

Dignidad en la perspectiva de adultos mayores institucionalizados y sus familiares: revisión integradora

Júlia Brombila Blumentritt¹, Franciele Roberta Cordeiro¹, Manuela Stiff Przybylski¹, Julia Marlow Hall¹

1. Universidade Federal de Pelotas, Pelotas/RS, Brasil.

Resumen

La dignidad humana se constituye en aquello que se vive y se siente; por ello, resulta relevante investigar las relaciones entre el sentido de dignidad de los adultos mayores y la institucionalización. Esta revisión tuvo como objetivo identificar producciones internacionales sobre la dignidad en instituciones de larga estancia desde la perspectiva de los adultos mayores institucionalizados y sus familiares. El material empírico, seleccionado en junio de 2024, estuvo compuesto por 18 estudios publicados entre 1998 y 2023. Los datos fueron codificados y analizados según la similitud temática. Se establecieron dos unidades temáticas: la dignidad para los adultos mayores y sus familiares desde la perspectiva de la dimensión exterior, y la dignidad para los adultos mayores y sus familiares desde la perspectiva de la dimensión interior. Se concluye que la calidad del cuidado, las condiciones del entorno, el apoyo familiar y las experiencias psicoemocionales y espirituales desempeñan un papel fundamental en la preservación (o no) de la dignidad.

Palabras clave: Hogares para ancianos. Respeto. Anciano. Revisión.

Resumo

Dignidade na perspectiva de idosos institucionalizados e familiares: revisão integrativa

A dignidade humana se constitui naquilo que é vivido e sentido, portanto é relevante investigar as relações entre o senso de dignidade dos idosos e a institucionalização. Esta revisão teve como objetivo identificar produções internacionais sobre dignidade em instituições de longa permanência na perspectiva de idosos institucionalizados e seus familiares. O material empírico, selecionado em junho de 2024, foi composto por 18 estudos publicados entre 1998 e 2023. Os dados foram codificados e analisados quanto a similaridade temática. Duas unidades temáticas foram estabelecidas: dignidade para idosos e seus familiares na perspectiva da dimensão exterior e dignidade para idosos e seus familiares na perspectiva da dimensão interior. Conclui-se que a qualidade do cuidado, as condições do ambiente, o suporte familiar e as experiências psicoemocionais e espirituais têm papel fundamental na preservação (ou não) da dignidade.

Palavras-chave: Instituição de longa permanência para idosos. Respeito. Idoso. Revisão.

Abstract

Dignity from the perspective of institutionalized elderly and their families: an integrative review

Human dignity is constituted by what is lived and experienced; therefore, it is relevant to investigate the relationships between sense of dignity by elderly and institutionalization. This review aimed to identify international articles on dignity in long-term care institutions from the perspective of institutionalized elderly and their families. The empirical material, selected in June 2024, consisted of 18 studies published between 1998 and 2023. The data were coded and analyzed according to thematic similarity. Two thematic units were established: dignity for aged adults and their families from the perspective of the external dimension, and dignity for elderly and their families from the perspective of the internal dimension. It is concluded that the quality of care, environmental conditions, family support, and psycho-emotional and spiritual experiences play a fundamental role in the preservation (or not) of dignity.

Keywords: Homes for the aged. Respect. Aged. Review.

Los autores declaran que no existe ningún conflicto de interés.

La dignidad se refiere al valor intrínseco y a la humanidad de cada ser; representa aquello que determina la condición de persona y que confiere valor a la existencia. Es una cualidad innata, independiente de las condiciones biológicas, que puede variar según la moral, las concesiones sociales o de comportamiento, y que perdura durante toda la vida. La dignidad humana, que es fundamentalmente existencial y está constituida por experiencias, se vincula con la individualidad, el carácter único de cada ser y su distinción respecto de otros seres, y se caracteriza por la capacidad de autorregularse mediante la autonomía y la libertad¹.

Se puede analizar la dignidad humana en dos dimensiones principales: la interior y la exterior. La dimensión interior abarca aspectos relacionados con la identidad, el yo, la autoestima, la confianza en uno mismo, el respeto por uno mismo y la autoexpresión. La dimensión exterior implica la relación con el exterior, los valores, aquello que se comparte y se capta del mundo al interactuar con los demás y que se subjetiva². Las experiencias relacionadas con la dignidad se pueden comprender a partir de narrativas y estados emocionales, sobre todo aquellos que se vinculan a situaciones de remordimiento, pesar y amor¹.

El remordimiento permite reconocer el valor de quien ha sido tratado injustamente o perjudicado por otra persona, en virtud de su carácter único. El pesar, sobre todo cuando está vinculado a una pérdida, pone de manifiesto que nadie puede reemplazar a quien se ha perdido, pues se trataba de un ser único. El amor permite reconocer que, si alguien ama a una persona, lo hace no por sus cualidades o habilidades, sino por su esencia. Dichos estados reflejan la preciosidad y el valor insustituible, es decir, la dignidad de cada ser¹.

En este sentido, se ha utilizado el concepto de dignidad en diferentes áreas del conocimiento, como el área de la salud. En medicina, por ejemplo, la dignidad engloba un *status* o valor orientado por la defensa de la autonomía y el respeto a las decisiones de las personas enfermas o incapacitadas a lo largo de su trayectoria en el sistema de salud. En la evaluación clínica, es importante tener en cuenta la autonomía, el autorrespeto y la espiritualidad como elementos intrínsecos que deben movilizarse para preservar la dignidad, además del contenido y la calidad de la atención, considerados elementos extrínsecos. La cultura de

la atención que se basa en el exceso de burocracia y en relaciones asimétricas entre pacientes y médicos —marcadas por acciones como la indiferencia, el rechazo, la cosificación, el etiquetado, el desprecio, la discriminación, la repulsión y la privación— constituye un factor que debilita la promoción de la dignidad relacionada con la salud³.

En enfermería, la dignidad se considera la esencia de la atención y está relacionada con características individuales y sociales. Las características individuales se perciben como un sentimiento interior de valía personal, de autoestima, de ser valorado y respetado, mientras que las características sociales se asocian con las relaciones establecidas con amigos, familiares y profesionales, mediadas por la comunicación, la cultura y las creencias⁴. En sus atributos individuales, la dignidad también abarca aspectos relacionados con la personalidad y el valor especial que posee cada persona. Y, como atributos sociales, el respeto y la autonomía deben guiar las acciones de enfermería en la promoción de la dignidad humana. Dichas acciones incluyen, por ejemplo, el respeto a la privacidad, la confidencialidad y las creencias, así como el reconocimiento de los derechos y las necesidades de la persona a la que se cuida⁵.

Además, la dignidad en la atención debe tener en cuenta las particularidades de la fase de la enfermedad, la vejez y el fin de la vida⁴. Se han desarrollado herramientas e intervenciones para evaluar y promover la dignidad a nivel internacional³. Entre las herramientas de evaluación, destacan la pregunta sobre la dignidad del paciente (*patient dignity question* [PDQ]), el instrumento de medición para la dignidad Ámsterdam (*measurement instrument for dignity Amsterdam* [MIDAM]), la escala de dignidad del paciente hospitalizado (*inpatient dignity scale* [IPDS]) y el inventario de dignidad del paciente (*patient dignity inventory* [PDI]). En cuanto a las intervenciones, la terapia de la dignidad (*dignity therapy* [DT]), el enfoque de dignidad en la atención y la revisión de vida se encuentran entre las más utilizadas tanto en entornos hospitalarios como en hogares para ancianos (ILPI, por sus siglas en portugués).

Los ILPI son instituciones públicas o privadas que se caracterizan por la acogida y la asistencia a personas de 60 años o más, es decir, adultos mayores, generalmente con algún grado de dependencia, con o sin apoyo familiar⁶. En la mayoría de

los casos, sobre todo en las instituciones públicas, se identifican residentes en situación de riesgo social debido a la violencia, el abandono y la dependencia derivada de enfermedades, especialmente psíquicas y/o neurológicas⁷. En dichas instituciones, debe garantizarse el derecho a vivir la vida (o su final) con libertad, ciudadanía y dignidad⁶.

Desde una perspectiva global, la definición cronológica más aceptada de persona mayor establece la edad de 65 años o más para los que viven en países desarrollados, y de 60 años o más para los que viven en países en desarrollo⁸. Un estudio japonés⁹ propuso aumentar este límite de edad a 75 años, teniendo en cuenta el cambio en el estilo de vida en esta fase, que se ha vuelto más activo y saludable, sobre todo en los países desarrollados. Dicho cambio ha propiciado un aumento de la esperanza de vida gracias a la mejora de las habilidades físicas, el rejuvenecimiento y la reducción de enfermedades neurovasculares y circulatorias, lo que, a su vez, exige reformas en los sistemas de seguridad social para brindar una mejor asistencia a la población anciana. Independientemente del delimitador, es esencial que las conceptualizaciones que se basan en parámetros cronológicos tengan en cuenta los contextos sociales, económicos e históricos de cada país⁹.

Aun así, las personas mayores suelen presentar un deterioro funcional asociado a la progresión de enfermedades crónicas y de la multimorbilidad, lo que conlleva una mayor probabilidad de institucionalización a medida que envejecen, sobre todo en ausencia de pareja o de hijos, o en presencia de baja escolaridad, sedentarismo, uso de medicamentos, necesidad de apoyo para la movilidad, así como un diagnóstico de enfermedad de Alzheimer u otras demencias, deterioro cognitivo y dependencia para realizar las actividades básicas de la vida cotidiana¹⁰.

Desde esta perspectiva, promover la dignidad en personas mayores con demencia, por ejemplo, requiere identificar los valores personales y la auto-identidad de forma temprana, es decir, antes de la pérdida total de las funciones cognitivas. Esto permite fomentar el respeto por sus preferencias, incluso ante el deterioro, y garantizar un mínimo de autonomía mediante la adaptación de los cuidados y del entorno a las habilidades preservadas¹¹.

En cambio, la institucionalización puede provocar depresión, sentimiento de soledad, aislamiento,

falta de propósito y una sensación de inutilidad, consecuencias que pueden mitigarse a través de estrategias de socialización que busquen compartir momentos, historias de vida y conocimientos personales y/o intergeneracionales¹². De la misma manera, la estancia en ILPI puede comprometer las necesidades humanas básicas psicobiológicas, psicosociales y psicoespirituales de los adultos mayores e impactar diagnósticos de enfermería como el deterioro de la eliminación urinaria y la movilidad física, el déficit en el autocuidado para el baño, el síndrome de fragilidad en ancianos, la desesperanza, la baja autoestima situacional, el riesgo de soledad, el miedo y las relaciones ineficaces¹³.

Por lo tanto, se justifica la relevancia de investigar las relaciones entre la institucionalización y el deterioro del sentido de dignidad de los adultos mayores tanto en relación con los atributos individuales o interiores como con los sociales o exteriores. Este estudio tuvo como objetivo identificar producciones internacionales sobre la dignidad en centros de larga estancia desde la perspectiva de los adultos mayores institucionalizados y sus familiares.

Método

Se trata de una revisión integradora desarrollada en seis etapas: identificar el tema y definir la pregunta guía; establecer los criterios de inclusión y exclusión; definir la información que se va a extraer; analizar los estudios incluidos; interpretar y discutir los resultados; y presentar la revisión¹⁴.

Para definir la pregunta guía, se utilizó como base la estrategia PICO: en este caso, la población (P) corresponde a adultos mayores institucionalizados y sus familiares; el interés (I) corresponde a dignidad; y el contexto (Co) corresponde a institucionalización. Así, se formuló la siguiente pregunta de investigación: “¿Qué publicaciones existen sobre la dignidad de los adultos mayores en centros de larga estancia?”.

La búsqueda de estudios se realizó en junio de 2024 en las bases de datos electrónicas Medical Literature and Retrieval System Online (Medline), Scientific Electronic Library Online (SciELO), Web of Science, de Clarivate Analytics, y PsycINFO, de American Psychological Association. Los descriptores indexados de Medical Subject Headings (MESH) “respect”, “dignity therapy”, “aged”, “homes for the

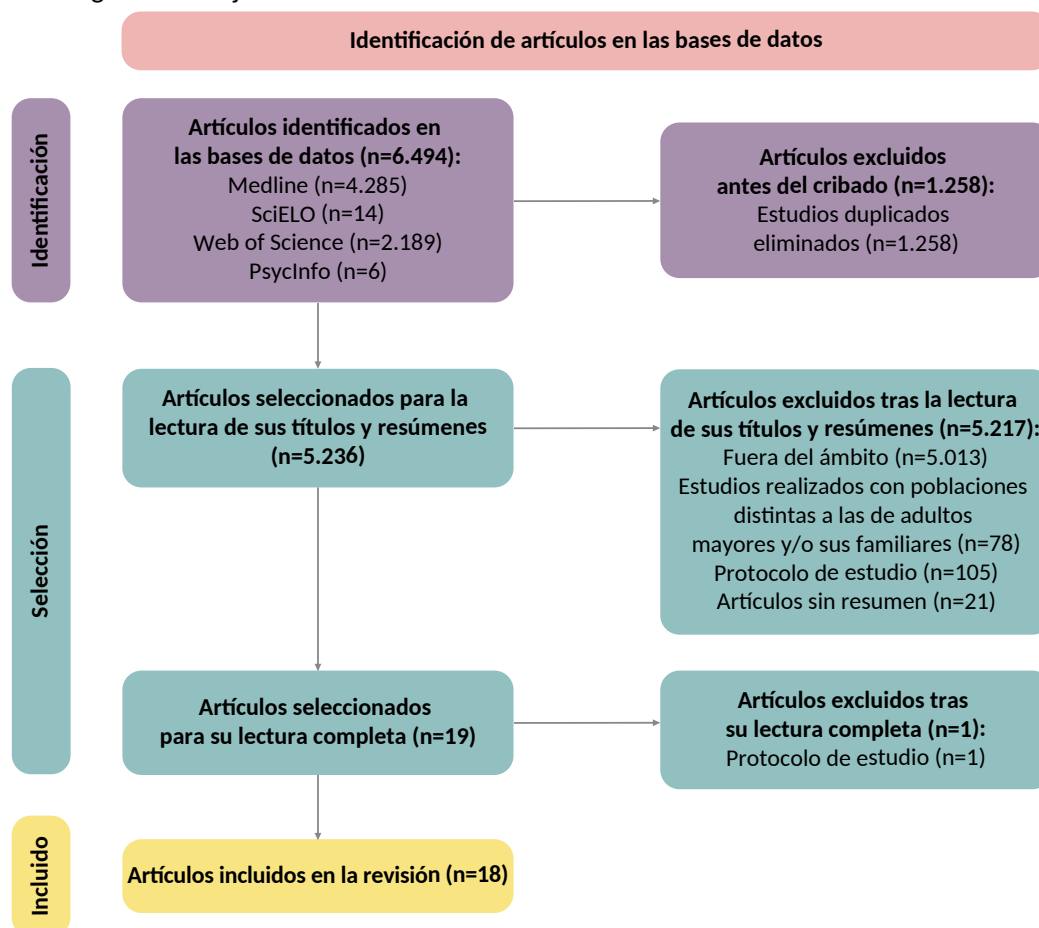
aged”, “family e health of institutionalized elderly” se utilizaron con el operador booleano “and”.

Se incluyeron artículos originales redactados en inglés, portugués o español, con adultos mayores institucionalizados o sus familiares, disponibles en su totalidad de forma gratuita o a través del portal de periódicos de la Coordinación de Perfeccionamiento del Personal de Nivel Superior (CAPES) vinculado a la plataforma Comunidad Académica Federada, proporcionada por la Red Nacional de Educación e Investigación. No se estableció una delimitación temporal, con el objetivo de obtener un mayor número de estudios. Se excluyeron documentos como tesis, disertaciones, editoriales, artículos

de revisión, protocolos de investigación, ensayos, comentarios, relatos de experiencia y resúmenes o artículos publicados en anales de eventos.

Tras combinar los descriptores, se identificaron 6.494 documentos. Los archivos extraídos de las bases de datos se transfirieron a la aplicación *on-line* gratuita Rayyan –Intelligent Systematic Review. La lectura se realizó a través del método de doble revisión a ciegas. En caso de discrepancia, se consultó a una tercera revisora para determinar si el documento debía incluirse o no. El diagrama de flujo de la Figura 1, que se basa en el modelo *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses* (PRISMA)¹⁵, ilustra el proceso realizado en esta etapa.

Figura 1. Diagrama de flujo PRISMA



Para extraer los datos y realizar su caracterización, se utilizó un formulario elaborado en la aplicación de gestión de encuestas de Google. Se extrajo

la siguiente información: título, autores, año, país, revista, enfoque del estudio, área de actuación de los autores, participantes del estudio, técnica

de producción de los datos, marco teórico, diseño de la investigación, objetivo del estudio, enfermedad del participante del estudio y dignidad y aspectos relacionados con la dignidad.

Los datos recopilados sobre la dignidad y los aspectos relacionados con la dignidad se almacenaron en el programa *Atlas.ti* para su codificación y análisis mediante similitud temática¹⁶. Al final, 16 códigos conformaron el libro de códigos seleccionados en 153 extractos, que se agruparon para componer las dos unidades temáticas: la dignidad para los adultos mayores y sus familiares desde la perspectiva de la dimensión exterior;

y la dignidad para los adultos mayores y sus familiares desde la perspectiva de la dimensión interior, que se basan en el modelo en el que la dignidad humana se divide en dos conceptos principales (la dignidad desde la perspectiva de la dimensión exterior y la dignidad desde la perspectiva de la dimensión interior)².

Resultados

Se caracterizan los 18 estudios analizados en el Cuadro 1.

Cuadro 1. Caracterización del material empírico

Título	Método	Aspectos relacionados con la dignidad en ILPI
Oral care, loss of personal identity and dignity in residential care homes (2023) ¹⁷	Cualitativo/ descriptivo	Positivos: higiene bucal realizada de forma privada, independiente y respetuosa, lo que mantiene la identidad personal (ya sea con prótesis dentales o con dientes naturales). Negativos: pérdida de la identidad personal, abandono, vergüenza asociada al uso de prótesis dentales.
Dignity and the provision of care and support in 'old agehomes' in Tamil Nadu, India: a qualitative study (2022) ¹⁸	Cualitativo/ descriptivo	Positivos: mejor atención en salud y apoyo personal, libertad de movimiento y fomento de la sensación de autonomía, ocio y socialización, calidad en la atención, asistencia médica y apoyo social. Negativos: escasez de profesionales, libertad limitada, ausencia de actividades recreativas y entornos precarios.
Dignity in bodily care at the end of life in a nursing home: an ethnographic study (2022) ¹⁹	Cualitativo/ etnografía	Positivos: ocio y socialización, refuerzo de la autonomía y fomento del autocuidado. Negativos: sufrimiento causado por los síntomas físicos, limitación física, dependencia, soledad, largo tiempo de espera para recibir atención médica, falta de integralidad en la atención y rutinas deterioradas, falta de interacción social, preocupación por la enfermedad.
Experiences with dignity among older people confined to beds living in a nursing home: a qualitative descriptive study (2022) ²⁰	Cualitativo/ descriptivo	Positivos: atención individualizada, comunicación, respeto, fomento de la autonomía, sentirse escuchado. Negativos: falta de autonomía, dependencia, falta de respeto por parte del personal, deshumanización, fallas en la continuidad del cuidado, personal no capacitado.
Concept synthesis of dignity in care for elderly facility residents (2019) ²¹	Revisión integradora/ cualitativo/ hermenéutico descriptivo	Positivos: respeto por la preferencia individual, atención con valorización e igualdad, preservación de las relaciones con la red de apoyo externa. Negativos: falta de reconocimiento y de implicación con el personal, ausencia de comunicación y sensibilidad, falta de escucha activa, trato insensible, sentimiento de abandono, normas rígidas y falta de privacidad.
Factors influencing the quality of life perceptions of cognitively impaired older adults in a nursing home and their informal and professional caregivers: a mixed methods study (2018) ²²	Métodos mixtos/ descriptivo que se basa en el cuestionario cuantitativo de calidad de vida en la enfermedad de Alzheimer (QoL-AD)	Positivos: interacción social, cuidadores amables y respetuosos, visitas, momentos de ocio, respeto por la privacidad, preservación de la identidad. Negativos: falta de interacción con el personal y fallas en la atención.

continúa...

Cuadro 1. Continuación

Título	Método	Aspectos relacionados con la dignidad en ILPI
Tension between freedom and dependence: a challenge for residents who live in nursing homes (2018) ²³	Cualitativo/ hermenéutico y descriptivo	Positivos: libertad, autonomía, respeto y preservación de la integridad, autonomía y fe. Negativos: desamparo, sentimiento de ser ignorado, falta de libertad, negligencia en la autonomía, dependencia, inseguridad, cuidadores no capacitados.
Manifestation of respect in the care of older patients in long-term care settings (2015) ²⁴	Cualitativo/ descriptivo	Positivos: enfermeras respetuosas y empáticas, atención humana, buena interacción profesional-paciente, necesidades básicas atendidas, comodidad, fomento del autocuidado e independencia. Negativos: enfermeras centradas en las rutinas y no en la atención, prisa, falta de interés y de atención.
Instituição de longa permanência para idosos: um lugar de cuidado para quem não tem opção? (2014) ²⁵	Cualitativo/ descriptivo	Positivos: necesidades básicas atendidas, acceso a servicios de salud. Negativos: lugar sin significado, destinado a esperar la muerte.
Patterns of dignity-related distress at the end of life: a cross-sectional study of patients with advanced cancer and care home residents (2014) ²⁶	Cualitativo/análisis secundario de datos basales combinados de dos ensayos clínicos aleatorizados	Positivos: no identificados. Negativos: dependencia, falta de valorización, angustia causada por los síntomas físicos, dificultad para afrontar las enfermedades, limitaciones funcionales, pérdida de la continuidad del yo, preocupación por el futuro.
The meaning of dignity in nursing home care as seen by relatives (2014) ²⁷	Cualitativo/ hermenéutico	Positivos: sentimiento de “estar como en casa”, cuidadores atentos e interesados, respeto por la individualidad y la autonomía, entorno seguro y familiar, interacción positiva con el personal. Negativos: infantilización, desempoderamiento, falta de atención a las necesidades, interacción irrespetuosa, desamparo.
Dignity and the factors that influence it according to nursing home residents: a qualitative interview study (2014) ²⁸	Cualitativo/ descriptivo	Positivos: mantenimiento del sentido de la vida, aceptar la situación, capacidad para tomar decisiones, comunicación significativa, agudeza cognitiva, religión, participación en la vida de los seres queridos, atención adecuada y de calidad, autoestima preservada. Negativos: pérdida de la identidad, sentimiento de inutilidad, normas rígidas, dependencia, pérdida de control, pérdida de memoria, desvalorización, sentimiento de sobrecarga económica, falta de profesionales, dificultad para relacionarse con el personal, entorno de prisa y falta de atención.
Feasibility, acceptability and potential effectiveness of Dignity Therapy for older people in care homes: a phase II randomized controlled trial of a brief palliative care psychotherapy (2011) ²⁹	Cuantitativo/ensayo clínico controlado aleatorizado	Positivos: grupos que reciben DT muestran niveles de angustia reducidos y buena esperanza, calidad de vida, reducción del sufrimiento, mayor sentido de propósito y beneficios para la familia. Negativos: no identificados.
How respect and kindness are experienced at the end of life by nursing home residents (2011) ³⁰	Métodos mixtos/ investigación retrospectiva	Positivos: respeto y amabilidad, muerte en un entorno respetuoso, comunicación clara e inclusiva, cuidados íntimos adecuados, apoyo emocional, apoyo a los familiares. Negativos: falta de comunicación, falta de participación familiar, atención inadecuada e impersonal, falta de apoyo a los familiares.

continúa...

Cuadro 1. Continuación

Título	Método	Aspectos relacionados con la dignidad en ILPI
Living and dying with dignity: a qualitative study of the views of older people in nursing homes (2009) ³¹	Cualitativo/ descriptivo	Positivos: gestión de síntomas, respeto por la privacidad, fomento de la independencia y respeto por las necesidades sociales y emocionales. Negativos: dependencia, angustia y preocupaciones por la enfermedad y la muerte, y pérdida de valor.
Dignity and the challenge of dying in nursing homes: the residents' view (2007) ³²	Cualitativo/ descriptivo	Positivos: relaciones sociales. Negativos: impacto de las enfermedades cognitivas en las relaciones sociales, dependencia, pérdida de la identidad, atención insuficiente, falta de control sobre el proceso de morir.
Dimensions of quality in long-term care facilities in Taiwan (2005) ³³	Cualitativo/ descriptivo	Positivos: reconocimiento de las necesidades por parte del personal, respeto por las preferencias individuales, apoyo emocional, interacción social, entorno de apoyo, atención accesible. Negativos: sentimiento de negligencia, necesidades alimentarias y culturales no satisfechas, sentimiento de soledad, represión emocional, falta de confianza, dificultades en la interacción social, entorno de apoyo deficiente y atención inaccesible.
The experience of living-dying in a nursing home: self-reports of black and white older adults (1998) ³⁴	Cualitativo/ descriptivo	Positivos: religión como fuente de consuelo, cuidado mutuo entre los residentes. Negativos: ansiedad, alivio inadecuado del dolor (residentes negros), desamparo, desesperanza, pérdida del apetito, personal no capacitado y sin interés ni comprensión, ira como forma de afrontar las situaciones.

En 14 estudios^{17-23,25,26,28,31-34}, los participantes eran adultos mayores institucionalizados; dos^{27,30} se realizaron con sus familiares; y dos^{24,29}, con adultos mayores institucionalizados y sus familiares. La principal técnica de producción de datos fue la entrevista^{17-26,28,30-34}, y un solo estudio utilizó la herramienta terapéutica DT²⁹. Los países donde se realizaron los estudios incluyen: Brasil²⁵, Alemania³², Canadá³⁰, Eslovenia²⁰, Estados Unidos³⁴, Finlandia²⁴, Holanda²⁸, Japón²¹, Suiza²², Suecia¹⁹, Taiwán³³, India¹⁸, Reino Unido^{17,26,29,31}, Dinamarca, Suecia y Noruega^{23,27}.

Dignidad para adultos mayores y sus familiares

Perspectiva de la dimensión exterior

El comportamiento de los profesionales de la salud afecta la percepción de la dignidad de los adultos mayores institucionalizados¹⁹. Las palabras duras, los largos tiempos de espera para recibir atención, la falta de atención y de integralidad en la atención, la falta de capacitación y la rigidez del personal en las rutinas^{19,20} representan actitudes que descuidan la dignidad y generan sentimientos negativos en los

residentes, como la impotencia²⁰ y el desamparo²³. Además, las prácticas de atención que no respetan la privacidad y la autonomía de la persona pueden reducir aún más la sensación de dignidad³¹.

Los artículos demostraron que la ausencia o la escasez de profesionales en las instituciones agrava el sentimiento de desamparo^{18,28}. La falta de tiempo, la ausencia de personal y la sobrecarga de tareas dificultan la construcción de relaciones entre los adultos mayores y sus cuidadores, y comprometen la atención y la calidad del cuidado^{18,28,32}, lo que resulta en una ruptura de la dignidad de los adultos mayores institucionalizados, quienes suelen verse obligados a esperar ayuda o a recibir atención de forma apresurada y negligente²⁸.

La atención individualizada es esencial para garantizar la dignidad de los adultos mayores²⁷. Cuando el personal es sensible, amable, atento, está dispuesto a escuchar y a animar a la persona mayor a realizar las actividades diarias de forma independiente, la calidad de la atención mejora y permite que los adultos mayores se sientan valorados y respetados^{22,24}. Los profesionales que priorizan el diálogo²¹, que hacen que las rutinas sean flexibles para satisfacer necesidades específicas²⁴ y

que fomentan la independencia²⁶ demuestran un compromiso con la dignidad.

Además, cuando las necesidades básicas se atienden con empatía y respeto, aumenta la percepción de dignidad. Los cuidados con la alimentación, la higiene, la asistencia para realizar las actividades diarias de forma independiente²⁵, la gestión de los síntomas³¹ y la ayuda para mantener la salud física y psicológica²², cuando se realizan de forma respetuosa, sensible e individual, proporcionan bienestar y satisfacción con la atención, fomentando así en los residentes la percepción de estar viviendo una vida digna, a pesar de las limitaciones físicas^{27,30}.

Usar la DT puede dar más sentido a la vida de los adultos mayores institucionalizados, mejorar su calidad de vida, aumentar su sentido de propósito y sus ganas de vivir, y reducir el sufrimiento. Además, puede ayudar a las familias, una vez que ha demostrado ser una práctica eficaz para promover una experiencia positiva al final de la vida²⁹.

El respeto también se manifiesta cuando las decisiones que afectan la vida de los residentes se comparten no solo con ellos, sino también con sus familiares. La participación activa de los adultos mayores y sus familiares en las decisiones relacionadas con su atención, así como la recepción de información clara y continua, es fundamental para preservar su dignidad y garantizar que se atiendan sus necesidades³⁰.

Además, las interacciones sociales y el apoyo familiar desempeñan un papel fundamental en la preservación de la dignidad de los adultos mayores institucionalizados³³. Se reportaron que las reuniones familiares, la relación con otros residentes y las reuniones sociales eran requisitos básicos para construir y mantener la dignidad³². La comunicación eficaz, que suele implicar la superación de barreras lingüísticas y culturales, también se describió como esencial para evitar el aislamiento social³³.

Los ILPI pueden ser buenos lugares para vivir²⁵ y, aunque algunos residentes estén confinados, sienten que la vida preserva su significado, lo que fortalece la dignidad²⁸. En cambio, para otros, la institución no es más que un lugar donde esperar la muerte²⁵, cargada de sentimientos de abandono, no pertenencia, inutilidad ante la sociedad y desvalorización, donde deben someterse a normas y voluntades impuestas por terceros²⁸.

Los discursos sobre la institucionalización abarcan desde “el hogar es donde uno lo crea”, en un

intento de resignificar el entorno, hasta otros asociados al sentimiento de abandono, como “simplemente me dejaron aquí”²¹. En este contexto, algunos adultos mayores son capaces de adaptarse a la nueva rutina y de aceptar la institucionalización y la dependencia, y así mantienen un mayor sentido de dignidad que aquellos que se niegan a aceptar la nueva realidad²⁸.

Uno de los principales beneficios de la institucionalización es el acceso garantizado a los servicios de salud. El acceso continuo y la disponibilidad de asistencia son factores esenciales para mejorar la calidad de vida de muchos adultos mayores. Para aquellos con un estado de salud frágil, los ILPI pueden representar un entorno seguro y adecuado para tratar sus enfermedades, lo que se traduce en una mejora significativa de su estado físico^{25,33}.

El entorno y la calidad (o la falta de ella) de las instalaciones también son factores importantes para la dignidad. Condiciones precarias afectan el bienestar de los residentes y comprometen el sentido de dignidad¹⁸. Algunos adultos mayores reportan que la convivencia en habitaciones compartidas les proporciona una sensación de seguridad y compañía²⁸. Sin embargo, otros señalan que la privacidad es un factor fundamental para mantener la dignidad³¹.

El ocio también ocupa un lugar importante en la rutina de los adultos mayores institucionalizados. Funciona no solo como una forma de distracción, sino también como un medio para preservar la dignidad, ya sea a través de actividades como el ejercicio físico y las caminatas¹⁹ o incluso a través de reuniones sociales o eventos religiosos¹⁸, a medida que proporcionan momentos de placer e interacción²².

Perspectiva de la dimensión interior

La dependencia, ya sea para realizar actividades cotidianas o para cuidar de su propia salud, se vivencia como una amenaza constante, ya que los residentes se perciben incapaces de cuidar de sí mismos^{19,23,32}. Los problemas físicos como el cansancio, el dolor y la pérdida de funciones son las principales causas de la sensación de pérdida de dignidad, puesto que perder las habilidades para cuidar de sí mismo se presenta de forma progresiva¹⁹.

La dependencia conlleva sentimientos de ser una carga para el cuidador^{20,23}, soledad^{19,28}, angustia e incapacidad²⁶, falta de propósito¹⁹, vergüenza³¹, ira y tristeza²⁰. Además, los adultos mayores institucionalizados consideran que la dependencia es una amenaza

para su autonomía²³ y para su propia identidad¹⁷, puesto que su salud se deteriora a medida que avanza la enfermedad, su cuerpo y su fuerza ya no son los mismos y aumenta su necesidad de ayuda¹⁷.

Los adultos mayores suelen resistir a pedir ayuda porque esto les recuerda constantemente la carga de la dependencia y la pérdida de autonomía³³. Un estudio demostró que enseñar y estimular a los adultos mayores a cuidar de su higiene personal de forma independiente favoreció que continuaran participando activamente en su propio cuidado¹⁹. Este afán por mantener la autonomía y el sentido de dignidad en los adultos mayores les permite sentir que aún tienen el control sobre los aspectos importantes de sus vidas²³.

El hecho de depender de otras personas para cuidados tan íntimos como la higiene personal y la higiene bucal puede considerarse una invasión de la privacidad. Para muchos de estos adultos mayores, mantener la higiene bucal, ya sea con dientes naturales o con prótesis dentales, está directamente relacionado con preservar su identidad personal y apariencia, una parte fundamental de lo que consideran su dignidad¹⁷.

A nivel emocional, la dependencia no se limita al impacto físico, sino que también afecta la salud mental y la autoestima de los adultos mayores. La sensación de ya no poder desempeñar roles importantes, de no poder afrontar los desafíos de la enfermedad y de estar atrapado en una rutina que ya no refleja quiénes eran genera una profunda angustia²⁶. La soledad, la falta de perspectiva de mejora de la salud²⁸ y el miedo a la muerte³¹ contribuyen a sentimientos de depresión y desesperanza. Este deterioro de la salud y las funciones corporales suele ir acompañado del sentimiento de que la vida ha perdido su valor y de la pérdida de la continuidad del yo²⁶.

Para mantener la dignidad, resulta fundamental mantener las características personales a pesar de la enfermedad, la comunicación y preservar las habilidades cognitivas^{19,28}. Muchas personas consideran que perder la capacidad de comunicarse o desarrollar enfermedades cognitivas como el olvido, el sentimiento de desempoderamiento, la violación, la infantilización y la infravaloración son factores que afectan la dignidad²⁷. Aun así, algunos adultos mayores logran mantener cierto nivel de autoestima al defenderse o mostrarse indiferentes a las opiniones ajenas²⁸.

La búsqueda de la dignidad se transforma en una búsqueda de reconocimiento ante la vejez,

a partir del intento de preservar la dignidad a pesar de ella, ya sea mediante la adaptación a las normas organizativas o a la gestión de las implicaciones económicas y personales, el autocuidado y la toma de decisiones³².

Los adultos mayores también consideran importante tener una muerte digna. Permanecer activo hasta el último momento, respetar los propios deseos, no sentir dolor, estar cerca de personas importantes, despedirse en privado y morir en el momento oportuno significa preservar la dignidad hasta el último minuto de vida³².

Además, la fe religiosa es una fuente de consuelo y esperanza ante las dificultades de la enfermedad y la pérdida de autonomía^{28,34}. Las creencias religiosas pueden aliviar el miedo a la muerte y proporcionar una sensación de paz y aceptación. Sentirse apoyado por su fe ayuda a los adultos mayores a preservar la dignidad y a encontrar resignación para seguir adelante²⁸.

Asimismo, la relación de los adultos mayores con el respeto y la libertad es fundamental para preservar su dignidad, sobre todo en el contexto de la institucionalización. Incluso al enfrentar trastornos neurocognitivos y una disminución de la capacidad para realizar las tareas cotidianas, los adultos mayores siguen expresando la necesidad de que se respete su privacidad, su autonomía y su historia de vida. El respeto por su vida privada se destacó como un factor esencial, puesto que los conecta con su identidad y personalidad²².

La vulneración de la dignidad y del respeto se produce cuando los adultos mayores no son percibidos por los demás como individuos únicos, sino como parte de un grupo, lo que ignora sus necesidades y deseos²⁷. Cuando no se cumplen sus promesas o cuando no tienen la oportunidad de tomar sus propias decisiones, se intensifica la sensación de falta de respeto^{27,28}.

Por fin, tener libertad es importante para preservar la dignidad²³. Los ILPI, sobre todo los privados, imponen severas restricciones que generan sentimientos de confinamiento y falta de libertad¹⁸. Además, los adultos mayores se sienten privados de la capacidad de decidir por sí mismos²⁰, a pesar de tener la libertad de pensar lo que quieren²³. Aunque mantienen la libertad de pensar, esta autonomía se ve anulada por las limitaciones físicas y la falta de opciones en las acciones cotidianas. Las puertas cerradas, por ejemplo, simbolizan la pérdida de libertad y autonomía,

mientras que compartir una habitación con un desconocido también representa una violación de su libertad personal y espacio íntimo²³.

Discusión

Promover la dignidad desde la perspectiva de la dimensión exterior abarca tanto las prácticas desarrolladas por los profesionales de la salud como los factores socioestructurales que permean la vivencia de los adultos mayores institucionalizados en ILPI, que afectan directamente la percepción de respeto, valor y reconocimiento del adulto mayor como individuo único.

La asistencia del equipo multiprofesional es fundamental para dicha promoción, una vez que fomenta una atención sanitaria más efectiva e integral, siempre que se preste asistencia y se priorice al individuo en todas sus dimensiones, ya sean físicas, sociales, emocionales o psíquicas³⁵. Además, la forma de actuar y cuidar, si se basa en el dominio del proceso de envejecimiento, la evaluación de las condiciones de salud, el manejo de las enfermedades crónicas y, sobre todo, en actitudes relacionales como la comunicación empática y el respeto, tiene un impacto significativo en la percepción de la calidad de vida, el bienestar, la autonomía y la dignidad³⁶. Por otro lado, la ausencia o la escasez de profesionales compromete la calidad de la atención, intensifica los sentimientos de angustia y desamparo entre los adultos mayores institucionalizados y la sobrecarga a los trabajadores de las instituciones, lo que perjudica la salud de dichos trabajadores, especialmente la salud mental³⁷.

El respeto por la individualidad es un elemento fundamental para preservar la dignidad. Las acciones que atienden las necesidades nutricionales, de higiene y de comodidad, cuando se realizan de manera adecuada y respetuosa, trascienden la dimensión técnica y reafirman el reconocimiento del adulto mayor como ser humano, lo que contribuye a preservar su identidad y autoestima³⁸. En este sentido, las intervenciones terapéuticas como la terapia de la dignidad destacan por promover la reflexión sobre la trayectoria de vida, el afrontamiento del sufrimiento psicosocial y la atribución de sentido a la existencia³⁹.

La institucionalización puede generar sentimientos ambiguos, que oscilan entre la aprobación y la satisfacción con el entorno, por un lado, y la incomodidad, la impotencia y la pérdida de autonomía, por otro. Los cambios en las rutinas y las relaciones

sociales, y la necesidad de seguir normas institucionales pueden afectar negativamente la percepción de libertad y dignidad⁴⁰. En este contexto, la relación entre los profesionales de la salud y los familiares, especialmente con respecto al diálogo, desempeña un papel fundamental, una vez que fortalece vínculos, promueve la toma de decisiones compartida y reduce angustias e incertidumbres relacionadas con la atención y la institucionalización⁴¹. Además, las actividades de ocio son una estrategia relevante en los ILPI, porque promueven el bienestar y la satisfacción, y ayudan a combatir la soledad⁴².

Desde una perspectiva interior, la dignidad está fuertemente asociada con el mantenimiento de la autonomía y la independencia. Las limitaciones físicas y funcionales intensifican los sentimientos de incapacidad y la pérdida de propósito, afectando así la autoestima y el valor que uno se atribuye a sí mismo⁴³. Desde una perspectiva emocional, la dependencia produce efectos negativos tanto en la salud mental, principalmente relacionados con la depresión, como en la autoestima de los adultos mayores, que se agravan por el aislamiento social y la rutina institucional⁴⁴. Además, la dignidad está relacionada con la subjetividad y el individualismo, y, por lo tanto, estereotipar a los adultos mayores como un grupo homogéneo desconsidera su individualidad y contribuye al menosprecio del derecho a la dignidad⁴⁵, una noción corroborada por los resultados obtenidos en esta revisión, según los cuales mantener las propias características y preservar la autoestima es una forma de cultivar la dignidad.

En esta perspectiva, la autonomía surge como una expresión de relaciones sociales y programáticas que revelan diferentes formas de vulnerabilidad (interpersonal, social y programática) en el cotidiano de la atención. Los desafíos comunes que enfrentan los adultos mayores, como el aislamiento social y las deficiencias en las rutinas de los servicios, funcionan como indicadores de esta vulnerabilidad y requieren estrategias de atención que respeten las necesidades únicas de cada persona, al tiempo que promueven una práctica de atención ética y sensible a las circunstancias de vida de los adultos mayores⁴⁶.

Vivir con dignidad también implica morir con dignidad. La muerte digna es aquella que prioriza aliviar el sufrimiento, controlar el dolor, respetar el curso natural de la vida y el apoyo emocional, espiritual y familiar, para promover así la comodidad y la serenidad al final de la vida⁴⁷. En este proceso, las creencias religiosas proporcionan consuelo y alivian el miedo a la muerte, y esto ayuda a preservar la dignidad⁴⁸.

Finalmente, la dignidad se percibe cuando se mantiene el respeto y se preservan la historia de vida, la libertad y la privacidad. La dignidad en la atención de los adultos mayores se observa cuando existe una experiencia de respeto, confianza, seguridad y caridad, siendo la atención digna aquella que se basa en el respeto y la amabilidad. La dignidad y el respeto se ven vulnerados cuando se considera que los adultos mayores pertenecen a un grupo y no participan en las decisiones sobre su propia salud, cuando existe un sentimiento de abandono, de no pertenencia, de olvido y de soledad⁴⁹.

Consideraciones finales

Al identificar y analizar producciones internacionales sobre la dignidad en centros de larga estancia desde la perspectiva de los adultos mayores institucionalizados y sus familiares, esta revisión demostró una importante brecha en la literatura, especialmente en el contexto brasileño. Las limitaciones de este estudio incluyen los idiomas privilegiados; el hecho de que solamente un estudio se realizó en el contexto nacional; y el pequeño número de estudios que investigan las opiniones de los adultos mayores sobre la dignidad en el contexto de la institucionalización. Aun así, esta revisión promueve avances a través de la sistematización e integración de evidencia, lo que contribuye a comprender la dignidad como un fenómeno multidimensional, en el que influyen factores individuales, relacionales e institucionales.

Los hallazgos indican que la calidad de la atención, las condiciones del entorno y el apoyo familiar son fundamentales para preservar o vulnerar la dignidad de los adultos mayores institucionalizados.

La actuación del personal de salud atento, empático y respetuoso, junto con la satisfacción de las necesidades básicas, promueve el bienestar, la autoestima y el reconocimiento del adulto mayor como un individuo digno. Además, la interacción social, sobre todo con familiares y otros residentes, fortalece el sentido de pertenencia y la continuidad de los vínculos afectivos y, por lo tanto, también actúa como un factor que protege la dignidad.

En cambio, la falta de atención, el desprecio por las necesidades individuales, la sobrecarga de trabajo de los profesionales y las condiciones precarias en los ILPI pueden intensificar el sentimiento de desamparo, impotencia y exclusión, lo que compromete la dignidad física y emocional de los residentes. Por lo tanto, el entorno institucional surge no solo como un espacio de atención, sino también como un elemento estructurador de la experiencia de la dignidad.

Además, esta revisión resalta que las experiencias psicoemocionales y espirituales pueden afectar la preservación de la autonomía y la capacidad de atribuir significado y valor a la vida. Las creencias religiosas son una fuente de consuelo, alivian el miedo a la muerte y proporcionan una sensación de paz, aceptación y fuerza. La fe permite a los adultos mayores encontrar un sentido de continuidad y pertenencia, que es fundamental para preservar la dignidad interior hasta el final de la vida.

Por último, los resultados amplían la comprensión de la dignidad más allá de un atributo individual, al resaltar su carácter relacional y contextual. Estos hallazgos ofrecen aportes relevantes para la cualificación de las prácticas asistenciales, la formación de los profesionales de la salud y la elaboración de políticas públicas orientadas a promover una atención ética, humanizada y centrada en el carácter único de los adultos mayores institucionalizados.

Referencias

1. Ferdynus MP. Is dignity still necessary in health care? From definition to recognition of human dignity. *J Relig Health* [Internet]. 2024 [acceso 16 maio 2025];63(2):1154-77. DOI: 10.1007/s10943-023-01995-1
2. Julião M, Barbosa A. O conceito de dignidade em medicina. In: Barbosa A et al., coordenadores. *Investigação qualitativa em cuidados paliativos* [Internet]. Lisboa: Faculdade de Medicina; 2012 [acceso 16 maio 2025]. p. 239-69. Disponível: <https://bit.ly/4sTS2ci>
3. Grassi L, Nanni MG, Riba M, Folesani F. Dignity in medicine: definition, assessment and therapy. *Curr Psychiatry Rep* [Internet]. 2024 [acceso 16 maio 2025];26(6):273-93. DOI: 10.1007/s11920-024-01506-3
4. Kadivar M, Mardani-Hamoooleh M, Kouhnavard M. Concept analysis of human dignity in patient care: Rodgers' evolutionary approach. *J Med Ethics Hist Med* [Internet]. 2018 [acceso 16 maio 2025];11(4):1-11. Disponível: <https://bit.ly/4ctjKHO>

5. Franco H, Caldeira S, Nunes L. Dignity in nursing: a synthesis review of concept analysis studies. *Nurs Ethics* [Internet]. 2021 [acesso 16 maio 2025];28(5):734-49. DOI: 10.1177/0969733020961822
6. Brasil. Ministério da Saúde. Resolução RDC nº 502, de 27 de maio de 2021. Dispõe sobre o funcionamento de Instituição de Longa Permanência para Idosos, de caráter residencial. *Diário Oficial da União* [Internet]. Brasília, p. 110, 27 maio 2021 [acesso 16 maio 2025]. Seção 1. Disponível: <https://bit.ly/4w0FCII>
7. Blumentritt JB, Cordeiro FR, Silva NK, Przybylski MS. “Estão aqui porque é o último caminho”: dinâmica em instituição de longa permanência para idosos. *REFACS* [Internet]. 2024 [acesso 16 maio 2025];12(3):1-20. DOI: 10.18554/refacs.v12i3.7986
8. Brasil. Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome. Nota informativa nº 5/2023 – Envelhecimento e o direito ao cuidado [Internet]. Brasília: Secretaria Nacional da Política de Cuidados e Família; 2023 [acesso 16 maio 2025]. p. 27. Disponível: <https://tinyurl.com/28jdr8vn>
9. Orimo H, Ito H, Suzuki T, Araki A, Hosoi T, Sawabe M. Reviewing the definition of “elderly”. *Geriatr Gerontol Int* [Internet]. 2006 [acesso 16 maio 2025];6(3):149-58. DOI: 10.1111/j.1447-0594.2006.00341.x
10. Lini EV, Portella MR, Doring M. Fatores associados à institucionalização de idosos: estudo caso-controle. *Rev Bras Geriatr Gerontol* [Internet]. 2016 [acesso 16 maio 2025];19(6):1004-14. DOI: 10.1590/1981-22562016019.160043
11. Zhang Y, Lingler JH, Bender CM, Seaman JB. Dignity in people with dementia: a concept analysis. *Nurs Ethics* [Internet]. 2024 [acesso 16 maio 2025];31(7):1220-32. DOI: 10.1177/09697330241262469
12. Barbosa MR, Campinho A, Silva G. “Give and receive”: the impact of an intergenerational program on institutionalized children and older adults. *J Intergener Relatsh* [Internet]. 2021 [acesso 16 maio 2025];19(3):283-304. DOI: 10.1080/15350770.2020.1742844
13. Marques FRDM, Ribeiro DAT, Pires GAR, Costa AB, Carreira L, Salci MA. Diagnósticos de enfermagem em idosos institucionalizados vítimas de violência. *Esc Anna Nery* [Internet]. 2022 [acesso 16 maio 2025];26. DOI: 10.1590/2177-9465-EAN-2021-0335
14. Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2008 [acesso 24 abr 2025];17:758-64. DOI: 10.1590/S0104-07072008000400018
15. Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD *et al*. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *Rev Panam Salud Publica* [Internet]. 2022 [acesso 26 dez 2024];31(2). DOI: 10.26633/RPSP.2022.112
16. Polit DF, Beck BCT. Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem. Porto Alegre: Artmed; 2018.
17. Johnson IG, Morgan MZ, Jones RJ. Oral care, loss of personal identity and dignity in residential care homes. *Gerodontology* [Internet]. 2023 [acesso 9 dez 2024];40(2):200-6. DOI: 10.1111/ger.12633
18. Burholt V, Shoemark EZ, Maruthakutti R, Chaudhary A, Maddock C. Dignity and the provision of care and support in ‘old age homes’ in Tamil Nadu, India: a qualitative study. *BMC Geriatr* [Internet]. 2022 [acesso 9 dez 2024];22(1):577. DOI: 10.1186/s12877-022-03272-4
19. Holmberg B, Godsken T. Dignity in bodily care at the end of life in a nursing home: an ethnographic study. *BMC Geriatr* [Internet]. 2022 [acesso 9 dez 2024];22(1):593. DOI: 10.1186/s12877-022-03244-8
20. Fekonja Z, Kmetec S, Lorber M, Lavrac J, McSherry W, Mlinar Reljic N. Experiences with dignity among older people confined to beds living in a nursing home: a qualitative descriptive study. *J Nurs Manag* [Internet]. 2022 [acesso 9 dez 2024];30(7):2362-9. DOI: 10.1111/jonm.13689
21. Hasegawa N, Ota K. Concept synthesis of dignity in care for elderly facility residents. *Nurs Ethics* [Internet]. 2019 [acesso 9 dez 2024];26(7-8):2016-34. DOI: 10.1177/0969733018824763
22. Verloo H, Salina A, Fiorentino A, Cohen C. Factors influencing the quality of life perceptions of cognitively impaired older adults in a nursing home and their informal and professional caregivers: a mixed methods study. *Clin Interv Aging* [Internet]. 2018 [acesso 9 dez 2024];13:2135-47. DOI: 10.2147/CIA.S184329
23. Caspari S, Raholm MB, Saeteren B, Rehnsfeldt A, Lillesto B, Lohne V *et al*. Tension between freedom and dependence – a challenge for residents who live in nursing homes. *Journal of Clinical Nursing* [Internet]. 2018 [acesso 9 dez 2024];27(21-22):4119-27. DOI: 10.1111/jocn.14561

24. Koskenniemi J, Leino-Kilpi H, Suhonen R. Manifestation of respect in the care of older patients in long-term care settings. *Scand J Caring Sci* [Internet]. 2015 [acesso 9 dez 2024];29(2):288-96. DOI: 10.1111/scs.12162
25. Oliveira JM, Rozendo CA. Instituição de longa permanência para idosos: um lugar de cuidado para quem não tem opção? *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2014 [acesso 9 dez 2024];67:773-9. DOI: 10.1590/0034-7167.2014670515
26. Hall S, Davies JM, Gao W, Higginson IJ. Patterns of dignity-related distress at the end of life: a cross-sectional study of patients with advanced cancer and care home residents. *Palliat Med* [Internet]. 2014 [acesso 9 dez 2024];28(9):1118-27. DOI: 10.1177/0269216314533740
27. Rehnfeldt A, Lindwall L, Lohne V, Lillesto B, Slettebo A, Heggstad AKT *et al.* The meaning of dignity in nursing home care as seen by relatives. *Nurs Ethics* [Internet]. 2014 [acesso 9 dez 2024];21(5):507-17. DOI: 10.1177/0969733013511358
28. Oosterveld-Vlug MG, Pasman HRW, Van GIE, Muller MT, Willems DL, Onwuteaka-Philipsen BD. Dignity and the factors that influence it according to nursing home residents: a qualitative interview study. *J Adv Nurs* [Internet]. 2014 [acesso 9 dez 2024];70(1):97-106. DOI: 10.1111/jan.12171
29. Hall S, Goddard C, Opio D, Speck P, Higginson IJ. Feasibility, acceptability and potential effectiveness of Dignity Therapy for older people in care homes: a phase II randomized controlled trial of a brief palliative care psychotherapy. *Palliat Med* [Internet]. 2012 [acesso 9 dez 2024];26(5):703-12. DOI: 10.1177/0269216311418145
30. Thompson GN, McClement SE, Chochinov HM. How respect and kindness are experienced at the end of life by nursing home residents. *Can J Nurs Res* [Internet]. 2011 [acesso 9 dez 2024];43(3):96-118. Disponível: <https://bit.ly/3OTGOXe>
31. Hall S, Longhurst S, Higginson I. Living and dying with dignity: a qualitative study of the views of older people in nursing homes. *Age Ageing* [Internet]. 2009 [acesso 9 dez 2024];38(4):411-6. DOI: 10.1093/ageing/afp069
32. Pleschberger S. Dignity and the challenge of dying in nursing homes: the residents' view. *Age Ageing* [Internet]. 2007 [acesso 9 dez 2024];36(2):197-202. DOI: 10.1093/ageing/afl152
33. Chao SY, Roth P. Dimensions of quality in long-term care facilities in Taiwan. *J Adv Nurs* [Internet]. 2005 [acesso 9 dez 2024];52(6):609-18. DOI: 10.1111/j.1365-2648.2005.03632.x
34. Engle VF, Fox-Hill E, Graney MJ. The experience of living-dying in a nursing home: self-reports of black and white older adults. *J Am Geriatr Soc* [Internet]. 1998 [acesso 9 dez 2024];46(9):1091-6. DOI: 10.1111/j.1532-5415.1998.tb06646.x
35. Oliveira LMS, Almeida MLS, Silva CPBV, Rosa DOS, Gomes NP, Pedreira LC. Aspectos éticos no cuidado de enfermagem ao idoso em cuidados paliativos. *Enferm Foco* [Internet]. 2021 [acesso 15 maio 2025];12(2):393-9. DOI: 10.21675/2357-707X.2021.v12.n2.3321
36. Silva AB, Custódio C. O enfermeiro no gerenciamento e cuidado ao paciente idoso institucionalizado. *Revistaft* [Internet]. 2023 [acesso 26 mar 2025];27. DOI: 10.5281/zenodo.8049199
37. Damaceno DG, Chirelli MQ, Lazarini CA. The practice of care in long-term care facilities for the elderly: a challenge for the training of professionals. *Rev Bras Geriatr Gerontol* [Internet]. 2019 [acesso 26 mar 2025];22(1). DOI: 10.1590/1981-22562019022.180197
38. Salcher EBG, Portella MR, Scortegagna HDM. Cenários de instituições de longa permanência para idosos: retratos da realidade vivenciada por equipe multiprofissional. *Rev Bras Geriatr Gerontol* [Internet]. 2015 [acesso 9 abr 2025];18(2):259-72. DOI: 10.1590/1809-9823.2015.14073
39. Cuevas PE, Davidson P, Mejilla J, Rodney T. Dignity therapy for end-of-life care patients: a literature review. *J Patient Exp* [Internet]. 2021 [acesso 23 jan 2025];8:1-12. DOI: 10.1177/2374373521996951
40. Flores GC, Ribeiro PCPSV, Anversa ETR, Fonseca ER, Nunes SS, Santos DFD. Conforto do idoso em contexto de instituição de longa permanência para idosos. *Research Society and Development* [Internet]. 2020 [acesso 15 maio 2025];9(9). DOI: 10.33448/rsd-v9i9.6900
41. Rohde J, Areosa SVC. Vínculos e relações familiares de idosos institucionalizados. *RBCEH* [Internet]. 2020 [acesso 15 maio 2025];17(1). DOI: 10.5335/rbceh.v17i1.8141
42. Silva MAG, Silva HS, Chubaci RYS, Gutierrez BAO. Idosos institucionalizados: fatores relacionados às atividades de lazer. *Revista Kairós-Gerontologia* [Internet]. 2021 [acesso 24 jan 2025];24:221-35. DOI: 10.23925/2176-901X.2021v24iEspecial29p221-235

43. Kisvetrová H, Tomanová J, Hanacková R, Greaves PJ, Steven A. Dignity and predictors of its change among inpatients in long-term care. Clin Nurs Res [Internet]. 2022 [acceso 16 fev 2025];31(2):274-83. DOI: 10.1177/10547738211036969
44. Chang HK, Gil CR, Kim HJ, Bea HJ. Factors affecting quality of life among the elderly in long-term care hospitals. J Nurs Res [Internet]. 2021 [acceso 15 maio 2025];29(1):134. DOI: 10.1097/jnr.0000000000000413
45. Banerjee D, Rabheru K, Ivbijaro G, Mendonca Lima CA. Dignity of older persons with mental health conditions: why should clinicians care? Front Psychiatry [Internet]. 2021 [acceso 15 maio 2025];12:1-9. DOI: 10.3389/fpsy.2021.774533/full
46. Carneiro JLS, Ayres JRCM. Saúde do idoso e atenção primária: autonomia, vulnerabilidades e os desafios do cuidado. Rev Saúde Pública [Internet]. 2021 [acceso 6 fev 2026];55:29. DOI: 10.11606/s1518-8787.2021055002856
47. Raffi F, Abredari H. Death with dignity in end-of-life nursing care: concept analysis by Rodgers' evolutionary method. Iran J Nurs Midwifery Res [Internet]. 2023 [acceso 15 maio 2025];28(2):179-87. DOI: 10.4103/ijnmr.ijnmr_440_21
48. Jadidi A, Sadeghian E, Khodaveisi M, Fallahi-Khoshknab M. Spiritual needs of the muslim elderly living in nursing homes: a qualitative study. J Relig Health [Internet]. 2022 [acceso 15 maio 2025];61:1514-28. DOI: 10.1007/s10943-021-01263-0
49. Lindwall L, Lohne V. Human dignity research in clinical practice – a systematic literature review. Scand J Caring Sci [Internet]. 2021 [acceso 18 fev 2025];35(4):1038-49. DOI: 10.1111/scs.12922

Júlia Brombila Blumentritt – Estudante de máster – juliabrombilablumentritt@gmail.com

 0000-0001-8455-5596

Franciele Roberta Cordeiro – Docente – franciele.cordeiro@ufpel.edu.br

 0000-0001-6194-5057

Manuela Stiff Przybylski – Estudante de grado – manuelaprzybylski@gmail.com

 0009-0009-5705-4257

Julia Marlow Hall – Estudante de grado – juliamhall17@gmail.com

 0009-0007-1655-391X

Correspondencia

Júlia Brombila Blumentritt – Rua Gomes Carneiro, 1, Balsa. CEP 96010-610. Pelotas/RS, Brasil.

Contribución de los autores

Júlia Brombila Blumentritt: concepción y planificación del estudio; recopilación, análisis e interpretación de los datos; redacción del manuscrito; revisión crítica del contenido; aprobación de la versión final. Franciele Roberta Cordeiro: concepción y planificación del estudio; recopilación, análisis e interpretación de los datos; redacción del manuscrito; revisión crítica del contenido; aprobación de la versión final. Manuela Stiff Przybylski: redacción del manuscrito; revisión crítica del contenido; formateo. Julia Marlow Hall: redacción del manuscrito; revisión crítica del contenido; formateo.

Disponibilidad de los datos: Todos los datos utilizados o generados en la investigación se describen y presentan íntegramente en el cuerpo del artículo.

Editora responsable: Dilza Teresinha Ambrós Ribeiro

Recibido: 25.6.2025

Revisado: 1.12.2025

Aprobado: 19.2.2025