

Artículo original

TERAPIA DE LA DIGNIDAD EN PACIENTES ONCOLÓGICOS EN RIESGO DE EXCLUSIÓN SOCIAL: un análisis desde la metodología científica enfermera

DIGNITY THERAPY IN CANCER PATIENTS AT RISK OF SOCIAL EXCLUSION. An analysis from the scientific nursing methodology

Autoras: Elena Rey Caramés^{1,3}, Claudia González López^{2,3}

¹Graduada en Enfermería.

² Doctora en Ciencias de la Educación. Enfermera especialista en salud mental.

³ Escuela de Enfermería de Pontevedra. Universidad de Vigo.

Correspondencia: claudia.gonzalez@uvigo.gal

RESUMEN

Introducción:

Los pacientes oncológicos en riesgo de exclusión social presentan una elevada vulnerabilidad emocional, social y espiritual, agravada por barreras económicas y estructurales. Esta situación compromete su bienestar integral y la percepción de dignidad. En este contexto, la Terapia de la Dignidad (TD) de Chochinov se plantea como una intervención eficaz para preservar la identidad, favorecer la expresión emocional y reforzar el sentido vital. El presente trabajo analiza su aplicación desde la metodología enfermera.

Objetivos:

Analizar la aplicación de la TD en pacientes oncológicos en riesgo de exclusión social, utilizando el Proceso de Atención de Enfermería (PAE) como marco metodológico, e identificar diagnósticos, resultados e intervenciones (NANDA-I, NOC, NIC) que integren la dignidad como eje del cuidado.

Método:

Se realizó una revisión narrativa de la literatura centrada en necesidades psicosociales y en la viabilidad de la TD. A partir de los hallazgos, se elaboró un plan de cuidados estructurado según el PAE. La formulación de diagnósticos se basó en el juicio clínico enfermero, mientras que los resultados e intervenciones se seleccionaron en coherencia con el perfil de pacientes en situación de vulnerabilidad social.

Resultados:

Se priorizaron seis áreas alteradas del cuidado: gestión de la salud, confort psicológico, autoconcepto, procesos cognitivos, relaciones sociales y afrontamiento. Entre los diagnósticos enfermeros destacan: riesgo de deterioro de la dignidad humana, procesos de pensamiento alterados y deterioro de la resiliencia. Las intervenciones seleccionadas incluyeron la escucha activa, el apoyo emocional, la orientación familiar y la reminiscencia. Los resultados esperados (NOC) permitieron valorar aspectos como el bienestar personal, la resiliencia y la aceptación del estado de salud.

Conclusiones:

La TD puede ser integrada en la práctica enfermera mediante el PAE y las taxonomías enfermeras, permitiendo una planificación estructurada y humanizada del cuidado. Entre los hallazgos más relevantes, se identificó una fuerte similitud conceptual entre la TD y la intervención NIC “[4860] Terapia de Reminiscencia”, al compartir objetivos como la preservación de la identidad y la reconstrucción del sentido vital. Este paralelismo respalda la viabilidad de aplicar la TD dentro del marco clínico habitual, consolidando su valor como herramienta enfermera en contextos de vulnerabilidad social.

Palabras clave:

Terapia de la Dignidad, exclusión social, cuidados de enfermería, dignidad, atención integral.

ABSTRACT

Introduction:

Cancer patients at risk of social exclusion present high emotional, social, and spiritual vulnerability, worsened by economic and structural barriers. This situation compromises their overall well-being and sense of dignity. In this context, Chochinov Dignity Therapy (DT) is proposed as an effective intervention to preserve personal identity, encourage emotional expression, and strengthen vital meaning. This study analyzes its application from a nursing methodological perspective.

Objectives:

To analyze the application of DT in cancer patients at risk of social exclusion, using the Nursing Care Process (PAE) as a methodological framework, and to identify nursing diagnoses, outcomes, and interventions (NANDA-I, NOC, NIC) that integrate dignity as a central component of care.

Method:

A narrative literature review was conducted, focused on psychosocial needs and the feasibility of DT. Based on the findings, a structured care plan was developed following the phases of the PAE. Nursing diagnoses were formulated through clinical judgment, and outcomes and interventions were selected according to the needs of socially vulnerable cancer patients.

Results:

Six key areas of altered functioning were prioritized: health management, psychological comfort, self-concept, cognitive processes, social relationships, and coping. Relevant nursing diagnoses included risk for compromised human dignity, disturbed thought processes, and impaired resilience. Selected interventions focused on active listening, emotional support, family orientation, and reminiscence. Expected outcomes (NOC) included assessments of personal well-being, resilience, and acceptance of health status.

Conclusions:

DT can be integrated into nursing practice through the PAE and standardized nursing taxonomies, enabling structured and humanized care planning. One of the most relevant findings was the strong conceptual similarity between DT and the NIC intervention “[4860] Reminiscence Therapy,” as both aim to preserve identity and reconstruct personal meaning. This parallel supports the feasibility of applying DT within standard clinical frameworks, reinforcing its value as a nursing tool in contexts of social vulnerability.

Keywords:

Dignity Therapy, social exclusion, nursing care, dignity, holistic care.

INTRODUCCIÓN

El cáncer constituye uno de los principales problemas sociosanitarios tanto a nivel mundial como en España, con una incidencia creciente que afecta a hombres y mujeres a lo largo de todas las etapas del ciclo vital¹. Esta patología no solo exige atención médica especializada, sino que también conlleva un impacto significativo en las esferas emocional, social, económica y espiritual del paciente. En este contexto, las personas con diagnóstico oncológico que se encuentran en riesgo de exclusión social: aquellas expuestas a situaciones de precariedad económica, desempleo, aislamiento social o ausencia de redes de apoyo; configuran una subpoblación especialmente vulnerable, cuyas necesidades psicosociales y existenciales suelen permanecer desatendidas o invisibilizadas por los sistemas de salud².

Desde una perspectiva estructural, la exclusión social da lugar a procesos complejos de desventaja acumulada que afectan el acceso a recursos básicos, incluidos los servicios sanitarios y los cuidados paliativos. Cuando esta condición de vulnerabilidad se superpone al diagnóstico de cáncer, se produce un escenario de riesgo doble: la persona no solo debe enfrentarse al proceso oncológico, sino también a limitaciones materiales y relacionales que dificultan su capacidad de afrontamiento, adherencia terapéutica y bienestar general³. Según datos de la Asociación Española Contra el Cáncer (AECC), aproximadamente el 10 % de las personas diagnosticadas con cáncer en España se encontraba en situación de vulnerabilidad socioeconómica en el momento del diagnóstico. Esta cifra contrasta con el 26,5 % de la población general en riesgo de pobreza o exclusión social, lo que sugiere una posible infradetección en entornos clínicos. Además, el 41 % de las familias afectadas por la enfermedad asume un gasto superior a 10.000 €, lo que puede derivar en desprotección social, deterioro del entorno familiar y aislamiento sostenido³. Esta combinación de factores (sufrimiento físico, desgaste económico y desarraigo social) tiende a erosionar profundamente la percepción de dignidad y sentido vital en las personas afectadas⁴⁻⁵.

En este escenario, resulta prioritario implementar modelos de atención integrales que consideren las dimensiones psicosociales y existenciales del cuidado, especialmente en los tramos finales del proceso oncológico. La Terapia de la Dignidad (TD), desarrollada por el psiquiatra canadiense Harvey Max Chochinov, constituye una intervención basada en la evidencia en el ámbito de los cuidados paliativos que se centra en preservar la identidad personal, los valores y la historia de vida del paciente⁶. Su planteamiento resulta particularmente útil para personas que, además de afrontar una enfermedad avanzada, se encuentran en condiciones de exclusión social, ya que favorece el reconocimiento del valor intrínseco del individuo más allá de su contexto socioeconómico, promoviendo la expresión emocional, la restauración del sentido y la elaboración de un legado⁶⁻⁷.

La aplicación de la TD en pacientes oncológicos en riesgo de exclusión social cobra especial relevancia clínica por su capacidad para abordar el sufrimiento existencial derivado no solo del deterioro físico, sino

también del abandono social y el estigma. En estos casos, la TD permite revalorizar la biografía del paciente, fortalecer su autonomía y ofrecer un espacio de validación que contrarreste la invisibilización estructural⁶. La enfermería desempeña un rol central en este proceso, al estar directamente involucrada en la planificación y provisión de cuidados personalizados que integran los aspectos físicos, emocionales, sociales y espirituales del paciente⁸. La cercanía inherente a la labor enfermera posibilita la creación de un entorno de confianza, donde la persona puede explorar su identidad, expresar sus deseos y construir un relato significativo, incluso en circunstancias de alta vulnerabilidad.

Integrar la TD dentro del Proceso de Atención de Enfermería (PAE) facilita su incorporación sistemática a la práctica clínica, permitiendo adaptar esta intervención a los entornos asistenciales y a las necesidades concretas de la población. En este sentido, el uso de taxonomías estandarizadas como NANDA-I⁹ (diagnósticos enfermeros), NOC¹⁰ (resultados esperados) y NIC¹¹ (intervenciones) proporciona un marco metodológico riguroso para planificar y evaluar cuidados que respondan de forma eficaz a la complejidad biopsicosocial de estos pacientes. Estas herramientas permiten traducir los principios de la TD en acciones concretas, observables y adaptadas a contextos clínicos marcados por la desigualdad social y la fragilidad.

En este marco, el presente estudio tiene como objetivo general analizar la aplicación de la TD en personas con cáncer en riesgo de exclusión social, empleando como base metodológica el PAE. De manera específica, se propone identificar los diagnósticos, resultados e intervenciones enfermeras más relevantes, así como formular recomendaciones que integren la dignidad y la inclusión social como ejes fundamentales del cuidado oncológico profesional en situaciones de alta vulnerabilidad.

Metodología

Este trabajo adopta el PAE como marco metodológico, integrando la TD como eje vertebrador del análisis y la planificación del cuidado dirigido a pacientes oncológicos en riesgo de exclusión social. El PAE, estructurado en cinco etapas (1. Valoración, 2. Diagnóstico, 3. Planificación, 4. Ejecución y 5. Evaluación), se ha desarrollado en este es-

tudio hasta la tercera fase de planificación, ya que no se propone una intervención clínica ni un seguimiento evolutivo estandarizado, sino que el PAE (método científico propio de la disciplina enfermera) se establece como marco del diseño metodológico.

Fase 1: Valoración

La fase de valoración se llevó a cabo mediante una revisión bibliográfica narrativa, con el objetivo de identificar, desde la evidencia disponible, las necesidades potenciales de los pacientes oncológicos en riesgo de exclusión social, así como la pertinencia de la TD como recurso enfermero. La búsqueda se realizó en bases de datos científicas, literatura gris, páginas web especializadas y blogs clínicos, sin restricción geográfica. Se incluyeron publicaciones en español e inglés, priorizando las publicadas en los últimos cinco años.

Se establecieron como criterios de inclusión: estudios centrados en la aplicación de la TD en pacientes oncológicos, así como trabajos que abordarán dimensiones relacionadas con la percepción de dignidad, el apoyo y exclusión social, la ansiedad, la depresión, la esperanza o la espiritualidad.

La estrategia de búsqueda incluyó descriptores DeCS y MeSH como *Dignity Therapy*, *Cancer pain*, *Integrative palliative care*, *Social isolation*, *Terminally ill*, junto con términos libres como *nursing*, *care*, *oncological pain* o *social inclusion/exclusion*. Se utilizaron operadores booleanos (AND, OR, NOT) en combinaciones como:

- *Nursing AND Dignity Therapy AND Cancer pain AND Social isolation AND Terminally ill*
- *(Dignity Therapy AND Cancer pain AND Social isolation) AND Cancer patients AND (Palliative care AND Terminally ill)*
- *(Integrative palliative care AND Dignity Therapy) AND Cancer pain AND (Social isolation OR Exclusión social) AND (Terminally ill OR Enfermo terminal)*

Fase 2: Diagnóstico

A partir de los datos obtenidos en la etapa de valoración, se desarrolló la fase diagnóstica conforme al modelo establecido por el PAE. La formulación de diagnósticos enfermeros se realizó siguiendo la taxonomía NANDA-I (2024–2026)⁹, con el propósito de identificar las respuestas humanas reales

o potenciales más prevalentes en personas con cáncer en situación de riesgo de exclusión social, según lo reportado en la literatura científica.

El procedimiento diagnóstico se basó en el razonamiento clínico propio del ejercicio profesional enfermero, que integra el análisis sistemático de los datos, la identificación de patrones, y la aplicación del juicio crítico para la interpretación de indicadores clínicos y psicosociales⁹. Esta toma de decisiones, característica del pensamiento enfermero¹², permite traducir la información de la valoración en necesidades de cuidado estructuradas en forma de diagnósticos. Así, se garantiza la coherencia interna del plan y su fundamentación desde la disciplina enfermera, respetando la singularidad de la persona y su contexto social.

Fase 3: Planificación

Con base en los diagnósticos formulados, se procedió a la planificación teórica del cuidado mediante la aplicación de las taxonomías NOC (Nursing Outcomes Classification, 7ª Ed.)¹⁰ y NIC¹¹ (Nursing Interventions Classification, 8ª Ed.). Esta etapa consistió en la selección razonada de resultados esperados y de intervenciones enfermeras compatibles con cada diagnóstico identificado. La planificación se desarrolló aplicando el juicio clínico y el pensamiento crítico, con el objetivo de establecer objetivos de cuidado medibles y acciones enfermeras coherentes con los principios de la TD y la equidad.

La correspondencia entre NANDA-I, NOC y NIC se realizó respetando la lógica interna del proceso enfermero, así como la evidencia disponible respecto a necesidades psicosociales y existenciales de este grupo de pacientes. El plan de cuidados propuesto constituye una herramienta teórica susceptible de ser adaptada.

RESULTADOS

Fase 1: Valoración

La revisión bibliográfica incluyó un conjunto de estudios relevantes publicados entre 2009 y 2024, en inglés y español, que exploran la aplicación, viabilidad y efectividad de la TD en población oncológica. Se identificaron ensayos clínicos aleatorizados^{13,14,15,16,17}, estudios cualitativos¹⁸, revisiones sistemáticas^{19,20} y estudios de viabi-

lidad^{21,22}, procedentes de distintos contextos culturales y asistenciales. En conjunto, la evidencia recopilada muestra que la TD es una intervención bien aceptada por los pacientes, con efectos potencialmente positivos sobre la percepción de dignidad, el afrontamiento emocional, el apoyo social, la espiritualidad y la calidad de vida. Asimismo, algunos estudios destacan la importancia de su adaptación cultural y la necesidad de formación específica para los profesionales que la implementan²³.

Fase 2 y 3: Diagnóstico y planificación

En el presente análisis se priorizaron seis patrones alterados que reflejan áreas clave de vulnerabilidad en personas con cáncer en riesgo de exclusión social:

- Patrón 1: *Salud, percepción y gestión.*
- Patrón 5: *Sueño y descanso.*
- Patrón 6: *Percepción/autoconcepto.*
- Patrón 7: *Cognición.*
- Patrón 8: *Roles y relaciones.*
- Patrón 10: *Afrontamiento/tolerancia al estrés.*

Estos patrones evidencian limitaciones significativas en la autorregulación de la salud, el confort emocional, la identidad personal, el procesamiento cognitivo, la calidad de los vínculos sociales y la capacidad de adaptación ante situaciones adversas.

A partir de esta priorización, se formularon diagnósticos enfermeros como: *riesgo de gestión de la salud familiar ineficaz, deterioro del confort psicológico, procesos de pensamiento alterados, riesgo de deterioro de la dignidad humana, conexión social inadecuada y deterioro de la resiliencia.* Estos diagnósticos se vincularon con resultados esperados (NOC) que evalúan dimensiones como la resiliencia familiar, el *bienestar personal, la conciencia de uno mismo, la satisfacción con el cuidado recibido y la aceptación del estado de salud.* Las intervenciones enfermeras (NIC) seleccionadas se orientan a promover el afrontamiento, ofrecer apoyo emocional, fortalecer el entorno familiar, favorecer la comunicación terapéutica y facilitar el acceso a recursos comunitarios, con el objetivo de guiar una planificación del cuidado centrada en la dignidad, la inclusión social y la calidad de vida. El desarrollo de lo anterior traducido a la taxonomía enfermera se puede ver en las tablas: 1, 2, 3, 4, 5 y 6.

- **Tabla 1.** NANDA, NOC y NIC patrón “Salud, percepción y gestión”

- **Tabla 2.** NANDA, NOC y NIC patrón “Sueño y descanso”
- **Tabla 3.** NANDA, NOC y NIC patrón “Percepción/Cognición”
- **Tabla 4.** NANDA, NOC y NIC patrón “Autopercepción y autoconcepto”
- **Tabla 5.** NANDA, NOC y NIC patrón “Rol y relaciones”
- **Tabla 6.** NANDA, NOC y NIC patrón “Afrontamiento y tolerancia al estrés”

¹Definición NIC: Utilización del recuerdo de sucesos, sentimientos y pensamientos pasados para facilitar el placer, la calidad de vida o la adaptación a las circunstancias actuales.

Discusión

El presente trabajo ha permitido analizar la aplicación de la TD en pacientes oncológicos en riesgo de exclusión social, utilizando el PAE como estructura metodológica. La incorporación de esta intervención en el marco de las taxonomías enfermeras (NANDA-I, NOC, NIC) ha facilitado una planificación de cuidados orientada a preservar la identidad, el sentido vital y el bienestar psicosocial del paciente.

Los resultados obtenidos evidencian la existencia de necesidades emocionales, sociales y espirituales no cubiertas en esta población, como el aislamiento, la desesperanza, el deterioro de la autoestima o la pérdida de sentido, especialmente en contextos de vulnerabilidad social^{2,4}. Estas dimensiones, frecuentemente desatendidas, pueden ser abordadas mediante intervenciones como la terapia de reminiscencia, la escucha activa o el apoyo emocional, en consonancia con la literatura actual sobre la TD y los principios defendidos por Chochinov¹³.

Cabe destacar que, tras la búsqueda de intervenciones enfermeras (NIC) asociadas a los diagnósticos definidos, se identificó una estrecha similitud entre la intervención “[4860] Terapia de Reminiscencia”¹¹ y los principios que sustentan la TD. Ambas comparten una visión centrada en la evocación de recuerdos significativos, la reconstrucción narrativa de la vida del paciente y la preservación de su identidad, lo que refuerza la viabilidad de integrar la TD dentro del marco taxonómico enfermero y de la práctica clínica habitual^{6,11}.

En el ámbito de la atención enfermera, se proponen líneas de actuación centradas

en la humanización del cuidado: realización sistemática de entrevistas narrativas, fortalecimiento del vínculo terapéutico y formación en comunicación y acompañamiento emocional. Estas estrategias, además de promover un cuidado más integral, refuerzan el rol profesional de la enfermería en la atención paliativa y en el abordaje del sufrimiento existencial^{24,25}. Asimismo, se confirma, en sintonía con investigaciones previas, que los pacientes en riesgo de exclusión social presentan una mayor probabilidad de deterioro precoz de la dignidad y salud emocional, debido a barreras estructurales que limitan su acceso a una atención adecuada²⁶. En este sentido, la enfermería, por su cercanía y continuidad en la atención, se posiciona como agente clave para implementar intervenciones sensibles a estas realidades, tal como destacan diversas investigaciones recogidas en este trabajo^{8,24,25}.

Entre las principales limitaciones del estudio se encuentra la dificultad de integrar plenamente una intervención subjetiva como la TD dentro del lenguaje estructurado del PAE. No obstante, el uso de taxonomías enfermeras (NANDA-I, NOC y NIC) permite una organización más clara, comprensible y personalizada de los cuidados, lo que resulta esencial para mejorar la calidad asistencial, especialmente en poblaciones en situación de vulnerabilidad social. Asimismo, se identifica como una limitación y, a la vez, una oportunidad de desarrollo disciplinar, la ausencia de investigaciones previas que traduzcan la TD al lenguaje taxonómico enfermero ni que sitúen la intervención en el ámbito del trabajo de la enfermera con pacientes oncológicos en riesgo de exclusión social. En este contexto, resulta especialmente relevante el hallazgo de que la TD presenta afinidad conceptual con una intervención ya reconocida en la práctica enfermera: la “Terapia de reminiscencia” (NIC [4860])¹¹, lo que refuerza su viabilidad dentro del PAE y su valor como recurso para la humanización de los cuidados.

Conclusiones

- Los pacientes oncológicos en riesgo de exclusión social se encuentran en una situación especialmente compleja, caracterizada por una alta vulnerabilidad en los ámbitos laboral, social y psicológico, mientras deben afrontar simultáneamente los efectos del tratamiento y las alte-

raciones constantes en su vida cotidiana.

- El análisis de la implementación de la TD en pacientes oncológicos en riesgo de exclusión social, enmarcado en el PAE permitió elaborar una propuesta estructurada y orientada a preservar y promover la dignidad del paciente.
- Se identificaron diagnósticos de enfermería (NANDA-I), objetivos de resultados (NOC) e intervenciones (NIC) pertinentes para orientar la aplicación de la TD en la práctica enfermera dirigida a este grupo de pacientes.
- La propuesta de recomendaciones para integrar la dignidad y la inclusión social como ejes fundamentales en la atención de enfermería contribuye a un enfoque más integral y adaptado a las necesidades complejas de los pacientes oncológicos vulnerables.
- La sistematización del cuidado a través del PAE permite una organización y planificación más efectiva de intervenciones que abordan de forma integral tanto las necesidades clínicas como psicosociales.
- La similitud conceptual entre esta terapia y la intervención NIC “[4860]Terapia de Reminiscencia” refuerza su aplicabilidad clínica, ofreciendo a enfermería una herramienta eficaz y humanizada para abordar el sufrimiento existencial en pacientes oncológicos vulnerables.
- La enfermería desempeña un papel fundamental en el acompañamiento y apoyo a pacientes oncológicos en riesgo de exclusión social, especialmente a través de la aplicación de cuidados individualizados que promuevan y refuercen su dignidad.

Declaración de autoría y conflictos de interés

El presente artículo no presenta conflictos de interés por parte de las autoras. Su contenido deriva del trabajo académico de Grado autorizado por la comisión académica pertinente y el cual fue evaluado y calificado con notable por el tribunal correspondiente en el marco de su defensa oficial en el curso 2024-25.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Gomis Juan D. Incidencia del cáncer a nivel mundial. Revisión sistemática. *Rev Esp Enferm Oncol*. 2021; <http://doi.org/10.37395/seeo.2021.0003>
2. Sezer Efe Y, Özbey H, Caner N, Erdem E, Kuzucu EG, Karakükçü M, et al. Social exclusion and behavior problems in adolescents with cancer and healthy counterparts. *J Pediatr Nurs*. 2022;62:45–50. Available from: <http://doi.org/10.1016/j.pedn.2021.12.023>
3. Fernández Marcos A, De Haro Gázquez D, Fernández Sánchez B, Díez Muñiz E, Puyol Escolar M, Yélamos Agua C, et al. Impacto del cáncer 2022: una aproximación a la equidad y los determinantes sociales [Internet]. Asociación Española Contra el Cáncer; 2022 [citado 21 mar 2025]. Disponible en: http://observatorio.contraelcancer.es/sites/default/files/informes/Impacto%20del%20cancer%202022_rev_0.pdf
4. Carrasco Á. Psicooncología, más allá del cáncer [Internet]. Juntosxtusalud; 2024 [citado 31 mar 2025]. Disponible en: <http://juntosxtusalud.com/psicooncologia>
5. Fox RS, Armstrong GE, Gaumond JS, Vigoureux TFD, Miller CH, Sanford SD, Salsman JM. Social isolation and social connectedness among young adult cancer survivors: A systematic review. *Cancer*. 2023 Jul 25. <http://doi.org/10.1002/ncr.34934>
6. Vedder R. Book review: Dignity Therapy: Final Words for Final Days, by Harvey Max Chochinov. *BMJ Support Palliat Care*. 2012. <http://doi.org/10.1136/bmjspcare-2012-000418>
7. De la Rica Escuin M. ¿Qué es el cuidado basado en la dignidad? [Internet]. AEPAL, SECPAL; [s.f.] [citado 26 feb 2025]. Disponible en: <http://www.secpal.org/wp-content/uploads/2022/06/secpal-comprender-cuidados-paliativos-7-cuidado-basado-en-la-dignidad.pdf>
8. Komatsu H, Hara A, Koyama F, Komatsu Y. Enhancing high reliability in oncology care: the critical role of nurses—A systematic review and thematic analysis. *Healthcare (Basel)*. 2025;13(3):283. <http://doi.org/10.3390/healthcare13030283>
9. Herdman TH, Kamitsuru S, Takáo Lopes C. *NANDA-I. Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación 2024–2026*. 13ª ed. Barcelona: Elsevier España; 2024.
10. Moorhead S, Swanson E, Johnson M. *NOC. Clasificación de resultados de enfermería*. 7ª ed. Barcelona: Elsevier España; 2024.
11. Wagner CM, Butcher HK. *NIC. Clasificación de intervenciones de enfermería*. 8ª ed. Barcelona: Elsevier España; 2024.
12. Kerouac S, Pepin J, Ducharme F. *El pensamiento enfermero*. Arque Blanco M, traductora. Barcelona: Masson; 1995. 184 p.
13. Hall S, Edmonds P, Harding R, Chochinov H, Higginson IJ. Assessing the feasibility, acceptability and potential effectiveness of Dignity Therapy for people with advanced cancer referred to a hospital-based palliative care team: study protocol. *BMC Palliat Care*. 2009;8:5. <http://doi.org/10.1186/1472-684X-8-5>
14. Weru J, Gatehi M, Musibi A. Randomized control trial of advanced cancer patients at a private hospital in Kenya and the impact of dignity therapy on quality of life. *BMC Palliat Care*. 2020;19:186. <http://doi.org/10.1186/s12904-020-00614-0>
15. Wang C, Chen J, Wang Y, Xu W, Xie M, Wu Y, et al. Effects of family participatory dignity therapy on the psychological well-being and family function of patients with haematologic malignancies and their family caregivers: a randomised controlled trial. *Int J Nurs Stud*. 2021;117:103922. <http://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2021.103922>
16. Xiao J, Chow KM, Choi KC, Ng SNM, Huang C, Ding J, et al. Effects of family-oriented dignity therapy on dignity, depression and spiritual well-being of patients with lung cancer undergoing chemotherapy: a randomised controlled trial. *Int J Nurs Stud*. 2022;127:104217. <http://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2022.104217>
17. Seiler A, Amann M, Hertler C, Christ SM, Schettle M, Meier Kaeppli B, et al. Effects of dignity therapy on psychological distress and wellbeing of palliative care patients and family caregivers: a randomized controlled study. *BMC Palliat Care*. 2024;23:30. <http://doi.org/10.1186/s12904-024-01408-4>

18. Mroz EL, Amin T, Kittelson S, Koch MK, Crowe A, Bluck S, et al. Sharing “off-script”: a qualitative analysis of providers’ empathic self-disclosures during dignity therapy. *Palliat Support Care*. 2024. Available from: <http://doi.org/10.1017/S1478951524002098>
19. González-Ling A, Galindo-Vázquez Ó. Terapia de la dignidad en pacientes con cáncer: una revisión sistematizada de la literatura. *Gac Mex Oncol*. 2020;19(3):99–106. <http://doi.org/10.24875/j.gamo.20000020>
20. Zhang Y, Li J, Hu X. The effectiveness of dignity therapy on hope, quality of life, anxiety, and depression in cancer patients: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Int J Nurs Stud*. 2022;129:104273. <http://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2022.104273>
21. Houmann LJ, Rydahl-Hansen S, Chochinov HM, Kristjanson LJ, Groenvold M. Testing the feasibility of the Dignity Therapy interview: adaptation for the Danish culture. *BMC Palliat Care*. 2010;9:21. <http://doi.org/10.1186/1472-684X-9-21>
22. Nunziante F, Tanzi S, Alquati S, Autelitano C, Bedeschi E, Bertocchi E, et al. Providing dignity therapy to patients with advanced cancer: a feasibility study within the setting of a hospital palliative care unit. *BMC Palliat Care*. 2021;20:130. <http://doi.org/10.1186/s12904-021-00821-3>
23. Buonaccorso, L., Soncini, S., Bassi, M. C., Mecugni, D., & Ghirotto, L. (2025). Training healthcare professionals to dignity-in-care: A scoping review. *Nurse Education Today*, 146, 106543. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2024.106543>
24. Soto Simbaña MB, Ardanaz Echeverría N, Ibáñez Munarriz M, Escalada Hernández P, Zubeldía Inchaurren C, García Vivar C. La enfermera gestora de casos en oncología: una revisión narrativa. *Rev Esp Enferm Oncol*. 2022; [Internet]. <http://doi.org/10.37395/SEEO.2022.17>
25. Aljohani FR, Alenezi MMS, Aljohani MR, Alerwi NA, Almohammadi SM, Alzahrani MAA, et al. Critical analysis of the role of oncology nurses in holistic cancer care. *J Oncol Educ*. 2024;3(8). <http://doi.org/10.62754/joe.v3i8.5071>
26. Sánchez BF, Salas ML, Roldán AY. Resultados: Vulnerabilidad económica y laboral [Internet]. Asociación Española Contra el Cáncer; [s.f.] [citado 20 mar 2025]. Disponible en: <http://observatorio.contraelcancer.es/sites/default/files/informes/Resultados%20-%20Vulnerabilidad%20econ%C3%B3mica%20y%20laboral.pdf>

Tabla 1. NANDA, NOC y NIC patrón “Salud, percepción y gestión”

PATRÓN 1: Salud, percepción y gestión	
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	
Riesgo de gestión de la salud familiar ineficaz r/c apoyo social inadecuado. Dominio 1: Promoción de la salud Clase 2: Gestión de la salud [00410] Riesgo de gestión de la salud familiar ineficaz Definición: Susceptible de un manejo insatisfactorio de los síntomas, régimen de tratamiento y cambios en el estilo de vida que es insatisfactorio para alcanzar los objetivos de salud específicos de la unidad familiar.	
NOC	NIC
Dominio VI: Salud familiar Clase X: Bienestar familiar [2008] Resiliencia familiar. Capacidad de la familia para una adaptación y funcionamiento positivos después de una adversidad o crisis significativa. Indicadores: <ul style="list-style-type: none"> • [260803] Se adapta a las adversidades como retos. • [260810] Coopera para superar los retos. • [260829] Utiliza recursos comunitarios de ayuda. • [260832] Utiliza el equipo de asistencia sanitaria para información y ayuda. 	Dominio 5: Familia Clase X: Cuidados durante la vida [7140] Apoyo a la familia. Fomento de los valores, intereses y objetivos familiares. Actividades: <ul style="list-style-type: none"> • Proporcionar ayuda para cubrir las necesidades básicas de la familia, como techo, comida y vestimenta. • Responder a todas las preguntas de los miembros de la familia o ayudarles a obtener las respuestas. • Favorecer una relación de confianza con la familia. • Escuchar inquietudes, sentimientos y preguntas de la familia. • Respetar y apoyar los mecanismos de afrontamiento utilizados por la familia. Dominio 3: Conductual Clase R: Ayuda al afrontamiento [5370] Potenciación de roles. Ayudar a un paciente, a un ser querido y/o a la familia a mejorar sus relaciones clarificando y complementando las conductas de roles específicos. Actividades: <ul style="list-style-type: none"> • Ayudar al paciente a identificar los cambios de roles específicos necesarios debido a enfermedades o discapacidades. • Animar al paciente a identificar una descripción realista del cambio de rol. • Facilitar la conversación sobre la adaptación de los roles de la familia para compensar los cambios de rol del miembro enfermo. • Facilitar las interacciones grupales de referencia como parte del aprendizaje de los nuevos roles.

Tabla 2. NANDA, NOC y NIC patrón “Sueño y descanso”

PATRÓN 5: Sueño y descanso	
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	
Deterioro del confort psicológico r/c apoyo social inadecuado m/p ausencia de paz interior. Dominio 12: Confort Clase 4: Confort psicológico [00379] Deterioro del confort psicológico Definición: Percepción de falta de tranquilidad, satisfacción y bienestar mental.	
NOC	NIC
Dominio V: Salud percibida Clase U: Salud y calidad de vida [2002] Bienestar personal. Grado de percepción positiva del propio estado de salud actual. Indicadores: <ul style="list-style-type: none"> • [200202] Salud psicológica • [200207] Capacidad de afrontamiento • [200208] Capacidad de relax 	Dominio 3: Conductual Clase T: Fomento de la comodidad psicológica [5820] Disminución de la ansiedad. Minimizar la aprensión, temor, presagios o inquietud relacionados con una fuente no identificada de peligro previsto. Actividades: <ul style="list-style-type: none"> • Crear un ambiente que facilite la confianza. • Animar la manifestación de sentimientos, percepciones y miedos. • Ayudar al paciente a identificar las situaciones que precipitan la ansiedad.

Tabla 3. NANDA, NOC y NIC patrón “Percepción/Cognición”

PATRÓN 6: Percepción/Cognición	
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	
<p>Procesos de pensamientos alterados r/c ansiedad excesiva m/p respuesta emocional inadecuada a situaciones.</p> <p>Dominio 5: Percepción/Cognición Clase 4: Respuestas cardiovasculares/pulmonares [00493] Procesos de pensamientos alterados Definición: Alteración de los procesos mentales implicados en el desarrollo de conceptos y categorías, el razonamiento y la resolución de problemas.</p>	
NOC	NIC
<p>Dominio III: Salud psicosocial Clase M: Bienestar psicológico [1215] Conciencia de uno mismo. Reconoce las propias fortalezas, limitaciones, valores, sentimientos, actitudes, pensamientos y comportamientos en relación con el medio ambiente y los demás. Indicadores:</p> <ul style="list-style-type: none"> • [121505] Reconoce las capacidades emocionales personales. • [121517] Reflexiona sobre los pensamientos para el autoconocimiento. • [121520] Expresa sentimientos a los demás. • [121526] Se recuerda en el pasado. • [121527] Se imagina en el futuro. 	<p>Dominio 3: Conductual Clase O: Terapia conductual [4470] Ayuda en la modificación de sí mismo. Reafirmación del cambio autodirigido puesto en marcha por el paciente para conseguir metas personales importantes. Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ayudar al paciente a identificar las conductas diana que deban ser cambiadas para conseguir la meta deseada. • Ayudar al paciente a identificar las etapas del cambio: precontemplación, contemplación, preparación, acción, mantenimiento y terminación. • Ayudar al paciente a identificar incluso los éxitos más pequeños. • Animar al paciente a examinar los valores y creencias personales y la satisfacción con ellos. <p>Dominio 3: Conductual Clase P: Terapia cognitiva [4820] Orientación de la realidad. Fomento de la consciencia del paciente acerca de la identidad personal, tiempo y entorno. Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Realizar un acercamiento calmado y sin prisas al interactuar con el paciente. • Hablar al paciente de una manera clara, a un ritmo, volumen y tono adecuados. • Hacer las preguntas de una en una. • Preparar al paciente para los cambios que se avecinen en la rutina y ambiente habitual antes de que se produzcan.

Tabla 4. NANDA, NOC y NIC patrón “Percepción/Cognición”

PATRÓN 7: Autopercepción y autoconcepto	
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	
Riesgo de deterioro de la dignidad humana r/c deshumanización. Dominio 6: Autopercepción Clase 1: Autoconcepto [00488] Riesgo de deterioro de la dignidad humana Definición: Susceptible de la percepción de pérdida de respeto y honor.	
NOC	NIC
Dominio V: Salud percibida Clase EE: Satisfacción con los cuidados [3009] Satisfacción paciente/usuario: cuidado psicológico. Grado de percepción positiva de la ayuda enfermera para afrontar problemas emocionales y realizar actividades mentales. Indicadores: <ul style="list-style-type: none"> • [300917] Información proporcionada sobre las respuestas emocionales habituales a la enfermedad. • [300904] Ayuda con la identificación de grupos de apoyo social para el paciente/usuario. • [300906] Discusión de estrategias para afrontar alteraciones mentales. • [300907] Apoyo emocional proporcionado. • [300909] Asesoramiento proporcionado para mejorar la estabilidad emocional. • [300913] Apoyo para expresar sentimientos. 	Dominio 3: Conductual Clase P: Terapia cognitiva [4860] Terapia de reminiscencia. Utilización del recuerdo de sucesos, sentimientos y pensamientos pasados para facilitar el placer, la calidad de vida o la adaptación a las circunstancias actuales. Actividades: <ul style="list-style-type: none"> • Elegir un ambiente cómodo. • Dedicar el tiempo adecuado. • Identificar con el paciente un tema para cada sesión (p. ej., vida laboral). • Utilizar la escucha eficaz y habilidades de atención. • Determinar qué método de reminiscencia (p. ej., autobiografía grabada, periódico, revisión estructurada de la vida, álbum de recortes, discusión abierta y narración de historias) es más eficaz. • Fomentar la expresión verbal de sentimientos, tanto positivos como negativos, de los sucesos pasados. • Realizar preguntas abiertas sobre los sucesos pasados. • Fomentar la escritura de los sucesos pasados. • Mantener el enfoque de las sesiones más sobre el proceso que sobre el resultado final. • Proporcionar apoyo, ánimo y empatía a los participantes. • Utilizar preguntas directas para volver a centrarse en los acontecimientos de la vida, si fuese preciso. • Ajustar la duración de la sesión mediante el grado de atención del paciente. • Ajustar el número de sesiones en función de la respuesta del paciente y de su deseo de continuar. Dominio 3: Conductual Clase Q: Potenciación de la comunicación [4920] Escucha activa. Prestar gran atención y otorgar importancia a los mensajes verbales y no verbales del paciente. Actividades: <ul style="list-style-type: none"> • Establecer el propósito de la interacción. • Mostrar interés por el paciente. • Hacer preguntas o afirmaciones que animen a expresar pensamientos, sentimientos y preocupaciones. • Mostrar conciencia y sensibilidad hacia las emociones. • Utilizar la comunicación no verbal para facilitar la comunicación (p. ej., saber que la postura física expresa mensajes no verbales). • Identificar los temas predominantes. • Aclarar el mensaje mediante el uso de preguntas y retroalimentación.

Tabla 5. NANDA, NOC y NIC patrón “Rol y relaciones”

PATRÓN 8: Roles y relaciones	
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	
<p>Clase 3: Confort social [00383] Conexión social inadecuada Definición: Sentimiento de no pertenecer, no ser atendido o no tener poder dentro de un contexto determinado.</p>	
NOC	NIC
<p>Dominio V: Salud percibida Clase U: Salud y calidad de vida [2012] Estado de comodidad: sociocultural. Tranquilidad social relacionada con relaciones interpersonales, familiares y sociales en un contexto cultural. Indicadores:</p> <ul style="list-style-type: none"> • [201201] Apoyo social de la familia. • [201207] Interacciones sociales con otros. • [201214] Deseo de pedir ayuda a otros. 	<p>Dominio 6: Sistema sanitario Clase Y: Mediación del sistema sanitario [7500] Apoyo para la consecución del sustento. Ayuda a una persona/familia necesitada para encontrar alimentos, ropa y alojamiento. Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Determinar la suficiencia de la situación económica del paciente. • Informar sobre las leyes y protecciones del alquiler. • Informar a la persona/familia sobre los programas institucionales de apoyo, como la Cruz Roja, Cáritas, según cada caso. • Comentar con la persona/familia el apoyo de ayuda económica disponible. <p>Dominio 6: Sistema sanitario Clase Y: Mediación del sistema sanitario [7320] Gestión de casos. Coordinar la asistencia y defensa de individuos concretos y poblaciones de pacientes en diversos contextos para reducir costes, disminuir el uso de recursos, mejorar la calidad de la asistencia sanitaria y conseguir los resultados deseados. Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Desarrollar relaciones con el paciente, la familia y otros proveedores de asistencia sanitaria, según sea necesario. • Tratar al paciente y a la familia con dignidad y respeto. • Coordinar la asistencia con otros proveedores de atención sanitaria que puedan resultar oportunos (p. ej., otras enfermeras, médicos, trabajadores sociales, terceros pagadores, fisioterapeutas). • Guiar al paciente y/o a la familia a través del sistema sanitario.

Tabla 6. NANDA, NOC y NIC patrón “Afrontamiento y tolerancia al estrés”

PATRÓN 10: Afrontamiento y tolerancia al estrés	
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	
<p>Deterioro de la resiliencia r/c recursos de salud inadecuados m/p estrés excesivo repetitivo. Dominio 9: Afrontamiento/Tolerancia al estrés Clase 2: Respuestas al afrontamiento [00210] Deterioro de la resiliencia Definición: Disminución de la capacidad para recuperarse de situaciones percibidas como adversas o cambiantes.</p>	
NOC	NIC
<p>Dominio III: Salud psicosocial Clase N: Adaptación psicosocial [1300] Aceptación estado de salud. Acciones personales para reconciliar los cambios significativos en las circunstancias de salud. Indicadores:</p> <ul style="list-style-type: none"> • [130008] Reconoce la realidad de la situación de salud. • [130017] Se adapta al cambio en el estado de salud. • [130019] Clarifica las prioridades vitales. 	<p>Dominio 3: Conductual Clase R: Ayuda para el afrontamiento [5270] Apoyo emocional. Proporcionar seguridad, aceptación y ánimo en momentos de tensión. Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Realizar afirmaciones empáticas o de apoyo. • Escuchar las expresiones de sentimientos y creencias. • Permanecer con el paciente y proporcionar sentimientos de seguridad durante los períodos de más ansiedad. • Remitir a servicios de asesoramiento, si se precisa. <p>Dominio 3: Conductual Clase R: Ayuda para el afrontamiento [5240] Asesoramiento. Utilización de un proceso de ayuda interactiva centrado en las necesidades, problemas o sentimientos del paciente y sus allegados para fomentar o apoyar el afrontamiento, la capacidad de resolver problemas y relaciones interpersonales. Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Establecer una relación terapéutica basada en la confianza y el respeto. • Demostrar empatía, calidez y sinceridad. • Proporcionar información objetiva según sea necesario y según corresponda. • Practicar técnicas de reflexión y clarificación para facilitar la expresión de preocupaciones. • Ayudar al paciente a que enumere y priorice todas las alternativas posibles al problema. • Desaconsejar la toma de decisiones cuando el paciente se encuentre bajo mucho estrés, cuando sea posible.