



## ACTUALIZACIÓN

# Concepto de dignidad en la enfermería: un análisis teórico de la ética del cuidado

Ângela Simões<sup>1</sup>, Paula Sapeta<sup>1</sup>

1. Departamento de Enfermagem Instituto Politécnico de Castelo Branco (IPCB), Castelo Branco, Portugal.

### Resumen

Actualmente se sabe que los resultados positivos en salud derivan de factores como la valoración y el respeto; la participación en las decisiones, la autoestima positiva y la capacidad para ejercer control sobre la propia vida, señalando que la percepción del paciente sobre la propia dignidad es un elemento central del cuidado. Se trata de un concepto complejo, difícil de definir, por la falta de claridad respecto de lo que implica, pero fundamental en enfermería. Este artículo presenta una revisión de la literatura con el objetivo de discutir aspectos de la dignidad en el contexto de la ética del cuidado.

**Palabra clave:** Personería. Atención de enfermería. Ética.

### Resumo

#### Conceito de dignidade na enfermagem: análise teórica da ética do cuidado

Atualmente sabe-se que resultados positivos em saúde derivam de fatores como valorização e respeito, participação nas decisões, autoestima positiva e capacidade de exercer controle sobre a própria vida, indicando que a percepção do paciente sobre a própria dignidade é elemento central do cuidado. Trata-se de conceito complexo, difícil de definir por falta de clareza quanto ao que implica, mas fundamental na enfermagem. Este artigo apresenta revisão de literatura com o objetivo de discutir aspectos da dignidade no contexto da ética do cuidado.

**Palavras-chave:** Pessoaalidade. Cuidados de enfermagem. Ética.

### Abstract

#### The concept of dignity in nursing care: a theoretical analysis of the ethics of care

We know today that positive health outcomes derive from the intersection of various factors such as valuation and respect; involvement in decisions, positive self-esteem, and the ability to exercise control over one's own life by pointing out that the individual's perspective on dignity is a central element in high-quality care. Dignity is a complex concept, difficult to define for lack of clarity of what the concept implies, but it is fundamental in Nursing courses. This theoretical article intends to present the narrative review about the concept of dignity in Nursing care, carried out in the context of the PhD in Nursing, at Universidade de Lisboa (University of Lisbon), aiming to discuss aspects of dignity in the context of Nursing care ethics.

**Keywords:** Personhood. Nursing care. Ethic.

Declararam não haver conflito de interesse.

La “dignidad” ocupa un lugar destacado en el ámbito de los derechos humanos, en la filosofía del movimiento *hospice* y en diversos contextos. La mayoría de los documentos ético-jurídicos y deontológicos están repletos de alusiones a esta palabra. Sin embargo, el análisis profundo de su contenido trae a la superficie la complejidad del concepto y la falta de claridad en su definición. De esta forma, al no tener un significado evidente, la idea de dignidad corre el riesgo de desaparecer bajo prioridades más tangibles<sup>1</sup>.

Las diversas interpretaciones han llevado a discusiones sobre el significado, el contenido y la utilidad del término. Muchos argumentan que el concepto es vacío e inútil, pudiendo ser sustituido por “autonomía” sin pérdida de sentido<sup>2</sup>.

*Debido a esta falta de claridad conceptual, a la hora de acompañar a una persona en sus momentos de mayor vulnerabilidad (...) lo hacemos con la mejor de las intenciones, pero cada uno basado en su manera particular de comprender y, por lo tanto, de cuidar a las personas y, quizás, inadvertidamente, de “desconsiderarla” en su particularidad peculiar*<sup>3</sup>.

Para evitar dogmatismos en esta definición es importante establecer qué característica del concepto se destacará. Se puede comenzar por su significado común, que en todas las lenguas está ligado a la forma en que se entiende el valor de la *persona*. No obstante, no siempre el término remite a ese sentido humano, siendo a veces entendido como un medio para un resultado con valor en sí mismo. Así, una abstracción (dignidad) es definida por otra abstracción (valor), ignorando su clara multidimensionalidad.

### Dignidad en las teorías de enfermería

La enfermería es, al mismo tiempo, una disciplina y una “ciencia práctica”<sup>4-6</sup>. Esta última se utiliza para referirse a los sistemas filosóficos de moderado realismo, con métodos de investigación y un campo del conocimiento asociados a la organización de situaciones concretas<sup>7</sup>. Por lo tanto, como disciplina, la enfermería está orientada a la práctica.

El término “disciplina” se refiere al campo del conocimiento bajo una perspectiva educacional y al modo de sistematizar ideas y conceptos específicos. En este sentido, “disciplina práctica” alude al camino hacia el conocimiento que tiene la función de explicar y describir fenómenos de la práctica, organizando el saber para fundamentar acciones concretas<sup>8</sup>.

Además de una disciplina, la enfermería se constituye como una profesión con conceptos globales y

metaparadigmas que estructuran su conocimiento<sup>4</sup>. Las teorías organizan formalmente este conocimiento, presentando un conjunto de conceptos que, interrelacionados, conforman un modo propio de ver el mundo. La teorización facilita la comprensión de la realidad, favorece la reflexión y evita la banalización de la observación de los fenómenos, incluyendo elementos científicos en la comprensión y en el análisis de la realidad.

Desde los comienzos de la profesión, existe la preocupación por desarrollar teorías. Conceptos como “cuidado”, “bienestar”, “ambiente”, “comunicación”, “seguridad” y “salud” dirigen la práctica incluso antes de ser estructurados en una teoría de enfermería. El viaje desde los tiempos de Florence Nightingale hasta los días de hoy ha sido largo y arduo. Pasó de ser un oficio aprendido a una profesión, yendo de la subordinación paciente a la responsabilidad y autonomía, de la aplicación exclusivamente práctica a la fundamentación científica<sup>5,9</sup>.

A pesar de que los especialistas en enfermería exploren metaparadigmas de diferentes modelos y reconozcan la centralidad de la dignidad para la disciplina, no existe una teorización sobre el concepto. Algunos autores se refieren explícitamente a la promoción de la dignidad<sup>10,11</sup>, otros prefieren un abordaje más implícito del concepto<sup>7</sup>, y otros ni siquiera hacen referencia a él<sup>12</sup>. En el enfoque humanístico, el respeto a tal valor se considera central<sup>10,13-17</sup>.

Florence Nightingale<sup>18</sup> escribió sobre el trabajo del enfermero en “*Notes on nursing*”, publicado por primera vez en 1859. Aunque se abordan varias cuestiones relevantes, no hay una referencia específica a la dignidad del enfermo. En 1960, Virginia Henderson<sup>19</sup>, en su definición de enfermería, ampliamente citada y adoptada por el International Council of Nurses (ICN), no se refiere a la promoción de la dignidad, sino hasta “*Nature of nursing: reflections after 25 years*”, donde el término se menciona varias veces<sup>20</sup>.

Imogene King, en 1971, propuso que el objetivo final de la enfermería es mejorar la salud del paciente y, cuando no sea posible, permitirle morir con dignidad<sup>21</sup>. La autora identificó la comunicación como la piedra angular para establecer metas adecuadas y mantener expectativas realistas.

Ellas establecieron cinco factores como base fundamental: actividades de vida, aspectos que afectan a las actividades de vida, tiempo de vida, dependencia/independencia y proceso de enfermería. Consideraron que, mientras algunas personas realizan de forma independiente actividades básicas, otras pueden necesitar la asistencia del enfermero. En este proceso, las relaciones de confianza preparan al paciente mentalmente, preservando su autoestima.

Otro modelo, la teoría de la relación persona a persona de Joyce Travelbee<sup>22</sup>, estuvo bastante influenciado por la filosofía existencial y por las ideas de Viktor Frankl. La autora defiende la relación terapéutica, el “persona a persona”, como la meta a ser alcanzada al final de varias interacciones entre seres humanos, durante las cuales se desarrolla la capacidad de establecer vínculos interpersonales. Este proceso implica un compromiso entre los involucrados, llevando al sujeto a trascenderse y a interesarse por el bienestar del otro.

De acuerdo con Travelbee<sup>22</sup>, el sufrimiento es una experiencia humana fundamental, que afecta a todos, y así es tanto generalizado como único. Está relacionado con valores individuales y con la cuestión del sentido: quien, por ejemplo, encuentra significado en la enfermedad logra encontrar sentido en la vida. Siendo así, la comunicación es un prerrequisito del cuidado de enfermería, y la solidaridad es construida por el respeto y la comprensión. Ser capaz de ver a la otra persona como es exige una relación paso a paso, ver al ser humano detrás de las “etiquetas”, considerándolo como una unidad inseparable compuesta por cuerpo y mente<sup>22</sup>.

Paterson y Zderad<sup>23</sup>, por su parte, propusieron la teoría humanística de enfermería, que revela la mirada articulada del conocimiento científico, de las vivencias del cuidado, del encuentro existencial, del cara a cara. Según las autoras, el ser que cuida tiene el privilegio de estar con personas que vivencian diversos sentidos de *ser-en-el-mundo*, en el tiempo y en el espacio, en las más variadas edades, desde el nacimiento hasta la muerte. Por medio de la sensibilidad, de la conciencia auténtica y de la reflexión acerca de estas experiencias existenciales compartidas, el enfermero busca conocer al ser humano.

Así, se percibe que para alcanzar la interrelación humana en el cuidado es necesario conocerse a sí mismo y al otro. La apertura del encuentro auténtico es posible por el compartir, reconociendo la complejidad del individuo en sus relaciones con el otro y con el mundo, comprendiéndolo como ser esencial y existencial, en su naturaleza, condición, experiencias y en su proceso de “ser más”. De este modo, Paterson y Zderad<sup>23</sup> creen que para vivir y convivir con el otro es necesario conocerlo en su espacio vivido, en cierta temporalidad. Es decir, los enfermeros deben ver el mundo a través de los ojos del paciente.

Volviendo al concepto objeto de este estudio, cabe mencionar a Watson<sup>10</sup>, quien colocó la preservación de la dignidad humana como parte integrante del cuidado, proponiendo como núcleo de la ciencia de la enfermería a las relaciones transpersonales. Según la autora, la enfermera debe estimular estas relaciones para restaurar el equilibrio de la mente del paciente, ayudándole a percibir cómo está y

cómo puede llegar a ser. Este equilibrio acabaría llevándolo a la recuperación y al bienestar<sup>10</sup>. Roach<sup>16</sup> confirma la perspectiva de Watson, considerando humanidad y dignidad como indisociables. Y, en el mismo sentido, Jacobs señala que *el fenómeno central de la enfermería no es la salud o algún tipo de restauración del equilibrio holístico y la armonía, sino el respeto por la dignidad humana*<sup>24</sup>.

## Dignidad como imperativo ético en el cuidado

La dignidad es muy importante para todos los involucrados en el cuidado<sup>25,26</sup>. Hasta ahora, pocos estudios han intentado definir el concepto o demostrar su extensión en la práctica clínica. Por lo tanto, se concluye que precisar su significado es un desafío, ya que se trata de un término abstracto y subjetivo, difícil de ser medido<sup>25,27-30</sup>, aunque estudiado por muchos<sup>25,29-39</sup>.

La preocupación por promover la dignidad en el cuidado parece haber comenzado en el contexto de los cuidados paliativos<sup>40-42</sup>, ampliando su campo para incluir discusiones sobre salud y servicios sociales ofrecidos a una amplia gama de individuos vulnerables o marginados, como ancianos, sin hogar, personas en situación de pobreza, con enfermedad mental, etc.<sup>43-49</sup>.

En un artículo sobre el tema, Mairis reconoce la importancia de la dignidad, pero percibe que el concepto tiene significados diferentes para cada persona. La autora entrevistó a 20 estudiantes de enfermería a fin de investigar la percepción que tienen del concepto. Tres atributos esenciales se destacaron entre los resultados: 1) mantenimiento del autorrespeto; 2) mantenimiento de la autoestima; y 3) valoración de los patrones individuales. Los entrevistados consideraron a la dignidad un atributo personal al cual se da poco valor, a menos que el individuo sea vulnerable, sintiendo que puede perderla<sup>31</sup>.

Definiéndola como una creencia compartida entre la humanidad, Haddock<sup>25</sup> afirma que su efecto afecta la capacidad de mantener o promover la dignidad del otro. Para el autor, este concepto permite a la persona sentirse importante y valiosa en la relación con las otras, siendo respetada incluso en situaciones de amenaza. Haddock destaca además la distinción entre *tener*, *ser tratado* y *dar* dignidad a otras personas, resaltando la dimensión subjetiva y dinámica del concepto y enfatizando la importancia de las relaciones<sup>25</sup>.

En la enfermería, el estudio de Haddock identificó la importancia de la autoconciencia, de la contratransferencia, de la evaluación adecuada y completa del paciente y de la comprensión más profunda de los valores culturales y sus significados. Se describe además el poder de los enfermeros de mantener y promover la dignidad, entendiendo

a los enfermos y tratándolos con atención en los momentos en que se sienten vulnerables<sup>25</sup>. Esta idea fue sistemáticamente enfatizada por estudios posteriores<sup>26,28,50-52</sup>.

En el ámbito de la enfermería, uno de los primeros análisis filosóficos de la dignidad fue publicado en 1998 por Leila Shotton y David Seedhouse<sup>1</sup>, que la veían como la capacidad de la persona para ejercer sus competencias o, en condiciones particulares, recibir ayuda para ello. Según ellos, la dignidad está directamente relacionada con la interacción dinámica entre circunstancias y capacidades. Falta dignidad cuando el individuo se siente incompetente, inadecuado o extraordinariamente vulnerable<sup>1</sup>.

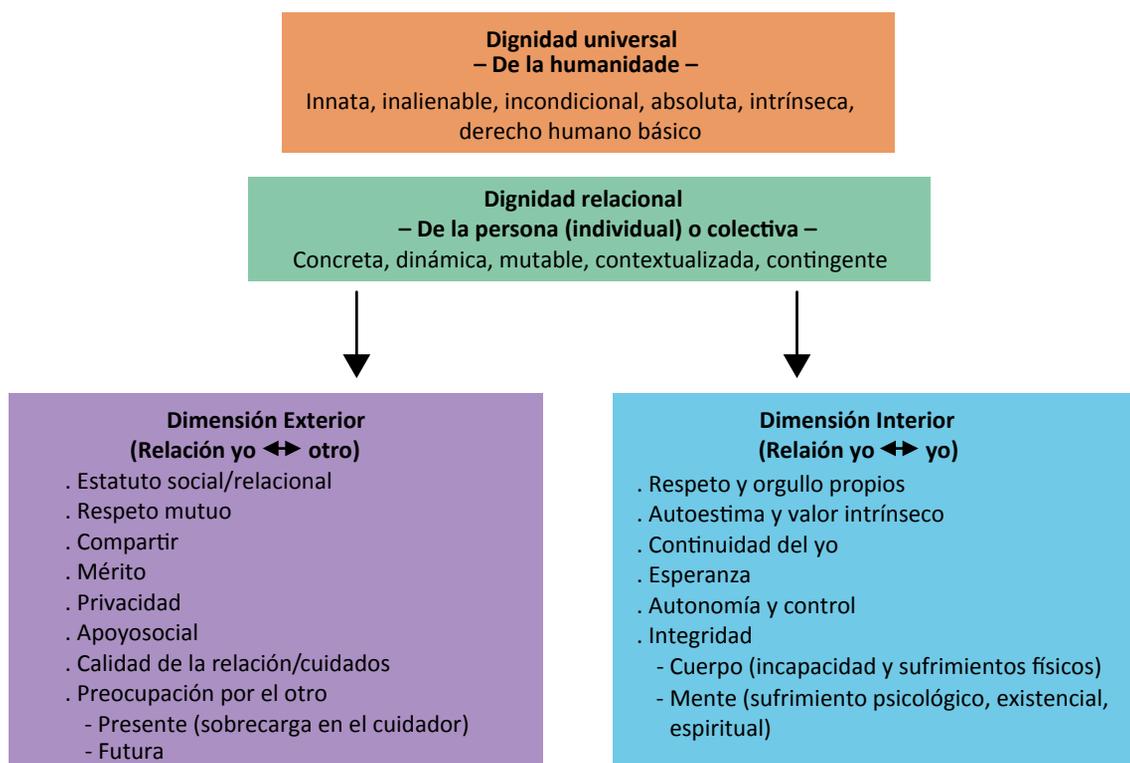
Street y Kissane<sup>53</sup> amplían la comprensión de la idea entendiéndola como incorporada y socialmente construida, siendo entonces subjetiva, multidimensional, situacional y contextual. En el mismo sentido, al explorar la dignidad en el contexto de los cuidados paliativos, Street y Love<sup>54</sup> mostraron la importancia de escuchar las necesidades y deseos de las personas, demostrando que la privacidad no significa sólo tener un cuarto privado, sino respeto y reconocimiento de la dimensión psicológica, social y espiritual del enfermo.

Desde 1995, Chochinov<sup>55</sup> estudia la dignidad de las personas con enfermedades terminales,

agrupando las cuestiones planteadas por los pacientes en tres categorías: 1) preocupaciones relacionadas con la enfermedad (*illness-related issues*), es decir, cómo afecta la enfermedad a la dignidad personal; 2) recursos personales de la dignidad (*dignity-conserving repertoire*), el impacto de las perspectivas y experiencias personales en la dignidad; y 3) recursos sociales de la dignidad (*social dignity inventory*), cómo la calidad de la interacción con otros influye en la dignidad (Figura 1). Los temas de cada categoría proporcionaron la base para el modelo actual (*dignity model*)<sup>55</sup> y el movimiento *dignity in care*, que brinda orientación terapéutica a profesionales de la salud, resaltando aspectos físicos, psicológicos, sociales y espirituales/existenciales que pueden afectar al enfermo.

En 2008, dando continuidad al trabajo desarrollado, Chochinov y colaboradores<sup>56</sup> presentaron un instrumento compuesto por 25 ítems que permitió evaluar el sentimiento de dignidad en pacientes al final de la vida. La escala fue adaptada al portugués en 2009, por António Gonçalves<sup>57</sup>, recibiendo el nombre de escala de dignidad del enfermo (Tabla 1). El instrumento evalúa la presencia de síntomas, sufrimiento existencial, paz interior, dependencia, apoyo social y otros indicadores relacionados con actividades de la vida diaria, como sensación de control, capacidad de "luchar" y capacidad de aceptación<sup>57</sup>.

Figura 1. Modelo de dignidad humana



Fuente: Adaptado de Julião y Barbosa<sup>58</sup>

Para Fenton y Mitchell<sup>28</sup>, aunque sea esencial en el cuidado, la dignidad es relativamente poco abordada en la literatura de enfermería. Las autoras destacan la obligación profesional de no ignorar las necesidades del individuo en medio de las exigencias de la práctica de la enfermería. Sin embargo, en contraste con Fenton y Mitchell, Jacelon y colaboradores<sup>52</sup> afirman que el tema es frecuentemente discutido en la literatura de

cuidados de la salud, aunque su significado no siempre sea claro. A partir del análisis conceptual, utilizando la bibliografía y los datos de cinco grupos focales con una muestra diversificada de ancianos, los investigadores concluyeron que *la dignidad es una característica inherente del ser humano, que puede ser sentida como un atributo del self, y se manifiesta a través de comportamiento que muestra respeto por sí mismo y por los demás*<sup>59</sup>.

**Tabla 1.** Escala de dignidad del enfermo

Preocupaciones relacionadas con la enfermedad	Recursos personales de dignidad	Recursos sociales de dignidad
<p><b>Nivel de independencia</b> Agudeza cognitiva Capacidad funcional</p> <p><b>Sufrimiento sintomático</b> Sufrimiento físico Sufrimiento psicológico Incertidumbre médica Ansiedad relacionada con la muerte</p>	<p><b>Perspectivas protectoras de la dignidad</b> Continuidad del yo Preservación de roles Elaboración de un legado Mantenimiento del orgullo propio Mantenimiento de la esperanza</p> <p>Autonomía y control Aceptación Resiliencia</p> <p><b>Prácticas protectoras de la dignidad</b> Vivir el momento Mantenimiento de la normalidad Búsqueda de alivio espiritual</p>	<p>Fronteras de privacidad</p> <p>Apoyo social</p> <p>Tonalidad del cuidar</p> <p>Sobrecarga en los cuidadores</p> <p>Preocupaciones por el futuro</p>

Fuente: Adaptado de Julião y Barbosa<sup>58</sup>

Algunos estudios han aportado contribuciones específicas a la comprensión de la dignidad del paciente. El trabajo cualitativo de Woolhead y colaboradores<sup>60</sup> identificó varios tópicos relacionados con el tema, como identidad, autoestima/estima, integridad, confianza, derechos humanos, igualdad, autonomía, independencia y control. El estudio de Black y Dobbs<sup>61</sup> exploró el entendimiento de los ancianos acerca del sentimiento de dignidad, identificando tres componentes fundamentales: 1) dignidad como autonomía, entendida como la capacidad de tomar decisiones en todos los aspectos de la vida (esta fue la idea que más prevaleció); 2) dignidad relacional, que describe la importancia de las interacciones; y 3) dignidad de autoidentidad, que incluye orgullo, aceptación personal y apreciación de sí mismo<sup>61</sup>.

El estudio de Jacelon<sup>49</sup> analizó cómo los ancianos perciben el concepto mientras están hospitalizados. Las entrevistas fueron realizadas en la admisión, durante la internación y al momento del alta. En las etapas iniciales de la entrada en el hospital, los participantes estuvieron de acuerdo en que recibir tratamiento para poder volver a casa era más importante que mantener la dignidad. Sin embargo, durante la internación, los participantes relataron que se sentían negativamente

afectados por los procedimientos a los que eran sometidos y por el modo en que eran tratados por el equipo. Se verificó que cuanto mayor es el tiempo de hospitalización, más énfasis dan los ancianos al respeto a la dignidad<sup>49</sup>.

Hay dos dimensiones diferentes cuando se habla del tema: la concreta, esencial y absoluta; y la relativa, o interna. La primera está asociada al cuerpo, portador de la dignidad y de la libertad del ser humano. La segunda se refiere a cómo la realidad misma se percibe. La dignidad esencial y absoluta es inviolable y se caracteriza por la libertad, la responsabilidad, el deber, el servicio, el orgullo, el respeto, el honor y la independencia. Estos valores, no siempre son directamente visibles, están influenciados por la cultura dominante. Cuando son descuidadamente manipulados o no están asegurados, hay violación de la dignidad. Para restablecerla es necesario cambiar el contexto de modo tal de destacar tales valores<sup>38</sup>.

La vulnerabilidad humana se vuelve obvia cuando los valores significativos ya no pueden garantizarse, y las soluciones concretas para preservar la dignidad no parecen disponibles. En el contexto específico de los ancianos, se puede experimentar situaciones en que las capacidades importantes, como

“cuidar de sí”, ya no pueden ser ejercidas. En tareas simples, como bañarse, lavar ropa o arreglar la casa, el paciente pasa a depender de la ayuda de alguien. “Ser digno de esa ayuda” se traslada a la cima de la jerarquía de valores, restableciendo la experiencia de dignidad posible<sup>38</sup>. La jerarquización interna de valores altera la externa, limitándose a lo que puede alcanzarse en el contexto. La vida puede ganar nuevos significados, y la dignidad puede ser restituida<sup>38</sup>.

Woolhead y colaboradores<sup>60</sup> estudiaron ancianos de diferentes orígenes socioeconómicos y niveles de salud e incapacidad en contextos institucionales y comunitarios. La muestra incluyó a 72 participantes con edad superior a 65 años. Los resultados indicaron que la dignidad era percibida como identidad, derecho humano y autonomía<sup>62</sup>.

Gallagher<sup>33</sup> identifica dos valores fundamentales en la enfermería: autorrespeto, que se refiere a la dignidad personal, y respeto al otro. Ambos son experimentados subjetivamente, como percepción de la propia dignidad, revelada por el comportamiento en relación consigo mismo y con los demás. La autora recomienda tener una visión comprensiva de la competencia ética, que incluya ver, reflexionar, saber, hacer y ser<sup>33</sup>.

Confirmando el ya citado trabajo de Haddock<sup>25</sup>, Griffin-Heslin<sup>29</sup> la identificó como fundamental en los cuidados de enfermería, enfatizando la importancia del respeto, de la autonomía, de la capacitación y de la comunicación. Yendo más allá, la autora amplió la comprensión del concepto al destacar su complejidad, formada por diversos atributos que pueden ser retratados de diferentes formas<sup>29</sup>.

El estudio de Tadd<sup>63</sup>, la más amplia investigación europea sobre el tema, consideró el punto de vista de ancianos y profesionales de salud y del servicio social. La autora también estableció tres dimensiones para este concepto: identidad, derechos humanos y autonomía. Los datos sugirieron que cada una de ellas puede verse mantenida o comprometida por el comportamiento de la persona o del equipo y por el contexto<sup>63</sup>.

Arino-Blasco, Tadd y Boix-Ferrer<sup>64</sup> investigaron las implicancias morales de la dignidad humana a partir de la visión de los profesionales de salud. Esta amplia investigación, que involucró a 85 grupos focales con 424 profesionales de salud en seis países europeos, identificó factores esenciales para la atención: promoción de la autonomía e independencia; abordaje holístico y centrado en la persona; mantenimiento de la identidad y promoción del involucramiento en los cuidados; participación y capacitación; comunicación eficaz y respeto. Se identificaron también las circunstancias que constituyen el cuidado indigno: la invisibilidad;

la despersonalización; la humillación y el abuso; y los abordajes mecanicistas del cuidado<sup>64</sup>.

En una revisión de la literatura, Franklin, Ternstedt y Nordenfelt<sup>65</sup> mencionaron que ninguno de los 14 estudios que formaron parte del corpus de su investigación representaron de forma adecuada la complejidad del concepto, aunque todos tenían algo para ofrecer como parte del cuadro emergente. Al parecer, es más fácil identificar cuándo la dignidad no es central en el cuidado que identificar su significado<sup>65</sup>. Para los autores, los *cuidados indignos están asociados a la invisibilidad, la despersonalización y el tratamiento del individuo como objeto*<sup>66</sup>, pudiendo involucrar humillación y abuso, así como abordajes mecanicistas del cuidado, de modo que *las personas pueden no lograr definir “dignidad” (...), pero saben cuándo ésta no está presente*<sup>67</sup>.

Clark<sup>36</sup> hace referencia a la cuestión tanto como un derecho objetivo, que puede ser concedido, como a un sentimiento experimentado subjetivamente. La investigadora considera a la dignidad un derecho humano fundamental a fin de destacar su importancia y valor.

Periyakoil, Noda y Kraemer<sup>37</sup> investigaron el mantenimiento de la dignidad al final de la vida mediante temas que surgieron a partir de datos y de la bibliografía existente. El estudio concluyó que: 1) todos poseen dignidad intrínseca; y 2) la dignidad extrínseca permanece fuera de la persona, estando influenciada por la forma en que es tratada por los demás. Los subtemas de la dignidad intrínseca incluyeron autonomía, autoestima y espiritualidad, todas, cuando están presentes, son capaces de despertar sentimientos de esperanza. La extrínseca fue observada cuando las necesidades físicas y emocionales eran atendidas, cuando había respeto, y la privacidad y la confidencialidad eran tratadas como prioridad<sup>37</sup>.

Julián y Barbosa<sup>58</sup> presentan un modelo basado en la integración de ideas y conceptos de Nordenfelt<sup>32</sup>, Jacobson<sup>34</sup> y Chochinov<sup>55</sup>. Para los autores, el concepto abarca la dignidad universal y relacional – esta última formada por dos dimensiones *complementarias, dinámicas e interconectadas*<sup>68</sup> que se desarrollan a partir de la universal.

Eldlund y colaboradores<sup>38</sup> intentaron llegar a una comprensión más profunda del concepto, a partir de su significado, alcance y naturaleza. Las investigadoras identificaron *valores de la dignidad absoluta*, que involucran todo lo que pertenece a los seres humanos como tales, como santidad, libertad, responsabilidad y deber de servir a los semejantes.

Para las autoras, el valor absoluto de la persona es constante, no pudiendo ser puesto en cuestión ni retirado. La “dignidad relativa” refleja a la absoluta, pero

es mutable, moldeada por los valores incorporados por los humanos, incluyendo la moral y los rasgos culturales que confieren importancia y significado a las acciones y los fenómenos en el ambiente. Estos rasgos sirven como símbolos de la dignidad que se experimenta en relación con alguien o con una cosa. Cuando alguien actúa sobre esos símbolos, el ser humano puede interpretar esa acción como una amenaza o una violación. La mutabilidad de esta dimensión es un proceso por el cual la dignidad puede ser destruida, pero también restablecida<sup>38</sup>.

Sulmasy<sup>39</sup> presenta tres tipos de dignidad: intrínseca, atribuida e *inflorescent*. La intrínseca se refiere a la dignidad innata; la atribuida es el valor, la estatura moral que las personas se conceden mutuamente mediante actos de atribución; y, por último, *inflorescent* define a los individuos que “florecen”, viviendo sus vidas de acuerdo con la dignidad inherente al ser humano<sup>39</sup>.

Van Gennip y colaboradores<sup>69</sup> indican que las condiciones relacionadas con la enfermedad no afectan directamente la dignidad de los pacientes, sino la forma en que estos se perciben. Los autores propusieron el *model of dignity in illness*, compuesto por tres elementos que moldean la autopercepción: el *self individual*, relacional y social. El *self individual* se refiere a la autoevaluación interna, privada, realizada por el individuo autónomo en base a su percepción del propio valor y a experiencias. El *relacional* se refiere a la dignidad conformada en interacciones dinámicas y recíprocas, y el *social* se refiere a la dimensión del sujeto como objeto social, definido por el discurso colectivo sobre la enfermedad<sup>69</sup>.

## Consideraciones finales

En la actualidad, el concepto de dignidad es considerado multidimensional, influenciado

por el ambiente sociocultural y por la historia personal<sup>25,28,31-33,50,53-56</sup>, comprendiendo dimensiones internas, como la valoración de sí, y dimensiones externas, como la valoración por parte de otros<sup>32,33,50,53,56</sup>. Y, al ser socialmente construida, la dignidad se torna difícil de definir. En consecuencia, se hace complicado también establecer cómo mantenerla en las intervenciones explícitas centradas en el paciente, especialmente en ancianos<sup>52</sup>. Por lo tanto, aunque se debata mucho sobre el asunto, faltan respuestas prácticas sobre cómo promoverla y mantenerla.

Considerando su importancia es sorprendente que, hasta el momento, el concepto haya sido descuidado en la investigación empírica, careciendo de una base sólida para la práctica de los enfermeros en el día a día. Es responsabilidad de los profesionales describir o definir conceptos de forma operacional. Sin una comprensión por parte de sus practicantes, se genera ambigüedad y confusión, pues la falta de orientación crea inconsistencia en la práctica e incompatibilidad entre el punto de vista del profesional y del paciente. Aunque muchas veces se la considera innata en los cuidados de enfermería<sup>41</sup>, es interpretada de varios modos<sup>28</sup> y, por su indefinición, corre el riesgo de que su significado quede diluido, tornándose una palabra vaciada de importancia.

El estudio y la promoción de la dignidad por parte de los profesionales de salud – y, particularmente, por los enfermeros – tienen que ser reformulados. La revisión aquí presentada muestra la gran complejidad del tema, con factores y dimensiones muy diversos que se interconectan y se influyen, estando en la esencia de la enfermería. Por esto, es importante producir estudios que remitan a cuidados promotores de la dignidad, procurando comprender cómo el enfermero, el enfermo y los demás actores desarrollan el proceso de cuidado.

## Referências

1. Shotton L, Seedhouse D. Practical dignity in caring. *Nurs Ethics* [Internet]. 1998 [acceso 1º abr 2019];5(3):246-55. DOI: 10.1177/096973309800500308
2. Macklin R. Dignity is a useless concept. *BMJ* [internet]. 2003 [acceso 1º abr 2019];327:1419-20. DOI: 10.1136/bmj.327.7429.1419
3. Román Maestre B. Persona como ser en relación: la dignidad como naturaleza intrínseca, fuente de respeto y de cuidado. In: Benito E, Barbero J, Dones M, editores. *Espiritualidad en clínica: una propuesta de evaluación y acompañamiento espiritual en cuidados paliativos*. Madrid: Secpal; 2014. p. 21-8. p. 21.
4. Fawcett J. *Contemporary nursing knowledge: analysis and evaluation of nursing models and theories*. 3ª ed. Philadelphia: Davis Company; 2012.
5. Alligood MR, Tomey AM, organizadores. *Nursing theorists and their work*. 7ª ed. Maryland Heights: Elsevier Mosby; 2010.
6. Pearson A, Vaughan B, Fitzgerald M. *Nursing models for practice*. 3ª ed. Oxford: Heinemann; 2005.
7. Orem D. *Nursing concepts of practice*. 5ª ed. New York: McGraw-Hill; 1995.
8. Meleis AI, Trangenstein PA. Facilitating transitions: redefinition of the nursing mission. *Nurs Outlook* [Internet]. 1994 [acceso 1º abr 2019];42(6):255-9. DOI: 10.1016/0029-6554(94)90045-0

9. Meleis AI, editor. *Transitions theory: middle range and situation specific theories in nursing research and practice*. New York: Springer; 2010.
10. Watson J. *Enfermagem: ciência humana e cuidar: uma teoria de enfermagem*. Loures: Lusociência; 1999.
11. Jacobs BB. Respect for human dignity: a central phenomenon to philosophically unite nursing theory and practice through consilience of knowledge. *Adv Nurs Sci [Internet]*. 2001 [acesso 1º abr 2019];24(1):17-35. Disponível: <https://bit.ly/2P9bEb9>
12. Neuman B. *The Neuman systems model*. 3ª ed. Norwalk: Appleton and Lange; 1995.
13. Gaut DA. Development of a theoretically adequate description of caring. *West J Nurs Res [Internet]*. 1983 [acesso 1º abr 2019];5(4):312-24. DOI: 10.1177/019394598300500405
14. Halldorsdottir S. Five basic modes of being with another. In: Gaut DA, Leininger MM, editoras. *Caring: the compassionate healer*. New York: National League for Nursing Press; 1991. p. 37-49.
15. Sherwood G, Starck P. Preface. In: Gaut DA, Leininger MM, editoras. *Op. cit.* p. ix-xi.
16. Roach MS. *The human act of caring: a blueprint for the health professions*. Ottawa: The Canadian Hospital Association Press; 1992.
17. Nåden D, Eriksson K. Understanding the importance of values and moral attitudes in nursing care in preserving human dignity. *Nurs Sci Q [Internet]*. 2004 [acesso 1º abr 2019];17(1):86-91. DOI: 10.1177/0894318403260652
18. Nightingale F. *Notes on nursing: what it is, and what it is not [Internet]*. New York: D. Appleton; 1860 [acesso 9 nov 2012]. Disponível: <https://bit.ly/MzGA1O>
19. Henderson V. The concept of nursing. *J Adv Nurs [Internet]*. 2006 [acesso 2 maio 2019];53(1):21-34. DOI: 10.1111/j.1365-2648.2006.03660.x
20. Henderson V. *The nature of nursing: a definition and its implications for practice, research, and education – reflections after 25 years*. New York: National League for Nursing Press; 1994.
21. Funnell R, Koutoukidis G, Lawrence K, editoras. *Tabbner's nursing care: theory and practice*. 5ª ed. Chastwood: Elsevier; 2008.
22. Travelbee J. *Interpersonal aspects of nursing*. Philadelphia: F. A. Davis Company; 1966.
23. Paterson J, Zderad L. *Humanistic nursing [Internet]*. New York: John Wiley; 1976 [acesso 12 set 2012]. Disponível: <https://bit.ly/2GddIL4>
24. Jacobs BB. *Op. cit.* p. 25.
25. Haddock J. Towards further clarification of the concept "dignity". *J Adv Nurs [Internet]*. 1996 [acesso 1º abr 2019];24(5):924-31. Disponível: <https://bit.ly/2UYtL90>
26. McIntyre M. Dignity in dementia: person-centered care in community. *J Aging Stud [Internet]*. 2003 [acesso 1º abr 2019];17(4):473-84. DOI: 10.1016/S0890-4065(03)00064-1
27. Baillie L. The impact of urological conditions on patients' dignity. *Int J Urol Nurs [internet]*. 2007 [acesso 1º abr 2019];1(1):27-35. DOI: 10.1111/j.1749-771X.2006.00003.x
28. Fenton E, Mitchell T. Growing old with dignity: a concept analysis. *Nurs Older People [Internet]*. 2002 [acesso 1º abr 2019];14(4):19-21. DOI: 10.7748/nop2002.06.14.4.19.c2212
29. Griffen-Heslin VL. An analysis of the concept dignity. *Accid Emerg Nurs [Internet]*. 2005 [acesso 15 abr 2019];13(4):251-7. DOI: 10.1016/j.aeen.2005.09.003
30. Milton CL. The ethics of human dignity: a nursing theoretical perspective. *Nurs Sci Q [Internet]*. 2008 [acesso 1º abr 2019];21(3):207-10. DOI: 10.1177/0894318408320142
31. Mairis ED. Concept clarification in professional practice: dignity. *J Adv Nurs [Internet]*. 1994 [acesso 1º abr 2019];19(5):947-53. Disponível: <https://bit.ly/2UT2jVJ>
32. Nordenfelt L. The varieties of dignity. *Health Care Anal [Internet]*. 2004 [acesso 1º abr 2019];12(2):69-81. DOI: 10.1023/B:HCAN.0000041183.78435.4b
33. Gallagher A. Dignity and respect for dignity: two key health professional values: implications for nursing practice. *Nurse Ethics [Internet]*. 2004 [acesso 1º abr 2019];11(6):587-99. DOI: 10.1191/0969733004ne744oa
34. Jacobson N. Dignity and health: a review. *Soc Sci Med [Internet]*. 2006 [acesso 1º abr 2019];64(2):292-302. DOI: 10.1016/j.socscimed.2006.08.039
35. Condon BB, Hegge M. Human dignity: a cornerstone of doctoral education in nursing. *Nurs Sci Q [Internet]*. 2011 [acesso 1º abr 2019];24(3):209-14. DOI: 10.1177/0894318411409425
36. Clark J. Defining the concept of dignity and developing a model to promote its use in practice. *Nurs Times [Internet]*. 2010 [acesso 1º abr 2019];106(20):16-9. Disponível: <https://bit.ly/2v70o5S>
37. Periyakoil V, Noda AM, Kraemer HC. Assessment of factors influencing preservation of dignity at life's end: creation and the cross-cultural validation of the preservation of dignity card-sort tool. *J Palliat Med [Internet]*. 2010 [acesso 1º abr 2019];13(5):495-500. DOI: 10.1089/jpm.2009.0279
38. Edlund M, Lindwall L, von Post I, Lindström UÅ. Concept determination of human dignity. *Nurs Ethics [Internet]*. 2013 [acesso 1º abr 2019];20(8):851-60. DOI: 10.1177/0969733013487193
39. Sulmasy DP. The varieties of human dignity: a logical and conceptual analysis. *Med Health Care Philos [Internet]*. 2013 [acesso 1º abr 2019];16(4):937-44. DOI: 10.1007/s11019-012-9400-1
40. Abiven M. *Para uma morte mais humana: experiência de uma unidade hospitalar de cuidados paliativos*. 2ª ed. Loures: Lusociência; 2001.
41. Johnson ML. Dignity for the oldest old: can we afford it? *J Gerontol Soc Work [Internet]*. 1998 [acesso 15 abr 2019];29(2-3):155-68. DOI: 10.1300/J083V29N02\_10
42. Pannuti F, Tanneberger S. The Bologna eubiosia project: hospital-at-home care for advanced cancer patients. *J Palliat Care [Internet]*. 1992 [acesso 1º abr 2019];8(2):11-7. Disponível: <https://bit.ly/2KH8FrL>

43. Gostin L. Human rights in mental health: a proposal for five international standards based upon the Japanese experience. *Int J Law Psychiatry* [Internet]. 1987 [acesso 1º abr 2019];10(4):353-68. DOI: 10.1016/0160-2527(87)90018-5
44. Kovach CR. Evolving images of human dignity. *J Gerontol Nurs* [Internet]. 1995 [acesso 15 abr 2019];21(7):5-6. DOI: 10.3928/0098-9134-19950701-05
45. Moody HR. Why dignity in old age matters. *J Gerontol Soc Work* [Internet]. 1998 [acesso 15 abr 2019];29(2-3):13-38. DOI: 10.1300/J083V29N02\_02
46. Pullman D. The ethics of autonomy and dignity in long-term care. *Can J Aging* [Internet]. 1999 [acesso 1º abr 2019];18(1):26-46. Disponível: <https://bit.ly/2UBjioo>
47. Lothian K, Philp I. Maintaining the dignity and autonomy of older people in the healthcare setting. *BMJ* [Internet]. 2001 [acesso 1º abr 2019];322(7287):668-70. Disponível: <https://bit.ly/2GomJlM>
48. Miller AB, Keys CB. Understanding dignity in the lives of homeless persons. *Am J Community Psychol* [Internet]. 2001 [acesso 1º abr 2019];29(2):331-54. DOI: 10.1023/A:1010399218126
49. Jacelon CS. The dignity of elders in an acute care hospital. *Qual Health Res* [Internet]. 2003 [acesso 1º abr 2019];13(4):535-56. DOI: 10.1177/1049732302250762
50. Duarte Enes SP. An exploration of dignity in palliative care. *Palliat Med* [Internet]. 2003 [acesso 1º abr 2019];17(3):263-9. DOI: 10.1191/0269216303pm699oa
51. Seedhouse D, Gallagher A. Undignifying institutions. *J Med Ethics* [Internet]. 2002 [acesso 1º abr 2019];28(6):368-72. DOI: 10.1136/jme.28.6.368
52. Jacelon CS, Connelly TW, Brown R, Proulx K, Vo T. A concept analysis of dignity for older people. *J Adv Nurs* [Internet]. 2004 [acesso 1º abr 2019];48(1):76-83. DOI: 10.1111/j.1365-2648.2004.03170.x
53. Street AF, Kissane DW. Constructions of dignity in end-of-life care. *J Palliat Care* [Internet]. 2001 [acesso 1º abr 2019];17(2):93-101. DOI: 10.1177/082585970101700205
54. Street AF, Love A. Dimensions of privacy in palliative care: views of health professionals. *Soc Sci Med* [Internet]. 2005 [acesso 1º abr 2019];60(8):1795-804. DOI: 10.1016/j.socscimed.2004.08.021
55. Chochinov HM. Dying, dignity, and new horizons in palliative end-of-life care. *CA Cancer J Clin* [Internet]. 2006 [acesso 1º abr 2019];56(2):84-103. Disponível: <https://bit.ly/2UIGYTZ>
56. Chochinov HM, Hassard T, McClement S, Hack T, Kristjanson LJ, Harlos M *et al*. The patient dignity inventory: a novel way of measuring dignity-related distress in palliative care. *J Pain Symptom Manage* [Internet]. 2008 [acesso 1º abr 2019];36(6):559-71. DOI: 10.1016/j.jpainsymman.2007.12.018
57. Gonçalves AL. Adaptação linguística para português da escala da dignidade do doente. In: Barbosa A, coordenador. *Investigação quantitativa em cuidados paliativos*. Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa; 2012. p. 63-73.
58. Julião M, Barbosa A. O conceito de dignidade em medicina. In: Barbosa A, coordenador. *Investigação qualitativa em cuidados paliativos*. Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa; 2012. p. 239-69.
59. Jacelon CS, Connelly TW, Brown R, Proulx K, Vo T. Op. cit. p. 81.
60. Woolhead G, Calnan M, Dieppe P, Tadd W. Dignity in older age: what do older people in the United Kingdom think? *Age Ageing* [Internet]. 2004 [acesso 1º abr 2019];33(2):165-70. DOI: 10.1093/ageing/afh045
61. Black K, Dobbs D. Community-dwelling older adults' perceptions of dignity: core meanings, challenges, supports and opportunities. *Ageing Soc* [Internet]. 2014 [acesso 1º abr 2019];34(8):1292-313. DOI: 10.1017/S0144686X13000020
62. Woolhead G, Calnan M, Dieppe P, Tadd W. Op. cit. p. 166.
63. Tadd W. Dignity and older Europeans. *Qual Ageing* [Internet]. 2005 [acesso 16 abr 2019];6(1):1-19. Disponível: <https://bit.ly/2GeWFby>
64. Arino-Blasco S, Tadd W, Boix-Ferrer J. Dignity and older people: the voice of professionals. *Qual Aging* [Internet]. 2005 [acesso 16 abr 2019];6(1):30-6. DOI: 10.1108/14717794200500006
65. Franklin LL, Ternstedt BM, Nordenfelt L. Views on dignity of elderly nursing home residents. *Nurs Ethics* [Internet]. 2006 [acesso 1º abr 2019];13(2):130-46. DOI: 10.1191/0969733006ne851oa
66. Franklin LL, Ternstedt BM, Nordenfelt L. Op. cit. p. 2.
67. Lewis I. Speech by Ivan Lewis MP, Parliamentary Under Secretary of State for Care Services, 14 November 2006: Dignity in care campaign launch [Internet]. London: The National Archives; 14 nov 2006 [acesso 27 fev 2014]. Disponível: <https://bit.ly/2VPUF06>
68. Julião M, Barbosa A. Op. cit. p. 269.
69. van Gennip IE, Pasman HR, Oosterveld-Vlug MG, Willems DL, Onwuteaka-Philipsen BD. The development of a model of dignity in illness based on qualitative interviews with seriously ill patients. *Int J Nurs Stud* [Internet]. 2013 [acesso 1º abr 2019];50(8):1080-9. DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2012.12.014

#### Participación de los autores

El artículo fue elaborado por las dos autoras.

#### Correspondência

Ângela Simões – Rua Professor Sebastião António Morão Correia, lote A, 137, 4º direito CEP 6000-473. Castelo Branco, Portugal.

Ângela Simões – Doutora – [angela.simoies@gmail.com](mailto:angela.simoies@gmail.com)

 0000-0003-1535-9350

Paula Sapeta – Doutora – [paulasapeta@ipcb.pt](mailto:paulasapeta@ipcb.pt)

 0000-0001-6667-2326

