

# La dignidad de la persona mayor en residencias desde la atención centrada en la persona

Legendika Zuazua Romero<sup>1</sup>

## Resumen

*La dignidad es un concepto complicado de definir, mientras que es fácil reconocer cuándo una persona no es tratada con dignidad. Este valor es la base de los textos jurídicos y los Códigos Éticos de las profesiones asistenciales y ha sido ampliamente estudiado desde la literatura sociosanitaria. El modelo de la dignidad más conocido es el de Chochinov, Hack, McClement, Kristjanson y Harlos (2002), del que posteriormente se ha desarrollado la Terapia de la Dignidad. Son diversos los estudios que han profundizado en el cuidado digno y en la visión de la dignidad de las personas mayores, profesionales y cuidadores, de los que la mayoría se ha realizado en el Reino Unido por la importante campaña de la dignidad en el cuidado realizada en el país. Para proteger y promover la dignidad en entornos asistenciales es necesario que las organizaciones trabajen desde la Atención Centrada en la Persona, que parte del reconocimiento de la dignidad de toda persona y ofrece un cuidado personalizado. Sin embargo, a pesar del avance de los últimos años, en España aún prevalece el modelo biomédico y centrado en las tareas.*

Palabras clave: dignidad, cuidado, Atención Centrada en la Persona, Terapia de la Dignidad.

## Abstract

Dignity is a concept difficult to define, but it is easy to recognize when a person is not treated with dignity. This value is the basis of the legal framework and the Ethic Codes of care jobs and it has been widely studied in health and social literature. The most known model of dignity is the one of Chochinov, Hack, McClement, Kristjanson and Harlos (2002), that is the conceptual basis of Dignity Therapy. A large variety of studies have delved into dignified care and the vision of dignity of the elderly, professionals and caregivers, the majority of them carried out in the United Kingdom, due to the important Dignity in Care campaign developed in the country. In order to protect and promote dignity in care, it is essential to work in Person-Centered Care Model, which sets off the appreciation of the

dignity of the person and provides individualized care. However, despite the effort made in Spain in the last years, the biomedical and task-centered model still prevails.

**Key words:** dignity, care, Person-Centered Care, Dignity Therapy.

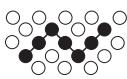
En España el 18.8% de la población tiene 65 y más años y un 6.1% de este porcentaje tiene 80 o más años. Se estima que en 2066 las personas mayores supondrán el 34.6% de la población española. A finales del año 2015, en España había 381.333 plazas residenciales distribuidas en 5.973 centros y 90.577 plazas de centros de día distribuidas en 3.387 centros, habiéndose apreciado en ambos un incremento del número de plazas en las últimas décadas (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2017).

**ISSUE N°2**  
**DICIEMBRE**  
2018

**Recibido:**  
18/06/2018

**Aceptado:**  
15/08/2018

(1) Psicóloga general sanitaria, especializada en Psicogerontología y Neuropsicología.



### *La dignidad de la persona mayor en residencias desde la atención centrada en la persona*

Considerando los Servicios Sociales para la tercera edad que se ofrecen en España, las personas mayores que necesitan algún tipo de ayuda pueden ser atendidas y cuidadas en centros residenciales, centros de día y viviendas para mayores, o apoyadas mediante el Servicio de Ayuda a Domicilio o la Teleasistencia, entre otros. Por un lado, los cambios corporales y vitales hacen que la persona mayor sea más vulnerable a ver amenazada su dignidad (Oosterveld-Vlug, Pasman, van Gennip, Willems y Onwuteaka-Philipsen, 2013), mientras que, por otro lado, la consecuente necesidad de apoyo y cuidados y depender de otras personas puede dañar su sentido de la dignidad. La dignidad es un valor relacionado con la identidad, la autonomía y el valor de la persona; la persona tiene dignidad y ésta puede ser promovida o dañada por las acciones de los/as profesionales, la propia persona o los eventos del entorno (Hoy, Wagner y Hall, 2007).

#### **Definición del concepto: Características, historia y ética profesional**

La palabra dignidad procede del latín *dignitās, -ātis*. La Real Academia de la Lengua Española (2014) ofrece una definición básica del término, considerándolo la “cualidad de digno”, que a su vez es definido como “correspondiente, proporcionado al mérito y condición de alguien o algo”. En términos jurídicos, Nogueira (2016) expone que “la dignidad de la persona es el rasgo distintivo de los seres humanos respecto de los demás seres vivos, lo que constituye a la persona como un fin en sí mismo e impide que sea considerada un instrumento o medio para otro fin, además de dotarla de capacidad de autodeterminación y de realización del libre desarrollo de la personalidad”. Desde el punto de vista asistencial, el Departamento de Salud del Reino Unido y el Social Care Institute for Excellence (2009) definen la dignidad de la siguiente manera: un estado, cualidad o actitud merecedora de estima o respeto y consecuentemente, de respeto propio, que está relacionado con diversos aspectos como la privacidad, la autonomía y la autoestima. Asimismo, exponen que mientras que la dignidad puede ser complicada de definir, las personas suelen tener claro cuándo no han sido tratadas con dignidad y respeto. Por su parte, para la Royal College of Nursing (2008) la dignidad hace referencia a cómo las personas sienten, piensan y se comportan en relación al valor de ellas mismas o los demás, y todos los seres humanos, como tal, tienen el mismo valor. Así, tratar a una persona con

dignidad supone tratarla como alguien que merece la pena, valorándola y respetándola. Así pues, la dignidad supone a la persona una fuente de respeto y cuidado (Benito, Barbero y Dones, 2014).

El término dignidad es relativamente nuevo en los textos jurídicos y aparece por primera vez en la Declaración Universal de los Derechos Humanos (Marín, 2007). Así, el Artículo 1 expone que “todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos” (Organización de las Naciones Unidas, 1948, p.2). A partir de este momento, los textos jurídicos de los países se cimentan en la citada Declaración, como es el caso de la Constitución Española (1978, p.29316), tal y como se expone en el Artículo 10. Éste afirma que “la dignidad de la persona, los derechos inviolables que le son inherentes, el libre desarrollo de la personalidad, el respeto a la ley y a los derechos de los demás son fundamento del orden político y de la paz social”. Asimismo, la Ley General de Sanidad (1986, p.15209) expone en el Artículo 10 que todas las personas usuarias de los servicios sanitarios tienen derecho “al respeto a su personalidad, dignidad humana e intimidad”.

Históricamente el término ha asumido diversas concepciones y se ha postulado como tema a tratar por diversas disciplinas como la filosofía, la religión, el derecho o la bioética.

En la literatura sanitaria la dignidad se ha entendido de dos maneras: desde el punto de vista ontológico y desde el punto de vista moral (Errasti, Martínez, Carvajal y Arantzamendi, 2014). Así, la asunción ontológica de la dignidad constituye la dignidad humana-objetiva-básica, según la que la dignidad es intrínseca al ser humano, universal y común a todas las personas, por lo que no puede medirse ni destruirse. La dignidad humana-objetiva-básica parte de la visión de la dignidad de Kant (Errasti et al., 2014). Por su parte, desde el punto de vista moral se encuentra la dignidad social-subjetiva, que contiene dos aspectos: por un lado, la dignidad del yo o la dignidad que percibe la persona, esto es, cómo se percibe a sí misma y cómo percibe que es tratada en las interacciones con los demás, mientras que por otro lado se encuentra la dignidad en relación, que se basa en cómo el resto percibe y trata a la persona (Jacobson, 2007; citado en Errasti et al., 2014). La dignidad del yo, basada en la percepción, incluye la autoconfianza y el autorrespeto; la dignidad en relación es el valor dado por los otros (Matiti y Baillie, 2011). A diferencia de la dignidad humana-objetiva-básica, la dignidad social es comparativa y contextual y puede crecer o disminuirse mediante la interacción social (Errasti et al., 2014). Por lo tanto, la dignidad

Zuazua Romero

es un concepto relacional, en cuanto se experimenta la dignidad en la relación con los demás (Frank, 2003; citado en Heggestad, Nortvedt y Slettebø, 2013).

Matiti y Baillie (2011) resumieron las características del concepto: inherente al ser humano, dinámico, cualidad interna, relacionado con la autoestima, con la confianza y con el sentirse importante y válido, relacionado con la conducta de la persona, relacional y relacionado con el control y la privacidad. En cuanto a la dignidad aplicada en el cuidado, Levenson (2007) expone que es inseparable del contexto más amplio de

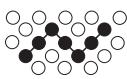
La dignidad como un todo, que es tratar a las personas como personas individuales, que no se trata solo del cuidado físico, que se desarrolla en el contexto de relaciones de poder entre iguales, que tiene que ser promovida activamente y que es más que la suma de sus partes.

Tabla 1

*Modelo de Dignidad de Chochinov et al. (2002; citado en Chochinov. 2002).*

Categorías principales de la dignidad, temas y subtemas según Chochinov et al.  
(2002)

Preocupaciones relacionadas con la enfermedad	Repertorio conservador de la dignidad	Inventario de la dignidad social
Nivel de independencia: - Agudeza cognitiva - Capacidad funcional	Perspectivas preservadoras de la dignidad: - Continuidad del yo - Preservación de roles - Generatividad/legado - Mantenimiento de la esperanza - Autonomía/control - Aceptación - Resiliencia/espíritu de lucha	Límites de la privacidad Apoyo social Tono del cuidado Ser una carga para los demás
Distrés sintomático: - Distrés físico - Distrés psicológico: incertidumbre médica y ansiedad ante la muerte	Prácticas preservadoras de la dignidad: - Vivir el momento - Mantener la normalidad - Buscar confort espiritual	Consecuencias de las preocupaciones



### *La dignidad de la persona mayor en residencias desde la atención centrada en la persona*

#### **Modelos sobre la dignidad y sus aplicaciones: Chochinov y Nordenfelt**

El modelo de la dignidad más conocido, desarrollado y empleado es el de Chochinov, Hack, McClement, Kristjanson y Harlos (2002), que en su origen fue desarrollado desde las experiencias con personas al final de la vida que padecían cáncer en la Manitoba Palliative Care Reserach Unit. El modelo tiene tres categorías mayores de la dignidad, que a su vez tienen temas y subtemas. De esta manera, entre los temas se encuentran: las preocupaciones relacionadas con la enfermedad, el repertorio conservador de la dignidad y el inventario de la dignidad social.

Las preocupaciones relacionadas con la enfermedad están mediadas por la experiencia de la dignidad percibida por la persona enferma y están fuertemente unidas a la patología en sí. Aquí, se incluyen como temas principales el nivel de independencia, que se refiere a la capacidad para mantener la capacidad cognitiva y funcional, y el distrés sintomático, que a su vez se divide en los subtemas de distrés físico y psicológico (incertidumbre médica y ansiedad ante la muerte) [Chochinov, 2002]. El repertorio conservador de la dignidad está formado por las perspectivas conservadoras de la dignidad y las prácticas conservadoras de la dignidad. De esta forma, las perspectivas conservadoras de la dignidad se refieren a la mirada que la persona mantiene hacia los siguientes subtemas: la continuidad del yo, la preservación de roles, la generatividad/legado, el mantenimiento de la esperanza, la autonomía/control, la aceptación y la resiliencia/espíritu de lucha. Asimismo, las prácticas conservadoras de la dignidad se refieren a la variedad de técnicas que la persona emplea para mantener su sentido de la dignidad e incluyen vivir el momento, mantener la normalidad y buscar confort espiritual (Chochinov, 2002).

Finalmente, el inventario de la dignidad social es la naturaleza de las interacciones de la persona con los demás que aumentan o restan valor al sentido de dignidad personal e incluye los límites de la privacidad, el apoyo social, el tono del cuidado, el hecho de ser una carga para los demás y las consecuencias de las preocupaciones (Chochinov, 2002).

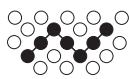
Cada persona otorgará un valor u otro a cada uno de los componentes, variando el significado de la dignidad

de una persona a otra o de una circunstancia a otra (Chochinov, 2002). De esta forma, la dignidad significa una cosa diferente para cada persona. Por otra parte, no es la enfermedad, sea cual sea, o la dependencia, la que puede influir en la dignidad de la persona, sino los síntomas y efectos consecuentes (Chochinov, 2002).

Este modelo orienta sobre cómo construir intervenciones que sostengan y promuevan la dignidad de la persona cuidada al final de la vida. Asimismo, ha mostrado su aplicabilidad en distintas poblaciones al final de la vida.

Dada la importancia de las actitudes y conductas de los/as profesionales en el mantenimiento de la dignidad, Chochinov (2007) desarrolló un marco teórico para guiar su trabajo: el A, B, C y D del cuidado que preserva la dignidad. Según este modelo, el/la profesional debe prestar atención a su actitud, conducta, compasión y comunicación. Así, debe examinar su actitud y asunciones respecto al/a paciente, ya que éstas influyen en cómo lo trata; debe modificar su conducta, basándola siempre en la amabilidad y el respeto y mostrando disposición; debe facilitar la comunicación y prestar atención a la forma de proceder en los exámenes clínicos; debe tener una conciencia profunda del sufrimiento del otro, lo que supone estar en contacto con las emociones de uno mismo y considerar la experiencia de la vida; finalmente, debe mantener una comunicación que le permita conocer a la persona detrás de la enfermedad y reconocer el impacto emocional que acompaña a la enfermedad. Este último elemento, el diálogo, es un elemento indispensable del cuidado que conserva la dignidad.

Otro modelo de la dignidad cuya solidez es destacable es el de Nordenfelt (2003). Nordenfelt distingue cuatro tipos de dignidad: la dignidad de mérito, la dignidad de talla moral, la dignidad de la identidad y la dignidad humana. La dignidad de mérito depende del rango social u oficio de la persona, mientras que la dignidad de talla moral depende de sus pensamientos y acciones (Nordenfelt, 2003). Por su parte, la dignidad de la identidad está unida a la integridad y autonomía de la persona y esta dignidad puede verse afectada por la enfermedad y la dependencia si la identidad de la persona no es respetada, como, por ejemplo, cuando ésta quiere hacer una cosa y no se le permite (Nordenfelt, 2003). Finalmente, la dignidad humana o Menschenwürde es la dignidad inherente al ser humano (Errasti et al., 2014); es un valor que se asume que todas las personas tienen, en el mismo nivel, por el hecho de ser humanas (Nordenfelt, 2003).



Zuazua Romero

## Cuidar con dignidad en entornos asistenciales: significado e implicaciones

Según Baillie y Black (2015), la dignidad de la persona es un concepto multifactorial y la dignidad en el cuidado está influenciada por los factores personales y vulnerabilidad de la persona, el entorno del cuidado y las interacciones de la persona con los/as profesionales, familia y los/as demás usuarios/as del servicio.

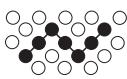
El Departamento de Salud del Reino Unido (2006; citado por Matiti y Baillie, 2011), en su campaña Dignity in Care, desarrolló 10 puntos relacionados con la dignidad que deberían garantizar las organizaciones asistenciales (*Ten-point Dignity Challenge*):

1. Tolerancia cero a todos los tipos de abuso.
2. Tratar a las personas con el mismo respeto que nos gustaría que nos tratasen a nosotros/as o a un miembro de nuestra familia.
3. Tratar a cada persona como un individuo distinto, ofreciéndole un servicio personalizado.
4. Permitir que la persona mantenga el nivel máximo posible de independencia, elección y control.
5. Escuchar y ayudar a que la persona exprese sus necesidades y deseos.
6. Respetar el derecho a la privacidad.
7. Asegurar que la persona pueda quejarse sin miedo a

Tabla 2

*The Six Senses Framework.*

Sentidos	Significado para las personas mayores
Sentido de seguridad	Atención a necesidades básicas fisiológicas y psicológicas, sentirse seguro y alejado de la amenaza, el daño o el desconfort.
Sentido de continuidad	Reconocimiento y aprecio a la autobiografía personal. Empleo habilidoso del conocimiento del pasado para contextualizar el presente y futuro.
Sentido de pertenencia	Oportunidad para desarrollar relaciones significativas, sentirse parte de una comunidad o grupo deseado.
Sentido de finalidad	Oportunidad para involucrarse en actividades significativas, pasar el tiempo de manera productiva, ser capaz de perseguir objetivos y actividades estimulantes.
Sentido de plenitud	Oportunidad de desarrollar objetivos valiosos y significativos, sentirse satisfecho con el esfuerzo propio.
Sentido de significado	Sentirse reconocido y valorado como persona, sentir que la existencia y las acciones de la persona son importantes.



### *La dignidad de la persona mayor en residencias desde la atención centrada en la persona*

posibles consecuencias.

8. Involucrar a familiares y cuidadores en el cuidado.
9. Ayudar a que la persona mantenga su confianza y autoestima.
10. Actuar para aliviar la soledad y aislamiento de la persona.

Elinforme The Challenge of Dignity in Care, promovido por Help the Aged (Levenson, 2007), destacó nueve temas que deben cuidarse para garantizar un cuidado digno: comunicación, privacidad, autonomía, alimentación, dolor y control de síntomas, higiene personal y uso del baño, cuidado personal, morir con dignidad e inclusión social.

Según Stratton (2007), tratar a las personas con dignidad supone tener en consideración los siguientes aspectos: respetar sus derechos, dar libertad de elección, escuchar y tener en cuenta lo que expresan, respetar sus deseos y decisiones, respetar su individualidad, dar privacidad, permitirles hacer lo que pueden por sí mismas, tratar con cortesía y amabilidad, ser sensibles a sus necesidades, y como profesionales, hacer lo mejor para su bienestar. Asimismo, a la persona mayor se le debe tratar como a cualquier otra persona, como un adulto y como parte de la comunidad. Consecuentemente, Stratton considera que promueven el cuidado digno: el trato respetuoso hacia el/la usuario/a, dar el mismo valor a las necesidades psicosociales que a las físicas, mantener la independencia del/a usuario/a y permitirle hacer lo que pueda, centrarse en sus capacidades y no en los déficits, un cuidado individualizado, participación de los/as usuarios/as en su cuidado, entornos lo más parecidos posibles a un hogar, tiempo de calidad, emplear tiempo en explicar las cosas y participación de la comunidad.

Sin embargo, el cuidado digno puede verse dañado por diversos aspectos: escaso tiempo disponible, personal insuficiente, estrés laboral, organizaciones poco flexibles, falta de recursos, recursos inadecuados o falta de formación del personal (Stratton, 2007); un cuidado que trata a las personas como objetos, un lenguaje que emplea etiquetas, tratar a las personas mayores como niños (tono de voz, dar comida en puré cuando no es necesario, insistir en acostarse pronto), la realización de actividades de ocio que implican un bajo nivel intelectual, un entorno pobre, no pararse nunca a charlar con los/as usuarios/as o ignorar las pérdidas que padecen (Social Care Institute for Excellence, 2009); pocas oportunidades para interactuar con otras

personas o para participar en actividades estimulantes, dar poca información sobre rutinas y personal, personal con poco conocimiento de las necesidades de las personas con demencia y mover frecuentemente a las personas dentro y fuera de las estancias (Tadd et al., 2011).

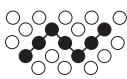
Para que la persona reciba un cuidado digno, deben tenerse en cuenta siempre sus necesidades y no negarlas, obviarlas, darlas por hecho o minimizar su importancia. Mientras que las necesidades físicas se satisfacen con objetos, las psicológicas lo hacen mediante las relaciones con los demás, y en el modelo biomédico del cuidado que aún prevalece, suelen quedar en un segundo plano. Kitwood (1997; citado en Fazio et al., 2018) propuso las siguientes necesidades psicológicas de las personas, que contribuyen a la expresión del amor y que pueden acrecentarse en personas con demencia: necesidad de inclusión (en su cuidado, en la vida), vínculo (seguridad y apego), confort (calidez), identidad (lo que distingue a la persona y la hace única) y ocupación (participación en procesos de la vida diaria).

Desde una perspectiva interrelacional del cuidado, Nolan (1997; citado en Nolan, Davies, Brown, Keady y Nolan, 2004) desarrolló la teoría The Senses Framework, identificando seis necesidades de los agentes asistenciales, esto es, persona mayor, familia y profesionales, para guiar y mejorar la atención a las personas mayores y ofrecer un buen cuidado.

### **Visión de las personas mayores, profesionales y cuidadores sobre la dignidad**

Son diversos los estudios realizados acerca de la visión y vivencia de la dignidad de las personas mayores, tanto las que residen en su hogar como en centros residenciales, entre otros. Estas investigaciones derivan de la idea de que hay factores que pueden hacer a la persona más vulnerable a la pérdida de la dignidad, como el estadio de la vida, el estado de salud y actitudes negativas o el estigma (Baillie y Black, 2015). De esta manera, el estudio Dignity and Older Europeans (2004), realizado en seis países (Reino Unido, Francia, Suiza, Eslovaquia, Irlanda y España), expuso la importancia de tres temas principales: el respeto y el reconocimiento, la participación y la dignidad en el cuidado.

El Departamento de Salud del Reino Unido (2006) llevó a cabo una campaña denominada Dignity in care



Zuazua Romero

en la que hablaron con personas mayores, cuidadores y profesionales, apareciendo los siguientes temas en relación a un cuidado digno: facilidades para expresar la opinión y quejas del servicio recibido, ser tratado como un individuo y no como un miembro más del grupo, privacidad en el cuidado, ayuda y tiempo suficiente en las comidas, facilidades para acceder al baño, ser llamado adecuadamente (esto es, sin diminutivos ni palabras cariñosas), mantener un aspecto adecuado y estimulación y sentido de finalidad.

En una encuesta realizada por el Departamento de Salud del Reino Unido, las personas mayores y sus cuidadores destacaron diez aspectos muy similares relacionados con la dignidad de las personas de la tercera edad (2006; citado en Social Care Institute for Excellence, 2009): respeto, comunicación, inclusión social, autonomía, privacidad, higiene y aspecto personal, tiempo para la comida, quejas, abuso y whistle-blowing o informar acerca de prácticas no éticas que se estén llevando a cabo en la organización.

Gallagher, Li, Wainwright, Jones y Lee (2008) sintetizaron en cuatro categorías los resultados de la encuesta anglosajona y de otros trabajos teóricos, siendo, según ellos, estos los aspectos a tener en cuenta para garantizar la dignidad de la persona en el cuidado: entorno del cuidado (entorno físico, privacidad, naturaleza de la organización), actitudes y conducta de los/as profesionales (falta de respeto, intolerancia, impaciencia, infravalorar, infantilización...), cultura del cuidado (creencias y valores compartidos, organización y forma de cuidado...) y actividades específicas del cuidado.

En un metasíntesis realizado por Tranvag, Petersen y Naden (2013) que incluía diversos estudios de diferentes entornos asistenciales para personas mayores, encontraron que varios estudios habían enfatizado la importancia de tener compasión hacia la persona, confirmar su valor y sentido de la identidad y crear un entorno humano y significativo.

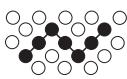
Pleschberger (2007) realizó un estudio con residentes de centros residenciales acerca de su visión de la dignidad, apreciando la importancia del aspecto relacional de la dignidad, esto es, de las relaciones sociales con familia, iguales y trabajadores/as. Según este autor, las personas mayores son vulnerables en este aspecto ya que tienen pocas oportunidades de desarrollar relaciones sociales dignas; por un lado, el personal de las residencias suele ser justo y, por otro lado, a pesar de que la relación con la familia tenga especial importancia, muchas personas mayores pueden no tener muchos o ningún pariente.

En las narrativas de las personas mayores, Pleschberger observó la importancia que le daban a no ser una carga para los demás, así como tener una muerte digna, que la definieron como consistente en ser activo hasta el final, respetar la voluntad propia y “permiso para morir”, no padecer dolor y estar cerca de las personas queridas. Otro aspecto relevante fue que la dignidad que este autor define como interpersonal, esto es, la dignidad basada en creencias personales y aspectos corporales, que no puede serle quitada a la persona, estaba asociada a creencias religiosas en las personas mayores y no a los derechos humanos. Sin embargo, se prevé que en las generaciones futuras esté unida a estos (Pleschberger, 2007).

Høy et al. (2016) encontraron que las personas mayores que residían en centros residenciales consideraban que su dignidad se mantenía mediante la participación en un entorno significativo y relacional y que estaba influenciada por la vulnerabilidad percibida. De esta manera, vieron que el sentido de la dignidad estaba relacionado con la habilidad de la persona para integrar y manejar las pérdidas y amenazas físicas, personales y sociales y para participar e involucrarse, tanto en los aspectos que correspondían a uno mismo como con el entorno.

Por su parte, Franklin, Ternestedt y Nordenfelt (2006) encontraron que personas mayores residentes en centros residenciales unieron la dignidad al no reconocimiento corporal, la fragilidad y la dependencia, y la fuerza interior y el sentido de coherencia. De esta manera, Hall, Lounghurst y Higginson (2009) exponen que problemas en el funcionamiento físico resultan en pérdida de independencia y dignidad; además, estos autores muestran la importancia de la protección de la privacidad y del tono de cuidado adecuado para el mantenimiento de la dignidad.

Asimismo, también se han realizado estudios con personas mayores con demencia, recabando información de sus familiares. Heggestad et al. (2013) encontraron que las familias consideraban necesario que la persona mayor con demencia fuese considerada un ser humano igual que otro y se satisficiesen sus necesidades relacionales. El mismo estudio mostraba que el personal necesitaba tiempo y recursos para promover la dignidad social de los/as usuarios/as y ponía de relieve la mayor importancia dada a las necesidades fisiológicas que a las psicosociales. En un trabajo con familiares de personas mayores de un centro residencial, Caspari et al. (2014) encontraron que estos consideraban que promovían la dignidad de los/as usuarios/as: tener una habitación cómoda, hogareña



## *La dignidad de la persona mayor en residencias desde la atención centrada en la persona*

y práctica, estar en contacto con familia, amistades y personal, atender las necesidades estéticas, atender las necesidades intrínsecas y los valores personales y atender las necesidades culturales y espirituales. Por su parte, Sagbakken et al. (2017) realizaron un estudio con familiares de usuarios/as con demencia frontotemporal, en la que expusieron que la dignidad de sus familiares se veía dañada por las siguientes situaciones: interacción escasa con compañeros/as, familiares y trabajadores/as, deficitaria confirmación de su identidad por parte de personal que los conoce bien, falta de posibilidades para la toma de decisiones autónoma, falta actividades o roles previamente significativos y falta de atención a la apariencia física.

### **La dignidad en centros residenciales: la Atención Centrada en la Persona y la Terapia de la Dignidad**

La persona mayor que reside en un centro residencial y necesita ayuda y cuidado diario puede ver amenazada su dignidad social. Por ello, ofrecer un cuidado digno puede llevar a una noción de vida digna para la persona (Pleschberger, 2007). Así, la persona mayor puede pensar o sentir que es una molestia para los demás o que no vale nada, por lo que su percepción social de la dignidad variará en función del cuidado que reciba. Por lo tanto, los/as profesionales tienen que ofrecer un cuidado que preserve la dignidad de la persona, para lo que es necesario conocerla en profundidad y centrar el cuidado en esa persona única y valiosa.

Las personas mayores y las personas con demencia necesitan vivir en un entorno centrado en la persona y relacional (Heggestad, Nortvedt y Slettebø, 2013). De hecho, la Atención Centrada en la Persona ha sido considerada un facilitador de la dignidad y el cuidado digno (Social Care Institute for Excellence, 2009; Tadd et al., 2011).

La Atención Centrada en la Persona surge del modelo humanista de Rogers y su Terapia Centrada en el Cliente (Martínez, 2011). La base del modelo es el reconocimiento de la dignidad de la persona, en este caso la persona mayor, que, aunque pueda ser un colectivo más vulnerable a recibir un trato no digno, tiene que ser tratada con el mismo respeto que cualquier otro ser humano (Martínez, 2011). En este modelo la persona se sitúa en el centro de la atención, no es un mero receptor de cuidado, sino un agente activo en los aspectos que le atañen, y se trata de una atención integral y personalizada. Por lo tanto, la Atención Centrada en la Persona es un modelo de

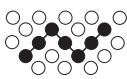
atención que parte del reconocimiento de la dignidad de toda persona, reconoce su singularidad y busca la autonomía y la participación de la persona en su plan de cuidado para mejorar su calidad de vida y bienestar subjetivo (Martínez, 2011).

La Atención Centrada en la Persona se desarrolla mediante interacciones desde la aceptación incondicional, el respeto de la dignidad y la empatía hacia la persona (Ministerio de Servicios Sociales e Igualdad, 2017). Requiere ver a la persona como un ser humano igual al resto de las personas, reconocerla como una persona única, con su historia de vida, necesidades, deseos, rutinas, preferencias etc., y darle la posibilidad de participar, elegir y tener control en su vida.

Asimismo, este modelo de atención apoya la continuidad de los proyectos de vida de las personas, esto es, lo que es importante para ellas en el momento presente de sus vidas (Martínez, Díaz-Veiga, Sancho y Rodríguez, 2014). En el caso de la persona mayor, ésta se enfrenta a cuestiones existenciales parecidas a las que se enfrenta la persona enferma paliativa, como pueden ser la pérdida, la discapacidad y la muerte (Chochinov et al., 2012). De hecho, las personas mayores exponen que en el final de la vida es importante mantener el sentido de control, un manejo adecuado de los síntomas, ayuda experta por parte de los/as profesionales, la oportunidad de expresar deseos en un plan de cuidado avanzado, resolver asuntos pendientes, estar activos hasta el final si fuese posible y apoyo para familiares y amigos (Magee, Parsons y Askham, 2008).

Perder la dignidad al final de la vida es un miedo común en muchas personas. Sin embargo, mientras que hay diversa literatura sobre cómo tratar el dolor, la depresión o la ansiedad en personas que están al final de su vida, no ocurre lo mismo con la dignidad de la persona (Chochinov et al., 2012). Una intervención específica para el final de la vida es la Terapia de la Dignidad (Chochinov et al., 2005), que se centra en la preservación de la dignidad mediante la resolución de asuntos pendientes en las relaciones, compartir palabras de amor o preparar un documento a modo de legado (Fitchett, Emanuel, Handzo, Boyken y Wilkie, 2015).

La Terapia de la Dignidad es una terapia breve individual que pretende liberar el estrés psico-emocional de la persona al final de la vida (Chochinov et al., 2005). Sus objetivos son disminuir el sufrimiento, mejorar la calidad de vida y reafirmar un sentido de



Zuazua Romero

significado y de objetivo y la dignidad (Chochinov et al., 2012). Consta de un protocolo de nueve preguntas estándares que guían la conversación de la persona con el/la terapeuta, entre las que se trabajan temas como la información autobiográfica, el amor hacia los seres queridos, las lecciones aprendidas durante la vida, los roles desempeñados, los logros, los deseos, los sueños, los asuntos pendientes o la guía para los demás. La sesión se graba, transcribe, edita y devuelve al/a paciente, quién decide qué hacer con el documento, pudiendo entregárselo a la familia o a amistades (Fitchett et al., 2015). Las personas que reciben esta terapia muestran altos niveles de satisfacción y beneficios para ellas y sus familias (Fitchett et al., 2015).

La Terapia de la Dignidad aplicada a las personas de la tercera edad tiene limitaciones, ya que no se suele realizar con personas con deterioro cognitivo. Así, Hall et al. (2012; citado en Johnston et al., 2016) exponen que no se recomienda su aplicación en personas mayores con deterioro cognitivo por los problemas de memoria que padecen y el potencial distrés que podría causarles. En estos casos lo que se ha hecho es modificar las preguntas y se ha contado con la participación de familiares. Chochinov et al. (2012) realizaron un estudio con personas mayores de unidades de rehabilitación y larga estancia sin deterioro cognitivo y con deterioro cognitivo y los familiares de los dos grupos. Los resultados mostraron que la gran mayoría de las personas sin deterioro cognitivo consideraron la intervención mediante la Terapia de la Dignidad útil. Sin embargo, a pesar de que los familiares de ambos grupos dijeron recomendar la terapia a otros/as usuarios/as y sus familias, tuvieron dificultades para exponer los beneficios logrados. Asimismo, recabaron la opinión de los/as profesionales del cuidado de la salud que expusieron que los beneficios en las personas sin deterioro cognitivo estaban relacionados con un aumento del sentido de significado y dignidad, mientras que no especificaron los que ocurría en las personas con deterioro cognitivo, aunque lo vieron útil y recomendable con ambos grupos.

Johnston et al. (2016) realizaron un estudio con personas en estadios precoces de demencia, sus familiares y cuidadores. Los resultados obtenidos mostraron que las personas mayores consideraban la terapia como una oportunidad para reflejar sus vidas y para que se tuvieran en consideración aspectos que valoraban, incluyendo personas y logros. El estudio permitió conocer aspectos relevantes, como que las personas mayores desarrollaron más aspectos del pasado que del futuro en sus relatos o que tuvieron

una buena capacidad para recordar detalles del pasado. Tanto personas mayores, familiares como profesionales expusieron el posible beneficio que la Terapia de la Dignidad podría tener en el cuidado futuro de la persona. De esta manera, la Terapia de la Dignidad sería una práctica centrada en la persona que apoyaría la individualidad de la persona con demencia y preservaría su dignidad (Johnston et al., 2016).

Además de la Terapia de la Dignidad, otra herramienta útil en la preservación de la dignidad de la persona mayor podría ser el inventario de la Dignidad del Paciente (Chochinov et al., 2008), un instrumento que sirve para medir el distrés de la persona al final de la vida. Sin embargo, aún no se ha validado en población mayor.

### **Necesidad de un cambio del modelo de cuidado: avanzando en la Atención Centrada en la Persona**

La visión de la persona mayor en la sociedad suele relacionarse con la de una persona en declive biológico, dependiente y pasiva que supone un problema sanitario y social (National Health Service Confederation, 2012). De hecho, no es hasta los últimos años cuando se comienza a considerar a la persona mayor en los servicios asistenciales en los que es atendida y cuidada. Así, el problema es que las residencias y centros de día para la tercera edad tienen una mirada más centrada en la enfermedad y en la tarea que en la persona y sus necesidades psicosociales, ocurriendo lo mismo en los demás recursos sanitarios y sociosanitarios. Esto supone que la persona sea tratada como un/a usuario/a más, olvidando su historia de vida, preferencias, necesidades, deseos y demás aspectos personales.

Brooker (2013) expone que, para cambiar el modelo de cuidado, hay que tener en cuenta dos aspectos de las organizaciones: lo explícito de la cultura organizacional, esto es, la misión, los valores y los códigos de conducta, y lo implícito de la cultura organizacional, es decir, el paradigma mental que orienta el trabajo, y es este aspecto el que hay que cuestionar y trabajar para cambiar el modelo de cuidado. El modelo centrado en la persona abarca a todas las personas implicadas en las relaciones de cuidado, esto es, usuarios/as, profesionales y cuidadores, viéndolas como personas únicas e interrelacionadas, y para iniciar y avanzar en el cambio es necesario el compromiso y liderazgo de la dirección.

Cuidar a las personas mayores es un trabajo demandante

*La dignidad de la persona mayor en residencias desde la atención centrada en la persona*

que requiere habilidades y formación adecuada. Por ello, para ofrecer un cuidado digno es esencial que los/as profesionales estén formados en Atención Centrada en la Persona, que conozcan el significado del cuidado que garantiza y promueve la dignidad, que se sientan valorados por la organización y que puedan tomar sus propias decisiones. El informe Delivering Dignity de la National Health Service Confederation (2012) expone que el cambio de actitudes y conductas debe hacerse de una manera constructiva y no confrontativa y que son las decisiones individuales adecuadas las que cambian la cultura de una organización. Según el documento, la dignidad en el cuidado comienza cuando se facilita que los/a profesionales puedan hablar y escuchar a las personas mayores, ya que es entonces cuando se comienza a ver a la persona en su totalidad.

Por lo tanto, la comunicación es un aspecto esencial del cuidado digno. Baillie (2007; citado en Baillie y Black, 2015), tras estudiar el entorno hospitalario, mostró las siguientes claves comunicativas para ofrecer un cuidado digno en el que la persona se sienta cómoda, con control y valorada, que podrían aplicarse en el ámbito residencial.

**Tabla 3**

*Interacciones que hacen que el paciente se sienta cómodo, con control y valorado (Baillie, 2007; citado en Baillie y Black, 2015).*

Interacciones que facilitan que la persona se sienta cómoda	Comunicación que facilita que la persona sienta control	Comunicación que facilita que la persona se sienta valorada
Sensibilidad	Dar información y explicaciones	Escuchar
Empatía	Proveer consentimiento informado	Dar tiempo
Desarrollo de relaciones	Ofrecer elección y negociación	Mostrar interés por los/as pacientes como personas
Conversación	Facilitar la independencia	Ser amable y servicial
Profesionalidad		Mostrar cortesía
Participación de la familia si la persona lo desea		
Amabilidad y consuelo		
Humor (empleado con sensibilidad y de manera adecuada)		

Zuazua Romero

## Conclusión

Los estudios realizados acerca del cuidado digno coinciden en la importancia de atender a la individualidad de la persona, respetar su autonomía e independencia, cuidar la higiene personal y el aspecto físico, garantizar la privacidad, mantener una comunicación fluida con los/as profesionales y promover la inclusión social. Gallagher et al. (2008) resumen estos aspectos en tres factores: el entorno del cuidado, las actitudes y conducta de los/as profesionales y la cultura del cuidado.

*Help the Aged* propone nueve indicadores para medir la dignidad en el cuidado de las personas mayores, que se basan en los dominios que desde la organización atribuyen al cuidado digno (Magee et al., 2008). De esta manera, los siguientes indicadores podrían suponer un modelo de valoración del cuidado digno de las organizaciones encargadas del cuidado y la atención a las personas mayores, ya que no se dispone de sistemas ni instrumentos para medir la dignidad de la atención ofrecida a la persona usuaria o al/a paciente. De hecho, desarrollar un sistema de evaluación de la dignidad es una labor compleja por la dificultad de definir y medir el término. Además, el sistema de evaluación sería distinto según el nivel asistencial por las características que cada uno implica.

Asimismo, en el caso de las personas mayores con demencia, el cuidado digno debe considerar su estado cognitivo y sus posibles problemas de comunicación, para lo que los/as profesionales deben estar formados en la comunicación con personas con alteraciones cognitivas y disponer de tiempo, paciencia y otros medios alternativos para realizar tal labor.

Finalmente, el cuidado digno requiere trabajar desde la Atención Centrada en la Persona, confirmando el valor y el sentido de identidad de la persona, que es el centro de la labor asistencial. En la actualidad, este modelo se encuentra en desarrollo en España, ya que hasta los últimos años no se ha considerado a la persona que era atendida y cuidada en centros asistenciales, basándose el día a día de estos en el cumplimiento de tareas organizacionales. Por ello, los próximos años serán muy laboriosos para cambiar el paradigma mental que rige la dinámica de los centros asistenciales españoles. Sin embargo, otros países europeos como el Reino Unido llevan tiempo trabajando mediante este modelo de cuidado, siendo muestra de ello la importante y amplia campaña Dignity in Care. De esta manera, cómo se distribuyen los recursos y la prioridad

que se les da, muestra el valor que la sociedad da, en este caso, a las personas mayores (Pullman, 1999; citado en Heggestad, Nortvedt y Slettebø, 2013).

*La dignidad de la persona mayor en residencias desde la atención centrada en la persona*

## Referencias

1. Baillie, L., y Black, S. (2015). Professional values in nursing. Florida: CRC Press, Taylor Francis Group.
2. Bayer, T., Tadd, W., y Krajcik, S. (2005). Dignity: The voice of older people. *Quality in Ageing and Older Adults*, 6(1), 22-29. doi: <https://doi.org/10.1108/14717794200500005>
3. Benito, E., Barbero, J., y Dones, M. (2014). Espiritualidad en Clínica. Una propuesta de evaluación y acompañamiento espiritual en Cuidados Paliativos. Madrid: SECPAL.
4. Brooker, D. (2013). Atención centrada en la persona con demencia. Mejorando los recursos. Barcelona: Octaedro.
5. Chochinov, H. M. (2002). Dignity-conserving care--a new model for palliative care: helping the patient feel valued. *Journal of the American Medical Association*, 287(17), 2253-2260. Recuperado de [https://www.ed.ac.uk/files/atoms/files/dignity\\_-\\_conserving\\_care\\_-\\_a\\_new\\_model\\_for\\_palliative\\_care.pdf](https://www.ed.ac.uk/files/atoms/files/dignity_-_conserving_care_-_a_new_model_for_palliative_care.pdf)
6. Chochinov, H. M. (2007). Dignity and the essence of medicine: the A, B, C and D of dignity preserving care. *British Medical Journal*, 335(7612), 184-187. doi: [10.1136/bmjj.39244.650926.47](https://doi.org/10.1136/bmjj.39244.650926.47)
7. Chochinov, H. M., Cann, B., Cullihall, K., Kristjanson, L., Harlos, M., McClement, S. E., Hack, T. F., y Hassard, T. (2012). Dignity therapy: a feasibility study of elders in long-term care. *Palliative and Supportive Care*, 10(1), 3-15. doi: [10.1017/S1478951511000538](https://doi.org/10.1017/S1478951511000538)
8. Chochinov, H. M., Hack, T., McClement, S., Kristjanson, L., y Harlos, M. (2002). Dignity in the terminally ill: a developing empirical model. *Social Science and Medicine*, 54(3), 433-443. doi: [10.1016/S0277-9536\(01\)00084-3](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(01)00084-3)
9. Chochinov, H. M., Hack, T., Hassard, T., Kristjanson, L. J., McClement, S., y Harlos, M. (2005). Dignity Therapy: A novel psychoterapeutic intervention for patients near the end of life. *Journal of Clinical Oncology*, 23(24), 5520-5525. doi: [10.1200/JCO.2005.08.391](https://doi.org/10.1200/JCO.2005.08.391)
10. Chochinov, H. M., Hassard, T., McClement, S., Hack, T., Kristjanson, L., Harlos, M., Sinclair, S., y Murray, A. (2008). The patient dignity inventory: a novel way of measuring dignity-related distress in palliative care. *Journal of Pain and Symptom Management*, 36(6), 559-571. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2007.12.018>
11. Constitución Española. (1978). Boletín Oficial del Estado, 29 de diciembre, 311, 29313- 29424. Recuperado de <https://www.boe.es/boe/dias/1978/12/29/pdfs/A29313-29424.pdf>
12. Errasti, B., Martínez, M., Carvajal, A., y Arantzamendi, M. (2014). Modelos de dignidad en el cuidado. *Contribuciones para el final de la vida*. Cuadernos de Bioética, 25(84), 243-256. Recuperado de <http://aebioetica.org/revistas/2014/25/84/243.pdf>
13. Franklin, L. L., Ternestedt, B. M., y Nordenfelt, L. (2006). Views on dignity of elderly nursing home residents. *Nursing Ethics*, 13(2), 130-146. doi: [10.1191/0969733006ne851oa](https://doi.org/10.1191/0969733006ne851oa)
14. Fazio, S., Pace, D., Flinner, J., y Kallmyer, B. (2018). The Fundamentals of Person-Centered Care for Individuals With Dementia. *The Gerontologist*, 58(1), 10-19. doi: [10.1093/geront/gnx122](https://doi.org/10.1093/geront/gnx122)
15. Fitchett, G., Emanuel, L., Handzo, G., Boyken, L., y Wilkie, D. J. (2015). Care of human spirit and the role of dignity therapy: a systematic review of dignity therapy research. *BMC Palliative Care*, 14(8), 1-12. doi: [10.1186/s12904-015-0007-1](https://doi.org/10.1186/s12904-015-0007-1)
16. Gallagher, A., Li, S., Wainwright, P., Jones, I. R., y Lee, D. (2008). Dignity in the care of older people - a review of the theoretical and empirical literature. *British Medical Journal for Nursing*, 7(11), 1-12. doi: [10.1186/1472-6955-7-11](https://doi.org/10.1186/1472-6955-7-11)
17. Hall, S., Longhurst, S., y Higginson, I. (2009). Living and dying with dignity: a qualitative study of the views of older people in nursing homes. *Age and Aging*, 38(4), 411-416. doi: [10.1093/ageing/afp06](https://doi.org/10.1093/ageing/afp06)
18. Heggestad, A. K. T., Nortvedt, P., y Slettebø, Å. (2013). Dignity and care for people with dementia living in nursing homes. *Dementia (London)*, 14(6), 825-841. doi: <https://doi.org/10.1177/1471301213512840>
19. Høy, B., Lillestøl, B., Slettebø, Å., Saeteren, B., Heggestad, A. K. T., Caspary, S., Aasgaard, T., Lohne, V., Rehnsfeldt, A., Raholm, M. B., Lindwall, L., y Naden, D. (2016). Maintaining dignity in vulnerability: A qualitative study of the residents' perspective on dignity in nursing homes. *International Journal of Nursing Studies*, 60, 91-98. doi: [10.1016/j.ijnurstu.2016.03.011](https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2016.03.011)
20. Høy, B., Wagner, L., y Hall, E. O. (2007) The elderly patient's dignity. The core value of health, *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 2(3), 160-168, doi: [10.1080/17482620701472447](https://doi.org/10.1080/17482620701472447)
21. Johnston, B., Lawton, S., McCaw, C., Law, E., Murray, J., Gibb, J., Pringle, J., Munro, G., y Rodríguez, C. (2016). Living well with dementia: enhancing dignity and quality of life, using a novel intervention, Dignity Therapy. *International Journal of Older People Nursing*, 11(2), 107-120. doi: [10.1111/opn.12103](https://doi.org/10.1111/opn.12103)
22. Levenson, R. (2007). The Challenge of Dignity in Care. Upholding the rights of the individual. Recuperado de <https://www.scie-socialcareonline.org.uk/the-challenge-of-dignity-in-care-upholding-the-rights-of-the-individual/r/a11G00000017ru4IAA>
23. Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. Recuperado de <https://www.boe.es/boe/dias/1986/04/29/pdfs/A15207-15224.pdf>
24. Magee, H., Parsons, S., y Askham, J. (2008). Measuring dignity in care for older people. A research report for Help the Aged. Recuperado de [https://www.ageuk.org.uk/documents/en-gb/for-professionals/research/measuring\\_dignity\\_in\\_care\\_2008\\_pro.pdf?dtrk=true](https://www.ageuk.org.uk/documents/en-gb/for-professionals/research/measuring_dignity_in_care_2008_pro.pdf?dtrk=true)
25. Marín, M. L. (2007). La dignidad humana, los Derechos Humanos y los derechos constitucionales. *Revista de Bioética y Derecho*, 9, 1-8. Recuperado de [http://www.ub.edu/fildt/revista/pdf/RByD9\\_ArtMarin.pdf](http://www.ub.edu/fildt/revista/pdf/RByD9_ArtMarin.pdf)
26. Martínez, T. (2011). La Atención Centrada en la Persona. Guía para la intervención profesional en los centros y servicios de atención a personas mayores en situación de fragilidad o dependencia. Recuperado de <http://www.acpgerontologia.com/documentacion/guiatenciongerontologiacentradaenlapersona.pdf>
27. Martínez, V. M. (2013). Reflexiones sobre la dignidad humana en la actualidad. *Boletín Mexicano de Derecho Comparado*, 136, 39-67. Recuperado de <https://revistas.juridicas.unam.mx/index.php/derecho-comparado/article/viewFile/4799/6150>
28. Martínez, M., Arantzamendi, M., Belar, A., Carrasco, J. M., Carvajal, A., Rullán, M., y Centeno, C. (2017). Dignity Therapy, a promising intervention in palliative care: A comprehensive systematic literature review. *Palliative Medicine*, 31(6), 492-509. doi: [10.1177/0269216316665562](https://doi.org/10.1177/0269216316665562)
29. Martínez, T., Díaz-Veiga, P., Rodríguez, P., y Sancho, M. (2014). Modelo de atención centrada en la persona. Presentación de los Cuadernos prácticos. Recuperado de <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/enred-modeloatencioncuadernosmatia.pdf>
30. Matiti, M. R., y Baillie, L. (2011). Dignity in healthcare. A practical approach for nurses and midwives. Londres: Radcliffe Publishing.
31. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2017). Informe 2016. Las personas mayores en España. Datos estadísticos estatales y por Comunidades Autónomas.

Zuazua Romero

- Recuperado de [http://www.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/112017001\\_informe-2016-persona.pdf](http://www.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/112017001_informe-2016-persona.pdf)
- 32. National Health Service Confederation. (2012). Delivering Dignity. Securing dignity in care for older people in hospital and care homes. Recuperado de <https://www.ageuk.org.uk/global/Delivering%20Dignity%20Report.pdf?dtrk=true>
  - 33. Nogueira, H. (2016). Dignidad de la persona, derechos fundamentales y bloque constitucional de derechos: una aproximación desde Chile y América Latina. *Revista de Derecho*, 5, 79-142. doi: <https://doi.org/10.22235/rd.v0i5.817>
  - 34. Nolan, M. R., Davies, S., Brown, J., Keady, J., y Nolan, J. (2004). Beyond "person-centred" care: a new visión for gerontological nursing. *Journal of Clinical Nursing*, 13(3), 45-53. Recuperado de <https://pdfs.semanticscholar.org/39ea/350be36006c9170ec509406d408ea48b2061.pdf>
  - 35. Nordenfelt, L. (2003). Dignity and the care of the elderly. *Medicine, Health Care and Philosophy*, 6(2), 103-110. Recuperado de <https://link.springer.com/article/10.1023/2FA3A1024110810373>
  - 36. Oosterveld-Vlug, M. G., Pasman, H. R. W., van Gennip, I. E., Willems, D. L., y Onwuteaka-Philipsen, B. D. (2013). Changes in the Personal Dignity of Nursing Home Residents: A Longitudinal Qualitative Interview Study, *PLoS ONE* 8(9), e73822. doi: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0073822>
  - 37. Organización de las Naciones Unidas. (1948). Declaración Universal de los Derechos Humanos. Recuperado de [http://www.ohchr.org/EN/UDHR/Documents/UDHR\\_Translations/spn.pdf](http://www.ohchr.org/EN/UDHR/Documents/UDHR_Translations/spn.pdf)
  - 38. Sagbakken, M., Naden, D., Ulstein, U., Kvaal, K., Langhammer, B., y Rognstad, M. K. (2017). Dignity in people with frontotemporal dementia and similar disorders: a qualitative study of the perspective of family caregivers. *BMC Health Services Research*, 17(432). doi: 10.1186/s12913-017-2378-x
  - 39. United Kingdom Department of Health. (2009). Final report on the review of the Department of Health Dignity in Care Campaign. Recuperado de [https://www.dignityincare.org.uk/\\_assets/Opinion\\_Leader\\_Final\\_Report\\_to\\_DH.doc.pdf](https://www.dignityincare.org.uk/_assets/Opinion_Leader_Final_Report_to_DH.doc.pdf)
  - 40. United Kingdom Home Care Association. (2009). Dignity in residential care. Resource guide. Recuperado de [https://www.dignityincare.org.uk/\\_assets/microsoft\\_word\\_-\\_dignity\\_in\\_residential\\_care\\_resource\\_guide.pdf](https://www.dignityincare.org.uk/_assets/microsoft_word_-_dignity_in_residential_care_resource_guide.pdf)
  - 41. Pleschberger, S. (2007). Dignity and the challenge of dying in nursing homes: the residents' view. *Age Ageing*, 36(2), 197-202. doi:10.1093/ageing/afl15
  - 42. Real Academia de la Lengua Española. (2014). Diccionario Real Academia de la Lengua Española (23<sup>a</sup> ed). Madrid: Espasa.
  - 43. Royal College of Nursing. (2008) Defending dignity - Challenges and opportunities. London: RCN.
  - 44. Social Care Institute for Excellence. (2009). Dignity in care. Recuperado de [http://www.hscbusiness.hscni.net/pdf/SCIE\\_Dignity\\_in\\_care\\_March\\_2009\\_pdf.pdf](http://www.hscbusiness.hscni.net/pdf/SCIE_Dignity_in_care_March_2009_pdf.pdf)
  - 45. Stratton, D. (2007). Dignity in healthcare. Recuperado de [https://www.ageaction.ie/sites/default/files/dignity\\_in\\_healthcare.pdf](https://www.ageaction.ie/sites/default/files/dignity_in_healthcare.pdf)
  - 46. Tadd, W., Hillman, A., Calnan, S., Calnan, M., Bayer, T., y Read, S. (2011). Dignity in Practice: An exploration of the care of older adults in acute NHS Trusts. Recuperado de [http://www.bgs.org.uk/pdf\\_cms/reference/Tadd\\_Dignity\\_in\\_Practice.pdf](http://www.bgs.org.uk/pdf_cms/reference/Tadd_Dignity_in_Practice.pdf)
  - 47. Tranvåg, O., Petersen, K. A., y Nåden, D. (2013). Dignity-preserving dementia care: a metasynthesis. *Nursing Ethics*, 20(8), 861-880. doi: 10.1177/0969733013485110

*La dignidad de la persona mayor en residencias desde la atención centrada en la persona*

Tabla 4

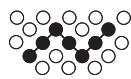
*Indicadores del cuidado digno según los dominios de la dignidad de Help the Aged (Magee et al., 2008).*

Dominio de la dignidad	Indicadores del dominio para el cuidado digno
Autonomía	Participación en la toma de decisiones sobre el cuidado y el tratamiento Información y apoyo en la toma de decisiones Posibilidad de elección en las rutinas diarias Libertad para poder emitir quejas sin miedo de repercusiones Respeto a la propiedad personal Control de la vida propia Equipamiento especializado para mantener la independencia Posibilidad de decorar/amueblar el dormitorio Responsabilidad para la toma de medicación crónica si fuese requerida Seguridad en el hogar
Privacidad	Privacidad en el uso del baño



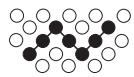
*Zuazua Romero*

	Privacidad en exploraciones, intervenciones y comunicación de la condición de la persona Permiso antes del contacto físico Permiso para que estudiantes/otras personas estén presentes durante la exploración Instalaciones/salas según sexos Protección del pudor Disponibilidad de espacio privado Uso de persianas, cortinas, carteles de no molestar... Precauciones para proteger la información personal
Comunicación	Ser escuchado Transparencia y claridad Sensibilidad al informar Cortesía del personal Forma de llamar consensuada con la persona Acceso a interpretación y traducción
Alimentación	Elección de la comida Elección del lugar para comer Elección del momento de comer Ayuda adecuada cuando se precise Cuidar la presentación de la comida Disponibilidad de tentempiés adicionales Respeto a creencias culturales y religiosas
Higiene personal	Ayuda adecuada y oportuna Elección del tipo/nivel de ayuda Elección de quién provee la ayuda Instalaciones suficientes, higiénicas y apropiadas



*La dignidad de la persona mayor en residencias desde la atención centrada en la persona*

Cuidado personal	<p>Apoyo coherente con las necesidades y deseos de la persona</p> <p>Respeto para preferencias y estilo de vida de la persona</p> <p>Horario de visitas consensuado con la persona</p> <p>Apoyo para mantener los valores propios</p> <p>Respeto de posesiones personales</p>
Inclusión social	<p>Satisfacción de necesidades religiosas y espirituales</p> <p>Satisfacción de necesidades culturales, de ocio y sociales</p> <p>Contacto con familia, amistades o comunidad si fuese deseado</p> <p>Consultar la opinión sobre el funcionamiento del servicio</p> <p>No discriminación por edad en servicios sanitarios o sociales (p.e. en un hospital)</p> <p>Ser valorado como una persona en servicios sanitarios o sociales (p.e. en un hospital)</p>
Dolor	<p>Adequado y oportuno alivio del dolor/malestar</p> <p>Responsabilidad en el alivio del dolor propio si fuese requerida (p.e. negarse a recibir un tratamiento)</p> <p>Interés y conocimiento de los/as trabajadores/as del dolor de la persona</p> <p>Disponibilidad de terapias alternativas para aliviar el dolor</p> <p>Evitar si fuese posible prácticas que causen dolor</p>



*Zuazua Romero*

**Final de la vida**

Información y apoyo para la toma de decisiones  
Respeto a sus voluntades  
Alivio del dolor/malestar  
Elección del lugar donde morir  
Elección de la compañía para morir  
Sensibilidad a necesidades culturales y espirituales  
Oportunidad para la expresión de deseos personales  
Cuidado del cuerpo tras el fallecimiento  
Apoyo a familiares y amistades