4863.109934>
- Gennip, I. E. V., Pasman, H. R. W., Oosterveld-Vlug, M. G., Willems, D. L., & Onwuteaka-Philipsen, B. D. (2013). The development of a model of dignity in illness based on qualitative interviews with seriously ill patients. *International Journal of Nursing Studies*, 50(8), 1080–1089. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2012.12.014>
- Goldsmith, J., & Kurpius, S. (2015). Older Adults and Integrated Health Settings: Opportunities and Challenges for Mental Health Counselors. *Journal of Mental Health Counseling*, 37(2), 124–137. <https://doi.org/10.17744/mehc.37.2.q57403638j4671n0>
- Guo, Q., & Jacelon, C. S. (2014). An integrative review of dignity in end-of-life care. *Palliative Medicine*, 28(7), 931–940. <https://doi.org/10.1177/0269216314528399>
- Guo, Q., Chochinov, H. M., McClement, S., Thompson, G., & Hack, T. (2018). Development and evaluation of the Dignity Talk question framework for palliative patients and their families: A mixed-methods study. *Palliative Medicine*, 32(1), 195–205. <https://doi.org/10.1177/0269216317734696>
- Hack, T. F., McClement, S. E., Chochinov, H. M., Cann, B. J., Hassard, T. H., Kristjanson, L. J., & Harlos, M. (2010). Learning from dying patients during their final days: life reflections gleaned from dignity therapy. *Palliative Medicine*, 24(7), 715–723. <https://doi.org/10.1177/0269216310373164>
- Hall, S., Goddard, C., Opio, D., Speck, P., & Higginson, I. J. (2011). Feasibility, acceptability and potential effectiveness of Dignity Therapy for older people in care homes: A phase II

- randomized controlled trial of a brief palliative care psychotherapy. *Palliative Medicine*, 26(5), 703–712. <https://doi.org/10.1177/0269216311418145>
- Hall, S., Goddard, C., Speck, P. W., Martin, P., & Higginson, I. J. (2013). “It Makes You Feel That Somebody Is Out There Caring”: A Qualitative Study of Intervention and Control Participants' Perceptions of the Benefits of Taking Part in an Evaluation of Dignity Therapy for People With Advanced Cancer. *Journal of Pain and Symptom Management*, 45(4), 712–725. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2012.03.009>
- Harst de, C. W., Blomberg, K., Benzein, E., & Östlund, U. (2018). Dignity-conserving care actions in palliative care: an integrative review of Swedish research. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 32(1), 8–23. <https://doi.org/10.1111/scs.12433>
- Hennemann-Krause, L., Araújo, J. A., Florentino, D. D. M., & Petersen, E. M. (2015). Cuidados paliativos: o valor da pessoa e sua hist ria no HUPE. *Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto*, 14(1), 19-27. <https://doi.org/10.12957/rhupe.2015.17778>
- Ho, A. H. Y., Car, J., Ho, M.-H. R., Tan-Ho, G., Choo, P. Y., Patinadan, P. V., Chong, P. H., Ong, W. Y., Fan, G., Tan, Y. P., Neimeyer, R. A., & Chochinov, H. M. (2017). A novel Family Dignity Intervention (FDI) for enhancing and informing holistic palliative care in Asia: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*, 18(1), 1–12. <https://doi.org/10.1186/s13063-017-2325-5>
- Ho, A. H. Y., Leung, P. P. Y., Tse, D. M. W., Pang, S. M. C., Chochinov, H. M., Neimeyer, R. A., & Chan, C. L. W. (2012). Dignity Amidst Liminality: Healing Within Suffering Among Chinese Terminal Cancer Patients. *Death Studies*, 37(10), 953–970. <https://doi.org/10.1080/07481187.2012.703078>
- Hopia, H., Latvala, E., & Liimatainen, L. (2016). Reviewing the methodology of an integrative

- review. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 30(4), 662–669. <https://doi.org/10.1111/scs.12327>
- Huamani, J. C., & Arohuanca, M. (2019). Sentido de vida en pacientes diagnosticados con cáncer. *Persona*, 022(2), 93–109. [https://doi.org/10.26439/persona2019.n022\(2\).4566](https://doi.org/10.26439/persona2019.n022(2).4566)
- Iani, L., De Vincenzo, F., Maruelli, A., Chochinov, H. M., Ragghianti, M., Durante, S., & 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(1468). 1-9
<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.01468>
- Instituto Nacional de la Salud (2017, May 17) *What are palliative care and Hospice Care?* NIH National Institute on Aging. <https://www.nia.nih.gov/health/what-are-palliative-care-and-hospice-care>.
- Johnston, B., Larkin, P., Connolly, M., Barry, C., Narayanasamy, M., Östlund, U., & Mcilfattrick, S. (2015). Dignity-conserving care in palliative care settings: An integrative review. *Journal of Clinical Nursing*, 24(13-14), 1743–1772. <https://doi.org/10.1111/jocn.12791>
- Johnston, B., Östlund, U., & Brown, H. (2012). Evaluation of the Dignity Care Pathway for community nurses caring for people at the end of life. *International Journal of Palliative Nursing*, 18(10), 483–489. <https://doi.org/10.12968/ijpn.2012.18.10.483>
- Johnston, B., Papadopoulou, C., Östlund, U., Hunter, K., Andrew, J., & Buchanan, D. (2017). What's Dignity Got to Do With It? Patient Experience of the Dignity Care Intervention. *SAGE Open Nursing*, 3(1), 1-12. <https://doi.org/10.1177/2377960817699839>
- Johnston, B., Pringle, J., Gaffney, M., Narayanasamy, M., McGuire, M., & Buchanan, D. (2015).

- The dignified approach to care: a pilot study using the patient dignity question as an intervention to enhance dignity and person-centred care for people with palliative care needs in the acute hospital setting. *BMC Palliative Care*, 14(1).
<https://doi.org/10.1186/s12904-015-0013-3>
- Julião, M., Oliveira, F., Nunes, B., Carneiro, A. V., & 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.
<https://doi.org/10.1089/jpm.2013.0567>
- Kelley, A. S. (2014). Defining “Serious Illness.” *Journal of Palliative Medicine*, 17(9), 985.
<https://doi.org/10.1089/jpm.2014.0164>
- Kelley, A. S., & Bollens-Lund, E. (2018). Identifying the population with serious illness: The “denominator” challenge. *Journal of Palliative Medicine*, 21(S2), S7–S16.
<https://doi.org/10.1089/jpm.2017.0548>
- Kennedy G. (2016). The Importance of Patient Dignity in Care at the End of Life. *The Ulster Medical Journal*, 85(1), 45–48.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4847835/pdf/umj0085-0045.pdf>
- Kmet, L.M., Lee, R.C., & Cook, L.S. (2004). Standard quality assessment criteria for evaluating primary research papers from a variety of fields. *The Alberta Heritage Foundation for Medical Research. HTA Initiative # 13*.
<http://www.aihealthsolutions.ca/publications/>
- Korhan, E. A., Üstün, Ç., & Yilmaz, D. U. (2018). Practices in human dignity in palliative care. *Holistic Nursing Practice*, 32(2), 71–80. <https://doi.org/10.1097/hnp.0000000000000252>

- Kozlov, E., Niknejad, B., & Reid, M. C. (2018). Palliative Care Gaps in Providing Psychological Treatment: A Review of the Current State of Research in Multidisciplinary Palliative Care. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine®*, 35(3), 505–510.
<https://doi.org/10.1177/1049909117723860>
- Krau, S. D. (2016). The difference between palliative care and end of life care: More than semantics. *Nursing Clinics of North America*, 51(3), 9-10. <https://doi.org/10.1016/j.cnur.2016.07.002>
- Li, Y.-C., Feng, Y.-H., Chiang, H.-Y., Ma, S.-C., & Wang, H.-H. (2020). The Effectiveness of Dignity Therapy as Applied to End-of-Life Patients with Cancer in Taiwan: A Quasi-Experimental Study. *Asian Nursing Research*. <https://doi.org/10.1016/j.anr.2020.04.003>
- Mah, L., Grief, C., Grossman, D., & Rootenberg, M. (2012). Assessment of Patient Dignity in Geriatric Palliative Care. *Journal of the American Geriatrics Society*, 60(11), 2178–2180.
<https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2012.04235.x>
- Mai, S. S., Goebel, S., Jentschke, E., Oorschot, B. V., Renner, K.-H., & Weber, M. (2018). Feasibility, acceptability and adaption of dignity therapy: a mixed methods study achieving 360° feedback. *BMC Palliative Care*, 17(73), 1-10.
<https://doi.org/10.1186/s12904-018-0326-0>
- Martínez Bullé-Goyri, V. M. (2013). Reflexiones sobre la dignidad humana en la actualidad. *Boletín Mexicano De Derecho Comparado*, 46(136), 39–67. [https://doi.org/10.1016/s0041-8633\(13\)71121-9](https://doi.org/10.1016/s0041-8633(13)71121-9)
- McConnell, T., Scott, D., & Porter, S. (2016). Music therapy for end-of-life care: An updated systematic review. *Palliative Medicine*, 30(9), 877–883.
<https://doi.org/10.1177/0269216316635387>

- Moher, D. (2009). Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. *Annals of Internal Medicine*, 151(4), 264.
<https://doi.org/10.7326/0003-4819-151-4-200908180-00135>
- Morales-Cruz, J., Bernal, G., & Amaral-Figueroa, M. (2017). Impacto y viabilidad de una intervención con activación conductual mediante actividad física para sobrevivientes de cáncer de mama. *Revista Puertorriqueña de Psicología*, 28(1), 116–132.
<http://www.ojs.repsasppr.net/index.php/rep/article/view/324/308>.
- Naciones Unidas. (n.d.). *La Declaración Universal de Derechos Humanos*, Naciones Unidas. United Nations. <https://www.un.org/es/about-us/universal-declaration-of-human-rights>.
- Oosterveld-Vlug, M. G., de Vet, H. C. W., Pasman, H. R., van Gennip, I. E., Willems, D. L., & Onwuteaka-Philipsen, B. D. (2016). Which characteristics of nursing home residents relate to factors influencing their dignity? *Geriatric Nursing*, 37(5), 365–370.
<https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2016.05.002>
- Oosterveld-Vlug, M. G., Pasman, H. R., van Gennip, I. E., Willems, D. L., & Onwuteaka-Philipsen, B. D. (2013). Changes in the Personal Dignity of Nursing Home Residents: A Longitudinal Qualitative Interview Study. *PLoS ONE*, 8(9). 1-9
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0073822>
- Organización Mundial de la Salud. (2020, August 5). *Palliative Care*. World Health Organization. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>.
- Östlund, U., Blomberg, K., Söderman, A., & Harstade, C. W. (2019). How to conserve dignity in palliative care: suggestions from older patients, significant others, and healthcare professionals in Swedish municipal care. *BMC Palliative Care*, 18(1).
<https://doi.org/10.1186/s12904-019-0393-x>

- Parandeh, A., Khaghanizade, M., Mohammadi, E., & Mokhtari-Nouri, J. (2016). Nurses' human dignity in education and practice: An integrated literature review. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 21(1), 1–8. <https://doi.org/10.4103/1735-9066.174750>
- Parpa, E., Kostopoulou, S., Tsilika, E., Galanos, A., & Mystakidou, K. (2019). Depression as a Mediator or Moderator Between Preparatory Grief and Sense of Dignity in Patients With Advanced Cancer. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine®*, 36(12), 1063–1067. <https://doi.org/10.1177/1049909119844783>
- Pérez Ramírez, E., Torres Blanco, N., Garduño-Ortega, O., Castro-Figueroa, E. M., & Costa-Muñiz, R. (2017). Necesidades de adiestramiento de investigación en medicina conductual, psicología de la salud y psicooncología en estudiantes graduados en Puerto Rico. *Revista Puertorriqueña de Psicología*, 28(2), 296–313. <https://www.ojs.repsasppr.net/index.php/reps/article/view/369/33>
- Periyakoil, V. S., Noda, A. M., & Kraemer, H. C. (2010). Assessment of Factors Influencing Preservation of Dignity at Life's End: Creation and the Cross-Cultural Validation of the Preservation of Dignity Card-Sort Tool. *Journal of Palliative Medicine*, 13(5), 495–500. <https://doi.org/10.1089/jpm.2009.0279>
- Peterson, L. J., Dobbs, D., Meng, H., Gamaldo, A., Oneil, K., & Hyer, K. (2018). Sharing end-of-life Care preferences with family members: Who has the discussion and who does not. *Journal of Palliative Medicine*, 21(4), 463–472. <https://doi.org/10.1089/jpm.2017.0357>
- Pols, J., Pasveer, B., & Willems, D. (2018). The particularity of dignity: relational engagement in care at the end of life. *Medicine, Health Care and Philosophy*, 21(1), 89–100. <https://doi.org/10.1007/s11019-017-9787-9>

- Pommeret, S., Chrusciel, J., Verlaine, C., Filbet, M., Tricou, C., Sanchez, S., & Hannetel, L. (2019). Music in palliative care: a qualitative study with patients suffering from cancer. *BMC Palliative Care*, 18(1), 1-6. <https://doi.org/10.1186/s12904-019-0461-2>
- Prada, A. R., Gómez, J. C., Daveloza, A. K., & Benjumea, A. Z. (2017). Comunidades compasivas en cuidados paliativos: revisión de experiencias internacionales y descripción de una iniciativa en Medellín, Colombia. *Psicooncología*, 14(2-3). <https://doi.org/10.5209/psic.57089>
- PRISMA. (n.d.). <http://prisma-statement.org/>.
- Ramos, K., & Fulton, J. J. (2017). Integrating Dignity Therapy and Family Therapy in Palliative Care: A Case Study of Multiple Sclerosis, Depression, and Comorbid Cancer. *Journal of Palliative Medicine*, 20(2), 115–115. <https://doi.org/10.1089/jpm.2016.0495>
- Rudilla, D., Barreto, P. & Oliver, A. (2014). Teoría y práctica de la dignidad en cuidados paliativos: una revisión. *Psicooncología*, 11(1), 7–18. [https://doi:10.5209/rev_psic.2014.v11.n1.44913](https://doi.org/10.5209/rev_psic.2014.v11.n1.44913)
- Rudilla, D., Barreto, P., Oliver, A., & Galiana, L. (2017). Estudio comparativo de la eficacia del counselling y de la terapia de la dignidad en pacientes paliativos. *Medicina Paliativa*, 24(1), 39–46. <https://doi.org/10.1016/j.medipa.2014.09.005>
- Rudilla, D., Galiana, L., Oliver, A., & Barreto, P. (2015). Comparing counseling and dignity therapies in home care patients: A pilot study. *Palliative and Supportive Care*, 14(4), 321–329. <https://doi.org/10.1017/s1478951515001182>
- Russell, C. (2005). An overview of the integrative research review. *Progress in Transplantation*, 15(1), 8–13. <https://doi.org/10.7182/prtr.15.1.0n13660r26g725kj>
- Saracino RM, Rosenfeld B, Breitbart W, Chochinov HM. (2019). Psychotherapy at the End of

- Life. *American Journal of Bioethics*, 19(12), 19-28. [https://doi: 10.1080/15265161.2019.1674552](https://doi.org/10.1080/15265161.2019.1674552).
- Scarton, L., Oh, S., Sylvera, A., Lamonge, R., Yao, Y., Chochinov, H., Fitchett, G., Handzo, G., Emanuel, L. & Wilkie, D. (2018). Dignity Impact as a Primary Outcome Measure for Dignity Therapy. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine®*, 35(11), 1417–1420. <https://doi.org/10.1177/1049909118777987>
- Segen's Medical Dictionary (2012). Dignity. In *Segen's Medical Dictionary*. Retrieved from <https://medical-dictionary.thefreedictionary.com/dignity>.
- Shultziner, D., & Rabinovici, I. (2012). Human dignity, self-worth, and humiliation: A comparative legal–psychological approach. *Psychology, Public Policy, and Law*, 18(1), 105–143. <https://doi.org/10.1037/a0024585>
- Sjöberg, M., Beck, I., Rasmussen, B. H., & Edberg, A.-K. (2017). Being disconnected from life: meanings of existential loneliness as narrated by frail older people. *Aging & Mental Health*, 22(10), 1357–1364. <https://doi.org/10.1080/13607863.2017.1348481>
- Soares, C. B., Hoga, L. A., Peduzzi, M., Sangaleti, C., Yonekura, T., & Silva, D. R. (2014). Integrative Review: Concepts And Methods Used In Nursing. *Revista Da Escola De Enfermagem Da USP*, 48(2), 335–345. <https://doi.org/10.1590/s0080-6234201400002000020>
- Söderman, A., Östlund, U., Werkander Harstäde, C., & Blomberg, K. (2020). Dignity-conserving care for persons with palliative care needs — identifying outcomes studied in research: An integrative review. *Palliative and Supportive Care*, 18(6), 722–740. <https://doi.org/10.1017/s1478951520000139>

- Souza, M. T., Silva, M. D., & Carvalho, R. de. (2010). Integrative review: what is it? How to do it? *Einstein (São Paulo)*, 8(1), 102–106. <https://doi.org/10.1590/s1679-45082010rw1134>
- Spencer, L. M., Schooley, M. W., Anderson, L. A., Kochtitzky, C. S., DeGroff, A. S., Devlin, H. M., & Mercer, S. L. (2013). Seeking Best Practices: A Conceptual Framework for Planning and Improving Evidence-Based Practices. *Preventing Chronic Disease*, 10, 1-9. <https://doi.org/10.5888/pcd10.130186>
- State Data Center de Puerto Rico (SDC-PR). (2018, junio 21). *Población de 65 Años o Más, Iguala a la Población Menor de 18 Años*. <https://censo.estadísticas.pr/Comunicado-de-prensa/2018-06-21t122055>
- State Data Center de Puerto Rico (SDC-PR). *Pirámide Poblacional de Puerto Rico interactiva durante la década 2010*. <https://censo.estadísticas.pr/node/452>
- Street, A. F., Wakelin, K., Hordern, A., Bruce, N., & Horey, D. (2012). Dignity and Deferral Narratives as Strategies in Facilitated Technology-Based Support Groups for People with Advanced Cancer. *Nursing Research and Practice*, 2012, 1–7. <https://doi.org/10.1155/2012/647836>
- Sutkevičiūtė, M., Stančiukaitė, M., & Bulotienė, G. (2017). Individual Meaning-Centered Psychotherapy for palliative cancer patients in Lithuania. A case report. *Acta Medica Lituanica*, 24(1), 67–73. <https://doi.org/10.6001/actamedica.v24i1.3464>
- Tamagawa, R., Garland, S., Vaska, M., & Carlson, L. E. (2012). Who benefits from psychosocial interventions in oncology? A systematic review of psychological moderators of treatment outcome. *Journal of Behavioral Medicine*, 35(6), 658–673. <https://doi.org/10.1007/s10865-012-9398-0>
- Tie, S., & Poulsen, S. (2013). Emotionally Focused Couple Therapy with Couples Facing

Terminal Illness. *Contemporary Family Therapy*, 35(3), 557–567.

<https://doi.org/10.1007/s10591-013-9238-6>

- Tornøe, K. A., Danbolt, L. J., Kvigne, K., & Sørli, V. (2015). The challenge of consolation: nurses' experiences with spiritual and existential care for the dying-a phenomenological hermeneutical study. *BMC Nursing*, 14(1). <https://doi.org/10.1186/s12912-015-0114-6>
- Valero-Cantero, I., Martínez-Valero, F. J., Espinar-Toledo, M., Casals, C., Barón-López, F. J., & Vázquez-Sánchez, M. Á. (2020). Complementary music therapy for cancer patients in at-home palliative care and their caregivers: protocol for a multicentre randomised controlled trial. *BMC Palliative Care*, 19(1), 1-11. <https://doi.org/10.1186/s12904-020-00570-9>
- Vergo, M., Nimeiri, H., Mulcahy, M., Benson, A., & Emanuel, L. (2014). A feasibility study of dignity therapy in patients with stage IV colorectal cancer actively receiving second-line chemotherapy. *The Journal of Community and Supportive Oncology*, 12(12), 446–453. <https://doi.org/10.12788/jcso.0096>
- Vuksanovic, D., Green, H. J., Morrissey, S. A., & Smith, S. (2017). Dignity Therapy and Life Review for Palliative Care Patients: A Qualitative Study. *Journal of Pain and Symptom Management*, 54(4). <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2017.07.016>
- Vuksanovic, D., Green, H. J., Dyck, M., & 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). <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2016.09.005>
- Warth, M., Koehler, F., Weber, M., Bardenheuer, H. J., Ditzen, B., & Kessler, J. (2019). “Song of Life (SOL)” study protocol: a multicenter, randomized trial on the emotional, spiritual, and psychobiological effects of music therapy in palliative care. *BMC Palliative Care*, 18(1). <https://doi.org/10.1186/s12904-019-0397-6>

Whittemore, R., & Knafl, K. (2005). The integrative review: updated methodology. *Journal of Advanced Nursing*, 52(5), 546–553. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2005.03621.x>

Woolf, S., & Fisher, P. (2015). The role of dance movement psychotherapy for expression and integration of the self in palliative care. *International Journal of Palliative Nursing*, 21(7). 340–348. <https://doi.org/10.12968/ijpn.2015.21.7.340>

APÉNDICES

Apéndice A

Lista de Cotejo para Evaluar la Calidad de Estudios Cuantitativos

Lista de cotejo para evaluar la calidad de estudios cuantitativos

Criterio		Si (2)	Parcial (1)	No (0)	n/d
1	¿Se describe suficientemente la pregunta u objetivo?				XXXX
2	¿Era evidente y apropiado el diseño del estudio?				XXXX
3	¿Se describió y era apropiado el método de comparación de sujetos, selección de grupo o fuente de información de variables?				
4	¿Se describen las características de los sujetos o grupos de comparación?				XXXX
5	Si se llevó a cabo, ¿Se describió la intervención o asignación aleatoria?				
6	Si se llevó a cabo, ¿Se reportó que la asignación de intervención fue ciego para el investigador?				
7	Si se llevó a cabo ¿Se reportó si fue ciego para los sujetos?				
8	¿Se definieron adecuadamente los resultados, medidas de exposición, medidas robustas o sesgos que lleven a clasificaciones erróneas? ¿Cuál fue el medio de evaluación reportada?				
9	¿Fue apropiado el tamaño de la muestra?				
10	¿Se describieron los métodos de análisis? ¿Fueron justificadas y apropiadas?				
11	¿Se reportó algún estimado de varianza para los resultados principales?				
12	¿Ofreció control sobre las variables ocultas?				
13	¿Se reportaron los resultados de manera detallada?				XXXX
14	¿Fue la conclusión apoyada por los resultados?				XXXX

Nota: Traducida al español de Kmet, L.M., Lee, R.C., & Cook, L.S. (2004). Standard quality

assessment criteria for evaluating primary research papers from a variety of fields.

Apéndice B

Lista de Cotejo para Evaluar la Calidad de Estudios Cualitativos

Lista de cotejo para evaluar la calidad de estudios cualitativos

Criterio		Si (2)	Parcial (1)	No (0)
1	¿Se describe suficientemente la pregunta u objetivo?			
2	¿Era evidente y apropiado el diseño del estudio?			
3	¿Estaba claro el contexto del estudio?			
4	¿Hubo conexión a un marco teórico o cuerpo de conocimiento más amplio?			
5	¿Se describió la estrategia de muestreo? ¿Era relevante y justificada?			
6	¿Se describió claramente la recopilación de datos? ¿Era sistemática?			
7	¿Se describió el análisis de datos claramente? ¿Era sistemática?			
8	¿Se utilizó procedimientos de verificación para establecer credibilidad?		XXXXXX	
9	¿Fue la conclusión apoyada por los resultados?			
10	¿Se menciona un reporte reflexivo del estudio?			

Nota: Traducida al español de Kmet, L.M., Lee, R.C., & Cook, L.S. (2004). Standard quality assessment criteria for evaluating primary research papers from a variety of fields.

Apéndice C

Tabla Puntuación de Calidad QualSyst

Tabla Puntuación de Calidad QualSyst

_____ Cuantitativo _____ Cualitativo

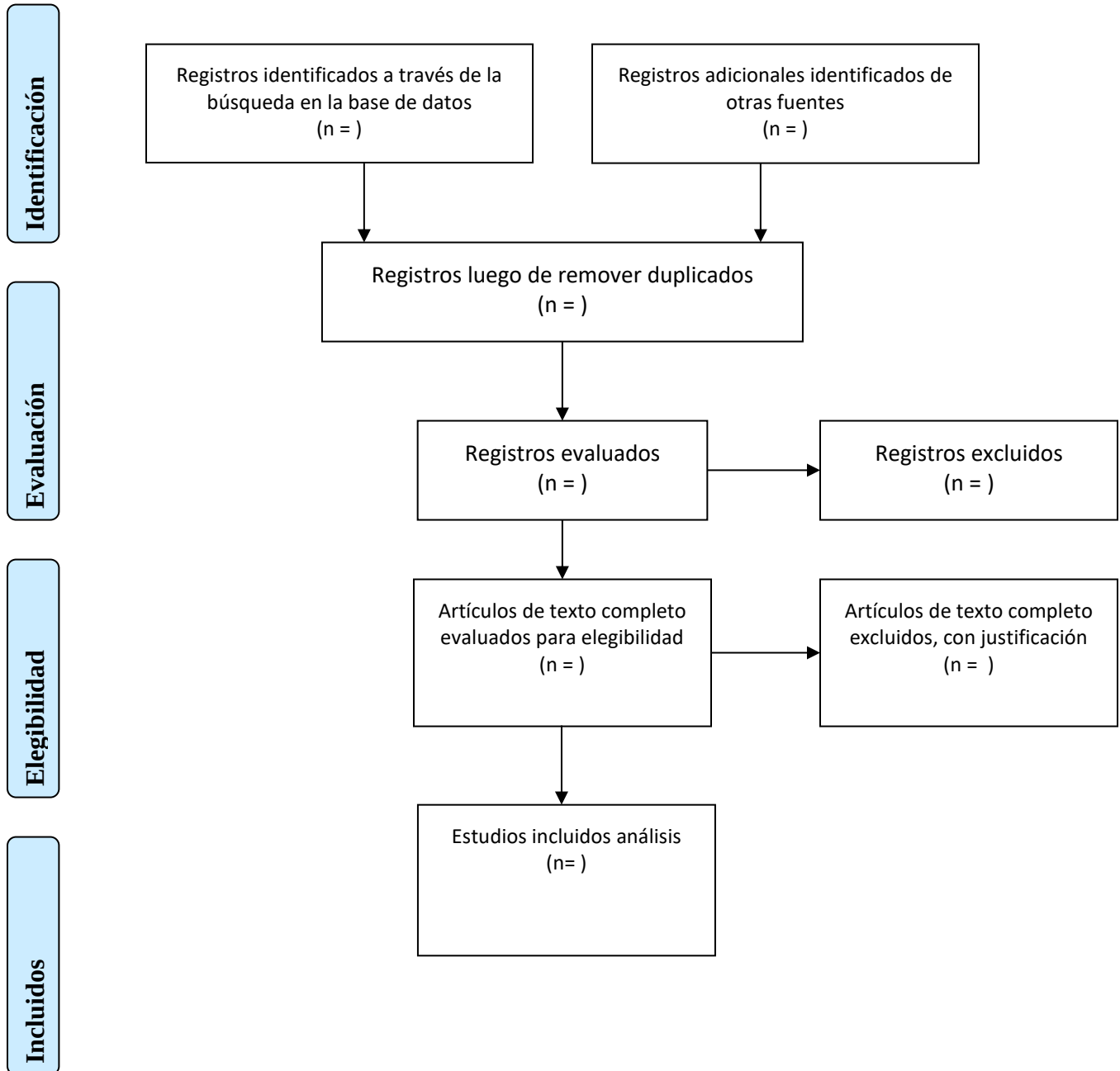
Año	Título	Puntuación

Apéndice D

Diagrama de Flujo, PRISMA



Diagrama de flujo, PRISMA



Apéndice E

Tabla de Reducción de Datos de Estudios Incluidos

Tabla 4.

Tabla de Reducción de Datos

Autor y an	Título	Objetivo	Método e Intervención	Muestra y contexto	Temas según los resultados	Conclusión y sugerencias	Punt. Calidad
Aoun, et al., 2015	Dignity Therapy for People with Motor Neuron Disease and Their Family Caregivers: A Feasibility Study	Evaluar la aceptabilidad, viabilidad y efectividad de la terapia de dignidad para reducir la angustia en las personas con MND y sus cuidadores	Cuantitativa Diseño pre y post diagnóstico de intervención de medidas repetidas Estudio de viabilidad	27 pacientes con MND en cuidado paliativo y 18 cuidadores Edad: Edad media de 64.3 con SD de 10.7	Pacientes: Angustia relacionada a la dignidad, esperanza, y bienestar espiritual Cuidadores: Carga, esperanza, ansiedad, y depresión	Alta satisfacción y endoso de los pacientes con la TD Sugiere que la TD incluye los aspectos importantes de la experiencia al final de la vida.	0.85
Beck et al., 2019	Abbreviated Dignity Therapy for Adults with Advanced-Stage Cancer and Their Family Caregivers: Qualitative Analysis of a Pilot Study	Explorar el resultado cualitativo de una versión abreviada de la TD, menos recursos e intensivo	Método cualitativo, Análisis directo de contenido Método de análisis cualitativo rápido	Contexto: Cuidado en el hogar Participantes reclutados de la organización de apoyo de MND de oeste de Australia	Auto expresión, conexión con sus amados, sentido de propósito, sensación de continuidad	Resultados sugieren que la forma abreviada de la TD puede fomentar beneficios	
				11 participantes con diagnóstico avanzado de cáncer			

Tabla 4.

Tabla de Reducción de Datos (Continuación)

Autor y año	Título	Objetivo	Método e Intervención	Muestra y contexto	Temas según los resultados	Conclusión y sugerencias	Punt. Calidad
Bernácer et al., 2014	Aplicación de la dignity therapy en pacientes oncológicos en situación avanzada	Aplicar la Dignity Therapy como de intervención para el alivio del sufrimiento a dichos pacientes, evaluando si existen cambios pre y post intervención.	Estudio cuasi experimental evalúa diferencias estadísticas pre y post intervenciones significativas avanzadas (Cáncer de mama, Cáncer de ovario, Cáncer de colon, Cáncer de próstata, Sarcoma y Linfoma). Intervención: Dignity Therapy Hodgkin. En Etapa III o IV. La edad media de los participantes de 55.63 años,	entre pacientes con etapa avanzada de cáncer y los recipientes de su proyecto de legado	Edad mediana de 52.3 años con SD de 12 < 50% de sobrevivencia Contexto: Clínica ambulatoria de oncología Simon Cancer Center de la Universidad de Indiana, USA	similares que la TD tradicional Sugerencias: Necesidad de estudios adicionales para confirmar los efectos de la TD abreviada	100
						Pacientes mostraron una amplia satisfacción con el contenido de la DT e indicaron que les había sido Bastante o muy útil, Asimismo, también se observa un incremento en Cuanto a la percepción de bienestar tras la intervención,	0.888

Tabla 4.

Tabla de Reducción de Datos (Continuación)

Autor y año	Título	Objetivo	Método e Intervención	Muestra y contexto	Temas según los resultados	Conclusión y sugerencias	Punt. Calidad
				y la SD de 13.99 con edades comprendidas entre 28 y 80 años Contexto: Plataforma de Oncología del Hospital Quirón Torrevieja, España en tratamiento ambulatorio u hospitalaria		Sugerencias Futuros estudios habrían de aumentar la muestra utilizada, ahondando en la efectividad de la técnica.	
Bovero et al., 2017	Dignity in cancer patients with a life expectancy of a few weeks. Implementation of the factor structure of the Patient Dignity Inventory and	Investigar la dignidad en pacientes con cáncer al final de la vida, al examinar la versión italiana del PDI y evaluar la relación entre la dignidad y las variables psicosociales y espirituales para mejorar la práctica	Cuantitativo Estudio transversal Entrevistas semiestructuradas Escala autoadministrada Intervención: Patient Dignity Inventory	127 pacientes con diagnóstico de cáncer metastático Edad: media de 75 años con SD 11.40 Contexto: Hospicio Expectativa de vida de varias semanas. Italia	pacientes con Angustia psicológica Apoyo social Síntomas físicos y dependencia Angustia existencial Pérdida de Sentido/propósito	Los resultados señalan la validez intercultural del PDI y empoderar la detección acertada de la angustia relacionada a la dignidad en la práctica clínica diaria.	100

Tabla 4.

Tabla de Reducción de Datos (Continuación)

Autor y año	Título	Objetivo	Método e Intervención	Muestra y contexto	Temas según los resultados	Conclusión y sugerencias	Punt. Calidad
			dignity assessment for clínica centrada en a patient-centered el paciente clinical intervention: A cross-sectional study				
Brown et al., 2011	Identifying care actions to conserve dignity in end-of-life care	Sugerir acciones de cuidado que preservan la dignidad al final de la vida basada en evidencia de la experiencia local y enfermería práctica y comunitaria	Diseño cualitativo descriptivo Análisis de Grupos focales teórico Intervención: Care actions to conserve dignity in end-of-life care	Muestra compuesta por 14 enfermeras certificadas, tres marcomédicos generalistas, ocho pacientes y cinco cuidadores Pacientes en etapa avanzada de cáncer de pulmón, sarcoma, cáncer de próstata, colon, linfoma, síndrome carcinoide Edad: Entre 60 y 73 años Contexto: Cuidado paliativo comunitario Suecia	Preocupaciones relacionadas a la enfermedad Nivel de independencia Angustia por los síntomas Temas relacionados al repertorio que conserva la dignidad Se divide en perspectivas que preservan la dignidad y prácticas que preservan la dignidad	Como parte de un Proyecto multifase, desarrollar y evaluar una forma de cuidado, Este estudio junto con una revisión comprensiva de literatura sobre la dignidad y angustia al final de la vida tiene el potencial de proveer intervenciones basadas en evidencia para ayudar a proveer cuidado al final de la vida que conserve la dignidad.	0.90

Tabla 4.

Tabla de Reducción de Datos (Continuación)

Autor y año	Título	Objetivo	Método e Intervención	Muestra y contexto	Temas según los resultados	Conclusión y sugerencias	Punt. Calidad
Brožek et al., 2019	Dignity Therapy as an aid to coping for COPD patients at their end-of-life stage	Evaluar la viabilidad general y los beneficios	Diseño cualitativo Análisis cualitativo: “competent judge method”	Diez pacientes en etapa terminal de COPD Edad promedio de 73 años: Entre 60 y 87 años. Cuestionario de años.	Ser Mantenimiento del orgullo, Preservación de los roles Esperanza, Autonomía/control, Generatividad /legado aceptación Resiliencia/espiritu de lucha, Prácticas que preservan la dignidad: Vivir en el momento Mantener la normalidad Encontrar consuelo espiritual Inventario social de dignidad Apoyo social Privacidad Límites Forma de cuidado: Carga para otros Preocupaciones sobre las consecuencias Significado Perdón Espiritualidad Esperanza	Sugerencias: La intervención en la forma de cuidado, debe ser evaluada a profundidad para validar la evidencia de las acciones de cuidado Para las pacientes basadas en asuntos Mantener la normalidad identificados como importante para una muerte digna”	0.90
						La TD aplicada reveló que enfocarse en el significado ofreció un recurso mental tangible de casi todos los sujetos. La terapia	

Tabla 4.

Tabla de Reducción de Datos (Continuación)

Autor y año	Título	Objetivo	Método e Intervención	Muestra y contexto	Temas según los resultados	Conclusión y sugerencias	Punt. Calidad
		potenciales de la Terapia de la Dignidad en pacientes con COPD	satisfacción autoadministrada Intervención: Dignity Therapy	Contexto: en el hospital y en el hogar luego de una hospitalización en el Departamento de Neumología, en Polonia		propuesta mejora la dignidad y ofrece aumento al significado de la vida al dejar parte de sí mismos a otros. Sugerencias La TD debe ser incorporada dentro de las intervenciones específicas para mejorar el estándar de cuidado médico ofrecido a pacientes con COPD al final de la etapa de la vida	0.892
Chochinov et al., 2011	The effect of dignity therapy on distress and end-of-life experience in terminally ill patients: a randomised controlled trial	Determinar si la TD reduce varias dimensiones de angustia (depresión, sufrimiento) Determinar si la TD puede mejorar la calidad de la	Cuantitativo Ensayo aleatorio controlado Multi-lugar Pacientes asignados a TD, cuidado centrado en el cliente, cuidado paliativo	326 participantes con diagnóstico de cáncer en su sentido de dignidad Edad: Edad promedio de 65.1 con SD de 14.4 Edad: Edad promedio de 65.1 con SD de 14.4 Edad: Edad promedio de 65.1 con SD de 14.4	Mejora la calidad de vida, su sentido de dignidad cambia como la familia los ve o los aprecia, más efectivo al ayudar a su	No se observó diferencias significativas a través de las intervenciones en el objetivo principal	

Tabla 4.

Tabla de Reducción de Datos (Continuación)

Autor y año	Título	Objetivo	Método e Intervención	Muestra y contexto	Temas según los resultados	Conclusión y sugerencias	Punt. Calidad
		experiencia del morir tal como mejorar la calidad de vida, sentido de dignidad, comparado con otras dos condiciones; cuidado paliativo estándar, y cuidado centrado en el cliente.	estándar/ tradicional Intervención: Dignity Therapy	Contexto: Cuidado paliativo o hospitalario o comunitario En Canadá, Nueva York y Australia	familia que otras intervenciones	En el objetivo secundario, los pacientes reportaron que la TD fue más efectiva, mejoró la calidad de vida, Sentido de dignidad, cambio en como la familia los ve o los aprecia, y ayuda a la familia. Sugerencias: Estudios futuros que exploren los efectos positivos pudieran aflorar las complejidades psicológicas, espirituales y existenciales de las personas que enfrentan el final de la vida y cómo apoyar a su familia	

Tabla 4.

Tabla de Reducción de Datos (Continuación)

Autor y año	Título	Objetivo	Método e Intervención	Muestra y contexto	Temas según los resultados	Conclusión y sugerencias	Punt. Calidad
Chochinov et al., 2016	Dignity and Distress towards the End of Life across Four Non-Cancer Populations	Identificar cuatro poblaciones no cáncer que pueden beneficiarse del acercamiento paliativo; describir y comparar la prevalencia y patrones de angustia relacionada a la dignidad a través de estas poblaciones clínicas diversas usando el PDI	Cuantitativo Enfoque prospectivo de múltiples contextos Intervención: Patient Dignity Inventory	404 participantes con ALS, COPD, ESRD, y adultos delicados Edad: Edad media por grupo ALS 63.9 SD 12.0 COPD: 72.3 SD 4.4 ERSD: 72.3 SD 4.4 Adulto delicado: 88.2 SD 5.0 Contexto: tratamiento ambulatorio, clínico, hospitalización, hogares de cuidado en Winnipeg, Manitoba y Edmonton, Alberta, Canada.	ALS: No ser capaz de completar roles importantes tareas o rutinas diarias Sentir que es carga a los demás Miedo a la pérdida de control No sentirse valioso o valorado COPD: Síntomas físicos angustiantes Mayor ansiedad	El PDI provee una manera novel de examinar las complejidades de las experiencias de los pacientes en poblaciones no cáncer. Conocer tal angustia amplía el entendimiento de las experiencias al final de la vida en estas poblaciones y cómo cubrir mejor sus necesidades en el cuidado paliativo	100

Tabla 4.

Tabla de Reducción de Datos (Continuación)

Autor y año	Título	Objetivo	Método e Intervención	Muestra y contexto	Temas según los resultados	Conclusión y sugerencias	Punt. Calidad
Dose et al., 2017	Feasibility and Acceptability of a Dignity Therapy/Life Plan Intervention for Patients with Advanced Cancer	Determinar la viabilidad y aceptabilidad de la terapia de la dignidad/ intervención de plan de vida en contexto oncológico ambulatorio	Estudio piloto descriptivo Estudio de la viabilidad Intervención: Dignity Therapy/Life Plan Intervention	18 pacientes con tratamiento para adenocarcinoma pancreático avanzado o “non-small cell lung cancer” prognosis de seis meses o más Edad: Edad media de 63.6 años, con rango de 46–78 años en el grupo de cáncer pancreático y 38–77 años en el grupo de cáncer pulmonar Contexto: Contexto oncológico ambulatorio: Centro de quimioterapia en la Clínica Mayo en Rochester, Minnesota	Intervención valió la pena, Lo harían nuevamente, Cumplió o excedió sus expectativas, Lo recomendarían a otras personas, mejoró o mantuvo su calidad de vida, intervención fue considerada como tiempo	Esta intervención psicosocial es viable y aceptable para pacientes en tratamiento de cáncer avanzado. La dignidad es importante para aquellos con cáncer y las intervenciones promueven la dignidad deben ser considerados como parte del cuidado psicosocial durante el tratamiento para mitigar el sufrimiento potencial y mejorar la calidad de vida Sugerencias: Se necesita estudios adicionales relacionadas a la implementación de la TD combinada con el LP.	0.85

Tabla 4.

Tabla de Reducción de Datos (Continuación)

Autor y año	Título	Objetivo	Método e Intervención	Muestra y contexto	Temas según los resultados	Conclusión y sugerencias	Punt. Calidad
Guo et al., 2018	Development and evaluation of the Dignity Talk question framework for palliative patients and their families: A mixed-methods study	Desarrollar un medio novel de facilitar una conversación significativa para los pacientes en cuidado paliativo y administrado sus familiares llamados “Dignity Talk”, explorar los beneficios anticipados y los retos de usar el “Dignity Talk”, Intervención: Dignity Talk y sugerencias para el mejoramiento del protocolo	Método Mixto Diseño de método mixto convergente paralelo Cuestionario auto Análisis de datos Análisis de datos cualitativo y cuantitativo Muestreo por conveniencia Intervención: Dignity Talk	20 pacientes paliativos, 20 familiares y 34 proveedores de salud Edad de pacientes: Edad media de 77.7 y SD de 12.0 Contexto: dos unidades de cuidado paliativo en Winnipeg, Canadá ≤ seis meses de vida	Inicio una conversación Mejora la conexión y relación familiar Mejora el valor y la dignidad personal Promueve interacción efectiva Atiende asuntos pendientes	Los participantes sintieron que el “Dignity Talk” puede ser valioso al promover conversaciones, mejorar las conexiones y relaciones familiares, aumentar el sentido de valor y dignidad, promover interacciones efectivas y atender asuntos pendientes. Los pacientes cercanos a la muerte pueden ver el Dignity Talk como la oportunidad final para trabajar asuntos relevantes.	c-0.90 q= 100
Hack et al., 2010	Learning from dying patients during their final days: life reflections gleaned from	Capturar las voces de las personas en proceso de morir, escuchar lo más importante para ellos mientras	Método de investigación cualitativo Análisis de contenido latente Técnicas de	50 pacientes terminalmente enfermos Edad: Edad promedio de 64.3 con SD de 14.5 < seis meses de vida	Identifican Valores Base: Familia Placer Verdaderas amistades	Las transcripciones revelaron que la terapia de la dignidad provee un espacio	0.85

Tabla 4.

Tabla de Reducción de Datos (Continuación)

Autor y año	Título	Objetivo	Método e Intervención	Muestra y contexto	Temas según los resultados	Conclusión y sugerencias	Punt. Calidad
	dignity therapy.	reflexionan en sus vidas mientras se acerca la muerte	análisis comparativo constante Intervención: Dignity Therapy	Contexto: Programa de cuidado paliativo en un centro terciario de cáncer y hospital comunitario en Canada, Australia	Experiencias enriquecedoras Variedad de funciones de los valores: Afirmación Ética personal Deseos	terapéutico seguro para pacientes que revisan los aspectos más significativos de sus vidas, de manera tal que se hacen aparentes los valores Los hallazgos se discuten en término de teoría de valores, el rol de la terapia de la dignidad y clarificación de los valores en el esfuerzo de mejorar la dignidad de las personas en etapa terminal	
Hall et al., 2011	Feasibility, acceptability and potential effectiveness of Dignity Therapy for older people in care homes:	Evaluar la viabilidad aceptabilidad y efectividad potencial de la Terapia de la Dignidad para	Cuantitativo Ensayo aleatorio “open-label” Grupo intervención: TD Grupo control: tratamiento	60 participantes en cuidado paliativo Con enfermedad en etapa avanzada	Reducción en la angustia relacionada a la dignidad Reducción en la depresión Mejoría en la	TD mostró ser viable y aceptable. El grupo de intervención con TD resultó en mayor percepción de	

Tabla 4.

Tabla de Reducción de Datos (Continuación)

Autor y año	Título	Objetivo	Método e Intervención	Muestra y contexto	Temas según los resultados	Conclusión y sugerencias	Punt. Calidad
	A phase II randomized controlled trial of a brief palliative care psychotherapy	reducir la angustia de personas mayores en hogares de cuidado	psicológico estándar Estudio de viabilidad Intervención: Dignity Therapy	Edad: Edad media en grupo control de 81.38 con SD de 8.84 y el estudio grupo de intervención: 84.45 con SD de 8.08 Contexto: Hogar de cuidado en Londres	calidad de vida Más positivo Positivo sobre su participación en el estudio Les ayudó Hizo su vida más significativa Aumentó su sentido de propósito Redució su angustia Aumento su deseo de vivir Ayudó a su familia	de que la TD hizo su vida más significativa luego de dos semanas y podría ayudar a su familia Sugerencias: En estudios futuros explorar el efecto de beneficios adicionales de la intervención	
Hall et al., 2013	“ It Makes You Feel That Somebody Is Out There caring’ ’ A Qualitative Study of Intervention and Control Participants’ Perceptions of the Benefits of Taking Part in an Evaluation of Dignity Therapy for People with Advanced Cancer	Explorar la percepción de los participantes en el grupo de intervención y control de los beneficios de tomar parte de una evaluación de la Terapia de la Dignidad Dentro del marco	Método mixto Enfoque cualitativo y cuantitativo Entrevistas semiestructuradas Análisis cualitativo con abordaje de marco teórico Asignación aleatoria a	45 pacientes con diagnóstico de cáncer en etapas avanzadas, recibiendo cuidados paliativos22 en grupo de intervención y 23 en grupo control	Temas solo en el grupo intervención: opiniones sobre el documento de generatividad, y Generatividad, y recuerdo Seis temas evidentes en ambos grupos: renfocarse, hacer	La terapia de la dignidad fue beneficioso para la mayoría de los participantes Sugerencias: Determinar la mejor manera de discernir/seleccionar quienes se pudieran beneficiar de la	0.85

Tabla 4.

Tabla de Reducción de Datos (Continuación)

Autor y año	Título	Objetivo	Método e Intervención	Muestra y contexto	Temas según los resultados	Conclusión y sugerencias	Punt. Calidad
Ho, et al., 2012	Dignity amidst liminality: Healing within suffering among Chinese terminal cancer patients.	Examinar críticamente el concepto de dignidad y liminalidad al final de la vida, en un esfuerzo de Significado entender mejor los procesos de sanación dentro del sufrimiento en pacientes chinos de cáncer terminal que reciben cuidado	de un modelo subyacente de intervención	Edad: 61.19 con SD 18.10 a 65.30 SD 17.91	una contribución, interacción con el investigador o terapeuta,	Terapia de la Dignidad .	100
			grupo intervención y control Intervención: Dignity Therapy	Contexto: dos hospitales en Londres, U.K	diversión, no ayudar con sus problemas; y cambios cognoscitivos		
Ho, et al., 2012	Dignity amidst liminality: Healing within suffering among Chinese terminal cancer patients.	Examinar críticamente el concepto de dignidad y liminalidad al final de la vida, en un esfuerzo de Significado entender mejor los procesos de sanación dentro del sufrimiento en pacientes chinos de cáncer terminal que reciben cuidado	Cualitativo “ Meaning Oriented Interview”	18 pacientes chinos diagnosticados con cáncer terminal en etapa IV con expectativa de vida de no más de seis meses de vida.	Proceso interactivo al mantener la dignidad a través de dos categorías: Mantener la Dignidad a través de Autonomía de Personal: Reestablecer el control	Terapia de la Dignidad .	100
			Entrevista orientada al significado	Edad: 44 a 98 años Contexto: Programa de cuidado paliativo ambulatorio de un hospital público	Auto suficiencia Decisiones informadas Planificación al futuro Mantener la Dignidad a través de la conexión familiar:		

Tabla 4.

Tabla de Reducción de Datos (Continuación)

Autor y año	Título	Objetivo	Método e Intervención	Muestra y contexto	Temas según los resultados	Conclusión y sugerencias	Punt. Calidad
					Expresar apreciación Lograr reconciliación Cumplir las obligaciones familiares Establecer apego continuo	Hallazgos identifican que los dos temas principales de la autonomía personal y conexión familiar forman los pilares principales de la dignidad en un grupo de pacientes con cáncer terminal. Sugerencias: Estandarizar las intervenciones de revisión de vida específica a la cultura para hacerlas accesibles al contexto de hospicio y cuidado paliativo	0.85 7
Ho et al, 2017	A novel Family Dignity Intervention (FDI) for enhancing and informing palliative care in Asia	Evaluar la efectividad de la FDI para aumentar el sentido de dignidad, en Asia	Cuantitativo ensayo controlado aleatorio asignado a	126 diadas compuestas por un paciente terminal	Family Dignity therapy, sentido de dignidad, esperanza, significado,	Única terapia que evalúa una intervención psicosocial y	

Tabla 4.

Tabla de Reducción de Datos (Continuación)

Autor y año	Título	Objetivo	Método e Intervención	Muestra y contexto	Temas según los resultados	Conclusión y sugerencias	Punt. Calidad
Johnston et al., 2017	What's Dignity Got to Do With It? Patient Experience of the Dignity Care Intervention.	esperanza, significado, calidad de vida, de los pacientes terminalmente enfermos, y mejorar el bienestar psicofisiológico y angustia psicosocial	grupo FDT y cuidado psicológico estandar, y grupo control: cuidado psicológico estandar. Entrevista cualitativa a diada	Edad: 60 años o más y un cuidador primario psicofisiológico y bienestar psicológico Pacientes en centro de cuidado diurno, "home care", y hospicio en Singapore	calidad de vida, bienestar psicofisiológico y bienestar psicosocial	espiritual, basada en evidencia. Esta yes enfocada a la familia y mejora la dignidad y el bienestar de los pacientes que enfrentan la mortalidad. Recomendaciones: Realizar futuras investigaciones que expandan idiomas en las que se ofrece el FDI. -Evaluar su aceptabilidad y efecto en otros grupos étnicos de Asia Mayor.	0.85
Johnston et al., 2017	What's Dignity Got to Do With It? Patient Experience of the Dignity Care Intervention.	Explorar como el DCI evalúa y atiende las necesidades de las pacientes relacionadas a la dignidad	Diseño cualitativo Entrevistas individuales audio grabadas. Análisis temático	25 pacientes con diagnóstico de cancer avanzado y otras enfermedades	Experiencia con el DCI: -Me da permiso de hablar -DCI provee estructura Tiempo del DCI	Los hallazgos de este estudio proveen evidencia que el DCI es útil para abordar el contexto del	0.85

Tabla 4.

Tabla de Reducción de Datos (Continuación)

Autor y año	Título	Objetivo	Método e Intervención	Muestra y contexto	Temas según los resultados	Conclusión y sugerencias	Punt. Calidad
			desde el marco teórico Intervención: Dignity Care Intervention	avanzadas con expectativa de vida de seis meses de vida. Edad de pacientes: Edad media de 68.23 Contexto: Hogar y hospicio de tres áreas geográficas en el Noreste de Escocia y Reinos Unidos	Responde a las preocupaciones de mi enfermedad: -Angustia física -Capacidad funcional -Angustia psicológica Cómo la afecta a mi persona: -Aceptar la nueva realidad -Cómo se afectan hubiesen los roles /vivir diálogado. a día/ mantener la Sugerencias: normalidad - Retener la autonomía/ Control -Auto preservación	cuidado al final de la vida. El uso del DCI ayudó a identificar las preocupaciones relacionadas a la dignidad y ofreció una oportunidad de atenderlas. El uso del PDI dio foro a discutir asuntos importantes Que de otra manera no lo hubiesen -Cómo se afectan hubiesen los roles /vivir diálogado. a día/ mantener la Sugerencias: Realizar estudios futuros con un diseño prospectivo de entrevistas seriales donde se pueda evaluar cómo las preocupaciones relacionadas a la dignidad cambio	

Tabla 4.

Tabla de Reducción de Datos (Continuación)

Autor y año	Título	Objetivo	Método e Intervención	Muestra y contexto	Temas según los resultados	Conclusión y sugerencias	Punt. Calidad
Johnston et al., 2015	The dignified approach to care: a pilot study using the patient dignity question as an intervention to enhance dignity and person-centered care for people with palliative care needs in the acute hospital setting	Evaluar el uso de el Patient Dignity Question como intervención breve para motivar un clima centrado en la persona para fomentar una relación terapéutica entre el cuidador y sus pacientes (p.2)	Método mixto Estudio piloto Entrevistas semiestructuradas Análisis temático desde Marco teórico Medida base y comparación con resultados post intervención Intervención: Patient Dignity Question	30 pacientes en cuidado paliativo, 17 proveedores de salud y 4 familiares Edad de pacientes: 65.4 media de 10.8 Cualquier etapa de cuidado paliativo Contexto: Cuidado paliativo en hospital del este de Escocia	Atributos y actitudes -Apreciación -Actitudes del staff Me conocen como persona -Conocimiento de mi persona -Conciencia emocional -Logros personales -representación Tiempo y lugar -Tiempo del staff -Adherencia	y evoluciona a través del tiempo. Los hallazgos del estudio piloto proveen entendimiento de la provisión de cuidado para tratar la dignidad de un principio básico de derechos humanos. Este estudio piloto ha demostrado que el PDQ tiene el potencial de ser una herramienta valiosa y aceptable en la provisión de cuidado centrado en el paciente. Facilita información que no está disponible a través de procesos y procedimientos	C 95.4 Q 100

Tabla 4.

Tabla de Reducción de Datos (Continuación)

Autor y año	Título	Objetivo	Método e Intervención	Muestra y contexto	Temas según los resultados	Conclusión y sugerencias	Punt. Calidad
						rutinarios. Se concluye que el PDQ puede ser incorporado en la práctica clínica del cuidado paliativo a favor de un cuidado personalizado y digno Sugerencias: Estudios adicionales aplicando el PDQ a un área geográfica mayor y en contextos diversos.	
Mah, et al., 2012	Assessment of patient dignity in geriatric Palliative care	Evaluar con el PDI si los pacientes que reciben cuidado paliativo hospitalizado en una unidad de cuidado paliativo geriátrico experimentan poca angustia	Cuantitativo Cuestionario/Instrumento auto administrado Estadísticas descriptivas Intervención: Patient Dignity Intervention	27 adultos mayores con diagnóstico de cáncer, fallo cardíaco congestivo, y enfermedad de betatalasemia	Preocupaciones relacionadas a la dignidad, Dependencia, Preocupación de los síntomas Angustia existencial Paz mental	El PDI mostró ser efectivo en identificar preocupaciones específicas relacionadas a la dignidad en pacientes geriátricos en	0.90

Tabla 4.

Tabla de Reducción de Datos (Continuación)

Autor y año	Título	Objetivo	Método e Intervención	Muestra y contexto	Temas según los resultados	Conclusión y sugerencias	Punt. Calidad
		relacionada a la dignidad		Edad promedio de 80.4 ± 9.8 < seis meses de vida Contexto: Hospitalizados en una unidad de cuidado paliativo En un hospital geriátrico terciario		cuidado paliativo. El estudio sugiere que la angustia relacionada a la dignidad es elevada en los pacientes hospitalizados en una unidad de cuidado paliativo geriátrico Sugerencias: Realizar viabilidad y desarrollo de protocolos de salud mental estandarizado como parte del cuidado paliativo similar a los protocolos de sedación usados en hospicio o contextos de cuidado paliativo hospitalarios TD aparenta ser una intervención viable y exitosa en Alemania para pacientes y para pacientes al final de la vida Sugerencias: Investigación futura sobre el mecanismo de respetuosa entreacción y métodos apropiados para	C 0.944 Q 0.85
Mai et al., 2018	Feasibility, acceptability and adaption of dignity therapy: a mixed methods study achieving 360° feedback	Investigar la viabilidad de la TD en unidades de cuidado paliativo (PCU), al igual que retroalimentación y adaptación del protocolo de la versión en alemán de la pregunta de la dignidad y la	Método mixto Cuantitativo: Cuestionarios de Cualitativo: entrevistas cognoscitivas y de los datos de la	30 pacientes en cuidado paliativo Con diagnóstico de cáncer gastrointestinal, cáncer ginecológico, cáncer urológico y condiciones neurológicas	Ayuda eficaz, Significativo para pacientes y familiares Más exitoso a través de una relación respetuosa entre paciente y terapeuta	intervención viable y exitosa en Alemania para pacientes al final de la vida Sugerencias: Investigación futura sobre el mecanismo de respetuosa entreacción y métodos apropiados para	C 0.944 Q 0.85

Tabla 4.

Tabla de Reducción de Datos (Continuación)

Autor y año	Título	Objetivo	Método e Intervención	Muestra y contexto	Temas según los resultados	Conclusión y sugerencias	Punt. Calidad
Östlund et al., 2019	How to conserve dignity in palliative care: suggestions from older patients, significant others, and healthcare professionals in Swedish municipal care	Sugerir acciones de cuidado para conservar la dignidad en el cuidado paliativo desde la perspectiva de los pacientes, personas significativas y profesionales de la salud en una municipalidad de Suecia	Cualitativo Descriptivo Análisis con enfoque deductivo	de la intervención y cáncer de la TD Estudio de viabilidad Intervención: Dignity Therapy	Muestra y contexto Edad: Edad media de 63 años con SD de 9.9 años. Contexto: Unidades de cuidado paliativo (PCU) en hospital universitarios. Expectativa de dos semanas a 12 meses de vida	aclarar el efecto de TD en los pacientes y sus familiares -Evaluación del impacto de una implementación extensiva del TD	0.90
				En cuidado paliativo Edad: entre 71 y 80 años Con diagnóstico de cáncer y uno con enfermedad cardíaca severa. Diferente etapa de cuidado paliativo Contexto: centro de cuidado u hogar de ancianos en una municipalidad de Suecia	Las personas deben ser tratadas como individuos Respetar su privacidad Paz espiritual y esperanza Compasión y diálogo Cuidado individualizado Restaurar el control y proveer representación y escucha sensible, toma de	Los pacientes describieron el DCI como un aspecto que les permite participar en diálogo con sus enfermeros sobre asuntos importantes que de otra manera no hablarían Sugerencias: Investigar la efectividad de la intervención y sus respuestas	

Tabla 4.

Tabla de Reducción de Datos (Continuación)

Autor y año	Título	Objetivo	Método e Intervención	Muestra y contexto	Temas según los resultados	Conclusión y sugerencias	Punt. Calidad
Periyakoil et al., 2010	Assessment of Factors Influencing Preservation of Dignity at Life's End: Creation and the Cross-Cultural Validation of the Preservation of Dignity Card-Sort Tool	Explorar la percepción de los pacientes y el equipo de salud sobre los factores que influyen sobre la preservación de la dignidad de los pacientes al final de la vida. Crear y validar " The Preservation of dignity card-sort tool (p-DCT)" .	Cualitativo Encuestas escritas Creación de modelo teórico Creación de Dignity Card-Sort Dignity Card-Sort Tool (p-DCT) Intervención: Preservation of dignity card sort tool (p-DCT)	140 participantes Filipino Americano Edad: Edad media de 61.3 Sorteos con SD de 7.6 Contexto: Comunitario en la Bahía de San Francisco, California Validado para final de la vida	Dignidad extrínseca Respeto por otros -Tratarlo con respeto -Honrarlo como individuo Asuntos de lacuidado (care tenor) -Otros cubren sus necesidades físicas -Otros cubren sus necesidades emocionales Otros mantienen su privacidad y Dignidad Intrínseca Autonomía independencia y habilidad de tomar decisiones	El p-DCT es una herramienta prometedora que puede ayudar a los terapeutas a identificar los factores claves que influyen en la preservación de la dignidad en el cuidado paliativo de los pacientes adultos Sugerencias: Validar La herramienta en varios contextos y en muestras más grandes para evaluar la generabilidad	0.90

Tabla 4.

Tabla de Reducción de Datos (Continuación)

Autor y año	Título	Objetivo	Método e Intervención	Muestra y contexto	Temas según los resultados	Conclusión y sugerencias	Punt. Calidad
					Autoestima Tiene respeto por sí mismo Espiritualidad Se preserva su esperanza puede encontrar significado en su existencia y muerte		
Da Rocha Rodrigues et al., 2019	Revie $\oplus$: An intervention promoting the dignity of individuals with advanced cancer: A feasibility study.	Explorar la viabilidad de Revie una intervención que promueve la dignidad en pacientes de cáncer avanzado y determinar los cambios posibles en el sentido de dignidad, desarrollo personal y satisfacción de vida	Estudio de Revie métodos Mixtos Estudio de viabilidad Medida pre y postEdad: media de 57.78 y SD de 11.6 Entrevistas semiestructuradas Análisis temático inductivo Intervención: Revie $\oplus$	41 pacientes con diagnóstico de cáncer avanzado Edad: media de 57.78 y SD de 11.6 Contexto: Ambulatorio y hospitalizados en un hospital universitario en Suiza	Una Buena idea Flujo de emociones Proceso individual Ganancia personal Dejar un legado Cambio en la relación con la enfermera	Los resultados apoyan la viabilidad de este estudio. La intervención valoró los recursos de las pacientes y enfocó en los cambios positivos a pesar de la enfermedad. Todos los participantes consideraron la intervención relevante y recomendaron su	C 0.722 Q 0.80

Tabla 4.

Tabla de Reducción de Datos (Continuación)

Autor y año	Título	Objetivo	Método e Intervención	Muestra y contexto	Temas según los resultados	Conclusión y sugerencias	Punt. Calidad
Rudilla, et al., 2015	Comparing counseling and dignity therapies in home care patients: A pilot study.	Examinar los efectos de la TD y Consejería y ofrecer información útil Que pueda ponerse en práctica y cumplir con las necesidades de los pacientes	Cuantitativa Estudio piloto aleatorio controlado Asignación aleatoria a dos grupos de intervención Evaluación de TD y Consejería diferencia entre los dos grupos Pruebas t de medidas repetidas Intervención:	75 pacientes con diagnóstico Avanzado o terminal oncológico y no oncológico Edad: Edad promedio de 68.29 años con SD de 10.36 en el grupo de Consejería y 72.14 años con medidas repetidasSD de 14.29	Consejería Terapia de la Dignidad Reducción de la ansiedad Mejoría de la calidad de vida Apoyo social Espiritualidad resiliencia	implementación en la práctica clínica Sugerencias: Ensayo controlado aleatorio para medir la efectividad de la intervención y determinar el mejor momento para administrarlo. El estudio provee evidencia De la eficacia De la TD y Consejería Al mejorar el bienestar de los pacientes de home care Y encontró mejores resultados del grupo de Consejería con respecto a la	0.85 7

Tabla 4.

Tabla de Reducción de Datos (Continuación)

Autor y año	Título	Objetivo	Método e Intervención	Muestra y contexto	Temas según los resultados	Conclusión y sugerencias	Punt. Calidad
			Counseling and dignity therapy			depresión, resiliencia y ansiedad Sugerencias: Realizar futuras investigaciones sobre el efecto similar de ambas terapias.	
Rudilla et al., 2017	Estudio comparativo de la eficacia del counselling y de la terapia de la dignidad en pacientes paliativos	Este estudio tiene como objetivo identificar y cuantificar diferencias en términos de distrés emocional, calidad de vida y preservación de la dignidad tras el tratamiento con estos 2 tipos de intervenciones.	Cuantitativo Diseño~ cuasiexperimental los asignados aleatoriamente a los 2 grupos de intervención: Counseling y TD	Contexto: Unidad de cuidado en el hogar del Hospital General Universitario de Valencia, España 30 pacientes con diagnóstico oncológico avanzado Edad: Edad promedio de 60,07 con SD de 14,01 en Counseling y 69,07 con SD de 13,69 en TD	Counseling: mejoró la variable sufrimiento, calidad de vida y dos de las dimensiones de dignidad (angustia existencial y angustia dependencia). El grupo Dignidad obtuvo los mismos resultados, a excepción de la variable ansiedad,	En general, los resultados mostraron que ambas intervenciones fueron beneficiosas para los pacientes paliativos.	0.82 1

Tabla 4.

Tabla de Reducción de Datos (Continuación)

Autor y año	Título	Objetivo	Método e Intervención	Muestra y contexto	Temas según los resultados	Conclusión y sugerencias	Punt. Calidad
Scarton et al., 2018	Dignity Impact as a Primary Outcome Measure for Dignity Therapy	Examinar propiedades de una nueva medida del impacto en la dignidad De la Escala de Dignidad (DIS)	Cuantitativo datos post prueba de un estudio “ large 3-arm multi-site randomized controlled trial (RCT). Aleatoriamente asignados cuidado paliativo estándar, cuidado centrado en el cliente y Terapia de la Dignidad Intervención: Dignity Therapy	Contexto: Unidad de Hospitalización a Domicilio (UHD) del Hospital General Universitario de Valencia 326 pacientes en hospicio o cuidado paliativo Todos con enfermedad terminal <6 meses de vida en Canadá, Australia y EU. Edad media de 66.7 (SD 14.2) 64.3 (14.3) 64.2 (14.6) Contexto: Hospital o contexto comunitario	Sentido de preocupación por dejar un legado perdurable Hacer significado positivo Preparación para la muerte Angustia relacionada a la muerte relevante para detectar el efecto de la Terapia de la Dignidad mejor que otra herramienta. Sugerencias: Estudios futuros de la TD y el uso del DIS como una medida	Los hallazgos demuestran la validez inicial y confiabilidad del Dignity Impact Scale (DIS). Sugiere que el DIS puede ser una medida sensible y relevante para detectar el efecto de la Terapia de la Dignidad mejor que otra herramienta. Sugerencias: Estudios futuros de la TD y el uso del DIS como una medida	100

Tabla 4.

Tabla de Reducción de Datos (Continuación)

Autor y año	Título	Objetivo	Método e Intervención	Muestra y contexto	Temas según los resultados	Conclusión y sugerencias	Punt. Calidad
Street et al., 2011	Dignity and Deferral Narratives as Strategies in Facilitated Technology-Based Support Groups for People with Advanced Cancer	Examinar el valor de los grupos de apoyo para el cuidado paliativo facilitado en línea y telefónico La meta es investigar la motivación de participación en estos grupos, expectativas de participación en grupo, y el tipo de estrategia empleada para proveer apoyo en estos grupos.	Cualitativo Análisis de contenido cualitativo y Entrevistas telefónicas Grupo de apoyo basadas en tecnología Intervención: Facilitated Technology-Based Support Group	20 personas en tratamiento paliativo ambulatorio; 10 que formaron parte de un grupo de apoyo Edad: entre 22 y 65 años (media de 49 años) Con diagnóstico de cáncer avanzado, Australia	Morir con dignidad Diferir discusiones sobre la muerte y el morir Enfoque en el presente Sentirse normal Generatividad y Conexiones	Se identificaron dos narrativas claves: Narrativa de dignidad de aplazamiento. Se observó compromiso con la generatividad y conexiones. Las entrevistas sugieren que los participantes en este estudio no negaban su muerte más bien deseaban aplazar el hablar sobre ello y enfocarse en vivir una vida en el presente hasta que la muerte ocurra Miraban al grupo de apoyo para obtener esperanza, ayuda y apoyo emocional para	

Tabla 4.

Tabla de Reducción de Datos (Continuación)

Autor y año	Título	Objetivo	Método e Intervención	Muestra y contexto	Temas según los resultados	Conclusión y sugerencias	Punt. Calidad
						su vida, aspectos identificados como estrategias de afrontamiento para la dignidad en etapa al final de la vida. El apoyo basado en tecnología cubre las necesidades de los pacientes en cuidado paliativo. Los pacientes encontraron que los grupos de apoyo basado en tecnología, sea telefónica o virtual, eran accesibles y proveen un ambiente seguro en el cual puede discutir tópicos difíciles en privado. Las estrategias basadas en tecnología, provee oportunidad para que los proveedores de salud provean cuidado emocional y social a más, provean cuidado	

Tabla 4.

Tabla de Reducción de Datos (Continuación)

Autor y año	Título	Objetivo	Método e Intervención	Muestra y contexto	Temas según los resultados	Conclusión y sugerencias	Punt. Calidad
Vergo et al., 2014	A feasibility study of dignity therapy in patients with stage IV colorectal cancer actively receiving second-line chemotherapy	Determinar la viabilidad de TD en pacientes que reciben quimioterapia paliativa activa Evaluar los cambios en la aceptación de la	Estudio de viabilidad con diseño cuantitativo Grupo de intervención, no grupo control. Pacientes recibieron TD por dos semanas v	15 pacientes en etapa IV con cáncer metastazado de colorrectal avanzado Edad mediana de 56 con <de 50% de supervivencia	Aceptación de la muerte, síntomas de angustia, calidad de vida, paz, metas sobre el final de la vida, intervenciones. La intervención y elección de tratamiento	La TD fue muy bien aceptada por el alto nivel de satisfacción con las intervenciones. La intervención con TD es viable, significativo y	emocional y social a más personas que va más allá del cuidado individual y facilita el apoyo de pares con respecto a las necesidades al final de la vida. Sugerencias: Estudios futuros sobre las narrativas en grupos de diferentes culturas y trasfondo socio demográfico.

Tabla 4.

Tabla de Reducción de Datos (Continuación)

Autor y año	Título	Objetivo	Método e Intervención	Muestra y contexto	Temas según los resultados	Conclusión y sugerencias	Punt. Calidad
		muerte, síntomas de angustia, calidad de vida, paz y directrices anticipadas		Contexto: Quimioterapia ambulatoria en el Centro Comprensivo de Cáncer Robert H Lurie en Chicago, Illinois	tuvieron medidas satisfactorio para pre TD, durante TD y post TD Intervención: Dignity Therapy	pacientes con cáncer colorrectal avanzado que reciben quimioterapia Se recomienda un estudio de viabilidad con una muestra mayor con una población de pacientes más heterogéneas con respecto a malignidad incurables para confirmar la tolerabilidad de la TD	0.89
Vuksanovic, et al., 2017b	Dignity Therapy and Life Review for Palliative Care Patients: A Randomized Controlled Trial	El objetivo del estudio es evaluar el componente de creación de legado de la TD al comparar esta intervención con la Revisión de Vida (LR) y grupo de	Cuantitativo Ensayo aleatorio controlado Asignación aleatoria a grupo de TD, LR y WC de la Intervención: Dignity Therapy and Life Review	56 pacientes que reciben cuidado paliativo multidisciplinario eficaz, Con expectativa de vida de <12 meses	Tanto la DT y LR fueron tratamiento recomendado a otros, participantes se sienten más valorados o	Este estudio provee evidencia que la creación de legado es capaz de afectar positivamente el sentido de generatividad cerca del final de	2

Tabla 4.

Tabla de Reducción de Datos (Continuación)

Autor y año	Título	Objetivo	Método e Intervención	Muestra y contexto	Temas según los resultados	Conclusión y sugerencias	Punt. Calidad
Vuksanovic et al., 2017a	Dignity Therapy and Life Review for Palliative Care Patients: A Qualitative Study	El objetivo de este estudio fue explorar, comparar, cualitativo y entender mejor el contenido del “standard DT, waitlist DT (WDT), and Life Review (LR)” que usó el protocolo de entrevista del TD, pero omitió la creación del	Cualitativo Análisis de Marco Teórico de Análisis deductivo e inductivo	56 participantes que reciben cuidado paliativo Con expectativa de vida con <12 meses Edad: 55.95 (14.45) 62.33 (16.16) 54.94 (13.80) Contexto: Hospital o cuidado en el hogar	Temas consistentes entre los grupos: Información autobiográfica general, Valores, Cuidado y guía para otros, Relaciones y roles importantes, significado y aceptación, Alegrías y	Conclusión y sugerencias	Punt. Calidad

Tabla 4.

Tabla de Reducción de Datos (Continuación)

Autor y año	Título	Objetivo	Método e Intervención	Muestra y contexto	Temas según los resultados	Conclusión y sugerencias	Punt. Calidad
		del documento del legado.	Intervención: Dignity Therapy and Life Review		delicias, Frustraciones y arrepentimiento, Otros comportamientos productivos	creencias y relaciones cuando se les provee una oportunidad para completar DT o LR Sugerencias: Estudios futuros deben considerar extender el alcance psicoterapéutico de LR para enfocarse en el mismo e incluir participantes con niveles más altos de angustia psicosocial	

Apéndice F

Tabla de estudios excluidos y razón de exclusión

Tabla de estudios excluidos y razón de exclusión

____ Cuantitativo ____ Cualitativo

Autor	Año	Título	Razón de exclusión