

# LA TERAPIA DE LA DIGNIDAD Y LA LOGOTERAPIA EN PACIENTES ONCOLÓGICOS. ESTUDIO DE CASO

Ana Perelló Cervera\*  
María Cantero García\*

## RESUMEN

Este estudio de caso describe el acompañamiento realizado durante dos meses con una mujer de 54 años (A.R.) con cáncer oral. Se evalúa la ansiedad, depresión, percepción de la dignidad y de sentido de la vida que presenta con el STAI, el BDI-II, el PÍL y el PDI. Los resultados muestran que de su enfermedad surge una oportunidad de mejorar su bienestar psicológico, emocional y espiritual, disminuyendo también la sintomatología ansiosa y depresiva que presenta.

**PALABRAS CLAVE:** estudio de caso, logoterapia, terapia de la dignidad, bienestar psicológico y espiritual, atención integral.

## DIGNITY THERAPY AND LOGOTHERAPY IN CANCER PATIENTS. CASE STUDY

## ABSTRACT

This case study describes the accompaniment carried out for two months with a 54-year-old woman (A.R.) with oral cancer. Anxiety, depression, dignity and sense of life perception is evaluated through STAI, BDI-II, PIL and PDI, as well as by the observation and personal interview. Results show that, from her illness, arises an opportunity to improve her psychological, emotional and spiritual well-being, and also to decrease her anxious and depressive symptomatology.

**KEYWORDS:** case study, logotherapy, dignity therapy, psychological and spiritual well-being, comprehensive care.





TABLA 1
NECESIDADES ESPIRITUALES AL FINAL DE LA VIDA
a) Necesidad de ser reconocido como persona.
b) Necesidad de volver a leer su vida.
c) Necesidad de encontrar sentido a la existencia y el devenir.
d) Necesidad de liberarse de la culpabilidad, de perdonarse.
e) Necesidad de reconciliación, de sentirse perdonado.
f) Necesidad de establecer su vida más allá de sí mismo.
g) Necesidad de continuidad, de un más allá.
h) Necesidad de auténtica esperanza, no de ilusiones falsas.
i) Necesidad de expresar sentimientos y vivencias religiosos.
j) Necesidad de amar y ser amado.

El cáncer está marcado por afectaciones físicas y funcionales, pero también supone un gran impacto psicológico, ya que el enfermo de cáncer se ve inmerso en la incertidumbre constante (Montalvo *et al.*, 2016). Frente al hecho de haber sido diagnosticado de cáncer, las reacciones más comunes son la ansiedad y el miedo (Escalante *et al.*, 2020). En el diagnóstico y durante el tratamiento, pueden manifestarse dichas variables al mismo tiempo: por ejemplo, al vivenciar la sensación de cercanía de la muerte, al anticiparse a lo que está por venir (sufrimiento), al sentir que se pierde el control de la propia vida, ante la dificultad de expresar cómo se sienten, al cuestionamiento de creencias, la necesidad de trascendencia y sentido, problemas económicos y lo vivido a nivel físico (fatiga, náuseas, dolor...) son algunas de las situaciones en las que dichas variables se pueden manifestar (Muñoz & Bernal, 2016).

Las personas que afrontan una enfermedad como el cáncer se enfrentan a un sufrimiento existencial; por tanto, será necesario un acompañamiento integral por parte de un equipo multidisciplinar (Pastuña-Doicela & Sanhueza-Alvarado, 2021). En el caso del profesional de salud mental, es importante acompañar las necesidades psicológicas del paciente, atendiendo también una dimensión más existencial y trascendente, es decir, atendiendo a las necesidades espirituales (Ángel, 2019).

Benito *et al.* (2016) recogen las necesidades espirituales que suelen manifestarse al final de la vida (tabla 1); en la mayoría de ellas, se reflejan las necesidades que presentan los enfermos, ya que, en la enfermedad, en concreto el cáncer, tiene

\* Universidad Europea de Valencia.

\*\* Departamento de Psicología. Universidad a Distancia de Madrid (UDIMA). Autor de correspondencia: María Cantero García. E-mail: [maria.cantero@campusviu.es](mailto:maria.cantero@campusviu.es).

lugar la experiencia de limitación, de búsqueda existencial, de fragilidad, de cercanía a la muerte, etc.

Los cuidados terapéuticos en el enfermo de cáncer han de abordar y tener en el centro la dignidad de la persona y su trascendencia, brindándole una atención integral (Reyes *et al.*, 2015) o lo que autores como Saunders (1964) denominan «dolor total». Este concepto supone que el dolor percibido está relacionado con la presencia de otros síntomas, como la incertidumbre, la soledad, las dificultades de soporte familiar, la incomunicación, la percepción de abandono, el grado de ajuste emocional y adaptación a la enfermedad, y la dimensión trascendente (Porta *et al.*, 2008). El «dolor total» surge en parte porque la enfermedad sitúa al enfermo ante la realidad de una posible cercanía de la muerte. Es por ello por lo que es fundamental situar la dignidad de la persona en el centro de sus cuidados. La terapia de la dignidad tiene una duración de tres sesiones, cada una de 60 minutos. Cuidar el sentido de dignidad del paciente repercute en su bienestar emocional (Chochinov, 2012). El objetivo es permitir al paciente crear un documento de legado. Este se entregará a sus familiares y amigos cuando desee. Se recogen los momentos más relevantes de su historia, lo que ha vivido, lo que ha logrado, lo que desea para sus seres querido, lo que quiere transmitirles, enseñarles o agradecerles.

En la primera sesión de la terapia, se da una explicación al paciente sobre la misma, se le permite preguntar dudas, se le da una lista de preguntas clave para orientar la segunda sesión y se recogen sus datos personales, así como los de las personas a las que irá dirigido el documento de legado. En la segunda sesión, se hace una entrevista partiendo de las preguntas clave, de la cual se hará una grabación de voz. Esta empezará con preguntas relacionadas con sucesos clave de su vida y seguirá con las cosas que el paciente quiere expresar a sus familiares y amigos, algún mensaje o deseo. Después, se transcribe la entrevista textualmente. El terapeuta escribirá los acontecimientos en orden cronológico. En la tercera sesión, el documento resultante de la transcripción de la entrevista le será entregado al paciente. Este lo revisará y puede cambiar las cosas que considere convenientes. Cuando esté listo, se le da una copia. Este será el documento de legado, que el paciente puede dejar a una persona de su elección.

Para lograr que la adversidad sea una experiencia transformadora para el paciente y llena de sentido, encontramos tres herramientas propias de la logoterapia (Frankl, 2012): 1) *La intención paradójica*: la intención paradójica consiste en provocar precisamente aquello a lo que se teme y que el paciente se anime a hacerlo e incluso desee que ocurra. 2) *La derreflexión*: la derreflexión consiste en ignorarse a uno mismo para poder mirar hacia fuera. 3) *El diálogo socrático*: consiste en que el paciente se cuestione las interpretaciones que tiene de la realidad mediante un diálogo lógico.

Bermejo (2010), en la línea de Frankl, afirma que salir juntos de un problema «no necesariamente significa superar la dificultad; salir a veces sencillamente es encontrar la actitud más saludable para vivir lo inevitable». Por esto mismo, hemos de encontrar, en medio del sufrimiento y la enfermedad, la libertad que, por definición, no está condicionada por la situación adversa, pues se es libre de la misma: vivir la enfermedad como una oportunidad, tener una actitud transformadora y sana, el



crecimiento personal, la reconciliación, el sentido de la vida y de lo cotidiano. Para trascender a la enfermedad física y atender integralmente a la persona, ayudándola a encontrar esta libertad y sentido, resultará de ayuda el afrontar las necesidades espirituales previamente mencionadas del enfermo.

## OBJETIVO DEL ESTUDIO

- Aplicar la logoterapia y la terapia de la dignidad a una paciente con cáncer oral.
- Comprobar si se producen cambios en las variables como la ansiedad, las referentes al malestar psicológico y existencial (primera parte del PDI) y las referentes al sentido de la vida también (PIL).

## MÉTODO

### *Población de estudio*

Mujer de 54 años que padece cáncer oral, con sintomatología depresiva, ansiedad frente a la muerte y la enfermedad. Además, la paciente presenta elevada culpabilidad por su pasado y miedo a que su hijo la abandone. Vive en una institución benéfica por bajos recursos. Se realizó la intervención psicológica con ella desde el 11/1/2022 hasta el 4/3/2022.

### *Investigadores*

Los investigadores tomaron los datos personales y clínicos de la paciente. Se evaluaron las variables a medir, antes de la intervención. Se realizó la intervención y se recogieron los resultados. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética de la Universidad de los autores.

### *Intervención*

La intervención logoterapéutica consta de siete sesiones, a las que siguieron las tres sesiones de la terapia de la dignidad. En primer lugar, se hizo una sesión presentando la logoterapia. Esta consistió en presentación y concepto de significado y sentido de la vida, no determinado por nuestras circunstancias; presentación del cáncer como fuente de sentido: explicar los valores creativos, experienciales y actitudinales; y enfatizar la temporalidad de la vida y la responsabilidad respecto a qué hacemos con el tiempo. Presentar la espiritualidad como factor que trasciende a cualquier adversidad. Durante el resto de la intervención logoterapéutica, se aplicaron las técnicas de derreflexión, diálogo socrático, intención paradójica y confrontación para dar respuesta a las necesidades psicológicas, emocionales, espirituales y sociales que presente A.R. Estas necesidades irán surgiendo y se irá profundizando



TABLA 2. OBJETIVOS TERAPÉUTICOS E INTERVENCIÓN CON A.R.

NECESIDAD (OBJETIVO TERAPÉUTICO)	INTERVENCIÓN
Aceptar, disfrutar de la comida o, por lo menos, comer bien.	1. <i>Confrontación</i> : quiere estar sana y encontrarse bien, pero no quiere comer (contradicción).
Desculpabilizar a quien no la entiende. Trabajar la comunicación.	2. <i>Diálogo socrático</i> : ¿qué hacer para comunicarse?, por ejemplo, escribir. Sentido del humor. Creatividad. 3. <i>Confrontación</i> : por lo que tiene en la boca no puede hablar bien, no es cosa del otro. Objetivización y normalización de que no se le entiende al hablar.
Reconciliarse con su pasado, trabajar la culpabilidad, resignificar su vida, darle sentido.	4. <i>Diálogo socrático</i> : por qué llegó ahí, qué sentido tenía (como cuidar de su hijo). Resignificar su pasado. 5. <i>Derreflexión</i> : pasar de ver la prostitución a ver el logro con su hijo a través de un medio desesperado. 6. <i>Confrontación</i> : si los otros son dignos en sus faltas, yo también. Inviolabilidad de la dignidad.
Reconocer que no sobrecarga a su hijo, trabajar su miedo al abandono, contar con el apoyo de su hijo, acudir a él.	7. <i>Diálogo socrático</i> : diferenciar la situación de abandono de su madre del estado de su hijo. Romper asociación con abandono. 8. <i>Confrontación</i> : reconocer en la realidad que vive con su hijo los signos de estar bien con ella. No es real que ella es una carga. 9. <i>Intención paradójica</i> : que cuente con su hijo, lo llame si lo necesita o le apetece, que lo planee.
Encontrar sentido, trabajar los valores de la logoterapia, resignificar lo que vive como una oportunidad, no centrarse tanto en la muerte sino en la vida y en el sentido de la misma, los demás, etc.	10. <i>Diálogo socrático</i> : poder encontrar sentido, atención en el presente, trabajar actitud ante hoy y la muerte. Sentido en el amor, no la duración de la vida. 11. <i>Derreflexión</i> : atender cosas y personas de alrededor. Centrarse en el presente. 12. <i>Confrontación</i> : confrontar el tiempo que se emplea sufriendo por la muerte con el tiempo de vida.
Reducir la ansiedad por la quimioterapia, aceptarla y centrarse en el presente sin quimioterapia, así como valorar lo beneficiosa que es.	13. <i>Diálogo socrático</i> : reconocer los beneficios de la quimioterapia, centrarse en el presente. 14. <i>Derreflexión</i> : mirar todo lo que puede vivirse con quimioterapia y no solo el malestar que causa, también ver el sueño que tiene de escribir cuentos.
Sobrellevar el dolor con una actitud favorable y beneficiosa para ella, así como aceptar el desánimo sin quedarse en él.	15. <i>Confrontación</i> : humor también, ¿cómo va a querer morirse si es justo lo que quiere evitar? 16. <i>Diálogo socrático</i> : ¿cómo seguir luchando, de dónde viene el ánimo? Búsqueda de sentido.



en ellas a lo largo de las sesiones, además de las necesidades terapéuticas que ya se detectaron en la entrevista y evaluación. En la tabla 2 se muestra la intervención logoterapéutica realizada con A.R.

Respecto a las tres sesiones de la terapia de la dignidad, que serían las tres últimas sesiones de este estudio de caso, se hicieron conforme se describen en el apartado de Terapia de la dignidad (Chochinov, 2012). Se llevaron a cabo en la misma semana, la última de todas las empleadas para la intervención con A.R., cuando ella también podía tener una visión más objetiva de su vida gracias a la intervención con logoterapia.

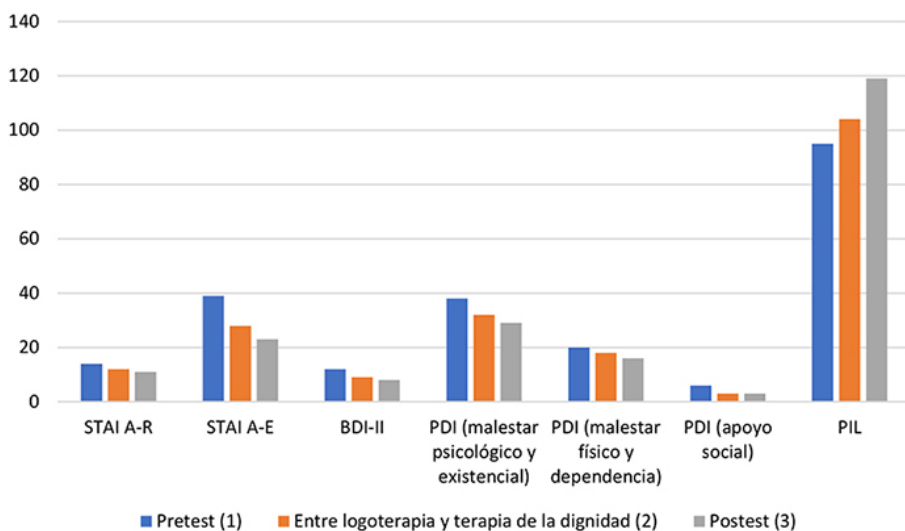


Figura 1. Resultados.

## MEDICIÓN DE LAS VARIABLES

Se utilizó la observación y el diálogo como métodos cualitativos, y, como métodos cuantitativos, los siguientes instrumentos:

- Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI) (Spielberger, Gorsuch y Lushene, 1982);
- Adaptación española de la segunda versión del Inventario de depresión de Beck (BDI-II) (Sanz *et al.*, 2003);
- Adaptación española del Patient Dignity Inventory (PDI) (Carvajal 2015).
- Adaptación española del PIL (Purpose In Life Test) (Noblejas ,1994).

La evaluación se realizó antes de la logoterapia, entre la logoterapia y la terapia de la dignidad y tras la terapia de la dignidad.

## RESULTADOS

La figura 1 recoge los principales resultados obtenidos en la parte cuantitativa previos a la logoterapia (1), entre la logoterapia y la terapia de la dignidad (2) y tras la terapia de la dignidad (3).

En el Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI), A.R. obtuvo una puntuación de 14 sobre 60 en la ansiedad rasgo antes de la intervención logoterapéutica, 12 tras ella y 11 tras la terapia de la dignidad. Aunque se mantuvo bastante estable,

fue la ansiedad estado la que disminuyó significativamente. En esta obtuvo 39 puntos sobre 60, bajó a 28 tras la logoterapia y, tras la terapia de la dignidad, obtuvo 23 puntos. Por tanto, el estado de ansiedad en el que se encuentra A.R. tras toda la intervención es mucho menor, su nivel de tensión y de percepción de amenazas ha disminuido considerablemente.

En el Inventario de depresión de Beck (BDI-II), A.R. obtuvo una puntuación de 12 antes de la intervención, lo que indica sintomatología depresiva pero no una depresión siquiera de grado leve. Al aplicar la logoterapia, esta puntuación disminuye a 9 puntos, llegando a 8 tras añadir la terapia de la dignidad.

En el Patient Dignity Inventory (PDI), obtuvo una puntuación de 38 sobre 60 en los ítems relacionados con el malestar psicológico y existencial, que disminuyó a 32 tras la logoterapia y a 29 al aplicar después la terapia de la dignidad. Se ha reducido el malestar psicológico y existencial de A.R., al haber trabajado su miedo a la muerte, la incertidumbre y su visión sobre su pasado. En el malestar físico y dependencia, obtuvo una puntuación de 20 sobre 40 antes de la intervención, que bajó a 18 tras la logoterapia y a 16 tras la terapia de la dignidad. Sin haber cambiado su dificultad para hablar y para comer, se muestra más reconciliada con ella. Por último, en el malestar asociado al apoyo social obtuvo 6 puntos de 20 antes de la intervención que bajaron a 3 y así se mantuvieron tras ambas terapias. A.R. ya se sentía cuidada, apoyada y acompañada, pero ahora puede disfrutarlo más al haber trabajado la culpabilidad o la carga que se veía para su hijo.

En cuanto al PIL, la paciente obtuvo una puntuación de 95 antes de la intervención. Mediante la intervención logoterapéutica aumentó a 104, llegando a 119 al pasar también la terapia de la dignidad. Por tanto, el bienestar emocional de la paciente y el sentido de la vida aumentó mediante la intervención, llegando a superar los 112 puntos, a partir de los cuales se pasa de una zona de indefinición a unas puntuaciones que ya mostrarían presencia de sentido. Estos 112 puntos se alcanzaron y superaron tras la aplicación de la terapia de la dignidad.

De los instrumentos y del diálogo con la paciente se puede deducir que su sintomatología ansiosa ha disminuido considerablemente, así como está más animada y presenta un mayor bienestar a nivel psicológico, existencial y social. Esto puede ser debido a haber trabajado la culpabilidad tanto de su pasado como con su hijo y el miedo a la muerte o al tratamiento.

A lo largo de la intervención con A.R., ella va respondiendo positivamente y expresa que se ha dado una disminución en la rumiación de pensamientos y de miedos, que está más confiada con su hijo, come un poco mejor motivada por estar más sana, está más centrada en el presente y con más sentido en lo que vive. También ha mencionado ver su pasado de otra manera y sentirse más tranquila, por lo que muestra un proceso de reconciliación. Quiere seguir por esta línea, de modo que pueda alcanzar un mayor bienestar, pues la intervención ha sido breve.



## DISCUSIÓN

El objetivo de este estudio es profundizar en la eficacia de la logoterapia y la terapia de la dignidad en el bienestar psicológico, emocional y espiritual de la paciente del estudio. Tras la intervención realizada y el análisis de los datos, se observa cómo se han producido mejoras en las variables relacionadas con la ansiedad estado, las referentes al malestar psicológico y existencial (primera parte del PDI) y las referentes al sentido de la vida también (PIL).

La ansiedad, para algunos autores es una disfunción en la cognición que hace que se tengan pensamientos erróneos sobre la realidad, una alerta desproporcionada sobre lo que puede resultar una amenaza (Clark y Beck, 2012). Ayudar a A.R. a ver la realidad presente, a romper con falsas creencias del futuro o del sufrimiento, a encontrar la dignidad en lo que vive o hacer un repaso de su vida con otra mirada le ha permitido sentir menos ansiedad respecto a la fragilidad propia de la enfermedad, y, viendo los frutos que ha dado y que puede seguir dando, a encontrar más sentido y bienestar existencial. En un estudio de Julião *et al.* (2017) se demostró que aplicar toda la terapia de la dignidad hizo que disminuyera significativamente la desmoralización en los pacientes, incluso más que los cuidados paliativos estándar.

Por otro lado, entre la sintomatología depresiva que presentaba A.R., destacaba la culpabilidad. En el caso de A.R., estaba relacionada con su pasado. Con ella se ha trabajado la interpretación personal que tenía sobre su pasado. Haber incidido en la dignidad de su pasado y en el sentido de este le ha permitido liberarse de una carga que le provocaba culpabilidad. Atender el presente y su alrededor gracias a los valores actitudinales de Frankl (2012) trabajados le ha ayudado a afrontar el miedo a la muerte, una vez reconciliada con el pasado y habiendo reducido los pensamientos fatalistas sobre su enfermedad y el tratamiento.

En cuanto al sentido de la vida y de dignidad y las necesidades espirituales del enfermo al final de la vida (Benito *et al.*, 2016), han podido ir siendo abordadas de manera transversal. El hecho de trabajar sobre el conjunto de su persona y su dolor y no solo sobre su enfermedad ayudaba a la necesidad de ser reconocida como persona; mediante la reinterpretación de su pasado, se abordaban las necesidades de volver a leer su vida y de liberarse de la culpabilidad, de perdonarse; la búsqueda de sentido en la logoterapia y crear el documento de legado en la terapia de la dignidad ha ayudado en las necesidades de encontrar sentido a la existencia y el devenir, de establecer su vida más allá de sí misma, de continuidad; por último, trabajar el miedo a la muerte centrando la atención en el presente y en los demás, así como valorar lo que tiene o acercarse más a su hijo, ha tenido un beneficio respecto a la necesidad de auténtica esperanza, no de ilusiones falsas y la de amar y ser amado.

En resumen, los resultados muestran que, al ser atendido el dolor total de la persona, y al poner el foco en su persona, su historia (con una visión nueva), sus capacidades, el sentido de lo que vive o ha vivido y la trascendencia, la paciente experimenta un mayor sentido de la dignidad y un mayor bienestar psicológico y existencial, así como una disminución de la sintomatología depresiva y ansiosa.





## LIMITACIONES DEL ESTUDIO

El estudio solo recoge los resultados obtenidos aplicando la intervención en un momento concreto de la enfermedad, por lo que no se puede tener una visión general de la eficacia de la intervención. Por otro lado, el tiempo dedicado a la recogida de datos y a la intervención ha sido breve, de dos meses, por lo que no se puede prever la evolución de los resultados en el caso de continuar la intervención, aunque se espere que esta fuese favorable. Al ser un estudio de caso, no se puede afirmar que los resultados sean generalizables al resto de la población; para ello, sería recomendable aplicar las mismas intervenciones a un colectivo mayor. Por último, no se ha trabajado con la familia o con el personal sanitario, lo cual sería de gran relevancia y formaría parte de la atención integral del paciente.

## IMPLICACIONES DE LOS HALLAZGOS DEL ESTUDIO PARA LA PRÁCTICA CLÍNICA

Sería recomendable ampliar la visión sobre la enfermedad y la muerte, viendo que son temas que abren o incrementan en el paciente cuestiones existenciales que han de ser atendidas, así como hay que colocar en el centro de dicha atención la dignidad de la persona. Por otro lado, este tipo de acompañamiento se centra en vivir lo mejor posible y con el mayor sentido posible el hoy y la propia historia, por lo que se recomienda, tras lo recogido en este estudio, hacer uso de él aunque sea para periodos breves de tiempo, como, por ejemplo, en el caso de los enfermos terminales que están cercanos al final de su vida. Al ser terapias que reconcilian con la propia vida encontrando valores profundos de la misma, es recomendable aplicarlas independientemente del tiempo del que se disponga.

## FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN

Como futuras líneas de investigación, se podría indagar en el efecto de la logoterapia y la terapia de la dignidad sobre el bienestar de la familia y/o de los cuidadores principales de los pacientes oncológicos. Por otro lado, realizar más publicaciones sobre temas relacionados podría permitir una mayor concienciación sobre la necesidad de humanizar la atención a los enfermos de cáncer, proporcionando una atención integral a todas sus dimensiones personales. Además, podría realizarse una aplicación más prolongada de la logoterapia para ver hasta qué punto se darían mejoras en los pacientes. Por último, la investigación y la realización de estudios sobre la aplicación de la logoterapia y la terapia de la dignidad en muestras más amplias de pacientes oncológicos permitiría comprobar si los resultados obtenidos en este estudio de caso se pueden generalizar; además, se recabaría más información sobre las ventajas y desventajas de estas terapias en pacientes oncológicos.



## CONCLUSIONES

En conclusión, se ha encontrado que la logoterapia y la terapia de la dignidad son eficaces en el bienestar psicológico, emocional y espiritual de pacientes oncológicos. Atender de manera transversal las necesidades espirituales de la paciente ha permitido un crecimiento personal, emocional y espiritual. Se concluye que, a partir de la enfermedad, puede surgir una oportunidad de crecimiento. El sufrimiento, común a todo ser humano, suele considerarse negativo, pero si en él se encuentra un medio para resignificar la vida y encontrar un sentido, la interpretación sobre el mismo sufrimiento cambia y se puede vivir de otro modo, más sano y creativo.

La logoterapia y la terapia de la dignidad han resultado ser terapias que, al atender el malestar psicológico y existencial, han dado buenos resultados en ello, así como en el sentido de la vida o en otras variables como la ansiedad. Se comprueba que son efectivas y complementarias entre sí, ya que la logoterapia ha permitido sacar oportunidades de crecimiento en el presente y de cara al futuro, así como ha entrado en temas desagradables del pasado para también permitir un crecimiento, y la terapia de la dignidad no se ha centrado tanto en el crecimiento en la adversidad, sino en hacer una revisión de todo lo que no ha sido ni es adverso, de modo que se pueda tener, con la combinación de ambas terapias, una visión general de la vida, una visión con los bienes y la adversidad unificados, dentro de un mismo sentido vital y dignidad personal.

RECIBIDO: 19-05-2023; ACEPTADO: 15-08-2023



## BIBLIOGRAFÍA

- BENITO, E., DONES, M. y BABERO, J. El acompañamiento espiritual en cuidados paliativos. *Psicología* 2016; 13(2-3): 367-384.
- EL CAMINO DE DUELO. Conferencia José Carlos Bermejo Hospital de Clínicas P1 [vídeo de Internet]. *Youtube*. 21 de noviembre de 2010. [Citado 22 de marzo de 2022]. Disponible en <https://www.youtube.com/watch?v=zhDFBsr-OdE&feature=youtu.be>.
- EL CAMINO DE DUELO. Conferencia José Carlos Bermejo Hospital de Clínicas P2 [vídeo de Internet]. *Youtube*. 21 de noviembre de 2010. [Citado 22 de marzo de 2022]. Disponible en <https://www.youtube.com/watch?v=ljKArYqLqK8&feature=youtu.be>.
- EL CAMINO DE DUELO. Conferencia José Carlos Bermejo Hospital de Clínicas P3 [vídeo de Internet]. *Youtube*. 21 de noviembre de 2010. [Citado 22 de marzo de 2022]. Disponible en <https://www.youtube.com/watch?v=SPd5awDJ5Cs>.
- CHOCHINOV, H.M. *Dignity therapy: Final words for final days*. USA: OUP; 2012.
- CLARK, D. y BECK, A. *Terapia cognitiva para trastornos de ansiedad*. Bilbao: Desclee de Brouwer; 2012.
- ESCALANTE, L.D., LEDEZMA, J.E., BAUTISTA, Y.E. y FERNÁNDEZ-DELGADO, M.K. Ansiedad, depresión y autoconcepto en mujeres diagnosticadas con cáncer de mama. *Gaceta Médica de Caracas* 2020; 128(4): 555-561.
- FRANKL, V.E. *El hombre en busca de sentido*. Barcelona: Herder; 2012 (original de 1946).
- FRANKL, V.E. *Fundamentos y Aplicaciones de la Logoterapia*. Barcelona: Herder; 2012 (original de 1946).
- JULIÃO, M., OLIVEIRA, F., NUNES, B., CARNEIRO, A.V. y BARBOSA, A. Effect of dignity therapy on end-of-life psychological distress in terminally ill Portuguese patients: a randomized controlled trial. *Palliative & supportive care* 2017; 15(6): 628-637.
- MONTALVO, A.A., FAJARDO, H., ANGULO, T.B., FLÓREZ, D.E., CAFFRONI, R.A. y FAJARDO, Y.M. Condiciones sociodemográficas y nivel de incertidumbre en mujeres ante el diagnóstico de cáncer de mama. *Hacia la Promoción de la Salud* 2016; 21(2): 114-126.
- MUÑOZ, A. y BERNAL, G. Abordaje de la ansiedad en pacientes diagnosticados de cáncer. *Psicología* 2016; 13(2-3): 227-248.
- PASTUÑA-DOICELA, R. y SANHUEZA-ALVARADO, O. Influencia de la autoeficacia en la incertidumbre y la calidad de vida de mujeres con cáncer de mama. *Revisión integrativa. Enfermería: Cuidados Humanizados* 2021; 10(2): 124-144.
- PORTA, J., GÓMEZ-BATISTE, X. y TUCA, A. *Manual de control de Síntomas en Pacientes con Cáncer avanzado y terminal*. Madrid: Arán; 2008.
- REYES, C.E., SALDARRIAGA, M. y DAVALOS, D.M. El cáncer de colon y recto en cuidados paliativos: una mirada desde los significados del paciente. *Avances en Psicología Latinoamericana* 2015; 33(3): 439-454.



