



Humanismo y Cuidado: trayectorias de las y los pasantes de Enfermería a personas adultas mayores con dependencia grave dentro de un instituto geriátrico en San Luis Potosí por Frida Hosana Aguilera Díaz de León se distribuye bajo una [Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-SinDerivadas 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/).



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SAN LUIS POTOSÍ

**Facultad de Derecho
Facultad de Psicología
Facultad de Ciencias Sociales y Humanidades**

“Humanismo y Cuidado: trayectorias de las y los pasantes de Enfermería a personas adultas mayores con dependencia grave dentro de un instituto geriátrico en San Luis Potosí”.

T E S I S

para obtener el grado de

MAESTRA EN DERECHOS HUMANOS

presenta

Frida Hosana Aguilera Díaz de León

**Directora de tesis
Dra. Yesica Yolanda Rangel Flores**



Generación 2020-2022

San Luis Potosí, S.L.P., a agosto de 2022



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SAN LUIS POTOSÍ

**Facultad de Derecho
Facultad de Psicología
Facultad de Ciencias Sociales y Humanidades**

“Humanismo y Cuidado: trayectorias de las y los pasantes de Enfermería a personas adultas mayores con dependencia grave dentro de un instituto geriátrico en San Luis Potosí”.

Tesis presentada por Frida Hosana Aguilera Díaz de León

Subcomité de tesis

**Dra. Yesica Yolanda Rangel Flores (Directora)
Dr. Alejandro Rosillo Martínez (Asesor)
Dra. María Suhey Tristán Rodríguez (Asesora)**

Jurado del examen de grado

Presidente _____ Firma _____

Secretario _____ Firma _____

Vocal _____ Firma _____

Resultado: _____



San Luis Potosí, S.L.P., agosto de 2022



San Luis Potosí, S.L.P. agosto de 2022

**COMITÉ ACADÉMICO DE LA
MAESTRÍA EN DERECHOS HUMANOS
P R E S E N T E**

Estimados miembros del Comité Académico,

Los suscritos, miembros del subcomité de tesis de la estudiante **Frida Hosana Aguilera Díaz de León**, generación 2020-2022 de la Maestría en Derechos Humanos de la Universidad Autónoma de San Luis Potosí, como resultado de un proceso de acompañamiento, donde hemos evaluado el fondo, la forma y la metodología de la tesis **“Humanismo y Cuidado: trayectorias de las y los pasantes de Enfermería a personas adultas mayores con dependencia grave dentro de un instituto geriátrico en San Luis Potosí”**,

HACEMOS CONSTAR

Que la referida tesis realizada por **Frida Hosana Aguilera Díaz de León** para obtener el grado de Maestra en Derechos Humanos cumple con los requisitos necesarios para acceder al examen de grado.

Sin más por el momento, nos despedimos.

A t e n t a m e n t e

Dra. Yesica Yolanda Rangel Flores (Directora de tesis)

Dr. Alejandro Rosillo Martínez (Asesor)

Dra. María Suhey Tristán Rodríguez (Asesora)

DEDICATORIAS Y AGRADECIMIENTOS

A la Dra. Yesica Rangel, por su apoyo, por su compromiso como docente y persona. Por su constante seguimiento, ayuda y conocimientos, por su tanta paciencia al explicar y su asistencia total en todo proceso, por enseñarme que cuidar es más que sólo tener vocación.

A la Dra. Suhey Tristán, por su apoyo y tiempo para dar impulso a mi superación académica y personal, por su profesionalismo demostrado, por el tiempo dedicado y por toda su paciencia.

Al Dr. Alejandro Rosillo, porque siempre en las dificultades presentadas dentro y fuera, hubo una solución más simple de lo que creíamos, por el tiempo, por los buenos momentos compartidos y por su amistad, por enseñarme con la sencillez de su ejemplo la forma más humana que puede tener el cuidar de un adulto mayor desde una posición más cercana, ¡gracias michisillo!

Un agradecimiento en especial a la institución que me ha permitido ser y estar en esta investigación y permitir un cambio en conjunto.

A las personas que me acompañaron dentro y fuera de este proceso: Fito, Meli, Betty, Caro, Oli, Lizeth, Fati y Héctor, por todo su cariño, preocupación constante, paciencia y presencia incondicional. Por su lealtad a toda prueba. Gracias porque siempre tuvieron tiempo para conversar, porque a veces simplemente escucharon. Por las palabras siempre y por las cosas simples de la vida como conversar y reír.

A mi familia, por el apoyo incondicional, comprensión y amor, por creer en mis capacidades y compartir cada una de nuestras alegrías. Por nunca bajar los brazos y confiar en mis conocimientos y habilidades, por sus reconfortantes palabras de ánimo en las dificultades. El orgullo de compartir este logro es para ustedes.

Este trabajo es dedicado a todas las personas que han partido dejando este mundo con la esperanza de recibir un cuidado digno y humanizado. A todas las personas que ya no poseen voz para defenderse o fuerza para pelear.

LISTA DE ABREVIATURAS MÁS UTILIZADAS

Asociación Americana de Colegios de Enfermería (AACN)
Asociación Internacional de Gerontología y Geriatria (IGGA)
Asociación Nacional de Universidades de Instituciones de Educación Superior de la República Mexicana (ANUIES)
Censo de Alojamiento de Asistencia Social (CAAS).
Código Deontológico del Consejo Internacional de Enfermeras para la profesión de Enfermería (Código CIE)
Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL)
Comisión Nacional de Derechos Humanos (CNDH)
Consejo Mexicano de Certificación de Enfermería (COMCE)
Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL)
Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación (CONAPRED)
Desarrollo Integral de la Familia (DIF)
Directorio Estadístico Nacional de Unidades Económicas (DENUE)
Encuesta Nacional sobre Discriminación (ENADIS)
Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH)
Federación Iberoamericana de Asociaciones de Personas Adultas Mayores (FIAPAM)
Fondo Nacional de Pensiones de los Trabajadores al Servicio del Estado (PENSIONISSSTE)
Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE)
Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS)
Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI)
Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI)
Instituto Nacional de Geriatria (INGER)
Instituto Nacional de las Mujeres (INMUJERES)
Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (INAPAM)
Instituto Nacional sobre Envejecimiento (NIH)
Ley General de Salud (LGS)
Norma Oficial Mexicana NOM-012-SSA3-2012 (NOM-012-SSA3-2012)
Organización de las Naciones Unidas (ONU)
Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO)
Organización Mundial de la Salud (OMS)
Personas Adultas Mayores (PAM)
Petróleos Mexicanos (PEMEX)
Sociedad Estadounidense de Geriatria (AGS)

ÍNDICE

DEDICATORIAS Y AGRADECIMIENTOS

ABREVIATURAS

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO PRIMERO: OBJETIVO GENERAL Y METODOLOGÍA	4
1.1. Introducción.....	4
1.2. Pregunta de investigación.....	5
1.3. Objetivo general.....	5
1.4. Objetivos específicos.....	5
1.5. Diseño metodológico.....	6
1.5.1. Tipo de estudio.....	6
1.5.2. Diseño y selección de informantes.....	6
1.5.3. Colaboradoras, colaboradores.....	8
1.5.4. Espacio y tiempos de estudio.....	8
1.6. Técnica de recolección de la información.....	9
1.7. Procedimiento.....	11
1.8. Análisis.....	14
1.8.1. Conceptos ordenadores.....	15
1.9. Difusión de resultados.....	16
1.10. Criterios ético-legales para el abordaje.....	17
1.10.1. Procedimientos institucionales.....	17
1.10.2. Beneficios esperados.....	17
1.10.3. Nivel de riesgo.....	18
1.10.4. Procedimiento para la obtención del consentimiento informado.....	18
1.10.5. Conflictos de intereses.....	20
CAPÍTULO SEGUNDO: LOS DERECHOS DE LAS PAM DESDE LA PERSPECTIVA DEL HUMANISMO Y EL DERECHO AL CUIDADO	21
2.1. Introducción.....	21
2.2. El humanismo y su concepto en el cuidado.....	22
2.3. Contextualización de las PAM en México.....	24
2.3.1. Definiciones acerca de las PAM.....	26
2.4. El proceso de envejecimiento y su clasificación.....	28
2.4.1. Consideraciones biopsicosociales en la vejez.....	29
2.5. La PAM institucionalizada, situación y contexto.....	31
2.5.1. El cuidado a las PAM institucionalizadas.....	34
2.6. El derecho al cuidado para las PAM.....	35
2.6.1. Los derechos humanos de la PAM en el ámbito de la Enfermería.....	38
2.7. Conclusión.....	50
CAPÍTULO TERCERO: EL CUIDADO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN LAS PAM	52
3.1. Introducción.....	52
3.2. La Enfermería en el cuidado de la PAM y su formación en México.....	52
3.2.1. Condiciones contextuales y estructurales del estudiante en formación.....	57
3.2.2. Valores en la Enfermería y su priorización dentro del cuidado.....	60
3.3. Enfermería defensora de derechos humanos, un canal para el trato digno.....	63
3.4. Conclusión.....	65

CAPÍTULO CUARTO: LAS Y LOS PASANTES NARRAN SUS EXPERIENCIAS DE DESARROLLO Y TRAYECTORIA DEL HUMANISMO EN EL CUIDADO.....	67
4.1. Introducción.....	67
4.2. Procesos y prácticas.....	68
4.3. Narrativas y experiencias de las y los pasantes de Enfermería en el ámbito de cuidado geriátrico.....	73
4.4. Experiencias de mínimo cuidado humanizado.....	90
4.5. Conclusión.....	94
CONCLUSIONES.....	96
BIBLIOGRAFÍA.....	105
ANEXOS.....	117

INTRODUCCIÓN

Esta tesis documenta cómo son el desarrollo y las trayectorias que sigue el humanismo dentro del cuidado que otorgan las y los estudiantes de Enfermería durante su pasantía dentro de un instituto de cuidado geriátrico, es decir, cómo es que éste se afecta o fortalece conforme su experiencia en el cuidado cotidiano de esta población particular durante su práctica de servicio social.

La elección del tema de investigación surge en el reconocimiento de que existen ausencias en el estado de la cuestión sobre el fenómeno, y es que si bien, se habla de la deshumanización del cuidado hacia las personas mayores hace falta comprender por qué ocurre esto en el trabajo con uno de los subgrupos en mayor estado de vulnerabilidad. Con base en lo antes descrito, se identificó oportuno documentar el fenómeno tomando como base para ello, el caso de pasantes de Enfermería que participan en el cuidado de personas adultas mayores con dependencia de tipo total. Lo valioso de esta tesis radica en el hecho de que el fenómeno se problematiza desde el enfoque de derechos humanos, señalando las omisiones y la deuda que como Estado y sociedad tenemos con las personas mayores, no sólo en el marco de garantía de sus derechos, sino en la obligación de su defensa, la cual nos compete como enfermeras y enfermeros, según dicta el paradigma de la práctica de la Enfermería.

Se escribe esta tesis, asumiendo una posición como enfermera y como defensora de derechos humanos. Quienes ejercemos la Enfermería nos habilitamos en aspectos humanísticos y disciplinares; somos instados en el discurso de no perder la actitud humana en la experiencia con el trato de las personas, aunque esto quizá sea la demanda más compleja que nos hacen, pues existen condiciones contextuales y personales que pueden llevar a la deshumanización en la interacción e intervención con la población, hacia quien se dirige nuestra práctica, particularmente cuando ésta se sitúa en un alto nivel de dependencia, condiciones que con frecuencia el Estado, las instituciones, los programas educativos, las y los docentes de Enfermería, e incluso los propios estudiantes ignoramos y sobre los que no se generan oportunidades de reflexión y que terminan por afectar la calidad del cuidado, pero sobre todo, violentan el derecho al cuidado humanizado de la ciudadanía.

Se considera que este estudio es innovador, en virtud de que existen pocos estudios cuyo interés sea rastrear cómo se desarrollan las trayectorias del humanismo en el cuidado

institucionalizado de poblaciones determinadas, en esta parte es importante y necesario mencionar que se ha documentado poco el cuidado especificado en personas geriátricas con dependencia total o grave. Se apuesta a que esta investigación aporte hallazgos que permitan mejorar la formación de enfermeras y enfermeros, pero particularmente y lo más importante, mejorar la calidad del cuidado profesional e institucional que reciben las personas adultas mayores (en adelante, PAM) dependientes en totalidad, dentro de instituciones geriátricas por no llamarles “asilos”.

Garantizar que el cuidado tenga lugar desde un enfoque humanista y con un trato digno es una responsabilidad del Estado, de las instituciones y de la sociedad en general, tan es así, que uno de los indicadores más relevantes que se monitorean respecto del derecho al cuidado que otorga Enfermería es precisamente el que tiene relación con el trato digno, a través del cual, se mide la satisfacción con la atención brindada y el trato recibido, desde la percepción de la población usuaria.

Este trabajo de tesis representa una responsabilidad ética con aquellas personas que formaron parte de este estudio, y un compromiso de defensa hacia personas encontradas en un estado de vulneración, con el propósito de ser voz para aquellas que ya no la tienen y fuerza para quienes ya no pelean.

En cuanto a su estructura, el trabajo está integrado por cuatro capítulos. En el primero se plantean los objetivos de esta investigación, así como los métodos y procedimientos desde los cuales se abordó el fenómeno de estudio. Se describe en un inicio, el escenario de esta investigación, el lugar, el servicio y los personajes donde se encontró la problemática y la inquietud por la cual realizar este trabajo. Para la recopilación de datos se tomó una guía de observación ex profeso para esta investigación utilizando también las técnicas de observación participante y entrevistas semiestructuradas para la recabación de datos con mayor profundidad.

En el segundo capítulo se elabora una contextualización general sobre las condiciones que enfrentan las PAM, haciendo énfasis en el marco de sus derechos desde una perspectiva humanista y en el ámbito de la Enfermería. Se describe el envejecimiento desde un aspecto biológico y social, situando la trayectoria sociohistórica que ha llevado a la vejez desde un espacio privado hasta la institucionalización, y la formulación del marco legal que rige los derechos de las PAM.

El tercer capítulo, aborda la complejidad que enmarca el cuidado de Enfermería hacia las PAM, desde el apoyo que se espera otorgue en el envejecimiento independiente hasta el que implica una dependencia total. Se desglosan conceptos básicos para entender la asistencia en el cuidado geriátrico y se problematiza la participación de las y los pasantes en servicio social dentro de instituciones geriátricas. Se focaliza en cómo es el cuidado que brinda la Enfermería a personas residentes en estas instituciones y las (in)competencias que desarrollan como parte de esta experiencia para otorgar el cuidado humanizado a esta población en particular. Se describen también, los efectos que se asocian con brindar actitudes (des)humanizadas dentro del actuar profesional, y se discute el trato digno como resultado del ejercicio y la garantía del derecho al cuidado, así como también las condiciones contextuales y estructurales que inciden en la formación de profesionales (in)habilitados para el cuidado humanizado y garante de derechos humanos. Finalmente, se aborda el impacto social que conlleva el cuidado profundizando en las dimensiones del cuidado en Enfermería y en el compromiso ontológico de la profesión en la defensa de los derechos humanos.

Finalmente, dentro del cuarto y último capítulo se puede dar lectura a los procesos y las prácticas desde la observación, así como a las narrativas que las y los pasantes de Enfermería construyen sobre el desarrollo y trayectorias del humanismo como parte del cuidado a las PAM dentro de su trabajo en la institución de cuidado geriátrico.

Con los resultados se pretende contribuir en la comprensión de los procesos que se desarrollan durante la formación profesional para el acto de cuidado humanizado, y con esto de manera directa, aportar a la garantía del derecho al cuidado dentro de instituciones públicas y privadas del Estado, desde el reconocimiento del cuidado como un asunto de derechos humanos.

CAPÍTULO PRIMERO

OBJETIVO GENERAL Y METODOLOGÍA

1.1. Introducción

Las y los enfermeros están inmersos en cuestiones con relación a los derechos humanos prácticamente en todo su actuar profesional. El tratar o interactuar con personas constantemente, desde su formación puede generar presión para ejercer conocimientos y prácticas de una forma perjudicial dirigida hacia las personas a quienes cuidan.

Es necesario reflexionar la importancia de considerar nuevos enfoques que consideren contextos sociales, institucionales y políticos desde un paradigma de derechos humanos, intensificar la búsqueda de ejes distintos y deconstruidos que permitan evaluar cuánto se ha avanzado en la incorporación de una perspectiva para el cuidado humanizado con base en el cumplimiento de los derechos humanos.

Y a su vez, describir cómo las prácticas actuales, la masificación, la burocracia y las culturas institucionales pueden vulnerar los derechos humanos que posee cada persona. Aplicándose estos a la sociedad en general, y con perspectiva de este trabajo: hacia las personas adultas mayores como grupo vulnerable y estigmatizado.

El presente documento describe la importancia del ejercicio del derecho al cuidado en el trabajo de estudiantes de Enfermería en servicio social (en adelante, pasantes) dirigido hacia adultos mayores en condición de dependencia. A su vez, explica los diversos vínculos entre la teoría y la práctica, desde un enfoque de derechos humanos.

Este documento describe algunos de los posibles abusos contra los derechos humanos que enfrentan y generan las y los profesionales de Enfermería próximos a egresar y durante su actividad de servicio social. Vela también por un papel de Enfermería como disciplina defensora de personas en situación de riesgo, de los derechos humanos de las PAM y de su protección. Este estudio hace una apelación a respetar, proteger y garantizar el derecho al cuidado humanizado y de las normas de este.

1.2. Pregunta de investigación

Durante su año en servicio social dentro de un instituto de cuidado geriátrico, ¿las y los pasantes de Enfermería brindan un cuidado centrado en un paradigma humanista y cómo este se afecta o fortalece conforme el cuidado cotidiano a PAM institucionalizadas en situación de dependencia total?

A partir de nuestra pregunta de investigación, la hipótesis de este trabajo es que existen varias causas sociales y personales que permiten que las y los pasantes puedan dejar de lado una actitud humana; algunas de ellas lógicas, pero otras tal vez pueden ser errantes. Las y los pasantes de Enfermería en servicio social dentro de una institución de cuidado geriátrico, dejan de lado actitudes humanizadas en las prácticas del cuidado hacia las personas a su cuidado por alguna de estas diversas cuestiones: a) Debido al desenvolvimiento en un ambiente que es fuente de estrés, b) Apatía por área geriátrica, c) Enseñanzas de sus superiores, d) Ritmo de las actividades que conllevan a una sobrecarga de trabajo, e) Transversalidad educativa, f) Uso de tecnología, y/o g) Valores propios, o falta de ellos, inherentes a la formación y como resultado, el derecho a un cuidado digno se torna vulnerable o violentado.

1.3. Objetivo general

Comprender cómo se configura en términos de humanismo, el cuidado que otorgan las y los pasantes en servicio social a personas institucionalizadas en situación de dependencia total.

1.4. Objetivos específicos

- Documentar la situación que guarda el cuidado como derecho humano en personas adultas mayores institucionalizadas en el contexto mexicano y cómo Enfermería contribuye al sostenimiento de esta población.
- Describir cómo es el cuidado que otorgan las y los pasantes de Enfermería a las personas adultas mayores institucionalizadas y en situación de dependencia grave y los valores que se priorizan en el ejercicio del cuidado.

- Identificar cuáles son las condiciones estructurales y contextuales que inciden en los valores que sustentan el cuidado que otorgan las y los pasantes de Enfermería.
- Discutir las dimensiones del cuidado más relevantes en relación con personas adultas mayores con dependencia grave.

1.5. Diseño metodológico

1.5.1. Tipo de estudio

Para el logro de los objetivos se optó por un estudio de metodología cualitativa, misma que posibilitó el examinar la forma de cómo los sujetos perciben y experimentan fenómenos que los rodean (Hernández, Fernández y Baptista, 2014), permiten profundizar en sus puntos de vista, interpretaciones, significados y además ahondar sobre la vida de las personas, sus experiencias, comportamientos, emociones y sentimientos, así como al funcionamiento organizacional, los movimientos sociales, los fenómenos culturales y la interacción entre naciones.

El paradigma cualitativo permite, además, la intencionalidad de centrarse en la comprensión de una realidad desde aspectos particulares como resultado de un proceso histórico de construcción y reconocer que esta se interpreta desde la propia lógica y sentir de los sujetos protagonistas (Badilla, 2006), es decir, desde su perspectiva subjetiva (Báez, 2014) para el logro de una comprensión de lo complejo, de un detalle y de un contexto que la vuelve relevante.

1.5.2. Diseño y selección de informantes

El alcance de la presente investigación es de tipo comprensivo. En su búsqueda, este alcance comprende significados, intenciones, motivaciones y expectativas de las acciones desde la perspectiva de las propias personas que cotidianamente los experimentan con la intención de comprender los contextos que viven (Ricoy, 2006).

Uno de los enfoques que este trabajo utiliza es el de la Teoría Fundamentada (TF), esta teoría permitió crear propuestas basadas en aquellos datos que directa o indirectamente las personas de estudio proporcionaron (Campo y Labarca, 2009).

Este paradigma se fundamenta a partir del interaccionismo simbólico (G. Hernández, 1999; Woods, 1998), mismo que se interesa por la(s) persona(s) hablando de sus orígenes, experiencias propias y del cómo se desenvuelve(n) dentro del proceso social (Mead, 1934). La realidad social se crea y se mantiene a través de interacciones simbólicas, principalmente de orden lingüístico, pero sin dejar de lado las pautas de comportamiento (Gadea, 2018). Con esta propuesta, la indagación tiene como finalidad la recuperación de las perspectivas de los sujetos y de sus buenas prácticas, así como la descripción de los contextos en que se llevan a cabo (Schettini y Cortazzo, 2016).

Misma teoría parte de 3 consideraciones claves para el estudio de la interacción y la sociedad:

1. Le confiere al individuo capacidad de interpretar el mundo.
2. Sostiene que actor y mundo son procesos dinámicos y de constitución recíproca.
3. Considera de manera fundamental que el mecanismo de la acción humana y de la interacción tiene que ser, necesariamente, definido simbólicamente.

Por lo tanto, los individuos actuarían mediante la interacción y comunicación entre ellos (Carabaña y Llamo de Espinosa, 1978). Como resultado, individuos externos serán capaces de interpretar realidades que se comparten en escenarios y tiempos distintos.

Las y los interlocutores del estudio fueron pasantes de Enfermería que vivieron la experiencia de brindar un cuidado a PAM que poseían un grado de dependencia total, y a partir de actividades del servicio social llevado a cabo entre el año 2020 - 2021. La ubicación del instituto ha sido de forma anónima por petición de la dirección de este, sin embargo, la búsqueda de las personas interlocutoras fue señalada por la coordinadora de servicio social a través de horarios, turnos, roles y áreas dentro de la institución.

Se abordó la participación de mujeres y hombres que cumplieran los siguientes criterios de inclusión:

- a) Realizar servicio social en área de Enfermería en la misma institución.
- b) Asistir al servicio social entre el año 2020-2021.
- c) Cumplir con un rol donde participaran en área de contacto con PAM en total dependencia.
- d) Aceptación de forma voluntaria e informada, el ser partícipe del estudio.

Como criterios de exclusión:

- a) Realizar servicio social dentro de un intercambio (nacional o internacional) de Enfermería.

Y como criterios de eliminación:

- a) Pasantes que realizaron baja temporal o permanente del servicio social.

Por naturaleza ética, también dentro de los criterios de exclusión, se garantizó a las personas su derecho de no continuar en el estudio, cuando así lo decidieron.

1.5.3. Colaboradoras, colaboradores

Para el propósito de la investigación dentro de los recursos humanos se contó con la participación de profesionales y expertas (os) en el área que contaron con un perfil que favoreciera el desarrollo del proyecto. Como investigadora principal se contó con una licenciada en Enfermería, estudiante de la novena generación de la Maestría en Derechos Humanos de la Universidad Autónoma de San Luis Potosí, bajo asesoría de la Dra. Yesica Yolanda Rangel Flores, la Dra. María Suhey Tristán Rodríguez y el Dr. Alejandro Rosillo Martínez, mismos que cuentan con amplios conocimientos y trayectorias destacables para el desarrollo de la investigación y características del estudio en cuestión.

1.5.4. Espacio y tiempos del estudio

El estudio se llevó a cabo durante el periodo agosto 2020 – agosto 2022, concretando el trabajo de campo dentro del ciclo abril 2021 – agosto 2021 (para mayor precisión, consultar anexo 1 Cronograma de actividades). El espacio del estudio fue un instituto de cuidado geriátrico en el estado de San Luis Potosí, más específico en áreas de Enfermería donde se brindaba un cuidado de PAM con total dependencia.

Documentando el espacio, la institución en ese momento contabilizaba 53 personas residentes: 29 con dependencia entre moderada a grave y 10 con cierto grado de independencia, el resto con independencia. Se contaba con áreas como salas para cuidados tanto para hombres como para mujeres, áreas comunes como: jardines, comedor, salones, capilla, controles de

Enfermería, dirección, jefatura, administración, servicio médico, lavandería, servicio de trabajo social, área dental, área de psicología, servicio de nutrición, cocina, cine, bar, entre otros.

La información de terreno fue analizada con un trabajo de campo, previamente solicitado y aprobado por la institución mencionada, misma que brindó información requerida como censos, contratos, normas, actas y leyes que rigen. A su vez, se analizó el trabajo de las personas que brindan un cuidado en Enfermería dentro de su servicio social, así como descripciones individuales y colectivas e interpretación de experiencias con profundidad.

Se necesita aclarar que dentro de complejidad derivada de la pandemia por COVID-19, surgieron diversas condicionantes para el óptimo cumplimiento de este trabajo: estrategias de reintegración institucional por la baja temporal de personal que requería en su momento un resguardo debido a enfermedades crónico-degenerativas o edad, por lo que hubo mayor demanda en contratación temporal de personal sanitario que estuviera en óptimas condiciones de salud y edad para la atención oportuna de las y los residentes.

A su vez, derivado de la misma situación por contingencia, en 2020 se resguardaron residentes con aquellos familiares que pudieran hacerse cargo temporalmente de ellos. Sin embargo, a partir del día 1° de junio también 2021, fueron reintegrados a la institución, con un aislamiento de 14 días y posterior a ellos serían reintegrados a áreas comunes.

1.6. Técnica de recolección de la información

Previo a una aplicación de instrumento, en este caso una guía de observación (anexo 2) y una entrevista semiestructurada (anexo 3), fue necesario implicarse desde el contacto con sujetos (Salkind, 1998), el establecer una relación y convivencia (Díaz, Rodríguez y Saavedra, 2019), hasta el registro de los datos en un formato ya establecido, que más adelante se plantea.

Para fines de esta investigación, se cumplió con técnica de observación participante inicialmente, por medio de guía de observación ex profeso para este estudio, y posterior a ella una entrevista semi estructurada para la recolección de datos personales de importancia. Este tipo de entrevista permitió introducir preguntas con el fin de esclarecer vacíos en la información (Ñaupas et al., 2018) y recabar respuestas adicionales que se pudieron generar.

Esta observación se desarrolló durante el trabajo de campo, contemplado en el periodo de abril 2021-agosto 2021. Tiempo que permitió la adquisición de conocimiento tras las actividades que las y los pasantes que a PAM les brindaron cuidados asistenciales.

Las personas disponibles para entrevistar fueron 4 hombres y 15 mujeres, con un rango de edad entre 18 y 27 años, considerándose la implementación de un muestreo de tipo teórico, entendido esto como un método para el desarrollo de la Teoría Fundamentada. Este muestreo determinó la selección de los casos que se recolectaron (Glaser y Strauss, 1967). El muestreo está basado en la codificación y el análisis de la información, por medio del cual la investigadora determinó las características de los siguientes datos a recolectar y a su vez se utilizaron para descubrir las categorías y características e identificar las interrelaciones dentro de una teoría (Ardila y Rueda, 2013).

Para determinar el número final de informantes necesarios y comprender el fenómeno en toda su complejidad se discurrió al criterio de saturación teórica, mismo que determinó la continuación del muestreo teórico (Ardila y Rueda, 2013), esto significa que la investigadora comenzó a percibir que en los resultados no existían nuevas variaciones entre los datos, que las categorías resultaban ser las mismas o se explicaban relaciones desarrolladas previamente (Strauss y Corbin, 2002).

La observación participante fue realizada con base en una guía de acuerdo con las dimensiones contempladas: a) El cuidado centrado en la institución y la profesión, b) El paradigma biomédico en el centro, c) La estandarización de la atención, d) Ausencia de habilidades psicosociales en quienes cuidan, e) La cultura institucional como obstáculo y f) Experiencias de mínimo cuidado humanizado.

Una vez obtenida la información por medio de la guía de observación, se hizo uso de una entrevista semiestructurada con el fin de recabación de datos con mayor profundidad, así como datos personales de importancia. Para realizar la entrevista fue necesario tomar en cuenta las pautas para tener éxito en ella antes, durante y posterior. Antes de la aplicación fue necesaria la presentación de la entrevistadora, así como anunciar el tema y el objetivo. La investigadora tuvo un conocimiento previo del escenario y del campo para evitar un desencuentro, así como conocer a las y/o los líderes del grupo para explicarles el motivo de las entrevistas. También fue importante tomar en cuenta el aspecto personal de la entrevistadora en cuanto a su vestimenta y su modo de ser o de expresarse, así también conveniente que la entrevistadora estuviera

capacitada y preparada en cuestión de preguntas detonantes a la conversación (Ander, 2016), obsérvese estas detonantes en el anexo 3 (guía de entrevista).

Durante la entrevista fue importante que la primera impresión entre la entrevistadora y la persona a quien entrevista generara un ambiente de rapport, esto significa una proximidad de simpatía y de empatía que la entrevistadora pudiera externar en un principio (Ugarriza, 2021) y tratar de utilizar un lenguaje comprensible y adecuado a la situación, evitando discutir a las opiniones o inducir a una respuesta al dar ejemplos. Otra cuestión de importancia es que la entrevistadora sólo habló durante la entrevista en situaciones como: calmar cuando existió un nerviosismo o retomar cuestiones olvidadas (R. Rodríguez, 2016).

Para documentar las conversaciones y las interpretaciones como productos de la interacción entre las personas interlocutoras y su contexto, se utilizaron 2 técnicas: audio y diario de campo.

Los medios de comunicación contribuyeron a la representación y construcción de la realidad en la medida en que captaron, transformaron y reelaboraron hechos, situaciones y personajes, convirtiéndolos en productos (Inzunza, 2017).

Con el uso del diario de campo, se pudieron registrar aquellos hechos que son susceptibles de ser interpretados. En este sentido, fue una herramienta que permitió sistematizar las experiencias para luego analizar los resultados (Espinoza, 2017) y de gran ayuda para obtener información que permitiera el análisis sobre la práctica y que facilitó la implicación y desarrolló la introspección (González, 2003).

1.7. Procedimiento

Al ser una investigación cualitativa se hizo uso de diferentes metodologías también cualitativas como fueron: la etnografía y la ya mencionada teoría fundamentada (Pope, 2001). Necesario a estas, fue importante describir los recursos y procedimientos que se utilizaron tanto para la recogida de la información como para su transformación en datos durante el análisis (Rada, 2006).

Posterior a la obtención de datos por la lista de cotejo, se realizó una entrevista de tipo semi estructurada de forma individual, esta, por sus características se ajustó a las necesidades de la investigación cualitativa (Hernández, Fernández, y Baptista, 2014).

Resultó pertinente considerar los 3 criterios que se utilizan para evaluar la calidad científica de un estudio cualitativo: la credibilidad, la auditabilidad o confirmabilidad y, la transferibilidad o aplicabilidad (Castillo y Vásquez, 2003) con el fin de asegurar el rigor metodológico de esta investigación.

a) Credibilidad.

La credibilidad en este caso se logró cuando la investigadora, a través de observación y la implicación con las y los participantes del estudio, recolectó información de cómo el resultado produjo hallazgos. También es denominada como el grado o nivel en el que los resultados de la investigación reflejan una imagen clara y representativa de una realidad o situación (Castillo y Vásquez, 2003). Por lo tanto, la credibilidad se refiere a cómo los resultados de un estudio son verdaderos para las personas que fueron estudiadas, y para quienes lo han experimentado o han estado o no en contacto con el fenómeno investigado.

Para determinar la credibilidad de una investigación educativa se pueden constatar los siguientes elementos (Rada, 2006):

- Resguardo de las notas de campo que surgieron de las acciones y de las interacciones durante la investigación.
- Uso de transcripciones textuales de las entrevistas para respaldar los significados e interpretaciones presentadas en los resultados del estudio.
- Consideración de los efectos de la presencia de la investigadora sobre la naturaleza de los datos.
- Discusión de los comportamientos y experiencias en relación con la experiencia de las y los informantes.
- Uso de la triangulación en la recolección de datos para determinar la congruencia entre los resultados.
- Discusión de las interpretaciones con otros investigadores.
- Si los hallazgos se aprecian como significantes y aplicables en el propio contexto del lector.

b) Auditabilidad o confirmabilidad.

Para Leininger (1994) este rigor o criterio, se refiere a la forma en la cual la investigadora puede seguir la pista, o ruta, de lo que hizo otro (Lincoln y Guba, 1985). Para este cumplimiento fue necesario un registro y documentación completa de las decisiones e

ideas que la investigadora tuvo en relación con el estudio (Rada, 2006). Esta estrategia, por lo tanto, permite examinar los datos y llegar a conclusiones iguales o similares, siempre y cuando se tengan perspectivas análogas (Castillo, 2003).

Las siguientes características determinarán si un trabajo de investigación cualitativa cumple con este criterio:

- Descripción de las características de las y los informantes y su proceso de selección.
 - Uso de mecanismos de grabación.
 - Análisis de la transcripción fiel de las entrevistas a las y los informantes.
 - Describir los contextos físicos, interpersonales y sociales en el informe.
- c) Transferibilidad o aplicabilidad.

La transferibilidad o aplicabilidad, da cuenta de la posibilidad de ampliar los resultados del estudio a otras poblaciones. Lincoln y Guba (1985) indican que se trata de examinar qué tanto se ajustan los resultados a otro contexto. Es de recordar que, en la investigación cualitativa, los lectores del informe son quienes determinan si se pueden transferir los hallazgos a un contexto diferente. Para ello se necesitó hacer una descripción densa del lugar y las características de las personas donde el fenómeno fue estudiado. Así el grado de transferibilidad fue función directa de la similitud entre los contextos donde se realizó el estudio (Rada, 2006).

Para Castillo y Vásquez (2003) reproducir el fenómeno social es difícil porque pueden variar las condiciones bajo las cuales se recolectaron los datos, y resulta inverosímil controlar las variables que pueden afectar los hallazgos; sin embargo, hay formas de repensar la reproductividad para extrapolar su significado.

Las guías sirvieron para determinar el grado de transferibilidad de los resultados de una investigación cualitativa:

- Si la investigadora indicó lo típico de las respuestas de las y los interlocutores.
- Si examinaron la representatividad de los datos como un todo.

El uso de indicadores de evaluación se acompañó por criterios que permitieron asegurar la calidad de las investigaciones cualitativas. Mismos indican la posibilidad de transferir los resultados a otros contextos o grupos. Por lo que en esta investigación se describió densamente

las características del lugar donde se desarrolló la investigación, así como las características particulares de las personas que participaron.

1.8. Análisis

Como paso inicial para el procesamiento y para el análisis de información se contó con una codificación de las y los interlocutores, las guías de observación y las entrevistas, por medio de un folio que se transcribió utilizando los programas Microsoft Word 2014 y Microsoft Excel 2014 para Microsoft 365, esto para fines de agrupación e identificación de categorías y dimensiones. El fin de este procesamiento de datos fue la familiarización de datos y/o palabras clave, así como la organización por medio de la lectura de las transcripciones (Gibbs, 2012).

La información recolectada se organizó y fue digitalizada la captura de datos personalmente por la investigadora principal con el fin de disminuir sesgos o errores en el vaciamiento de los datos. El software para la creación de base de datos fue el programa Atlas Ti versión 8.4 para información de datos cualitativos.

Es de importancia mencionar que las transcripciones, fueron revisadas por la directora y por los asesores de tesis, y quienes determinaron cuán fiel fue la lectura al audio.

Para la comprensión de las perspectivas que permitieron un análisis cualitativo se hizo uso de la Teoría Fundamentada (Denzin y Lincoln, 2012) esta con el fin de crear una teoría inductiva sobre el comportamiento humano y el mundo social con una base empírica, llamada triangulación (Andréu, García y Pérez, 2007), tomando en cuenta lo que se dice de lo que se hace.

Dentro de la Teoría Fundamentada para nuestro fin, podemos encontrar una tendencia denominada Teoría Fundamentada Constructivista, misma que retoma las ideas y explicaciones de los sentimientos de las y los interlocutores a medida que experimentan un fenómeno o proceso y las creencias y valores del investigado (Charmaz, 2013). En este momento la sensibilidad teórica de la investigadora fue muy importante para extraer la esencia de los datos, elaborar conceptos y establecer relaciones entre ellos. Fue pertinente por las características de este tipo de análisis debido a cómo la recolección de datos y el análisis transcurren de manera concurrente. Los datos determinaron los procesos, los productos de la investigación, los procesos analíticos que suscitaron el descubrimiento, el desarrollo teórico y no la verificación

de teorías ya conocidas. El muestreo se realizó con base en lo que emergió de los datos, denominándolo muestreo teórico, mismo que sirvió para refinar y completar las categorías (Murillo, 2007).

Como se ha mencionado anteriormente, la Teoría Fundamentada es una estrategia metodológica que tiene como propósito generar teoría. El resultado se logra a través de un método de comparación constante, una codificación y un muestreo teórico (Shettini y Cortazzo, 2015).

Para el método de comparación constante dentro de la Teoría Fundamentada dentro de este trabajo implicó generar teorías de un modo sistemático mediante un procedimiento analítico de comparación constante, desarrollando categorías, propiedades e hipótesis (Glaser y Strauss, 1999; Andréu, García y Pérez, 2007). La finalidad de este procedimiento fue conceptualizar datos que se hubieran visto y/o proporcionado dentro de la guía de observación o las entrevistas.

Posteriormente, se realizó la transcripción completa de la entrevista, con lo que se identificó la información recolectada y a su vez facilitó la evaluación de la estructura de la entrevista y en su caso mejorarla.

A medida que se realizaron las entrevistas, se llevó a cabo el análisis de los datos (entrevistas, anotaciones, fotografías, videos), creando códigos, folios y/o categorías que permitieron el adecuado análisis de la información.

Posterior y para fines de esta investigación, se utilizó una codificación de tipo axial, misma que por sus características permitió establecer relaciones con propiedades o dimensiones en torno a un factor tomado como eje (Schettini y Cortazzo, 2015).

1.8.1. Conceptos ordenadores

Dependencia total

El estado mental y físico o patológico en que una persona necesita un determinado estímulo para lograr una sensación de bienestar. El deterioro funcional debido a edad avanzada afecta la salud y la calidad de vida de las personas, con consecuencias físicas, psíquicas y sociales, y se traduce en dificultades para realizar por sí mismas algunas actividades cotidianas. También se describe como aquel estado de las personas que, por razones derivadas de la edad, la enfermedad o la

discapacidad, y ligadas a la falta o a la pérdida de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, precisan de ayudas importantes de otras personas para realizar las actividades de la vida diaria (A. Delgado, 2018).

El nivel de dependencia grave o total aparece cuando se pone de manifiesto la pérdida de autonomía psíquica, como, por ejemplo, pérdida casi total de la memoria (sólo mantienen recuerdos que no saben ubicar en espacio o tiempo), desorientación temporo-espacial, problemas permanentes de comunicación, etc. (A. Delgado, 2018).

Humanizar

Humanizar el cuidado implica entonces promover y proteger la salud, curar la enfermedad y garantizar el ambiente que favorezca una vida sana y armoniosa en los ámbitos físicos, emotivo, social y espiritual de la persona, ya sea sana o enferma (González, Velandia y Flores, 2009).

Pasantes de Enfermería

En esta investigación hacemos referencia a las personas (mujeres y/u hombres) que realizan servicio social como periodo académico obligatorio y con el fin de aplicar los conocimientos, destrezas y aptitudes adquiridas en los ciclos escolarizados, de igual manera favorece que el pasante adquiera habilidades y destrezas y por ende seguridad profesional en cada una de sus intervenciones en el ámbito asistencial docente administrativo y de investigación (CUSUR, 2021). Para el fin de este, es aquella o aquel que se desarrolló dentro de un periodo de práctica en el año 2020 – 2021.

1.9. Difusión de resultados

Una vez finalizada la investigación, se presentó la información resultante al Comité Académico de la Maestría en Derechos Humanos de la Universidad Autónoma de San Luis Potosí y a su vez, se asumió disposición para brindar la información a aquellas personas que fueron interlocutoras y hacia la institución que prestó espacio y tiempo para llevar a cabo el trabajo de campo.

En la publicación de los resultados de la investigación, la investigadora estuvo obligada a preservar la exactitud de los resultados obtenidos. En esta investigación tal como se detalla en la sección de anexos la investigadora principal, directora y asesores, se responsabilizaron de salvaguardar la integridad y exactitud de los informes.

1.10. Criterios ético-legales para el abordaje

1.10.1. Procedimientos institucionales

Acorde a la Ley General de Salud, por ser una investigación en seres humanos se adapta a los principios científicos y éticos que justifican la investigación médica a través de los principios aceptados universalmente (autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia), estos dictaminados por la Declaración de Helsinki y ratificados por la Declaración de Bioética y Derechos Humanos (UNESCO, 2005).

Esta investigación garantiza el carácter gratuito de la investigación de una manera clara, objetiva y explícita bajo criterios de la NOM-012-SSA3-2012 para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos.

Bajo la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial, el diseño y la realización de esta investigación se formuló claramente en un protocolo previo ante un comité que actuó conforme a las leyes y ordenamientos del área geográfica en el que se realizó la investigación.

El protocolo y la tesis fueron sometidos a consideración, comentarios y guía de Comité Académico de la Facultad de Posgrado en Derecho de la Universidad Autónoma de San Luís Potosí tal como lo señala el capítulo II de la Ley General de Salud en materia de Investigación en Salud.

1.10.2. Beneficios esperados

Como beneficio directo por la participación de las y los pasantes de Enfermería en este estudio, se colaboró para generar evidencia en esta investigación.

Bajo el cimiento de la Declaración de Bioética y Derechos Humanos (UNESCO, 2005) los beneficios resultantes de la investigación científica se comparten con la sociedad y comunidad internacional. Tal como se detalla en el apartado de anexos, la investigadora principal, directora y asesores realizaron una rendición pública de los resultados generados de la investigación a través de la socialización de productos tales como publicaciones, carteles, ponencias, folletos, etc., respetando la integridad, veracidad y exactitud de estos, tal como se expresa en las Pautas Éticas Internacionales para la Investigación Biomédica en Seres Humanos (pauta 24).

1.10.3. Nivel de riesgo

Este trabajo fundamenta su método, procedimientos y resultados bajo los principios éticos de la Declaración de Helsinki (1964), así como de la Ley General en materia de Investigación para la salud (Artículo 17) y las Pautas Éticas Internacionales para la Investigación Biomédica en Seres Humanos (pauta 19) donde se considera como riesgo de la investigación a la probabilidad de que el sujeto de investigación sufra algún daño como consecuencia inmediata o tardía del estudio. En esta investigación no se llevaron a cabo procedimientos invasivos o experimentales por lo que se considera de riesgo mínimo.

En función del Código de Nuremberg (1947), en esta investigación, el grado de riesgo a tomar nunca excedió el nivel determinado por la importancia humanitaria del problema que pudiera ser resuelto. La recolección, almacenamiento y uso de datos en la investigación relacionada con la salud, así como las grabaciones y anotaciones que resultaron de este trabajo fueron destruidas una vez que se concluyó la investigación.

1.10.4. Procedimiento para la obtención del consentimiento informado

En función de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (2020) respecto a salvaguardar los principios de dignidad humana y autonomía de las y los informantes en la toma de decisiones relacionadas con su participación en el estudio, en la presente investigación se respetó en todo momento la decisión de las personas para hacer parte o no del estudio, así como detener su participación en el momento que lo solicitasen, respetando sus derechos y bienestar,

esto atendiendo las recomendaciones de la Ley General de Salud en materia de Investigación en Salud (artículo 13) y en la Declaración de Helsinki (punto 6).

Se contó con el consentimiento por escrito de las personas a quienes se realizaron las entrevistas, así como de su representante legal, en este caso, el instituto geriátrico donde brindaron cuidados.

Las sesiones para entrevistas se realizaron bajo información proporcionada por la institución, en esta fue posible identificar a las y los participantes, así como el horario de cada persona, turno y escuela proveniente. Según la disponibilidad de cada persona y el tiempo que pudieran proporcionar, se programaron y realizaron entrevistas, mismas que estuvieron bajo el consentimiento de ser grabadas en audio.

Inicialmente se dio a conocer el objetivo de la investigación, así como lectura del consentimiento informado, recalcando anonimato para su libre expresión, la confidencialidad de la información que proporcionaron durante la entrevista y la libre facultad de elegir participar o no en el estudio. Como requisito esencial se obtuvo el consentimiento voluntario de las personas participantes en la investigación, tal como se detalla en la sección de anexos y respetó la decisión de aquellas personas que no desearon participar en este estudio (anexo 4 Consentimiento Informado).

En un segundo momento, en los casos en que las personas aceptaron participar y demostraron comprensión de la información proporcionada se procedió a firmar el consentimiento informado (véase en anexo 4).

Los procedimientos para lograr lo anterior se detallan en la metodología para cumplir cabalmente con lo coincidente en la Ley General de Salud en Materia de Investigación en Salud Título Segundo (artículo 20, artículo 21), el Código de Núremberg (artículo 1) y la declaración de Helsinki (apartado 9 y 12).

En todo momento se protegió la privacidad de las y los individuos sujetos de investigación, identificándoles sólo cuando los resultados lo requirieron y estos lo autorizaran, de forma contraria se identificaron por medio de un folio como medio de codificación, tal como está estipulado en la Ley General de Salud en Materia de Investigación en Salud Título Segundo (2014) desde las investigaciones en seres humanos (Artículo 16).

Para esta investigación al momento de realizar los encuentros con las y los participantes se reafirmó lo establecido en el consentimiento respecto al carácter estrictamente confidencial

de la información obtenida, la información no se utiliza o revela para fines distintos de los que se externaron en el documento respetando lo coincidente en la NOM-012-SSA3-2012 Criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos (apartado 11.7).

1.10.5. Conflictos de intereses

Tal como se señala en el apartado de anexo 5 (Carta de no conflictos de intereses), las investigadoras e investigador involucrados declaran no tener conflicto de intereses en el desarrollo de este proyecto desde su concepción teórica hasta la divulgación de los resultados encontrados. La investigadora responsable del presente estudio firmó el acuerdo de no conflicto de interés con la finalidad de dejar claramente establecidos los derechos de autoría, firmado efectivamente de conformidad.

CAPÍTULO SEGUNDO

LOS DERECHOS DE LAS PAM DESDE LA PERSPECTIVA DEL HUMANISMO Y EL DERECHO AL CUIDADO

2.1. Introducción

¿Por qué nos interesa comprender cómo se despliega y qué trayectorias sigue la humanización del cuidado cuando se atiende a PAM con grave estado de dependencia? ¿Qué es el derecho al cuidado y qué relevancia tiene para el cumplimiento de los derechos humanos? ¿Por qué la vejez representa una etapa de vida sumamente compleja para su abordaje, si bien antes se nombraba "*viejos*" a todas las personas llegando a cierta edad o que lo aparentaban? El Estado y los organismos internacionales han hecho esfuerzos por visibilizar que se trata de una etapa de vida larga y diferenciada en su propia dimensión, actualmente, en los países en desarrollo como es el caso de México, se acepta como inicio de la vejez los 60 años, mientras que en los países desarrollados la edad de corte son los 65 años (Instituto Nacional de Geriátrica [INGER], 2017).

La Asociación Internacional de Gerontología y Geriátrica (IGGA), clasificó a la población adulta mayor en grupos de edades para una óptima aplicación de diagnósticos, tratamientos y programas de desarrollo con la finalidad de ofrecer un mejor manejo (García y García, 2005). Este acuerdo realizó la siguiente clasificación: adulto mayor joven 55–64 años, adulto mayor maduro 65–74 años, adulto mayor 75–84 años, "ancianos" mayores 85 años, nonagenarios y centenarios (Manjarres, 2017).

Con lo antes expuesto, nos queda claro que nombrar "*ancianos*" en general, puede resultar arbitrario, pero no sólo eso, sino que invisibiliza necesidades biopsicosociales. Existe otra forma de clasificación, la que diferencia según los niveles de dependencia. Por su grado de dependencia las PAM se clasifican en: dependencia importante, grave o total, dependencia moderada, dependencia leve y en independencia (Laguado et al., 2017). Dentro de esta clasificación, obviamente las personas más vulnerables serán quienes cursen con dependencia total, ésta es una de las razones por las que este estudio se interesa en documentar el fenómeno en el cuidado específico de este grupo de población.

Nos indigna más o menos, llegar a la vejez en nuestra cultura en su mayoría es sinónimo de soledad, maltrato y abandono. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), 36 millones de PAM en el planeta sufren maltrato. Actualmente, no existen datos estadísticos confiables, sin embargo, los estudios realizados sobre el tema revelan que los malos tratos, así como las negligencias y los abandonos de este grupo social han aumentado de una forma considerable (Instituto Nacional de Estadística e Informática [INEI], 2005).

La Enfermería se constituye entonces en una herramienta fundamental del Estado para respetar, proteger y garantizar el cuidado profesional, –aunque no sustituye de ninguna manera el trabajo de los cuidados que tiene lugar en el espacio doméstico–, sin embargo, para llevar a cabo un cuidado de tipo humanizado debe existir personal de Enfermería habilitado para cuidar a las personas en estado de vulnerabilidad, que corrija las desigualdades sanitarias que estén a su alcance, elimine las discriminaciones de cualquier tipo, que dé participación dentro de la sociedad a cada persona, y que garantice la salud, donde de acuerdo a la Reforma Constitucional de 2011 en el artículo 1° el Estado tiene la obligación de garantizar ese derecho en su concepción de estado completo de bienestar físico, mental y social (Llanes, 2007; OMS, 2000).

2.2. El humanismo y su concepto en el cuidado

El concepto de humanismo en la filosofía alcanza distintos sentidos, esto es que en muchas ocasiones usamos esta palabra sin una previa reflexión sobre su significado. En un momento, el humanismo se inclina por el estudio del lenguaje, el aprecio de la experiencia, de la literatura y de la retórica (Velasco, 2009).

El término humanismo de modo semejante, ha sido utilizado para nombrar a toda doctrina que defienda como principio el respeto a la persona humana. En nuestro caso, la Enfermería parte del objetivo de comprender al hombre como un ente biopsicosocial, por lo que se puede entender como una concepción filosófica en la cual en su centro se encuentra el hombre, la dignidad de las personas, las capacidades y potencialidades de este (Peña et al., 2007). En la bioética, esto es denominado como personalismo (Grandini, 1996), definiendo entonces al humanismo personalista como la defensa de lo humano, de todas sus dimensiones y en toda su complejidad (Agramonte y Leiva, 2007).

El atributo del cuidado humano en todos los aspectos de la actividad profesional se conoce como humanismo y suele definirse como la presencia de libertad, solidaridad, empatía, altruismo, amor, humildad, fe y compasión como valores humanos (Peña et al., 2007).

Por ende, la deshumanización entonces se podría entender como la expresión del mundo con la opresión, negando al hombre el ser un sujeto, reduciendo y cosificándolo a un objeto sin su esencia de libertad. El mundo deshumanizado por lo tanto es el de la violencia, de la muerte, de la desesperanza, del odio, del miedo, de la irresponsabilidad, de la posesión, de la opulencia, de la arrogancia y de la cobardía (Álvarez, 2005).

Por el contrario, humanizar, dice el diccionario, es "*hacer una cosa más humana, menos cruel, menos dura*" (Llanes, 2007). Humanizar el cuidado implica, por lo tanto, promover y proteger la salud, curar la enfermedad y garantizar la existencia de un ambiente que favorezca una vida sana y armoniosa en los ámbitos físicos, emotivo, social y espiritual, tanto de las personas sanas como de las enfermas (González, Velandia y Flores, 2009).

Dentro del cuidado, humanizar significa hacer de las unidades de cuidado, lugares más amables y centrados en las personas, personalizando la asistencia y escuchando lo que necesitan las personas aún cuando éstas personas no lo puedan externar. Consiste en tomar consciencia desde uno mismo, esto es, humanizar de dentro hacia afuera (Heras, 2017).

Hablar de humanización y del sentir el sufrimiento de las personas es hablar de las necesidades de apoyo y consuelo de personas con más vulnerabilidad, pero también de su integralidad, tanto en su dimensión física, como en la intelectual, emotiva, social y espiritual (Llanes, 2007). Por ello, humanizar en la Enfermería implica ser sensible, tener la capacidad de compadecerse de la otra persona, ejercer la bondad, la afabilidad, la caridad, el altruismo, la generosidad, la nobleza, la cortesía, ser flexible, indulgente, cordial y considerado (Heras, 2017).

En la práctica de las profesiones de la salud, actuar de manera humanizada es fundamental, ya que se mezclan valores tanto éticos como morales en donde el derecho al cuidado ocupa un lugar privilegiado, incluso esto se menciona dentro de las disposiciones normativas que velan por el derecho de las personas (Guerrero, Meneses y Ruiz, 2015). Inmerso en el cuidado humanizado se encuentra el derecho a recibir un trato digno, este es un derecho de todas las personas, sin excepción y hace referencia a la obligación que tenemos como enfermeras y enfermeros en este caso, de tratarles como personas íntegras, más que cómo pacientes u órganos

o sistemas biológicos dañados (por ello, en este trabajo, se referirá a los pacientes no como una cosificación subordinada del profesional, sino más bien dirigiéndonos con el concepto de “*persona*”).

Así, la dignidad humana es un principio de derecho natural y fundamental que conforma la base para el pleno disfrute de los demás derechos. Respetar el reconocimiento de todos los seres humanos como libres e iguales en dignidad y derechos, sin distinción alguna de raza, sexo, color, idioma, religión, opinión política, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición (Aguilar, 2010).

2.3. Contextualización de las PAM en México

La vejez tiene una construcción histórica social. Hace poco más de 500 años, las personas adultas mayores eran las más respetadas y sabias, ahora son discriminadas de múltiples formas, incluso en el hogar y por sus propias familias. Actualmente, la tendencia es verlas como improductivas, ineficientes, enfermas y decadentes, o en el menos grave de las situaciones, pero igual de importante, el infantilizarlas con el ejemplo más claro al decirles “abuelitos” (Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación [CONAPRED], 2007). En este contexto, el futuro para las PAM en México parece poco alentador, y se agrava cuando la mayoría vive en condiciones de pobreza, abandono o se encuentran imposibilitados para valerse por sí mismos dentro de contextos en los que no hay suficientes lugares para atenderles (Salazar et al., 2007).

En este sentido, actualmente existen más PAM de 60 años que menores de 4 años (INMUJERES, 2015); según los datos del Instituto Nacional de Geografía y Estadística (INEGI) el resultado del Censo de Población y Vivienda 2021, en México existen 126,014,024 personas, y de ellas son mayores de 60 años 15,142,976 (12%). De ese total de PAM, 8,139,094 (54%) son mujeres y 7,003,882 (46%) son hombres (INAPAM, 2021). El pronóstico indica que el envejecimiento en cuestión demográfica será invariable debido principalmente a la disminución de la fecundidad, esto quiere decir, que hay más decesos que nacimientos y, por ende, más PAM (BBC News Mundo, 2018). A pesar de su bajo peso relativo en sociedad, este rango de población crece de manera acelerada lo que da cuenta que para 2050 las mujeres de 60 años y más podrían representar 23% del total de población femenina y los hombres un 20% del total de la masculina (INMUJERES, 2015).

El problema no es menor, particularmente cuando son un grupo poblacional significativo y con una proyección al incremento. El crecimiento demográfico de este grupo en los últimos treinta años ha sido significativo: mientras en 1990 se reportaba que el 16% de la población era adulta mayor, para 2015 esta cifra de estar en un 38% disminuyó hasta un 12% asociado a la pandemia por COVID-19 en 2020, y se espera que en los próximos años ascienda nuevamente predictivamente (INEGI, 2021).

Ahora, en lo que respecta a los recursos con los que el Estado cuenta para garantizar el cuidado de este grupo en particular, como ya es sabido, estos dependen del sistema de salud de cada país, por lo cual, el funcionamiento se establece en relación con el contexto político y social de cada nación (Llambías, 2015). Esto revela que el aumento de las PAM puede generar en un futuro, un impacto en el Sistema de Salud y desafíos dentro del ámbito familiar, así como cargas de trabajo agregadas en los cuidados que requieran, en especial para las mujeres, quienes realizan en su mayoría el trabajo del cuidado hablando desde una perspectiva de género.

Dentro de las zonas rurales y marginadas del país podemos encontrar que aquí la población está más envejecida. En zonas rurales la población adulta mayor representa un 10% en zonas urbanas. Ya que existe una mayor demanda de atención en los servicios de salud para las PAM, se necesita redirigir la atención en estas localidades donde en general los servicios son más precarios (INMUJERES, 2015).

Acerca del maltrato en la vejez existen datos poco precisos, ya que la mayoría de las PAM no denuncian actos de violencia que pudieran vivir, sin contar a aquellas PAM que por su estado de dependencia también estuvieran presentando algún tipo de abuso. La única fuente con que se cuenta de momento para evaluar este aspecto es la Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH), la cual estima que, en México, 1 millón, 216 mil 12 de las PAM, sufrieron alguna condición de violencia: emocional (88%), económica (36%), física (7%) y sexual (3%) (ENDIREH, 2016).

Hablar de envejecimiento en este sentido, aunque exige condiciones que debe proveer el Estado para garantizar la calidad de vida, no debe ser considerado una condición de enfermedad, esto implica entender que las PAM no demandan cuidado sólo cuando están enfermas, sino que lo demandan por la discapacidad, la dependencia, la fragilidad y la vulnerabilidad que el proceso fisiológico de la vejez pudiera en algún momento traer consigo.

La situación descrita sobre las PAM en México refleja en la actualidad se han presentado claras diferencias y desventajas sociales, mismas que han propiciado discriminación y violencia hacia este sector poblacional. Pareciera que mientras más aumento de PAM, más se invisibilizan los derechos que poseen y se incrementa su opresión. Por ello se vuelve prioritario el gerontologizar a la sociedad, volver aspiracional el envejecimiento y fomentar el reconocimiento sobre la importancia de las PAM dentro de las familias, las comunidades y la sociedad y claramente en instituciones que brindan cuidados a largo plazo (INAPAM, 2021).

2.3.1. Definiciones acerca de las PAM

En la antigüedad, no resultaba necesario hablar de la esperanza de vida de las personas ya que la mayoría de la población no llegaba a la vejez. No se hacían divisiones acerca de las etapas de la edad y mucho menos de la etapa del envejecimiento; tampoco existía una edad legal para el retiro de las personas, por lo tanto, no era reconocida en los textos (Dabove, 2002) y al no ser reconocidas por la sociedad se encontraban en un enigma dentro de la demás población (L. Delgado, 2014).

Podemos encontrar distintas definiciones acerca de las PAM; en México se le considera a quien tiene más de 60 años, que suma todas las experiencias de la vida y que ha pasado por la mayoría de las metas, ya sean familiares, profesionales y/o sociales (PENSIONISSSTE, 2017).

En el ámbito médico se habla de un *“cambio gradual en un organismo que conduce a un mayor riesgo de debilidad, enfermedad y muerte. Tiene lugar en una célula u órgano o el organismo total en el lapso de vida de un adulto o cualquier ser vivo”* (Webster, 2021).

Para la antropología se consideran desde dos extremos: personas con sabiduría por las experiencias vividas y personas asociadas con la idea de decadencia y dependencia (Tamer, 2008).

Desde un punto de vista geriátrico, es una persona vieja que además de su edad, presenta discapacidades físicas, problemas sociales, deterioro mental y enfermedades crónicas (Tello, Alarcón y Vizcarra, 2016).

Dentro del ámbito jurídico se define a la PAM como *“toda persona que tiene 60 años o más y que es sujeto de derechos y de obligaciones”* (CNDH, 2018).

A partir de estas definiciones, comprendemos que la forma para determinar a la PAM engloba una diversidad de conceptos, y la mayoría de ellos es entorno al envejecimiento físico y psíquico, haciendo énfasis en sinónimos de deterioro, problemas sociales y discapacidades. Para este trabajo tomaremos la definición desde distintos vértices: Son personas de 60 y más años, que cumplen con un rol social y familiar, y que han adquirido experiencia desde sus vivencias personales. Personas que, a su vez, pasan por una etapa de la vida en la que, si bien, pueden presentar condiciones de vulnerabilidad física, social, familiar y económica, también se hallan en una etapa de sabiduría, respeto y que merecen más que consideración, el garantismo de los derechos como cualquier otra persona.

A partir de lo anterior, el derecho de las personas mayores se identifica como *“Un conjunto de conocimientos, principios y normas, relacionados con la situación de las personas de la tercera edad [...] podemos comprender como adulto mayor, a la persona que, habiendo logrado los 60 años de edad, tiene una serie de derechos que ejercitar y deberes y responsabilidades que cumplir”* (CNDH, 2012).

Por otro lado, en palabras de Noriega (1969):

“Los hombres no son individuos aislados abstractos, son personas humanas racionales y libres. Por tanto, el concepto central del derecho no es la igualdad, sin otra actitud más verdadera: la nivelación de las igualdades que existen entre los hombres. La igualdad es una meta, no un punto de partida, y por consecuencia, lo económico y lo social no pueden entregarse al libre juego de la fuerza privada, y el derecho público debe imponerse y reglamentar campos que antes se consideraban reservados al derecho privado [...] Se trata de derechos inherentes a la persona humana, pero en su carácter de persona social” (Noriega, 1969; L. Delgado, 2014).

En este sentido, nos queda claro que es difícil plasmar los derechos y el contenido que las PAM poseen, L. Delgado (2014) menciona lo complicado que es la elaboración de un decálogo que menciona los derechos más relevantes o esenciales que tiene este grupo poblacional:

A) Derecho de acceso a la justicia. B) Derecho al agua y saneamiento. C) Derechos alimentarios. D) Derecho a la ciudadanía. E) Derecho a la cultura física. F) Derecho a la educación, la recreación y a la cultura. G) Derecho a la familia. H) Derecho a la igualdad entre mujeres y hombres, igualdad ante la ley y la prohibición de discriminación. I) Derecho a la identidad y al libre desarrollo de la personalidad. J) Derecho a la integridad y seguridad

personales. K) Derecho a la inviolabilidad de comunicaciones privadas. L) Derecho a la libertad de conciencia, religiosa y de culto. M) Derecho a la libertad de expresión. N) Derecho a la protección de datos personales. O) Derecho a la reinserción social. P) Derecho al respeto social. Q) Derecho a la salud. R) Derecho a la seguridad social. S) Derechos sexuales. T) Derecho al transporte y a la vialidad. U) Derecho a una vida y muerte digna. V) Derecho a la vivienda.

Mismos que han sido seleccionados por ser principales en esta población y que más adelante serán desglosados en una aplicación desde la práctica enfermera.

2.4. El proceso de envejecimiento y su clasificación

Desde la Gerontología, como disciplina que estudia al envejecimiento es importante resaltar y dejar en claro que vejez y envejecimiento son conceptos distintos. La vejez es una de las etapas de la vida y la última de ellas, comienza a los 60 años y es considerada por formar parte del envejecimiento (INAPAM, 2018). El envejecimiento por otro lado es un fenómeno presente a lo largo del ciclo vital, desde la concepción hasta la muerte. Aunque es un fenómeno natural y conocido, resulta difícil aceptarlo como un proceso innato de todo ser (Alvarado y Salazar, 2014).

El envejecimiento es definido como *"el conjunto de modificaciones morfológicas y fisiológicas que aparecen como consecuencia de la acción del tiempo sobre los seres vivos, que supone una disminución de la capacidad de adaptación en cada uno de los órganos, aparatos y sistemas, así como de la capacidad de respuesta a los agentes lesivos que inciden en el individuo"* (Oxford Dictionary, 2021).

Por otro lado, existe una subclasificación de envejecimiento, estableciéndose cuatro tipos o formas: 1) ideal, 2) activo, 3) habitual y 4) patológico, a partir de indicadores que incluyen enfermedades diagnosticadas, deterioro cognitivo, capacidad funcional, autopercepción del estado de salud y finalmente dependencia (Manjarres, 2017).

Una PAM con dependencia total o grave, según escalas geriátricas, es aquella que por sus condiciones físicas y/o mentales, es incapaz de manejarse sin una ayuda mayor (Trigás, Ferreira y Meijide, 2011) y que por lo tanto se condiciona su estado y vuelve a la persona más dependiente en comparación con aquellas que aún cuentan con un grado de independencia. Es

una persona que también es más propensa a recibir un maltrato ya que no cuenta con una fuerza para valerse y defenderse por sí sola.

2.4.1. Consideraciones biopsicosociales en la vejez

Conociendo y retomando entonces el concepto de envejecimiento podemos indicar que esta definición se logra al poner énfasis en los cambios físicos y psicosociales que se han de presentar en esta etapa de la vida.

A lo largo del proceso de envejecimiento se producen cambios en las personas de carácter irreversible, y considerados normales. El envejecimiento, como ya lo hemos mencionado es un proceso vital que no tiene por qué ser patológico, es un proceso individual, dinámico y complejo que puede intervenir en distintas áreas del ser humano como son la fisiológica, psicológica y sociológica, áreas que tanto pueden ser independientes, como pueden relacionarse entre ellas (V. García, 2017).

Cambios físicos

Con el tiempo se produce en el organismo, un envejecimiento que trae consigo cambios a nivel cardiovascular, respiratorio, muscular, óseo, genitourinario, bucal; también existen cambios sensoriales, como son la disminución de la agudeza visual y en la audición, acompañándose de una mayor lentitud psicomotriz y disminución en los mecanismos termorreguladores (Aniorte, 2003).

A su vez, podemos encontrar una disminución en las funciones biológicas y en la capacidad para adaptarse al estrés metabólico; se hallan también, cambios en órganos que incluyen el reemplazo de las células funcionales cardiovasculares con tejido fibroso y algunos efectos generales del envejecimiento incluyen inmunidad reducida, pérdida de fuerza muscular, pérdida del color en el cabello y la elasticidad en la piel (Alvarado y Salazar, 2014).

Cambios psíquicos

Diversos estudios han encontrado que el proceso de envejecimiento comienza a acelerar la disminución de capacidades intelectuales, esto es que: hay un declive de la capacidad para resolver problemas acompañada de los procesos de pensamiento, aparecen alteraciones en la capacidad de lenguaje y de expresión; existen alteraciones en la memoria, pero la creatividad y capacidad imaginativas suelen conservarse (Aniorte, 2003; Murueta, 2022).

Las PAM empiezan a notar varios cambios en su persona, donde el más notorio, es la pérdida de habilidades motoras y cognitivas, lo que lleva como resultado la mayoría de las veces a sentimientos de minusvalía dentro de la sociedad o la misma familia; surgiendo una mayor demanda en la atención de los servicios de Enfermería en un ámbito geriátrico.

Cambios sociales

En la vejez podemos encontrar tres tipos de cambios sociales: cambio en el rol del individuo, en el rol de la familia y en el rol en la sociedad.

Es común que la presencia de enfermedad o discapacidad, acompañada de soledad, abandono o inestabilidad económica ubique a las PAM en situaciones críticas pues en la mayoría de los casos se trata de personas con más de un padecimiento y la atención médica significa ingresos y egresos altos de la economía personal o familiar, que termina por agotar la paciencia y la reserva económica en la mayoría de ellas, en otra vertiente los hijos han de replicar los cuidados que recibieron cuando niños y en muchas ocasiones “sancionando”. Esto es una causa muy notoria por la cual muchas familias deciden desistir y renuncian a sus PAM abandonándoles en casa, en instituciones u hospitales, donde sólo esperan su hora de morir (E. Hernández, 2012).

Individualmente se hace consciencia de la cercanía de la muerte. Parte del desarrollo del individuo hace frente a la realidad de una etapa final de la vida y comienza a aceptar la muerte. Esta última es considerada por algunas PAM como liberación y el término de preocupaciones o problemas, para otras es rechazada la idea de morir y suelen rodearse de angustia y miedo (INAPAM, 2019).

Dentro de la cuestión familiar, las relaciones de la PAM cambian, los roles y las relaciones pasan por diferentes etapas: la primera cuando existe independencia y la segunda cuando suelen aparecer problemas de salud donde normalmente las relaciones se transforman a la inversa, y la

familia algunas veces comienza a plantearse el ingreso de la PAM a una casa de asistencia (Aniorte, 2003).

En una sociedad “*jovencéntrica*”, se valora más a las personas activas, aquellas que aún poseen capacidad de trabajar arduamente y generan ingresos. Es donde la imagen social de la vejez se distorsiona con estereotipos buenos o malos. En relación con la vejez, las construcciones mentales que se han generado en nuestra historia han posicionado a las PAM con una serie de etiquetas que no favorecen su autonomía y su dignidad (INGER, 2021).

Las modificaciones que se van presentando en el proceso de envejecimiento constituyen en ocasiones, síndromes geriátricos. El concepto de síndrome geriátrico se comenzó a utilizar en los años 60, haciendo referencia a las manifestaciones que presentaban con frecuencia las PAM que se encontraban institucionalizadas en las unidades de geriatría. Actualmente, como síndrome se entiende “*un conjunto de cuadros y se une el concepto de geriátrico por constituir una serie de enfermedades que tienen una gran prevalencia en la persona mayor, y que sus manifestaciones pueden ocasionar una gran alteración en la capacidad funcional y social*” (García et al., 2014).

Por consiguiente, en todos los tratados profesionales relacionados con las PAM se incluyen dentro de los grandes síndromes geriátricos: la inmovilidad, caídas, incontinencia, deterioro cognitivo y la dependencia (García et al., 2014).

2.5. La PAM institucionalizada, situación y contexto

Durante el año 2010, en uno de cada cuatro hogares mexicanos vivía una PAM. Los hombres adultos mayores residían en su mayoría en hogares familiares ya fuese nucleares (49.7%), ampliados (38.1%) o compuestos (1.7%), mientras que las mujeres con menor frecuencia en hogares nucleares (37.9%) y más en ampliados (47.0%) (INMUJERES, 2015).

Los datos también permiten deducir que las PAM vivían en compañía de sus familiares, lo que podría ser relevante para su bienestar físico y emocional, particularmente en el caso de quienes requieren de cuidados o apoyo a causa de dependencia por enfermedad o discapacidad.

En 2018, el 12% de las mujeres y 9% de los hombres adultos mayores vivían solas/os lo que puede significar que se encontraban en situación de vulnerabilidad ante cualquier emergencia o necesidad que no puedan satisfacer por ellas/os mismas/os. En una sociedad, los

servicios requeridos de PAM deben ser provistos por la familia -hasta un cuarto grado de consanguinidad- (INAPAM, 2018), el Estado o las organizaciones civiles, sin que exista muchas veces, una clara diferenciación entre ellos. En México, el rol del Estado en cuanto a los cuidados a la dependencia es inexistente, a excepción del brindar el acceso a la vivienda o la administración de casas de residencia de corto o largo plazo (López y Aranco, 2018).

En el país, la participación de los sectores públicos y privados con o sin fines de lucro en los servicios de atención a la dependencia pueden ofrecer servicios en instituciones a nivel nacional, estatal y municipal por medio del Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (INAPAM) y los sistemas nacional, estatal y municipal del Desarrollo Integral de la Familia (DIF).

Una alternativa para lidiar con “*problemas*” o situaciones fuera de alcance social o familiar es la reclusión de PAM en instituciones especializadas en cuidados geriátricos (Brenes, Masís y Rapso, 2020). Los entonces nombrados asilos en el pasado surgían como una obligación comunitaria en donde se trataba de ayudar a personas con o sin familia que no podían ocuparse de ellos (Iglesias, 2009), al mismo tiempo buscaban remediar los problemas sociales que causaban los mendigos y vagabundos (Fuentes y Flores, 2016).

En el país existen algunas instituciones de cuidado geriátrico o residencias para PAM, sin embargo, por no contar con un registro único y obligatorio se tiene poca certeza sobre el número de instituciones, los servicios que ofrecen, costos, número de personas atendidas, así como la calidad de los servicios prestados o la calidad de vida de sus residentes. Estas residencias son administradas por instituciones públicas, organizaciones de la sociedad civil o privadas con fines de lucro (López y Aranco, 2018).

En la actualidad, ya no podemos referirnos a estos lugares como asilos, sino como instituciones geriátricas o casas hogar para PAM que permiten alojamiento, asistencia social y que atienden a personas de 60 años y más, pero también a personas que, teniendo menos edad, requieren atención similar a la de una PAM (INEGI, 2016). Son lugares también donde dependiendo del establecimiento, se les proporciona techo, comida y otras atenciones de salud y entretenimiento (NIH, 2017). En México, las instituciones de cuidado geriátrico que sí se encuentran registradas contabilizan un total de 819, donde 85% son del sector privado y 15% del sector público (DENUE, 2018).

De acuerdo con el Directorio Estadístico Nacional de Unidades Económicas (DENUE), todos los estados de la república cuentan con estancias de cuidado y otras residencias, ya sean públicas, privadas o ambas. Estas estancias privadas (85%) se encuentran en 9 estados: Jalisco, Ciudad de México, Nuevo León, Chihuahua, Guanajuato, Michoacán, San Luis Potosí, Sonora y Yucatán (Procuraduría Federal del Consumidor, 2018).

El Censo de Alojamientos de Asistencia Social (CAAS) en 2015 identificó 1 mil 020 hogares para PAM, donde el 58% de estos hogares se constituyen a partir de asociaciones civiles con fines de lucro, 20% sin fines de lucro como serían instituciones de asistencia privada, organizaciones y/o asociaciones religiosas; 8% son instituciones públicas y el restante se constituye por otros tipos de figuras jurídicas (CAAS, 2015).

Como parte del mismo censo, alrededor de 22 mil 500 PAM se encuentran viviendo en hogares de atención geriátrica. El 61% de las y los residentes son mujeres; 21% reportó nula educación formal y 48% con primaria completa o secundaria incompleta; el 56% de las personas cuentan con 80 o más años (CAAS, 2015).

Es necesario visualizar que las residencias para PAM no son o al menos no deberían ser lugares para encerrar a personas que ya no “*funcionan*” económicamente dentro de la sociedad (Arcos, 2020) y que el internarse en un lugar de estos también podría implicar la vulnerabilidad o bien, la pérdida de independencia, sin importar si son lugares privados, públicos, con o sin recursos (Ríos y Fuente, 2017) puesto que muchas veces se toma el control de las personas al imponer prohibiciones y horarios de comida -aunque en ocasiones esto sea para un bien común por alguna patología-, aseo, recreación y visitas.

De lo anterior nos queda claro que, a pesar del tipo, en general el objetivo de las instituciones es brindar alojamiento, alimentación, servicios de higiene, atención sanitaria y actividades recreativas y culturales y de ser necesario, apoyo a las y los residentes en la ejecución de actividades básicas de la vida diaria.

En México se han identificado 14 mil 582 personas trabajando en las instituciones registradas y de estas, el 86% está empleado y el 14% trabaja como voluntario, en su mayoría, mujeres claro está por las “*responsabilidades*” sociales en torno a la brecha de género acerca del cuidado. Ahondando en las características, el CAAS registró la disponibilidad de certificación en competencias laborales por el personal, reportando que el 97% del personal trabajador no cuenta con una adecuada certificación en el ámbito en el que se desempeña

(CAAS, 2015); tras esto, tomemos en cuenta que la certificación de Enfermería del Consejo Mexicano de Certificación de Enfermería (COMCE) es un proceso de evaluación que permite identificar y validar el nivel de competencia que poseen las y los enfermeros en el ámbito laboral y profesional (COMCE, 2019), derivado de esto podemos suponer acerca de las capacidades que carece el personal de Enfermería para brindar un cuidado digno a las PAM.

Otro dato relevante es que en la República Mexicana en 2019 existen aproximadamente 352 mil enfermeras y enfermeros (El Economista, 2018) y 309 mil médicas y médicos, donde sólo 401 de estos, están certificados para el cuidado de PAM (Becerra y D'Hyver, 2017), sin embargo, esto se abordará en el siguiente capítulo con mayor profundidad.

2.5.1. El cuidado a las PAM institucionalizadas

Es necesario conocer qué sucede con el paso de los años y desde luego contemplar las necesidades que con el paso del tiempo se manifiestan en la vejez. Además, hay que tomar en cuenta que, en principio, las necesidades básicas son las mismas que las del adulto más joven, y al mismo tiempo contemplar que la forma de manifestarse son diferentes y, por tanto, la manera de satisfacerlas también será distinta.

Contemplar las necesidades de las PAM pasa por incluir una valoración de todas las áreas que le rodean ya que algunas necesidades se encuentran alteradas, no por el cambio físico y funcional, sino por las barreras que van a impedir que se pueda dar respuesta a esa alteración.

De igual forma, las alteraciones de la cognición pueden dificultar la capacidad para la realización de otras actividades necesarias para el mantenimiento diario. Prestar los cuidados básicos necesarios para mantener la calidad de vida y evitar, o al menos retardar, los síndromes geriátricos, forma parte de los objetivos de atención hacia las PAM. Derivado de estas características, es necesario brindar cuidados comenzando por atender la necesidad que se presenta en torno a la comunicación y relación que esta persona tiene con otras y/o con sus familias según sea el caso (Marulanda, 2015).

En la comunicación no sólo influye el qué se dice, también se acompaña del cómo se dice con la postura, la mirada, la distancia física, la gesticulación, el volumen y el tono. En esta parte, muchas veces el personal de salud nos olvidamos de la importancia que puede tener un lenguaje no verbal en la comunicación o la forma en la que solemos expresarnos (CUIDEO, 2019).

Dentro del lenguaje corporal: el gesto, la mirada, la sonrisa y hasta la apariencia física, es más difícil de controlar de forma consciente y adecuada que la comunicación verbal, e incluso en ocasiones ambos lenguajes transmiten mensajes opuestos o contradictorios entre sí y lo que nos lleva consciente o inconscientemente a discriminar a las PAM (Corrales, 2011).

Un tipo de discriminación que sufren las PAM con más frecuencia en su entorno y con claridad estando en un ambiente institucional se denomina infantilismo o edadismo, es en este tipo de discriminación donde se les separa, diferencia o se les trata con inferioridad como resultado de su edad y se presenta debido a los estereotipos o actitudes prejuiciosas hacia una PAM o bien, bajo un tipo de romanticismo en el lenguaje al referirnos a ellas con palabras como “*abuelo*”, “*senil*”, “*viejito*”, “*achacoso*” y como consecuencia de esto podemos encontrar exclusión, aislamiento, baja autoestima, mala salud y maltrato (A. Fernández, 2002).

Es sencillo que, al encontrarse institucionalizadas las PAM sean tratadas de una forma estandarizada e infantil, donde no se toman en cuenta sus quejas ni sus sentimientos (Becerra et al., 2007), vivan burlas afanadoras, pérdida de su dignidad, propiedad e incluso pérdida de independencia (Cervantes, 2007).

Otra cosa que podemos encontrar en instituciones de cuidado es el abuso psicológico, este ocurre cuando la o el cuidador provoca dolor o estrés emocional a una PAM. En este caso, quienes cuidan podrían insultar, amenazar, humillar o acosar al adulto mayor a través de palabras o de acciones, o bien, ignorarle o alejarle de la sociedad o de actividades diarias y, por ende, limitar sus derechos, aún cuando la persona pueda o no actuar por sí misma (INGER, 2021).

2.6. El derecho al cuidado para la PAM

El derecho al cuidado se explica desde tres ejes: a) Un concepto reduccionista del cuidado asistencial con una brecha de distinción en el género, b) Una actividad promovida desde el ámbito de la Enfermería y c) Un derecho humano transversal.

El primer concepto que podemos nombrar es la división sexual del trabajo como base de las múltiples desigualdades de género; aquella corresponsabilidad de ver a los hombres como proveedores y un arreglo familiar principalmente visto en las mujeres al desplazarlas hacia el

trabajo de los cuidados y que es un causal de limitaciones a su desarrollo personal y social (G. Rodríguez, 2021).

El segundo concepto nos habla del núcleo del cuidado en la Enfermería como profesión, cuyo objetivo es la conservación de la vida humana, centrando la protección de la salud, el bienestar continuo y la cura de la enfermedad (León, 2006).

El tercer concepto y el que nos interesa ahondar en este trabajo, es el que nos habla del cuidado como derecho humano, tomándolo como un derecho “llave” o transversal que da sentido a otros derechos humanos.

Entendamos entonces que el cuidado es un derecho humano que se declara como un bien por el cual, se reciben atenciones y apoyos indispensables para poder vivir dentro de condiciones satisfactorias. El cuidado agrupa actividades, bienes y relaciones que proporcionen bienestar tanto físico, económico y afectivo-emocional para las personas que no pudiesen realizarlas por sí mismas; incluyendo a su vez: salud, alimentación, vivienda y un adecuado desarrollo cognitivo y social, es decir, engloba el acceso a diversos de derechos económicos, sociales, y culturales que en el sistema jurídico mexicano han sido poco justiciables (CEPAL, 2022); recalando que, las PAM por el grado, tiempo, enfermedad/discapacidad y requerimientos dependen de condiciones como la edad y la salud que demandan mayores cuidados (Quintero, 2011).

Es importante resaltar que el derecho al cuidado en México se reconoció a través de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad en 2008 (Consejo Nacional para el Desarrollo y la Inclusión de las Personas con Discapacidad, 2015); y aún no suscrita en México, en la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores entrando en vigor en 2015, reconociendo este derecho como *un sistema integral de cuidados que obliga a crear mecanismos que garanticen el acceso a estos servicios* (Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores, 2015).

En la República Mexicana, el derecho al cuidado sólo se reconoce explícitamente en el artículo nueve de la Constitución Política de la Ciudad de México (2017) contemplándolo como como aquel en que:

“Toda persona tiene derecho al cuidado que sustente su vida y le otorgue los elementos materiales y simbólicos para vivir en sociedad a lo largo de toda su vida.

Las autoridades establecerán un sistema de cuidados que preste servicios públicos universales, accesibles, pertinentes, suficientes y de calidad y desarrolle políticas públicas. El sistema atenderá de manera prioritaria a las personas en situación de dependencia por enfermedad, discapacidad, ciclo vital, especialmente la infancia y la vejez y a quienes, de manera no remunerada, están a cargo de su cuidado” (artículo 9, inciso b).

En este aspecto en San Luis Potosí y hablando de las PAM, las autoridades y Estado tienen la obligación de establecer un sistema de cuidados que brinde servicios públicos universales, accesibles, pertinentes, suficientes y de calidad. El mismo sistema debe atender de manera prioritaria a las personas en situación de dependencia por enfermedad, discapacidad y especialmente extremos de la vida (G. Rodríguez, 2021).

En los derechos humanos, cada derecho adquiere su forma desde el derecho al cuidado, es decir, sin la ejecución eficaz de los demás derechos, no podría cumplirse el derecho al cuidado, ello visibiliza la relación de interdependencia e indivisibilidad que existen entre ellos.

Para su cumplimiento se requeriría de: a) Eliminar la visión asistencialista de los servicios de salud y de cuidado, que sostiene que el apoyo formal solo debe brindarse a quienes no pueden obtenerlo a través de los canales del mercado; si el cuidado se obtiene sobre la base de la posibilidad económica, la visión asistencialista seguirá siendo desigual; b) Introducir mecanismos que promuevan el valor social y económico de los servicios de cuidado, ya que la ausencia de estos mecanismos, especialmente sin perspectiva de género, favorece la reproducción de desigualdades marcadas por el género o la edad; si las familias satisfacen esta necesidad sin apoyo institucional y formal, entonces el cuidado es muchas veces visto como una actividad de poco valor; c) Crear un marco normativo integral que responda a las necesidades de los beneficiarios de los cuidados; y d) Reconocer la responsabilidad compartida por mantener un bienestar social; la necesidad de promover un compromiso cívico para construir redes de cooperación y solidaridad; contar con espacios y prestadores de cuidados no sólo es importante, sino que debe ser entregado de manera reglada, responsable, profesional, ética y preservando la dignidad de las personas (A. Rodríguez, 2019).

Existen dos programas nacionales para personas con discapacidad registrados en el inventario de CONEVAL (2015): el Programa de Atención a Personas con Discapacidad de la Secretaría de Salud, y el programa de Atención a Personas con Discapacidad del Instituto de

Seguridad Social y Servicios para Trabajadores del Estado (ISSSTE). Ambos programas tienen objetivos similares: ofrecer la rehabilitación e inclusión de las personas con discapacidad. Sin embargo, una realidad es que no se incluyen estrategias para el cuidado óptimo de las y los usuarios (López y Aranco, 2018).

2.6.1. Los Derechos Humanos de la PAM en el ámbito de la Enfermería

La Enfermería es la ciencia que se dedica a brindar cuidados a personas de todas las edades, sanas y enfermas a través de intervenciones con base en un sustento teórico, por otro lado, la función social de la profesión es cuidar o apoyar en el cuidado, basándose en necesidades que las personas generan tanto en sus situaciones de salud como de enfermedad o discapacidad (Naranjo, Jiménez y González, 2018).

Florence Nightingale pionera de la Enfermería, promovió el inicio de la defensa de personas que se encontraban bajo un estado de vulnerabilidad e insistía sobre la calidad que el cuidado debía tener, como un entorno seguro, limpio y que los derechos humanos fueran por y para toda la sociedad, la defensa de las personas a su cargo tornaba una responsabilidad primordial en la práctica de la Enfermería (Geber, 2018).

Esta iniciativa de Nightingale quedó plasmada dentro del actual Código Deontológico del Consejo Internacional de Enfermeras (CIE) (Alberdi y Cuxart, 2013). El personal de Enfermería como defensor de los derechos humanos debe tener criterios como competencia profesional, motivación, flexibilidad, objetividad, empatía, disposición en las actividades ejercidas a su cargo, compromiso con el cuidado que es otorgado, responsabilidad y aptitud para sobrellevar cualquier situación que pudiera presentarse (Geber, 2018).

En este aspecto, las personas de 60 años y más son titulares de los derechos humanos reconocidos en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y en los ordenamientos jurídicos que de ella se derivan. Al encontrarse con dependencia, se vuelven personas con discapacidad, en esto, el Estado está obligado a crear todas las acciones necesarias para promover, proteger y asegurar el ejercicio de los derechos humanos de las PAM con discapacidad, asegurando inclusión en la sociedad dentro de un marco de respeto e igualdad de oportunidades y respetando en todo momento su dignidad. El Estado mexicano, como autoridad garante de los mismos, debe generar mecanismos que respeten, promuevan, protejan y

garanticen que planes, programas, políticas públicas y cualquier trabajo que se realice para el pleno ejercicio de los derechos humanos de las PAM, atiendan a los principios rectores que de manera enunciativa y no limitativa se mencionan:

1. Igualdad de oportunidades: Sin importar su lugar de origen, género, edad, discapacidad, condición social o de salud, religión, preferencias, estado civil, tienen derecho a toda oportunidad de formación y realización, así como a la alimentación, agua, vivienda, vestido, atención sanitaria, oportunidad de un trabajo remunerado, educación y capacitación, a vivir en un entorno seguro y adaptado a sus necesidades, que privilegie su integridad física, su salud y su vida.

2. Participación: Derecho a la participación activa en la aplicación de las políticas que incidan directamente en su bienestar, a compartir sus conocimientos y habilidades con las generaciones más jóvenes y a formar movimientos o asociaciones.

3. Cuidados: Derecho a beneficiarse de los cuidados de su familia, a tener acceso a servicios sanitarios y a disfrutar de los derechos humanos y libertades fundamentales cuando residan en hogares y en instituciones donde se les brinden cuidados y tratamientos.

4. Autorrealización: Derecho a aprovechar las oportunidades para desarrollar plenamente su potencial, mediante el acceso a los recursos educativos, culturales, espirituales, recreativos y a la participación política.

5. Dignidad: Derecho a vivir con seguridad, ser libres de cualquier forma de explotación, maltrato físico o mental y de recibir un trato digno.

6. Acceso a la justicia: Derecho a ser escuchadas, con las debidas garantías y dentro de un plazo razonable por un Juez o Tribunal competente, independiente e imparcial, establecido con anterioridad por la ley, en la sustanciación de cualquier acusación penal formulada contra ellas, o para la determinación de sus derechos y obligaciones de orden civil, laboral, fiscal o de cualquier otro carácter. Se garantizará la debida diligencia y el tratamiento preferencial a las PAM para la tramitación, resolución y ejecución de las decisiones en procesos administrativos y judiciales. La actuación judicial deberá ser particularmente expedita en casos en que se encuentre en riesgo la salud o la vida de la PAM.

7. Enfoque de Derechos y calidad de vida: Toda acción a favor de las PAM representa un cambio estructural en el diseño de la política pública de vejez, con una visión integral de las condiciones que propicien su desarrollo humano.

8. Enfoque de ciclo de vida y visión prospectiva: El envejecimiento es un proceso involutivo que ocurre durante toda la vida y que requiere valorar los efectos de las acciones que se realizaron en etapas anteriores de la vida y elaborar alternativas que consideren escenarios futuros para la población.

Con relación a esto, El Código Deontológico del Consejo Internacional de Enfermeras para la profesión de Enfermería (Código CIE, 2017) actualizado en 2015, tiene el propósito de ser comprendido y utilizado por enfermeras, enfermeros, y estudiantes en formación de Enfermería, estableciendo como principios los siguientes cuatro elementos desglosados:

Primer elemento: La enfermera, el enfermero y las personas

La responsabilidad profesional primordial de la Enfermería será para las personas que necesiten cuidados de Enfermería. En un aspecto de promover un entorno en donde se respeten los derechos humanos, valores, costumbres y creencias religiosas o espirituales de la persona. Cerciorarse de brindar información clara, suficiente, precisa y de forma culturalmente adecuada. Manteniendo confidencialidad de la información y utilizando discreción al compartirla evitando emitir juicios por la historia de las personas. Como punto importante, defender la equidad y la justicia social dentro del acceso a los cuidados de salud principalmente y demostrando valores profesionales tales como el respeto, la disponibilidad, la compasión, la confianza y la integridad.

Segundo elemento: La enfermera, el enfermero y la práctica

Las y los enfermeros serán personalmente responsables y deberán rendir cuentas de su práctica en la Enfermería y su formación continua. El personal debe mantener un nivel de salud personal que no comprometa su capacidad para brindar cuidados. Pueden ser observadoras(es) de conducta personal que honren a la profesión y fomenten su imagen y la confianza del público. Debe dispensar cuidados, una vez que confirme que el uso de la tecnología y/o avances científicos son compatibles con la seguridad, la dignidad y los derechos humanos de las personas. También intentarán fomentar y mantener práctica profesional que favorezca el comportamiento ético y el diálogo abierto con las personas a su cuidado.

Tercer elemento: La enfermera, el enfermero y la profesión

Las y los enfermeros tienen la función principal de establecer y aplicar normas aceptables de práctica clínica, gestión, investigación y formación de la profesión de Enfermería, con el propósito de contribuir en el desarrollo de nuevos conocimientos profesionales. Participar en el desarrollo y sostén de valores profesionales. Crear un entorno y ambiente ético en la organización y de oponerse a las prácticas y a los contextos no éticos.

Cuarto elemento: La enfermera, el enfermero y sus compañeras(os) de trabajo

Las y los enfermeros mantendrán una relación respetuosa y de cooperación con las personas con las que trabaje dentro y fuera de la Enfermería, adoptando medidas para preservar a las personas, familias y comunidades cuando compañeras(os) u otra persona pongan en peligro su salud y finalmente apoyar y orientar a las personas, fortaleciendo un comportamiento ético (Código CIE, 2017).

Los cuidados de Enfermería en su buena práctica deberían respetar y no discriminar bajo consideraciones de edad, color, credo, cultura, discapacidad o enfermedad, género, orientación sexual, nacionalidad, opiniones, raza o condición social (Castañeda, 2017). Es inherente a la práctica de Enfermería el ejercicio basado en derechos humanos y su respeto, incluyendo los derechos culturales, el derecho a la vida, a la libre elección, a la dignidad y el derecho a ser tratado con respeto.

Dentro de los derechos también de las personas mayores, la Comisión Nacional de Derechos Humanos (CNDH) enfatiza los siguientes:

Derecho de acceso a la justicia

Hablar del acceso a la justicia de las PAM, sugiere que los procedimientos puedan ser de forma más ágil y con mayor rapidez que en la vía concisa, esto es, sin tantos requisitos que pudiesen obstaculizar el acceso a la justicia y bien, un especial trato a los procedimientos en los que sean parte las PAM. El tratamiento de este derecho deberá ser distinto, por ejemplo, los procedimientos que requieran deben ser cortos y precisos (Morello, 2001). Por lo que, el Estado

debe establecer a esta población nuevos mecanismos para la impartición de un verdadero mecanismo de justicia, este sin trabas, o petición de requisitos innecesarios (Pérez, 2019).

El Estado procurará que las PAM sean escuchadas y que este derecho se realice en condiciones de igualdad y de no discriminación, garantizando en todo momento las formalidades esenciales del procedimiento (CNDH, 2012).

Derecho al agua y saneamiento

Toda persona tiene derecho al acceso, disposición y saneamiento de agua para consumo personal y doméstico en forma suficiente, salubre, aceptable y fácil de obtener (CNDH, 2018).

Las PAM, como el resto de la sociedad tienen derecho a que servicios de agua y saneamiento sean accesibles, que estos se encuentren dentro o en las inmediaciones de su hogar, en las instituciones de salud y en este caso, en la institución geriátrica donde residen. Estos servicios pueden garantizar que las necesidades de las PAM con o sin discapacidad, sean tomadas en cuenta, mejorando entonces la salud, la dignidad, y sobre todo la calidad de vida (ONU, 2015).

Derechos alimentarios

Una alimentación y nutrición adecuadas nos hace referencia a que las PAM tienen acceso físico, social y económico de alimentos de manera permanente y que estos cubran todas las necesidades nutricionales. La consecuencia de no cumplir con esto representa un problema de salud pública asociándolo con el desarrollo de enfermedades crónico-degenerativas como son la diabetes o la hipertensión arterial y que estas se encuentran relacionadas con la alimentación (Quinatoa, 2021).

El Estado tiene la obligación de cumplir con esfuerzos para atender a este grupo etario, desarrollando políticas públicas y programas de alimentación que ayuden a mejorar el estado nutricional de las PAM y que, por ende, toda persona tenga derecho a la alimentación nutritiva, suficiente y de calidad (CNDH, 2018).

Derecho a la ciudadanía

Las ciudadanas y los ciudadanos en México tienen el derecho de votar por las o los candidatos que deseen que ocupen un cargo de elección (CNDH, 2018).

La participación y el compromiso permite una forma de ciudadanía activa en el ejercicio del posicionamiento de las PAM acerca de temas y cuestiones del mundo y la nación. La modernización y las influencias externas en la actualidad facilitan que las personas piensen y actúen en actividades concretas con independencia y sentido diferente a otros (M. García, 2010). La sociedad puede encontrar nuevas formas de participación incluyente que involucre el pleno ejercicio del derecho del adulto mayor y de una ciudadanía comprometida con la participación de las PAM. A partir de este razonamiento, las PAM serán reconocidas, implicadas y valoradas dentro de la promoción social, política y económica del país (Montero, M. García y Bedmar, 2011).

Derecho a la cultura física

Toda persona tiene derecho a la cultura física y a la práctica del deporte (CNDH, 2012). En el envejecimiento muchos procesos físicos y metabólicos cambian, por lo que, las PAM necesitan modificar la intensidad, la frecuencia y el tipo de ejercicio o actividad física que realizan. La Organización Mundial de la Salud (OMS), recomienda que dediquen tiempo para realizar alguna actividad física, esto de acuerdo con su estado físico, mental y las recomendaciones de un profesional.

Para las PAM, la cultura física consiste en actividades recreativas o de desplazamientos con o sin ayuda, ya sea caminando, tareas domésticas como la jardinería, juegos, deportes dentro de la capacidad que posean o ejercicios programados por o para ellas. Dentro de los ejercicios o actividades físicas que son importantes en las PAM se encuentran: actividades de resistencia como caminar, nadar o andar en bicicleta. Actividades de fortalecimiento, estiramiento, ejercicios de fisioterapia y de equilibrio con el fin de reducir el riesgo de caídas. La finalidad de estas actividades es permitir el mantenimiento de la resistencia, mejorar sistema cardiovascular, desarrollo de tejido muscular y disminuir la reducción o pérdida de este (Club Alpha, 2017).

Derecho a la educación, recreación y a la cultura

Toda persona tiene derecho a recibir educación. En México el nivel preescolar, primaria, secundaria y media superior serán gratuitos y laicos (CNDH, 2012). El derecho a la educación no debe ser limitado por la edad o por capacidades de las personas; para las PAM este derecho representa una oportunidad de actualización, aprendizaje y participación social. La educación en el envejecimiento contribuye en el desarrollo de una buena calidad de vida expresada en la mejora de salud, felicidad y bienestar, por ello es importante considerar a las PAM como personas que pueden ser partícipes en la sociedad (N. García, 2007).

El Estado estará obligado a promover el desarrollo de servicios, programas de recreación, actividades de turismo, esparcimiento y deportivas que tomen en cuenta las necesidades y los intereses de las PAM, en particular de aquellas que reciben servicios de cuidado a corto, mediano o largo plazo, con o sin discapacidad con el propósito de mejorar su salud y la calidad de vida de este grupo poblacional, promoviendo su autorrealización, independencia, autonomía e inclusión dentro de la sociedad (Osorio, 2018).

Derecho a la familia

Las PAM tienen el derecho de tener una familia y a ser atendidos por sus hijos o familias hasta el cuarto grado de consanguinidad (INAPAM, 2018).

La importancia de la familia para las PAM está dada en ser la institución más importante para ellas, debido a que aquí se encuentran las personas quienes pueden brindarles la ayuda que necesiten, así como ser el apoyo afectivo, siendo este necesario para asumir el proceso que conlleva envejecer y donde estas personas, como integrantes de ella, tienen mucho por contribuir y aportar (Placeres, de León y Delgado, 2011).

Las PAM, como integrantes de la familia y sociedad, deben ser respetadas y valoradas en todo momento y se recomienda brindarles una actitud de comprensión, aceptarles, mostrarse prudentes, discretos y con tacto en su actuar, escuchar y hablarles, evitar dar consejos que no hayan sido solicitados. No imponer ideas, mantener una comunicación de confianza y diálogo. Permitir y compartir actividades y decisiones y evitar peleas o discusiones (Barros y Muñoz,

2001). Y lo más importante, brindar afecto de diferente manera entre sus integrantes, que incluya aprecio, respeto y valoración (Arés, 2010).

Derecho a la igualdad entre mujeres y hombres, igualdad ante la ley y la prohibición de discriminación

Todas las PAM tienen derecho a gozar y disfrutar de la misma manera los derechos reconocidos para el resto de la sociedad. Prohibiendo exclusión o trato diferenciado motivado por razones de origen étnico, nacional, género, edad, discapacidad o dependencia, condición social o de salud, religión, opiniones, preferencias sexuales, estado civil o cualquier otra que pueda atentar contra su dignidad humana.

Está prohibida también, toda práctica de exclusión que impida o anule el reconocimiento o el ejercicio de los derechos humanos. En México los títulos de nobleza, privilegios u honores hereditarios no tendrán validez (CNDH, 2012).

Derecho a la identidad y al libre desarrollo de la personalidad

Todas las PAM tienen derecho a pertenecer a un grupo social. El Estado debe garantizar que tengan un registro de nacimiento y cuenten con una copia de esto. El derecho a la identidad está conformado por lo siguiente: tener un nombre y los apellidos de los padres y ser inscrito en el registro civil; tener una nacionalidad; conocer su filiación y su origen; pertenecer a un grupo cultural y compartir en él su religión, idioma o lengua, sin que eso pueda ser entendido como razón para violar sus derechos (CNDH, 2012).

Derecho a la integridad y seguridad personales

Así como el resto de la sociedad, las PAM tienen el derecho de ser respetadas dentro de su integridad física, moral y psíquica. Están prohibidas las penas de muerte, mutilación, la infamia, marca, azotes, cualquier tipo de tormento, multa excesiva y la confiscación de bienes. Existe una protección especial de este derecho en la prohibición de infligir tortura o malos tratos, tratos crueles, inhumanos o degradantes (CNDH, 2018).

Derecho a la inviolabilidad de comunicaciones privadas

Está prohibido que la autoridad en este caso dentro del instituto geriátrico o los particulares inspeccionen, fiscalicen, registren, abran o violen la correspondencia o paquetes de las PAM, que se envíen por el servicio postal, así como otro tipo de comunicaciones entre particulares (CNDH, 2012).

Derecho a la libertad de conciencia, religiosa y de culto

Todas las PAM tienen la libertad para adoptar, profesar, divulgar, seguir o cambiar la creencia religiosa, espiritual o filosófica que deseen, así como practicar libremente las ceremonias religiosas, devociones, ritos, enseñanzas o demás actos del culto de su ideología. Esto puede ser de forma individual o colectiva, en público o en privado, sin afectar la dignidad de la persona o incite a cometer algún delito (CNDH, 2018).

Derecho a la libertad de expresión

Toda persona tiene derecho a la libertad de pensamiento y expresión, comprendiendo la libertad de buscar, recibir y difundir informaciones e ideas, esto sin estar sujeto a censura previa sino a responsabilidades fijadas por la ley (CNDH, 2018).

En este aspecto, las PAM tienen derecho a la libertad de expresión, de opinión y al acceso a la información, con igualdad de condiciones y por los medios que elijan. Se deberán adoptar medidas con el propósito de garantizar el ejercicio efectivo de este derecho reconociendo a su vez, la necesidad de abordar los asuntos de la vejez que les competan y desde una perspectiva de derechos humanos que reconozca las contribuciones y los potenciales de las PAM (Convención Interamericana, 2017).

Derecho a la protección de datos personales

Toda PAM tiene derecho a que se protejan los datos que se refieren a su vida privada cuando se encuentren en posesión de particulares o de alguna autoridad. Tienen también el derecho para a

acceder a ellos en cualquier momento y en su caso a rectificarlos, cancelarlos o disponer de cualquier información que les concierna, siempre otorgando su consentimiento informado previamente para su tratamiento, transferencia y/o su almacenamiento. Pueden solicitar el acceso, la rectificación o cancelación del uso de sus datos personales en este caso, en la institución de cuidado geriátrico en la que viven (CNDH, 2018).

Derecho a la reinserción social

Existe una protección especial de este derecho para el tratamiento de los exreclusos, que incluyen también el derecho a tener contacto con el exterior y el derecho a una estancia y trato dignos, aún cuando estos sean PAM y sean residentes de instituciones públicas (CNDH, 2018).

Derecho al respeto social

Las PAM, poseen el derecho de ser considerados desde la sociedad como personas partícipes a ella, apreciadas con admiración y reconocimiento; el respeto social no sólo es una obligación moral ejercida hacia todas las personas, sino que también es tomada desde un ambiente de seguridad y de aceptación de las limitaciones y el reconocimiento de cada PAM (Valderrama, 2013).

Derecho a la salud

Las PAM tienen derecho a una adecuada salud tanto física como mental, esto sin algún tipo de discriminación. Toda PAM tiene derecho a la protección de la salud, lo que conlleva a hacer uso de servicios de salud, obteniendo prestaciones oportunas, profesionales, idóneas y responsables (CNDH, 2018).

Los Estados Parte deberán diseñar e implementar políticas públicas intersectoriales de salud orientadas a una atención integral que incluya la promoción de la salud, la prevención y la atención de la enfermedad en todas las etapas, y la rehabilitación y los cuidados paliativos de las PAM a fin de propiciar el disfrute del más alto nivel de bienestar, físico, mental y social.

Para hacer efectivo este derecho, el Estado se debe comprometer a asegurar la atención y acceso preferencial para ellas; implementar, fortalecer y/o evaluar las estrategias que fomenten un envejecimiento activo y saludable; fomentar políticas públicas sobre su salud sexual; fortalecer las acciones desde las autoridades de salud como el conocimiento de diagnósticos que pudieran presentar; garantizar el acceso a beneficios y servicios de salud asequibles y de calidad; incluir la implementación de mejoras para el estado nutricional; promover el desarrollo de servicios sociales y sanitarios especializados para atender a PAM con enfermedades que generen algún tipo de dependencia, incluidas las crónico-degenerativas, demencias o Alzheimer. Promover la investigación y formación en geriatría, gerontología y cuidados paliativos; permitir el acceso a la información de sus expedientes personales y finalmente promover y garantizar, el acompañamiento y la capacitación a personas que ejerzan tareas de cuidado de las PAM, incluyendo de ser posible, a familiares, con el fin de procurar su salud y bienestar (Convención Interamericana, 2015).

Derecho a la seguridad social

El Estado para el goce de este derecho en las PAM, debe realizar acciones pertinentes para brindar servicios médicos, protección económica por enfermedad, accidentes, discapacidad, el proceso de su vejez y recibir la protección del Estado a través de su pensión (CNDH, 2012).

Relacionado a lo anterior, también cuentan con el derecho a la seguridad social y que esta les proteja para llevar una vida digna. Dentro de los recursos disponibles se debe promover que las PAM reciban un ingreso para su vida diaria a través de sistemas de seguridad social y mecanismos de protección social. Se buscará facilitar acuerdos bilaterales y el reconocimiento de prestaciones, aportes de seguridad social y de derechos de pensión de las PAM migrantes (Convención Interamericana, 2015).

Derechos sexuales

Toda persona tiene derecho a que sea respetada sin distinción por identidad de género y a ejercer su sexualidad con plena libertad, seguridad y responsabilidad. Derivado a esto, las PAM tienen derecho a mantener relaciones sexuales placenteras a través de toda diversidad sexual, tipos y

expresiones sexuales de forma individual. Es importante que las y los profesionales que atienden a las PAM se interesen por su vida sexual, hagan preguntas adecuadas para indagar sobre el tema, aclarar dudas y evitar riesgos; así como orientarlos terapéuticamente y aconsejarlos si procede (INAPAM, 2016).

Derecho al transporte y a la vialidad

El derecho de acceso al transporte público tiene implicaciones sociales más allá de la movilidad de tránsito, acomodar señalética o acondicionar espacios, más bien en la aprehensión de estos códigos para ser reflejados en una acción de tipo social. Las PAM pueden presentar limitantes propias del deterioro físico o mental, por ello, sistemas de acceso como son los elevadores, rampas, escaleras eléctricas o elementos de seguridad en el transporte son un soporte para permitir sus traslados, involucrando el tiempo, valor y la permanencia en el espacio, esto con el fin de desarrollar actividades libremente, sin presiones o riesgo a su integridad. También tendrá un mejor acceso a servicios fundamentales para vivir en una plenitud consumada (J. García, 2016).

Derecho a una vida y muerte digna

Toda persona tiene derecho a que su vida sea respetada adoptando medidas necesarias para garantizar a las PAM el goce del derecho a la vida y a vivir con dignidad en la vejez hasta su muerte. Las instituciones públicas y privadas deberán ofrecerles acceso no discriminatorio a cuidados integrales, paliativos, evitando aislamiento y manejando apropiadamente los problemas relacionados con la muerte de enfermos terminales, tratamiento de dolor, evitando sufrimiento o intervenciones innecesarias (Convención Interamericana, 2015).

Derecho a la vivienda

Toda PAM tiene derecho a disfrutar de una vivienda digna y respetable. La Ley establecerá los instrumentos y apoyos necesarios a fin de alcanzar tal objetivo aún cuando necesiten recibir servicios de cuidado a largo plazo (CNDH, 2012). Las PAM tienen el derecho de que un sistema

de cuidados proporcione la protección y la promoción de su salud, así como la cobertura de servicios sociales, seguridad alimentaria y nutricional, acceso al agua, vestuario y vivienda; promoviendo que puedan decidir permanecer o no en su hogar y mantener su independencia y autonomía bajo las capacidades que puedan tener.

En este aspecto, las instituciones que brinden un cuidado geriátrico deberán tomar en cuenta las necesidades de todas las personas a su cargo y la forma de sus cuidados, así como la participación de las PAM, respetando siempre su opinión. El Estado deberá promover medidas que permitan el desarrollo de un sistema integral de cuidados que tome en cuenta la perspectiva de género y respeten la dignidad e integridad física y mental de las PAM. Se necesita también, suscitar que estos servicios cuenten con personal especializado que ofrezcan atenciones adecuadas e integrales para la prevención de daños o que puedan agravar las condiciones existentes.

Para garantizar a las PAM el goce efectivo de sus derechos humanos dentro de los servicios de cuidado a largo plazo, el Estado se compromete a que el inicio y término de servicios de cuidado estén sujetos a la voluntad libre y expresa de las personas. El establecer un marco regulatorio adecuado para el funcionamiento de los servicios de cuidado a largo plazo se permitirá evaluar y supervisar la situación de las PAM, incluyendo la adopción de medidas para el goce de los demás derechos, así como permitir la interacción e implicación familiar y social (Convención Interamericana, 2015).

2.7 Conclusión

El gerontologizar la sociedad, volver una aspiración el llegar a la vejez y fomentar el reconocimiento sobre la importancia que las PAM tienen dentro de las familias, las comunidades y la sociedad se transforma como prioritario. En la situación actual mexicana, se demuestra que mientras exista más aumento de PAM, mayormente se verán invisibilizados y oprimidos los derechos humanos que poseen, presentando claras desventajas y, por ende, diferencias sociales que propician discriminación y violencia.

Para conseguir una adecuada comunicación con cada PAM debemos posicionarnos desde su piel, interesándonos por conocer su personalidad, gustos y aficiones individualizadas. Necesitamos comprender que la vejez viene acompañada muchas veces de situaciones y

problemas de salud que dificultan el entendimiento y generan distintas barreras de comunicación. Independientemente de su condición de (in)dependencia, debemos tener técnicas para comunicarnos con ellas y claro está, ser pacientes con personas a quienes probablemente se les han oprimido sus derechos humanos.

Recordemos que este trabajo se posiciona desde una perspectiva de derechos humanos con énfasis en el derecho a un cuidado humanizado y que este es transversal, es decir, sin el cumplimiento óptimo de los demás derechos, y debido a los principios de interdependencia e indivisibilidad, este no se ejerce adecuadamente, o bien, estaría siendo violentado, por ello, es que, dentro de los siguientes capítulos, seguiremos haciendo énfasis en la articulación de cada derecho humano. Es importante reconstruir la imagen de las PAM, alejándolos de estereotipos y conductas que pudieran reforzar al envejecimiento como un estado negativo y darles reconocimiento social con perspectiva de derechos humanos.

CAPÍTULO TERCERO

EL CUIDADO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN LAS PAM

3.1. Introducción

Enfermería como ciencia se dedica a brindar cuidados a personas de todas las edades, sanas y enfermas a través de intervenciones con base en un sustento teórico. La función social de la profesión es cuidar o apoyar en el cuidado, basándose en necesidades que las personas generan tanto en sus situaciones de salud como de enfermedad o discapacidad (Naranjo, Jiménez y González, 2018).

En 1860, Florence Nightingale pionera de la Enfermería salía en el esplendor de la Guerra para atender a soldados heridos e intentaba educar a la gente sobre la manera de atender a las personas enfermas. Intentó hacer más por los menos pudientes de la sociedad, a fin de garantizar que el cuidado de Enfermería estuviera al alcance de todos, sin importar la clase social (BBC news, 2015).

Hoy en día, la profesión de Enfermería se perfila muy distinta de cómo se practicaba hace cientos de años y esto en gran parte está asociado a los cambios poblacionales que se han generado a lo largo del tiempo, han surgido nuevas necesidades que el personal de salud debe atender y apoyar (Landman et al., 2014), y aunque el objetivo central de la Enfermería continúa centrado en ayudar a la persona en estado vulnerable, puntualmente tiene que perfilarse a su vez, como una profesión defensora de los derechos de las personas, por ello en este capítulo intentaremos responder a las siguientes cuestiones: ¿Qué valores se priorizan en el ejercicio del cuidado y qué condiciones estructurales y contextuales inciden en los valores que sustentan el cuidado que otorgan las y los pasantes de Enfermería?

3.2. La Enfermería en el cuidado de la PAM y su formación en México

El envejecimiento como ya lo mencionamos en el capítulo anterior debe considerarse como una realidad en el ciclo de vida individual, es donde el incremento y avance tanto demográfico como social nos permite entenderlo como un fenómeno colectivo en el que se presenta una serie de

situaciones y contextos que han modificado cuantitativa y cualitativamente las condiciones de la población en general (F. Rodríguez, 2011).

En este aspecto, las organizaciones políticas y sociales pueden garantizar las condiciones de vida y de salud de las PAM, enfatizando sobre la recomendación de mantener y reforzar la preparación de las personas que brindarán cuidados a este grupo poblacional (Llanes, 2007), así como garantizar la preparación científica, técnica, profesional, ética y humana que debe estar siempre presente en el arte de cuidar que la Enfermería promulga y sin dejar de lado la perspectiva de derechos humanos y su defensa.

En ese sentido debemos comprender que las y los profesionales de Enfermería geriátrica son especialistas capacitados que prestan atención, cuidados y servicios a la población adulta mayor (F. Rodríguez, 2011) y que en los servicios de salud en general no es habitual trabajar de forma individual y aislada, sino de forma conjunta e interrelacionada y aún más tratándose en la asistencia geriátrica (Coltters, Güell y Belmar, 2019).

El aumento de la población de PAM según los datos sociodemográficos y la creciente demanda de cuidados por parte de dicho colectivo justifican por sí mismos la importancia de la formación en la especialidad de Enfermería geriátrica. Sin embargo y retomando las cifras mencionadas en el capítulo anterior, para 2018 en México existen un aproximado de 352 mil enfermeras y enfermeros (El Economista, 2018), casi la mitad de esta cifra ha estudiado una licenciatura; 28 mil son estudiantes que prestan un servicio social; 38 mil cuentan con una especialidad y apenas 80 de estas se han especializado en geriatría, lo que se traduce a sólo el 0.2% en estudios de especialidades (INEGI, 2021). Hablando del área de medicina, se contabilizan 500 personas a nivel nacional certificadas ante el Consejo Nacional de Geriatría, donde 15 geriatras y 8 residentes son provenientes de San Luis Potosí.

De acuerdo con la Sociedad Estadounidense de Geriatría (AGS), lo ideal es contar con una persona especializada en Geriatría por cada 10 mil habitantes de 75 años o más. Con relación, la Organización Mundial de la Salud (OMS) sitúa a la Geriatría entre las cuatro especialidades más viables en los próximos años (INGER, 2022), sin embargo, y siendo una situación alarmante es que existen datos que precisan que el atender a PAM no es algo que resulte atractivo como formación según la Asociación Potosina de Geriatría y Gerontología (Quevedo, 2017).

Hablando de instituciones formadoras de enfermeras y enfermeros de ámbito geriátrico en México, INEGI no contabiliza escuelas de Enfermería dedicadas a la formación de especialistas en Geriátrica, sin embargo, sí abarca especialidades en la carrera de medicina, donde se enfocan en estudios científicos, fenómenos de la vejez, enfermedades, tratamientos y geriatría clínica (INEGI, 2016), es decir, en una esfera biologicista del envejecimiento.

A partir de lo anterior podemos contextualizar que los cursos de especialización en el área de Geriátrica comenzaron en las principales instituciones de salud públicas y privadas de México, como son: IMSS, ISSSTE, las Secretarías de Salud de cada estado, la Secretaría de Salud Federal, PEMEX, Fundación Médica Sur, Hospital Español y el Centro Médico ABC (INGER, 2022).

Damos cuenta que sí existen escuelas formadoras de especialidad en Gerontogeriatría, pero, la realidad que se nos muestra es otra, si bien, existen especialidades, los programas no se abren por no contar con el mínimo de estudiantes para comenzar el plan curricular. Caemos en cuenta que es una especialidad en busca de profesionales y que en el ámbito de la salud se comienza a vislumbrar un problema: el déficit en la cantidad de profesionales tanto de Enfermería como de medicina, que deseen especializarse en la atención y cuidado de PAM (Líder, 2018).

La Enfermería geriátrica valora y hace énfasis en el bienestar del ser humano en una etapa de su vida que muchas veces refleja la necesidad de apoyo para realizar actividades. El cuidado humano resulta indispensable en todas las actividades que se realicen a PAM, más específicamente en aquellas que son más vulnerables y que tienen derecho como cualquier otra persona a recibir un trato digno e igualitario, independientemente de características físicas, mentales, sociales o económicas que se presenten.

Tanto la edad como el nivel de dependencia son dos factores importantes para considerar en el cuidado que brinda Enfermería, pues marcan la demanda de asistencia que ejercen las PAM; la persona con grave estado de dependencia demandará más tiempo y atención por parte del personal de salud, esto exigirá en consecuencia un mayor nivel de desgaste en el profesional y puede en un momento dado ser causal de un mayor agotamiento profesional y de un proceso de despersonalización en el momento del cuidado, viéndose afectada la calidad de este una vez que el bienestar del profesional no es óptimo para el desempeño adecuado de sus funciones (Díaz et al., 2015).

Las y los enfermeros que trabajan en instituciones de cuidado dirigido a PAM ejercen actividades que requieren de esfuerzos físicos y emocionales. El cuidar y atender a las y los residentes, quienes en su mayoría muestran dependencia de sus cuidadoras(es) puede favorecer el riesgo de presentar estrés ocupacional y desgaste profesional llamado también Síndrome de Burnout (Aranda et al., 2006; Carmona, Sanz y Marín, 2002; Hernández y Ehrenzweig, 2008).

El Síndrome de Burnout (SB) es conocido también como estrés crónico-asistencial, síndrome del cuidador cansado (Torres, Sánchez y Salamanca, 2015) o del trabajador quemado (Ros, 2020) en el que hay colapso emocional, despersonalización y escasa o nula realización personal (Hernández y Ehrenzweig, 2008), y que generalmente ocurre en profesionales que trabajan con personas (Torres, Sánchez y Salamanca, 2015).

En México, podríamos traducir al SB como: estar consumido, tronado o reventado, básicamente lo que se intenta explicar es que el personal de salud se siente “quemado” y desde dentro intenta salir de un “infierno” donde signos particulares que podemos encontrar fácilmente son tanto el agotamiento físico y emocional como el cinismo, actitudes y sentimientos negativos dirigidos hacia personas a quienes cuidan. Una vez que los recursos emocionales se agotan y los empleados ya no se sienten competentes psicológicamente, se presentan sentimientos de estar emocionalmente extenuados por el contacto con otras personas, y surgen respuestas insensibles y crueles hacia estas (De Valle et al., 2014).

Y aunque pareciera que hablamos de profesionales con amplia experiencia en años, el SB puede presentarse en poco tiempo, abarcado también en personas con poca experiencia en un ámbito laboral, como son las y los prestadores de servicio social, en este caso en específico, las y los pasantes de Enfermería que brindan cuidados a PAM.

Entre los estresores que sobresalen en estos prestadores de servicios se encuentra la sobrecarga de trabajo, dificultades en la relación entre el personal o los mismos residentes, problemas sindicales si se tratase del personal basificado, condiciones de enfermedad, atender casos de personas terminales; falta de tiempo, subutilización de habilidades personales, escasez de recursos y/o bajos salarios (Hernández y Ehrenzweig, 2008); sumando que los pasantes padezcan cierta presión por enfrentarse a una nueva etapa en su vida (el paso de ser estudiantes a ser profesionales) y por lo tanto presenten signos que afecten su desempeño tanto profesional como personal, debido al desconocimiento, miedo a poner en riesgo una vida o causar un daño,

exceso o sobrecarga de trabajo heredada del demás personal y manejo de las nuevas tecnologías (Marín et al., 2020).

A la par de lo último señalado, la tecnología ha incrementado en la asistencia sanitaria, la búsqueda de la eficiencia y el control de los costes se ha vuelto prioridad, el aumento de tensión dentro de actividades laborales, la masificación, la falta de tiempo o el trato inadecuado a las personas, han hecho que con frecuencia el personal de salud busque priorizar aspectos administrativos, económicos o procedimentales a la prestación de un auténtico servicio orientado al ser humano (Gutiérrez, 2017).

Claro está que la comunicación por medio de la tecnología se ha convertido en una parte principal de la interacción humana envolviéndonos y condicionando dependencia en el aspecto psicosocial, como lo es el uso del celular por parte del personal de Enfermería en la mayor parte de su jornada laboral (Pacheco et al., 2016).

Se ha verificado que el personal de salud ha presentado conductas de deshumanización, al no tener un trato transpersonal en la práctica diaria, incluso no es posible tener contacto visual con las personas, lo que en su mayoría es resultado del uso de los dispositivos celulares que han logrado ser distractores al momento de interactuar con la mayoría de las personas que tienen a cargo (Pacheco et al., 2016).

Para ayudar a las PAM a mejorar su calidad de vida, es necesario saber que no sólo tienen carencias cuando están enfermas, también están presentes las necesidades sociales, la discapacidad, la dependencia, la fragilidad y la vulnerabilidad. Para llevar a cabo un cuidado de tipo humanizado, debe existir personal de Enfermería en particular que proteja y cuide a las personas en estado de vulnerabilidad, que corrija las desigualdades sanitarias que estén a su alcance, que elimine las discriminaciones de cualquier tipo, dé participación a las y los ciudadanos, y garantice la salud de todos en su concepción de estado completo de bienestar (Llanes, 2007; OMS, 2000).

Se necesita hacer notorio el carácter humano y ético en la atención de las PAM, considerándoles como seres biopsicosociales dignos, con derecho a una adecuada calidad de vida y con el soporte de externos. Hace falta que el personal de Enfermería considere a la PAM en su dignidad de persona, dignidad que no debería perderse con el pasar de los años y el deterioro de la salud física y psíquica (Prieto y Vega, 2000).

Cada vez hay más demanda de calidad y seguridad en la atención, lo que requiere que las y los enfermeros utilicen el conocimiento exigido en los escenarios complejos donde participan, entre ellos está el definir problemas, buscar soluciones, evaluar la efectividad de sus acciones, y claro, establecer el cumplimiento del derecho al cuidado (Morán et al., 2016).

En palabras de Rangel (2021) *“Cuidar es más que vocación, es ejercer uno de los derechos humanos más nobles e importantes, es el de cuidar y ser cuidado. Cuidar desde la transgresión es necesario en un Estado que cuida más el capital que a las personas”*.

3.2.1. Condiciones contextuales y estructurales del estudiante en formación

La mayoría de las personas que deciden estudiar Enfermería pretenden ayudar y ofrecer cuidados, sin embargo, con el transcurso de la formación misma, se va perdiendo el buen trato que debería existir entre el personal de Enfermería y las personas que reciben el cuidado, al concluir la carrera terminan convirtiéndose en un profesionalista de salud que realiza actividades más centradas en las necesidades de las instituciones que en las de las personas, más en la costumbre y menos en la vocación.

Pero ¿qué es aquello que condiciona el derecho al cuidado desde las y los estudiantes en un sentido contextual y estructural? Hablar de estudiantes en Enfermería es hablar de adultos jóvenes en su mayoría. Si bien la edad del alumnado oscila entre los 18 y 23 años, en este aspecto podemos encontrar también con menor y mayor edad, dependiendo del nivel de estudios en que se encuentre, esto es, habrá formación técnica, auxiliar y licenciatura con o sin enfoques.

Está claro que Enfermería tiene como esencia la entrega de cuidados humanos, oportunos y de calidad, que se convierten en las principales características de los profesionales de salud y que en muchas escuelas de educación superior se ha enfatizado el cuidado integral y la impartición de materias de ética con temas de humanismo y empatía en el cuidado de las personas para no sólo suplir sus necesidades físicas sino también emocionales; esto hace que las personas reciban un mejor trato y una vez definidas estas características, es necesario evaluarlas desde el punto de vista del desempeño profesional, para garantizar que las escuelas están logrando el egreso del profesional deseado.

Por ende, el propósito es que las y los enfermeros sean capaces de transformarse desde el actuar rutinario hasta constituirse en profesionales reflexivos que resuelvan problemas y tomen

decisiones asertivas que aseguren la calidad y la seguridad en las prácticas del cuidado. Y aunque desde la década de los años ochenta se han realizado numerosos estudios relativos a la importancia de la práctica reflexiva en Enfermería, particularmente en México hay menos estudios sobre esto y a su vez, con los procesos de transición que viven las y los pasantes de Enfermería, esto es, dejar de reconocerse como estudiantes y saltar a la completa inmersión de una cultura institucional en el ámbito laboral (Morán et al., 2016).

Por otro lado, en el transcurso de la carrera de Enfermería las y los estudiantes desarrollan habilidades y adquieren conocimientos durante su estancia en prácticas, se les enseña sobre una asistencia siempre de calidad, donde la misma requiere una relación estrecha con personas, inmediata y primordialmente humana (Rivera, 2014).

Sin embargo, dentro de las universidades, la enseñanza muchas veces no coincide con la correcta formación y es así como aprenden comportamientos poco humanos de sus educadores en la práctica, como lo es el uso inapropiado del humor, que lleva incluso a ridiculizar a quienes atiende, no tener un adecuado comportamiento con los mismos (Guzmán, 2011), la atención no inmediata cuando es requerida, actitudes poco amables o desconsideradas, poca protección hacia el cuidado del pudor, hasta en lo personal como es expresar cómo se sienten tras una pérdida o el sentirse afectados por una situación externa (Braga et al., 2012) esto nos lleva a lo que finalmente Segato (2021) reconoce como la pedagogía de la crueldad, donde nos lleva a ver el cuerpo como cosa y a cosificar la vida.

Estudios a nivel nacional e internacional han descrito la presencia de diferentes necesidades, la mayoría de las y los alumnos en el transcurso de la carrera se vuelven menos humanos, probablemente porque caen en la rutina práctica; porque han estado presentes en fallecimientos o que nadie les enseña a sobrellevar una pérdida lo que podría influir en el ámbito emocional que para muchos especialistas supone comprobar que el paso del tiempo y la rutina diaria acaban por liquidar con las mayores reservas de altruismo y empatía. La necesidad de sobrevivir emocionalmente ante el sufrimiento de personas, que la mayoría de las veces no pueden ser curadas, es lo que ocasionalmente las y los lleva a utilizar el “*distanciamiento*” como herramienta para “*evitar vivir la impotencia de no poder hacer nada por aliviar*” el dolor, o bien, dejar de involucrarse (Barreto, 2016; I. González, 2016; Meza y Páez, 2016).

En este punto, quienes tienen niveles más bajos de involucramiento muestran mayor apatía y están en mayor riesgo de consecuencias adversas, incluyendo comportamientos mal

adaptativos, ausentismo en sus labores y, por consiguiente, una menor empatía (Arguedas, 2010).

Por otra parte, es necesario resaltar que la excelencia universitaria, aunque a muchos pese, pasa por el elitismo. Las universidades crecen, pero se vuelven más elitistas; para ocupar los primeros lugares de las mejores universidades, una vez más se ven inmersas en el cumplimiento de cuestiones administrativas antes de enseñar de una manera reflexiva el trato digno, el cuidado humanizado y la defensa de las personas como ejercicio de la Enfermería (Macilwain, 2012).

Formar profesionales de Enfermería para la práctica reflexiva implica un desafío de trabajo colectivo entre las instituciones educativas y de salud, que reconozcan la resolución de problemas como fenómenos multideterminados por el contexto, la currícula y los factores personales de profesores y alumnos, ya que sólo de esta manera se contribuye a que sean capaces de incidir de manera positiva en el complejo mundo del cuidado humanizado como derecho en la práctica del cuidado (Morán et al., 2016).

La responsabilidad de Enfermería implica mucho más que la realización de indicaciones médicas, procedimientos, técnicas, la administración segura de medicamentos y la comprensión de los efectos de la patología en la persona humana, implica, sobre todo, permanencia, comunicación y sostén psicoemocional, ejes centrales del humanismo.

No sólo en los conocimientos se basa el triunfo profesional sino también en la relación que se pueda brindar hacia las personas, sin embargo, a menudo esta relación se rompe generando un vínculo de rutina por desgracia, esto como una barrera o distanciamiento con personas para no verse personalmente afectados por sus procesos, así es como la rutina diaria lleva a muchos brindadores del cuidado a acabar manteniendo actitudes deshumanizadas.

El cuidado de una forma humanizada es básico y probablemente lo más importante en el ejercer de la Enfermería, pero, es posible que en su práctica esto sea relegado a un segundo plano por factores previamente mencionados. Independientemente de los factores que lleven a la deshumanización del cuidado por parte del personal o de cualquier persona que brinde un cuidado, resulta importante abordar el tema desde un punto de vista objetivo y subjetivo.

A partir de un punto de vista más jurídico es relevante el contexto donde se deben generar los cuidados por parte del profesional de salud, y cómo se garantizan éstos por parte del Estado no por ser una PAM o vulnerable en totalidad, sino por ser meramente una persona, y como una persona que tiene derecho al cuidado.

Es imprescindible que retomemos el camino hacia una formación de Enfermería basada en las necesidades de la gente y no aquella que nos lleva a considerar en primer lugar el lucro en nuestra tarea que indefectiblemente nos alejará de los atributos que debemos mantener.

3.2.2. Valores en el campo de la Enfermería y su priorización dentro del cuidado

La enseñanza superior en la sociedad mexicana de nuestros días se caracteriza por el establecimiento de nuevos patrones de relaciones sociales que sin duda representan avances de enorme importancia: el surgimiento de nuevos valores y actitudes más constructivas y autónomas de las y los mexicanos que refuerzan el clima cultural e intelectual de las instituciones educativas (ANUIES, 2020).

Debemos entonces reconocer que los valores son principios, virtudes o cualidades que caracterizan a una persona, una acción o un objeto y que se consideran de gran importancia para un grupo social. Los valores motivan a las personas a actuar de cierta manera ya que forman parte de su sistema de creencias, determinan sus conductas y permiten expresar sus sentimientos e intereses (Martín, 2017).

En el país van ganando espacio los valores como la libertad, responsabilidad, solidaridad, justicia social, respeto y tolerancia a las diferencias; la búsqueda de la verdad, el respeto a los derechos humanos, la conservación del medio ambiente y la cultura de paz. La capacidad empática es uno de los valores que la propia Enfermería como ciencia y arte del cuidado tienen, o al menos deberían tener, y retomando a las y los estudiantes, el ser más sensible al sufrimiento de los demás y estar sumergidos en un nuevo espacio con personas distintas al cuidar podría generar cierta dificultad para empatizar (Díaz et al., 2019).

Dos de los avances más importantes de los últimos años que merecen resaltarse, son la actualización de los contenidos de los planes y programas de estudio que imparten las instituciones y la mejora de los procesos educativos (ANUIES, 2020). Cada vez más instituciones de nivel superior promueven programas que permiten a las y los alumnos el desarrollo tanto de competencias y habilidades como de actitudes y valores, necesarios para crear líderes promotores de salud y a su vez, permitan instaurar un cambio social y político, todo a partir de la búsqueda de solución de conflictos en relación con los derechos humanos, su

defensa y la armonía que debe existir entre personas, naturaleza, sociedad y cultura (López, Ortiz y Fernández, 2018; Cáceres, Donoso y Guzmán, 2012).

Por otro lado, la relación entre el profesional y las personas que requieren un cuidado presenta una evidente reducción del concepto, y más que esto, una reducción de la visión y del significado de los valores, a los que atribuyen por lo general, términos como: trato digno, humanización, personalización del cuidado, atención o empatía y ética (Cruz, 2020).

La ética se ha constituido como la parte principal de todo ser humano, y la praxis de valores y virtudes que hacen de las y los profesionales de Enfermería los más indicados para tratar y brindar atención a las personas que requieren de un cuidado y a su vez, permite compañerismo entre el mismo profesional (Blasco y Ortiz, 2016).

Dentro del cuidado también existen dimensiones que resultan importantes para su acción relacionadas con los valores, por ejemplo, Jean Watson plantea una teoría que incluye 10 factores caritativos del cuidado: 1) la formación de un sistema altruista de valores, 2) la inculcación de la fe y la esperanza, 3) la sensibilidad, 4) el desarrollo de una relación de ayuda, 5) la expresión y aceptación de sentimientos, 6) la toma de decisiones desde un método científico, 7) la oportunidad de enseñar y aprender, 8) el entorno de protección, 9) la asistencia a las necesidades humanas y 10) la permisividad de fuerzas existenciales o fenomenológicas (Fernández y Santo Tomás, 2016).

Para Marie-Françoise Collière, teórica de Enfermería, cuidar “*es dar vida y mantenerla, asegurando la satisfacción de un conjunto de necesidades indispensables para la vida, pero que son diversas en su manifestación*” (Collière, 1998; Ortega, 2002), el cuidado para Collière es dividido en dimensiones como: enseñanza y aprendizaje en las instituciones desde la dirección hasta los estudiantes (sin jerarquizar), deben ser intelectual y política velando por la atención del cuidado, el desarrollo en áreas extrahospitalarias para ayudar a descentralizar la atención de un cuidado totalmente biomédico, sobre los factores que pueden influir en los estudiantes y la enseñanza de discernir las perturbaciones y vivencias en la práctica dentro de la formación y la dimensión del reconocimiento de la Enfermería (Valle, 2000; Vigil, 2016).

Lydia Hall habla de cómo el enfoque del cuidado se centra en la “*nutrición del paciente*” hablando de alimentarle, brindarle confort, proporcionarle actividades de aprendizaje y ayudarlo a realizar funciones biológicas, estas acciones conllevarían a las enfermeras y a los enfermeros a desarrollar valores como la empatía y la defensa hacia la persona que cuiden (Ibarra, 2018).

Como se puede observar, en cada teoría existen dimensiones y valores. La adquisición de estos valores se inicia durante la niñez, pero no únicamente aquí, ya que se aprenden a lo largo de toda la vida. Este aprendizaje y su desarrollo se realiza de forma gradual a través de la influencia de la cultura, la familia, la religión y la sociedad y puede ocurrir a través de la observación o desde la enseñanza (Martín, 2017).

En conjunto a lo anterior, debemos comprender que la enfermera y el enfermero, como personas que brindan cuidados, son individualmente un ser moral que debe estar inacadadamente bajo una praxis y una reflexión ética que permitan recordar los compromisos con el cuidado de las personas, independientemente del ciclo vital en el que se encuentren. La Enfermería, como principal compromiso tiene el defender la vida sin dejar de lado el defender el cuidado dentro de una forma humanizada que permita reconocer a cada persona en su individualidad como un ser poseedor de dignidad, intimidad, autonomía, entre otras cuestiones, y sin dejar de lado el compromiso que tenemos para aplicar principios, valores y permitir el ejercicio pleno de sus derechos humanos durante cada actividad en el proceso de atención que se brinde.

Distintas fuentes nos aluden que, al momento de atender a personas, es imprescindible contar con valores, por ejemplo, la Asociación Americana de Colegios de Enfermería (AACN) en 1986 planteó por primera vez, aquellos que consideró necesarios y representativos de Enfermería: la estética, el altruismo, la igualdad, la libertad, el respeto a la dignidad humana, la justicia, la prudencia, la discreción, la tolerancia, la responsabilidad personal y profesional y la verdad (Martín, 2017).

Estos valores se presentan en cada profesional dependiendo de la persona a la que trate, tal vez no trataría de la misma forma a un pediátrico que a un geriátrico. Los valores y principios dependerían de a quién se le brinde la atención, por ejemplo, al cuidar de las PAM, los necesarios para aplicar son: respeto, bondad, equidad, comprensión, responsabilidad, eficiencia, participación, empatía, caridad, dignidad, amabilidad, servicio, bienestar y amor sin llegar a la romantización (Urrea, 2007).

Demos contar con principios de autonomía, beneficencia, no maleficencia, calidad, fidelidad, justicia, veracidad, confiabilidad, privacidad, individualidad, integralidad, solidaridad, comunicación e interacción. Con responsabilidades a modo de: brindar información, calidad en el cuidado, comodidad o confort, seguridad y prevenir riesgos. Y claro,

brindar derechos como el recibir información, ejercer consentimiento informado, libertad de expresión, promover el respeto al silencio y a la comunicación, a la igualdad, no discriminación, abogacía y finalmente, a recibir una atención de cuidado digno, oportuno, humanizado y de calidad (Alvarado, 2004).

En palabras de Serrato (2021) “*¿Es posible entender el cuidado de enfermería como un ejercicio de empatía? No hay cuidado sin empatía, porque no se puede saber desde fuera, todo lo que alguien requiere para sanar desde dentro*”.

Nuestra sociedad actual debe seguir asegurando a las PAM una asistencia de tipo humanizada e impregnada de valores auténticos. A este respecto, pueden tener un papel determinante el desarrollo de la medicina paliativa, la colaboración de personas voluntarias, las familias, el personal sanitario que les asiste y la humanización de las instituciones sociales y sanitarias que acogen a esta población (Llanes, 2007 en Juan Pablo II, 2002).

Es una necesidad el incorporar en los planes de estudio estrategias que incluyan conocimientos y experiencias para desarrollar nuevas habilidades de defensa en la práctica enfermera (Morán et al., 2016) y fundamentalmente importante la actitud que próximos profesionales tomen al brindar un cuidado. Es necesario estar dispuestos a respetar a las personas y su dignidad en la interacción con ellas haciendo consciencia que la presencia del derecho al cuidado ante las personas vulnerables se hace irremplazable (Martínez V., 2013).

3.3. Enfermería defensora de derechos humanos, un canal para el trato digno

Como lo hemos visto desde el anterior capítulo, en la práctica de las profesiones de la salud, el actuar de manera humanizada es fundamental, incluso esto se menciona dentro de las disposiciones normativas que velan por el derecho de las personas (Guerrero, Meneses y Ruiz, 2015). En el ámbito jurídico muy de la mano con la bioética, convergen debates importantes sobre problemáticas que se presentan en las ciencias de la vida (Cruz, 2020).

Inmerso en el cuidado humanizado se encuentra el recibir un trato digno, este es un derecho de todas las personas y hace referencia a la obligación que tenemos como enfermeras y enfermeros en este caso, de tratarles como personas íntegras, más que cómo pacientes u órganos o sistemas biológicos dañados (es por ello que, en este trabajo, se ha referido a los pacientes no como una cosificación subordinada del profesional, más bien como mención del concepto de

“*persona*”). El trato digno se refiere al honor, respeto o consideración que corresponde a toda persona como derecho inalienable, de carácter humano indeleble e independiente de la situación concreta en que el individuo se halle, también es el derecho a que se garantice el reconocimiento de la dignidad y personalidad de todo ser humano, así como el valor intrínseco que su propia naturaleza le confiere (Declaración Universal de Derechos Humanos, 2012; Convención Americana sobre Derechos Humanos “*Pacto de San José*”, 2006; Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, 1917; Ley General de Salud, 2009; Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores, 2002).

El cuidado humanizado también asume conocer a las personas en toda su complejidad y asume también el olvidar aspectos de su pasado. En este sentido, tratar a las PAM desde una forma holista y humanizada aporta elementos para guiar una reflexión global sobre la PAM y que esto permita a su vez, cuidarla y atenderla dignamente.

El trato digno que debe ofrecer el área de Enfermería a las personas que reciben un cuidado, está sustentado en el respeto a los derechos humanos y a las características individuales; a la información completa y veraz, oportuna y susceptible de ser entendida; y la amabilidad por parte del personal que brinda el cuidado (Nava, Brito y Valdez, 2011).

La dignidad humana es un principio elemental de derecho natural, y es de carácter supraestatal, se constituye, así como un derecho de carácter fundamental que conforma la base para el pleno disfrute de los demás derechos. Respeta el reconocimiento de todos los seres humanos como libres e iguales en dignidad y derechos, sin distinción alguna de raza, sexo, color, idioma, religión, opinión política, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición (Aguilar, 2010).

Por otra parte, la enseñanza superior de la sociedad mexicana de nuestros días se caracteriza por el establecimiento de nuevos patrones de relaciones sociales que sin duda representan avances de enorme importancia: el surgimiento de nuevos valores y actitudes más constructivas y autónomas de las y los mexicanos, que refuerzan el clima cultural e intelectual de las instituciones educativas (ANUIES, 2020).

Actualmente las necesidades de salud de la población se encuentran estructuradas bajo el sistema de salud de cada país, por lo cual, el funcionamiento se establece en relación con el contexto político y social de dicha nación (Llambías, 2015).

Para brindar una defensa de derechos humanos con relación en el cuidado se necesita del compromiso por abandonar el paternalismo y narcisismo que ha caracterizado al personal de salud durante años, promover relaciones más horizontales, sin preferencias, más humanas para reconocer la dignidad de la persona. Entender de una forma más empática las necesidades de la cara de la experiencia, que, si bien no pueden valerse por cuenta propia, no dejan de ser personas con derechos (Llanes, 2007).

3.4. Conclusión

La Enfermería como formadora de profesionistas enseña acerca de calidad en toda la perspectiva de la palabra, calidad en la asistencia donde la misma requiere una relación estrecha con personas, así como inmediata, haciendo énfasis en que sea humanizada; se enseña a su vez, que un “*paciente*” es una persona que puede estar sufriendo y que por ende acude en busca de cuidado en un momento de vulnerabilidad.

Sin embargo, las mismas universidades se entrampan y termina por reproducir formas de educación profesional basadas en la competencia, lo que contribuye a la formación de líderes elitistas e interesados irresistiblemente por cuestiones biomédicas y cuantitativas más que por cuestiones holistas y cualitativas.

La única forma de cambiar a una sociedad joven cada vez más narcisista y que tal vez no sepa cómo tratar a las PAM, consiste en que cada persona se esfuerce por tener mayor empatía con otras, prestando más atención a los demás, a sus emociones, a lo que pueden estar sintiendo, o pensando en cómo les afecta lo que dices o haces.

Se necesita hacer notorio el carácter humano y ético en la atención de las PAM, considerándoles como seres biopsicosociales dignos, con derecho a una adecuada calidad de vida y con el soporte de la sociedad, de la familia y de las y los enfermeros que les cuidan. Hace falta que el personal de Enfermería considere a la PAM en su dignidad de persona, dignidad que no debería perderse con el pasar de los años o con el deterioro de la salud física y psíquica. Así mismo, es importante generar estrategias de afrontamiento ante situaciones estresantes para las y los cuidadores geriátricos y que de algún modo puedan prevenir la consecuencia más grande: oprimir o violentar el derecho a un cuidado digno y humanizado.

Por ello, el personal de Enfermería necesita y tiene la obligación de brindar siempre lo mejor de sí: humanismo, ayuda, apertura a la expresión de sentimientos, enseñanza, soporte, protección y asistencia a necesidades sin olvidar el ejercer el derecho al cuidado, esto da pie a que, si la escasez de profesionales en el campo del cuidado de PAM no se atiende ahora, en un futuro la población en su mayoría padecerá grandes carencias en cuanto a la atención de cuidados.

CAPÍTULO CUARTO

LAS Y LOS PASANTES NARRAN SUS EXPERIENCIAS DE DESARROLLO Y TRAYECTORIAS DEL HUMANISMO EN EL CUIDADO

4.1. Introducción

Este capítulo se ha construido a partir de los registros que la investigadora realizó desde las técnicas de observación y entrevista, el objetivo en la triangulación de ambas técnicas fue reconstruir las experiencias en toda su complejidad. Problematizando las situaciones contextuales y estructurales tanto en lo individual como en lo colectivo, mismas que visibilizan las intersecciones particulares que es necesario teorizar para comprender de la forma más integral posible el fenómeno de estudio.

Este capítulo responde a las preguntas ¿cómo es el cuidado que otorgan las y los pasantes de Enfermería a las PAM institucionalizadas y en situación de dependencia total? Y, ¿qué dimensiones del cuidado resultan más relevantes en relación con las PAM con dependencia total, al momento de hablar de cuidado humanizado?

A través de una estrategia de comprensión analítica se ha logrado relacionar las dimensiones o categorías preestablecidas con la observación y las narraciones que surgieron dentro de las entrevistas. La comprensión analítica se ha instaurado desde la triangulación polifónica que resultó del discurso subjetivo entre las y los pasantes de Enfermería y la investigadora, con el fin de lograr condiciones que permitieran a las y los lectores, una reflexión acerca de las experiencias de desarrollo y trayectorias vividas en un contexto de cuidado, sin abandonar las condiciones en las que estas historias tienen lugar, importante mencionar que en este capítulo, los nombres de las personas han sido reemplazados para asegurar su anonimato.

A partir de lo anterior, damos cuenta que en esta investigación se trabajó con 19 informantes: 15 mujeres y 4 hombres. El promedio de edad de las y los informantes fue de 23.0 años, con una mínima de 18 y una máxima de 27, con excepción de tres personas -una mujer y dos hombres- el resto compaginaba su servicio social en el instituto geriátrico con el cuidado de personas en domicilio. En cuanto al estado civil, cuatro de las mujeres vivían en pareja, el resto se dijeron solteros; 13 personas eran pasantes de licenciatura en Enfermería, y 6 tenían estudios de nivel técnico.

4.2. Procesos y prácticas desde la observación del cuidado geriátrico

El Instituto Geriátrico donde realizamos la investigación, tiene la misión de brindar atención a la persona adulta mayor que se encuentre en estado de abandono y/o maltrato familiar, para que reciba atención integral donde desarrolle una vida sana, con calidad y calidez hasta el final de su vida. Como podemos observar, este objetivo se encuentra alineado desde una perspectiva de Derechos Humanos, sin embargo, ya que algunas situaciones surgen a la vista, en este apartado también se dará cuenta del uso de la observación registrada en los diarios de campo.

Una de las actividades que no se evidencia en las entrevistas, pero sí en la observación participante que la investigadora realizó, tiene que ver con el uso excesivo de tecnologías, las y los pasantes como nuevas generaciones, en su mayoría centran más sus actividades en el número de intervenciones de Enfermería realizadas, que en la calidad que enmarca las mismas. El uso de tecnologías como teléfonos celulares, internet y redes sociales acompañan el cuidar de Enfermería, alejándoles física y emocionalmente de las PAM, dejando de lado la importancia de la comunicación y del contacto directo con ellas.

La mayoría de las y los pasantes, en su estancia, hacen uso de celular aún cuando realizan actividades para/con las PAM: durante la asistencia a la alimentación, la movilización, realización de curaciones, baños de esponja, aplicación de medicamentos o hasta la higiene de genitales; y una vez terminadas sus actividades vuelven al control de Enfermería o descansan en las camas o sillones de las y los residentes a esperar la siguiente indicación. Si bien, esto es realizado por la mayoría, hubo excepciones, algunos pasantes no hacían uso de estas tecnologías, sin embargo, tampoco buscaban la interacción con las PAM.

En este aspecto, reconocemos que el uso de la tecnología ha incrementado en la asistencia sanitaria, priorizando aspectos procedimentales y de cultura administrativa presentando tratos inadecuados hacia las personas y el surgimiento de una *“falta de calor en la relación humana”*. Como resultado de estas condiciones nace el distanciamiento afectivo, la indiferencia o la ausencia de interrelación y comunicación con las personas. Ahora bien, entendamos tras lo anterior que es un hecho el que el personal muchas veces concentramos nuestras percepciones en aparatos tecnológicos, dejando de lado los cuidados y la interacción que podría permitirse con las personas, volviendo nuestro actuar más automático y menos humano (Gutiérrez, 2017; Muñoz, Parada y Prada, 2017).

Dentro de este distanciamiento afectivo, encontramos que las y los pasantes emergen discursos frecuentes en donde la persona a quien se cuida es desdibujada de la relación, haciendo uso de referencias impersonales para nombrarles. Comentarios tales como: *“La señora esta, que siempre está acostada, no me acuerdo cómo se llama”*, *“A esa señora me la dejas hasta el final porque se tarda mucho comiendo y ahí te vas a llevar tres horas”*, *“Así dale la comida, aunque esté caliente”* nos advierten que algunas de las manifestaciones habituales al brindar cuidados en una institución geriátrica son la despersonalización, la deshumanización y la estandarización en las actividades que deberían ser individualizadas.

Lo anterior también visibiliza cómo es que el cuidado brindado se funda en un tipo de cosificación de las personas, donde están perdiendo aspectos personales y en su mayoría pasan a ser tratadas como *“la cama número tal”*, *“el que tiene una úlcera”*, *“la que está siempre acostada”* o *“el que no habla”*, dejando de lado su propia esencia o propósito de ser alguien y convirtiéndoles en un algo, tratándoles con frialdad, distanciamiento y de forma superficial; despojándoles de su propio nombre, familia, hábitos e intimidad, haciendo nulo contacto visual y teniendo poca interacción al estar con las PAM.

También nos queda claro en esta investigación que, la presencia de un cuidado humano ante las personas vulnerables se hace irremplazable: el mirar, el hablar, sonreír, ser empáticos, escuchar y no sólo oír, mostrar sensibilidad, atención y comprensión con las situaciones que alguien más vive, es fundamentalmente importante en la actitud que próximos profesionales tomarán al brindar un cuidado, como se puede observar en la producción académica en torno al tema (Gutiérrez, 2017; Caputo, 2016; Quezada 2010; Bunijovich y Pautassi, 2005).

Este aspecto se complementa con el registro del trabajo de campo acerca de la significativa diferencia en el trato y asistencia que existe con las personas que eran dependientes de las que no lo eran, haciéndose notar una serie de filias, por parte de las y los pasantes, en especial con:

a) Aquellas PAM que entablaban conversaciones, b) Las que poseían más independencia física -esto es que apoyaban más en sus movimientos o cambios posturales-, c) Las que aportaban económicamente al Instituto, y finalmente d) Las que necesitaban más cuidados. Lo anterior ya que, como planteaban las y los prestadores de servicio social, estos últimos:

“Deberían estar más agradecidos de lo que uno hace por ellos”, *“Me gusta más estar en salas porque no hablan, ni se quejan”*, *“Personas que venían antes de*

pandemia a hacer acción social o hasta la misma directora del DIF no venía a salas, sólo viene a pabellones, claro, porque ahí encuentra a los más cuerdos. Por ejemplo, cuando es una fecha especial o algún festejo, se escoge quién de los abuelos baja al salón y quién se queda aquí arriba”.

En la actualidad, la praxis de Enfermería se enfrenta a situaciones donde la salud globalizada afecta tanto el desarrollo profesional como el personal y que esto puede resultar en un actuar de inequidad hacia diferentes grupos sociales, en este caso las PAM vistas como un grupo vulnerable, donde rigen criterios de desigualdad atravesados por procesos como la pobreza, el género y hasta el grado de dependencia. Por lo tanto, se torna limitante tanto la aplicación de principios y actuares éticos, como la promoción y defensa de los derechos humanos que claramente se demandan.

Es necesario hacer notorio que las PAM no siempre ingresan a un instituto de cuidado geriátrico como una forma de abandono familiar y social y que en estas instituciones vamos a encontrar dos tratos distintos: para algunos la principal preocupación es el bienestar de las/ los residentes y para otros el enfoque es diferente por tener necesidades como dependencia parcial o total y no cuentan con personal capacitado para la atención (Escobar y Cid, 2016; Espinoza y Ríos, 2017).

Otro de los resultados que se hallaron en esta investigación fue el posicionamiento desde un contexto de jerarquía y cultura institucional, haciéndose notoria la complicidad por la obtención de beneficios y por evitar represalias que implicaba la sobrecarga de trabajo: *“Yo me voy a juntar con X enfermera y le voy a hacer como ella para que no me agarre de bajada”.*

Aunado a esto también se pudo constatar una situación donde el resultado fue la agresión hacia una PAM con trastorno de demencia al no desear higiene bucal, cuando las y los pasantes se percataron de la situación que comprometía a la enfermera -y tal vez en su desconocimiento- hicieron uso de risas y burlas; una vez que el médico dio cuenta de ello, las y los pasantes se silenciaron y cambiaron su actitud.

Para contextualizar lo anterior, hay que comprender que las y los estudiantes del área de salud, al prestar prácticas y/o servicio social, se adaptan a las actividades, bajo un régimen de cultura institucional: obedeciendo normas, evadiendo castigos y aceptando privilegios. Ahora bien, situándonos desde las y los estudiantes, la adaptación es parcial, esto es, se cumple en

algunas cuestiones, pero se reserva de otras; no se entregan por completo, pero tampoco rechazan a la institución donde realizan su servicio social y llevan a cabo sus obligaciones sin cumplir más allá de lo que les corresponde (Villanueva, 2019; Goffman, 2001).

Por otra parte, hablando acerca de la formación, los planes curriculares de todas las escuelas que integraron esta investigación se caracterizaron por contar o con una estructura completamente biologicista o con más asignaturas biomédicas que sociales, siendo estas últimas: salud mental, bioética y procesos psicosociales, sin embargo, debemos mencionar que estas materias: a) son vistas en su mayoría dentro de los primeros años y dejadas de lado una vez iniciando prácticas, y b) están dirigidas para que las y los estudiantes las pongan en práctica con las personas a quienes atienden y no como una cuestión que también pudiera aprovecharse para/como autoayuda.

En cuanto a la educación en Enfermería, en las cinco primeras instituciones de San Luis Potosí que se orientan a la formación de estos cuadros, los temas en materia de humanismo quedan reducidos en comparación con los de un marco biologicista.

Así mismo, en la búsqueda de planes curriculares de otras escuelas del país, en su mayoría se caracterizan por contar con temas biomédicos prioritariamente, lo que puede prever en lo que concierne de esta investigación, que podría no ser un caso reducido del estado de San Luis Potosí, y que probablemente las y los pasantes que realizan servicio social en general se encuentran vulnerables en este aspecto de no contar con herramientas adecuadas una vez inmiscuidos en actividades laborales antes de ser profesionistas.

Como ya hemos dicho, la institución donde se llevó a cabo el estudio contaba con pasantes egresados(as) de escuelas formadoras tanto de estudios técnicos como de licenciatura. La observación nos llevó a constatar que las y los pasantes de las primeras, tienden a ser las/los más jóvenes y poseen mayor iniciativa para realizar cualquier actividad, sin embargo, por la menor información que adquieren en sus estudios se muestran temerosos al interactuar. Caso contrario es que, algunas(os) de pasantes provenientes de escuelas formadoras de licenciatura se caracterizaron por discursos elitistas como los siguientes: *“Eso les toca a los auxiliares”*, *“Es que yo vengo de esta escuela, a mí no me toca”*.

Lo que finalmente resultaba en la limitación de actividades ya que *“no les correspondían por el grado de estudios”*. Lo anterior, por lo tanto, fue una situación que repercutía en el trato de distinción por centros formativos: a aquellos pasantes que provenían de escuelas técnicas se

les permitía escasamente realizar actividades asistenciales, por lo que optaban por deslindarse de labores y, por ende, evitaban el contacto con las PAM bajo el supuesto de tener pocos conocimientos en esta área. Por otra parte, algunas(os) provenientes de licenciatura no querían realizar acciones más sencillas, pero igual de esenciales como baños de esponja o vendajes.

Este resultado coincide con los de distintos autores que refieren cómo en la sociedad en general hay una disminución de la importancia del humanismo y cómo el individuo en el ámbito educativo en salud conforme avanza en la misma formación, pierde su calidad humana. Esto también se refleja en el estudiante y cómo se siente semipreparado y con conocimientos mínimos al comenzar su servicio social (Rivas, 2019; Apodaca et al., 2017).

En cuanto a la educación de personal de salud, podemos mencionar, que las universidades formadoras, se caracterizan por ser completamente elitistas y competitivas bajo una vanguardia intelectual pero desde una forma biologicista, instruyen generaciones cada vez más capaces de asumir tareas complejas y de mayor responsabilidad, pero consecuentemente los conocimientos sobre las humanidades -una vez más- tienen menor relevancia, ante lo cual encontramos como consecuencia una pérdida de humanismo en los grupos estudiantiles (Quintana, 2022; Romero, Contreras y Moncada, 2016).

Hablando en materia de la formación de geriatría, uno de los conflictos con los que se enfrentan las y los prestadores de salud es el aprender las enfermedades de la población en general, después las propias de las PAM, aprender a comunicarse con ellas y finalmente encontrarse en el dilema sobre decidir brindar un tratamiento intensivo o un alivio paliativo (C. González, 2017; Wurz, 2014).

En una institución que acoge a personas que se encuentran en la última etapa de su vida, es frecuente y hasta cierto punto normalizado el presenciar defunciones de las y los residentes, por ello, es que también existieron ciertas barreras para implicarse a fondo en una relación más allá de la esencial y esto no permitía después la interacción entre pasantes y PAM, por el temor de *“encariñarse de más, cuando al día siguiente puede que ya no los encontremos”*.

Como ya hemos mencionado, en formaciones de salud, nos vemos inmiscuidas(os) directa e indirectamente en el acompañamiento de la persona en todas las etapas de su ciclo vital, es aquí donde las y los estudiantes se enfrentan a la muerte de las personas de una forma brusca, muchas veces sin preparación y acompañamiento; lo que posiblemente repercuta en su estabilidad emocional y después genere cierto rechazo u hostilidad al trabajo con enfermos

graves, o en este caso, el final de una vida; esto quiere decir, que mientras más avanzan en la carrera, mayor es el miedo que generan por presenciar la defunción de personas a quienes cuidan (C. Hernández y Rojas, 2021; Mondragón et al., 2015).

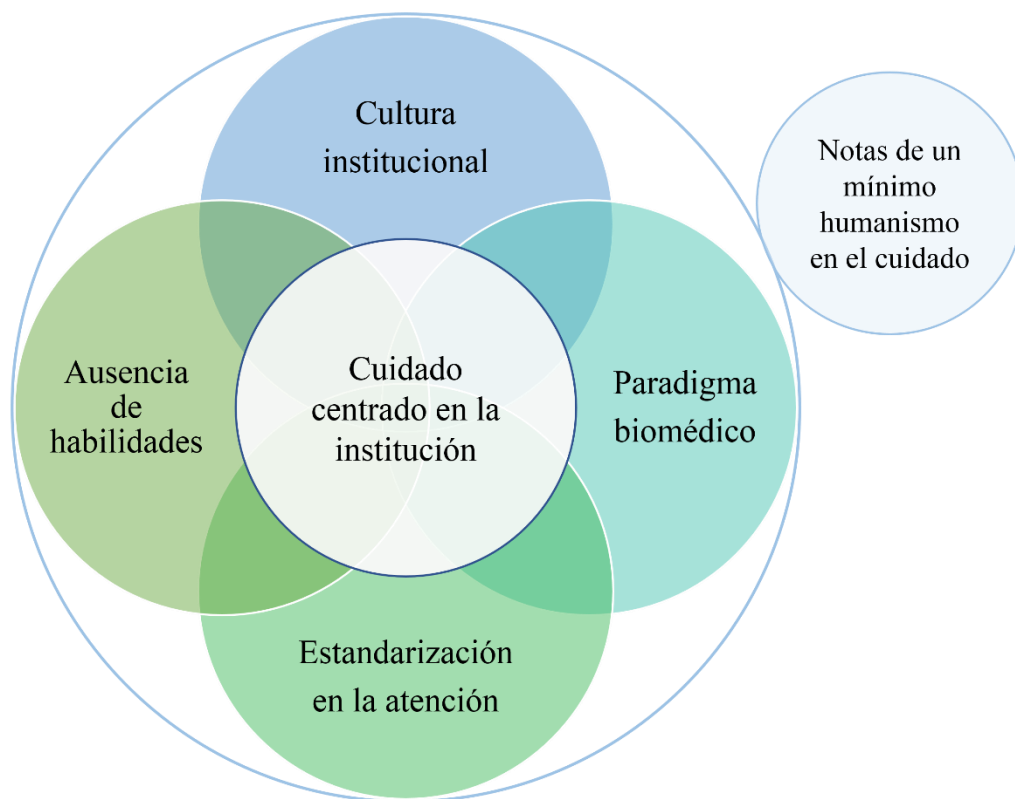
Para finalizar con este apartado, también es necesario mencionar las ausencias a sus actividades y bajas del servicio social por disgusto. Según lo comentó una de nuestras principales informantes, quien estaba a cargo de la coordinación de las y los pasantes: 1 de 19 pasantes fue la única persona en cubrir el cien por ciento de las asistencias y tener un genuino compromiso por realizar actividades más allá de las requeridas; por mencionar que, en las entrevistas, fue la única persona que refirió acudir por cuenta propia a este instituto para realizar su servicio social aún contando con más plazas a su disposición.

Esto se relaciona con fuentes que nos permiten conocer primeramente que en San Luis Potosí hay solo 15 geriatras donde exactamente, el presidente de la Asociación Potosina de Geriátría y Gerontología refiere que el cuidar de PAM no es algo que resulte atractivo como formación. A partir de esto es como sabemos que las y los estudiantes en la actualidad desean más dedicarse a ámbitos de cuidados hospitalarios como neuro o cardiocirugías, cuidados intensivos y del deporte, debido a que sienten mayor atracción por la esfera biomédica que por la social.

4.3. Narrativas y experiencias de las y los pasantes de Enfermería en el ámbito de cuidado geriátrico

En este apartado abordaremos de forma específica, los resultados del análisis de discursos que nos permitieron establecer algunas conclusiones sobre el fenómeno de estudio. En la siguiente figura se esquematizan la categoría central emergente y su relación con las subcategorías, mismas que más adelante serán desarrolladas con claros ejemplos, se discutirá a su vez, a partir de teorías fundamentadas y de trabajos con resultados similares; esto finalmente, nos permitirá resolver las preguntas planteadas al inicio de este capítulo: ¿qué dimensiones del cuidado resultan más relevantes para las y los pasantes al momento de hablar de cuidado humanizado? y ¿cómo es el cuidado que otorgan las/los mismos a PAM institucionalizadas y en situación de dependencia grave?

Figura No. 1 Categorías encontradas a partir de narrativas y experiencias de pasantes



Fuente: Elaboración propia.

La categoría central emergente fue denominada "**El cuidado centrado en la institución y la profesión**". Lo anterior deriva del identificar que la organización e implementación de los cuidados dentro de este espacio institucional obedecen más a cuestiones administrativas y protocolizadas desde la perspectiva biomédica que al reconocimiento de la singularidad de las personas, de sus necesidades desde una perspectiva holística o de la priorización que hacen desde sus valores propios.

A través de esto se puede revelar que existe un paradigma de eficientización de tiempos y actividades que ha repercutido en el cuidado, lo que deja una deuda para completar el paradigma del derecho a un cuidado humanizado.

En dicho sentido, es significativo cómo la mayor parte de las personas informantes, de forma consciente o no, aludieron al instituto como un espacio desfavorable, un escenario que se torna indeseable en la medida que despersonaliza a quienes demandan la asistencia:

“Los que sí tienen familia mejor que ellos los cuiden, porque los abuelos a veces andan en depresión, están acostumbrados a estar con su familia o en su entorno y ya de repente lo cambian a un lugar diferente donde no conocen a alguien. A veces es triste que estén en el asilo, aunque tengan actividades, siempre aburridas o haciendo siempre lo mismo. Por ejemplo, ahorita lo único que hacen es estar ahí sentados en frente de la tele. Todo es rutinario, se levantan, comen, se acuestan”.

En este contexto, como en el apartado anterior, se habló de las y los residentes, como si se tratase de personas abandonadas, lo que, en el discurso de las personas que cuidan incluso se presentó como la negativa intención de llevar a un instituto de cuidado geriátrico a sus familiares:

“Yo nunca podría traer a mis abuelitos aquí, siento que las personas que están aquí son abandonadas. No sé cómo las personas pueden abandonar así a los adultos mayores, jamás podría abandonar así a mis abuelitos, jamás, porque ellos son como todo para mí. Entonces yo jamás podría traerlos aquí. Yo trato a los abuelos como se merecen, o sea para mí es algo muy difícil que alguien apoye más a una persona mayor que esté como abandonada”.

Así es como hacemos notorio que la sociedad en su mayoría asocia las estancias geriátricas con lugares que acogen en su totalidad a PAM en situación de abandono. Sin embargo, nuevamente, esto no siempre ocurre de esta forma, volviéndolo un tema tabú, pues también son creadas para mantener y mejorar la calidad de vida de las y los residentes.

Ante ello, debemos reconocer que es un hecho que la población de PAM en México ha incrementado y que, por lo tanto, estos espacios se vuelven cada vez más necesarios, de ahí la importancia por acabar con los tabúes de ver a estas estancias como un sinónimo de lugar para abandonar a las personas (Espinoza y Ríos, 2017; Santiago, 2019).

Otros discursos complementarios en torno a esta discusión fueron más puntuales en reconocer, que estar dentro de una institución geriátrica, incrementa el riesgo de maltrato, y que con el tiempo, este puede llegar incluso a normalizarse: *“Ha sido un tanto impactante [la estancia del servicio social] por cómo se tiene a los abuelos aquí, a veces no les hacen caso,*

pero uno se va acostumbrando al trato que se les da, bueno, en general no he visto malos tratos, bueno, lo normal”.

Z. Hernández (2006) en el artículo *“Cuidadores del adulto mayor residente en asilos”* alude a un aspecto objetivo y uno subjetivo de *“carga”* en el cuidado que se otorga a las PAM dentro de instituciones geriátricas. El primero visto como un grado de perturbaciones, cantidad de tiempo invertido y cuestiones específicamente de la persona a su cargo, mientras que el segundo es referido desde las actitudes y emociones que se presentan por las demandas de atención; ambos aspectos en conjunto podrían generar el denominado *“abuso de los ancianos”* lo que es un estado de maltrato presentado con frecuencia en este tipo de instituciones.

El paradigma biomédico en el centro

Como principio de este apartado debemos plantear que uno de los aspectos más recurrentes observados en la sistematización de la información compartida por las y los informantes radica en la importancia del cuidado que otorgan a las PAM, puntualizando en la importancia de mantener fisiológicamente estables a las personas bajo su cuidado. La mayor parte de las narrativas estuvieron centradas en el interés por realizar curación de heridas, tomar signos vitales, promover cambios posturales o realizar actividades de higiene.

Profundizando en las entrevistas, sin embargo, nos dimos cuenta de que, el centrar el cuidado en lo fisiológico, obedece a la existencia de una cosmovisión que reconoce al sujeto exclusivamente en su dimensión física. Así cuando los pasantes hablan de conocer al sujeto de cuidados y valorar sus necesidades de cuidado profesional, centran su discurso en valorar su movilidad en un primer momento, pero no desde un enfoque que les ayude a estimar su capacidad de autonomía, potenciar su desempeño o conservar sus habilidades, sino para calcular el grado de asistencia que demandan. Es decir, centran la valoración no en la persona, sino en la actividad profesional:

“Para evaluarlos empezaría por la edad, el estado de consciencia, los síntomas geriátricos que presentan y pues sí, el estado físico en general; que, a lo mejor a ellos por la edad, por los extremos de la vida, ya no va a ser lo mismo fisiológicamente que un adulto joven. Hay que destacar las complicaciones y

destacar los pendientes, hay que priorizar, a quien tienes más grave hasta el menos complicado”.

“Yo opino que la atención es buena porque ayudas a personas que ya no pueden hacer nada, o sus actividades diarias. Casi te conviertes en ellos para ayudarles, hacerles el alimento, lavado de manos”.

Para la biomedicina, los cuidados se otorgan desde una lógica centrada en la estandarización, como si la vejez fuese una experiencia única e invariante. En dicho sentido, se considera que dar la misma atención y realizar los mismos procedimientos a todas las personas es un acto deseable y hasta ético. No se alcanza a dimensionar que esta acción despersonaliza y niega el derecho a la propia identidad: *“Todo abuelo es escuchado aquí, tiene todos sus cuidados, a todos los atienden sin importar lo que tengan, a todos se les atiende por igual”.*

Al hablar del cuidado biologicista debemos recalcar que, bajo esta perspectiva, a la persona se le considera como un ente consecuente de la fisiología y la genética. Un enfoque que posiciona lo biológico y lo físico en el centro y cómo los sentimientos y pensamientos de las personas a quienes cuidamos tienen una causa biológica antes que psicológica, aludiendo que, para tratar y cuidar de cualquier persona sólo es esencial la parte física, una vez más, fallando en brindar una atención holística y con perspectiva desde los derechos humanos (Riveros, 2014).

La estandarización de la atención como respuesta ante la percepción de ausencia de autonomía

Otros de los aspectos relevantes que emergieron se la sistematización de las narrativas de las y los pasantes, radica en el énfasis que durante las entrevistas se hizo sobre la ausencia de capacidad y voluntad de las PAM para influir y/o participar en el cuidado que se les otorga. Una serie de percepciones nuevamente centradas desde un eje biomédico les hacen contemplar a las personas carentes de ésta y desapropiarlas del resquicio de autonomía que conservan. Así bajo esta práctica, se estandariza el *“trato digno”*, partiendo del supuesto de que todas las PAM tienen las mismas necesidades y perciben de igual manera los cuidados otorgados: *“Pues, yo creo que se les da un trato digno. A pesar de que la mayoría no están conscientes, pues siempre hay ese*

trato digno, ese respeto, esos cuidados que brindan calidad y calidez de parte del enfermero hacia el paciente, estén conscientes o no”.

Sin embargo, de igual forma aparecen percepciones de aquellas(os) que cuestionan la pertinencia de estandarizar el cuidado dentro de este espacio, y ven esta posibilidad dependiente de la capacitación que pueda recibir el personal para ser más humanizado:

“Siento que el cuidado debería ser más individualizado. Siento que el cuidado en el asilo es muy generalizado. Esa atención debería ser de calidad humana, un ejemplo sería con Jorge, le dimos un cuidado correcto porque éramos mucho personal con pocos abuelitos y a dos pasantes nos tocó brindarle un cuidado, fue adecuado, se le dio un cuidado solo para él, como personalizado. Del cuidado que aquí se da, cambiaría pues, que se brindara más capacitación al personal de base. Que nos enseñaran cómo ser más humanos entre nosotros...Por ejemplo, en una actividad yo siempre les hablaba, aunque no me contestaran. Les aviso, por ejemplo ‘va a estar un poco frío esto’ no importa si no me contestaban”.

La urgencia que hay de crear nuevos estilos de gestión es fundamentalmente importante para atender las necesidades de cada persona. En el contexto de la praxis del cuidado, este precisa ser más específico, individual y personalizado, dejando de lado el pensamiento de que la atención que se brinda tiene que ser específicamente estandarizada con el objetivo principal de cumplir aspectos administrativos (Zarate, 2004).

Ausencia de habilidades psicosociales en quienes cuidan

Probablemente la negación de la voluntad y la autonomía se expliquen en parte, en función de las dificultades para reconocer la identidad holística de las personas o para actuar frente a necesidades que requieren más afectividad que procedimientos estandarizados, lo cual pudo observarse en el trabajo de campo realizado al interior de la institución en el periodo señalado: *“Con María, yo no sabía qué decirle cuando empezaba a llorar, era como, no llores porque también yo voy a empezar a llorar”.*

Otro aspecto que localizamos es el hecho de que las/los informantes no saben desde dónde posicionarse para relacionarse con las personas a quienes cuidan. Ante ello, se han identificado cuatro formas de acercamiento a este fenómeno. En primer lugar, se identificó un sector que considera que pensar en las PAM como si fuesen sus familiares o ellos mismos, puede ser una estrategia que les posibilite no perder el sentido humano durante el cuidado: *“Hay que ser humanos con el abuelo, y tratarlos como nos gustaría ser tratados a nosotros y como si fuera un familiar”*.

Con relación a lo anterior, hay autores que contemplan como estrategia para brindar un cuidado humanizado el posicionarse como familiar de la persona para así no perder sensibilidad y empatía y mostrar comprensión ante el surgimiento de alguna preocupación. El empatizar, como si fuese alguien de nuestra familia permite preocuparse y ponerse a disposición para satisfacer necesidades y brindar cuidados dignos (Mastrapa y Gibert, 2016).

En segundo lugar, un sector de pasantes que se encuentran posicionados aún en la predominancia de una perspectiva biologicista, por ende, se les dificulta mantenerse neutrales en los periodos de desorientación de las PAM, y no pueden evitar el sentirse agraviados:

“Carmelita es una abuelita que tiene su carácter, de pronto te quiere tratar, así como que mal o no sé; es que ella haz de cuenta que como que no te puede ver que seas morena, porque te empieza a gritar de cosas, de que eres una negra y que no sé qué ...o así, o sea, con ella como que te trata de ofender”.

“Me relacioné bien. Alguna que otra vez tuve dificultad para relacionarme, pero pues ya sé que son personas grandes y ya sé que ya no cuerdan igual. Por ejemplo, cuando me toca levantar a Luchita me grita y me pega, pero le doy por su lado, pero de ahí en fuera, todo bien”.

En tercer lugar, un sector de pasantes que no pueden relacionarse desde el prejuicio de lo que se cree sobre las personas mayores o lo que se sabe de su vida antes de llegar al instituto geriátrico: *“Yo trato a los abuelos como se merecen... Unos abuelos me dan mucho miedo por su pasado, por ejemplo, uno es muy agresivo cuando te acercas y otro por lo que contaban que estuvo preso por violar a una niña, entonces ¡qué tal y si me hace algo o me pega! No, yo a ellos mejor no los atiendo, a ellos sí, no me les acerco para nada”*.

Finalmente, en cuarto lugar, algunas/os pasantes están conscientes que el evitar juicios de valor permite brindar un cuidado: *“Qué mala onda que vengan y los abandonen aquí, porque eso es, los abandonan, pero luego también aquí los abandonan las enfermeras por lo que hicieron en su pasado [...] cada adulto mayor tuvo la decisión de creer o hacer lo que ellos quisieron, yo no puedo juzgar sin saber su pasado”*.

Así, estos cuatro modelos coexisten en un contexto en que las personas que residen en hogares geriátricos modifican sus formas de vida al devenir en residentes, donde muchas de ellas llegan a la depresión al momento de ser dependientes de extraños y en ocasiones abandonadas por la sociedad. Acerca de este abandono que sufre la PAM cuando es abandonada en alguna institución y una vez estando dentro de ella, podemos argumentar que, si la/el residente posee algún tipo de discapacidad ya sea física o mental o bien, dependencia de cualquier tipo, en su mayoría se verá impedida a denunciar y su única alternativa será la de guardar silencio (Cervantes, 2007; Fuentes y Flores, 2016).

Lo anterior también tiene relación con cómo el reconocimiento de la vejez puede afectar en su autonomía y dignidad. El discurso de infantilización y el romantizar a las PAM fue otro de los factores que apareció en la totalidad de los discursos recuperados durante el trabajo de investigación, donde la reiteración del uso de conceptos como *“abuelo”*, *“viejito”*, o diminutivos de sus nombres se encontraba constantemente en uso:

“Cuando uno llega a la tercera edad es como un niño chiquito. Como a un bebé, que le tienes que cuidar la pielecita, cambiar el pañal, y a los abuelos igual. Allá arriba más, que son dependientes, es asistirles como a un niño chiquito. Me gusta más estar con Gloria, porque es como una niña, siempre está viendo las caricaturas. Yo sí brindaría los mismos valores a un niño y a un abuelo porque son bebés los dos, el abuelito vuelve a nacer. Son bebés grandes, les haces lo mismo”.

“Creo que soy muy allegada con “el chiquito”, porque me da ternura, aunque se la pase gritando, es como, pues no sé me da ternura que grita y no le hacen caso. Muchas de las pasantes les dicen a los abuelitos como, ah tú eres mi novio, me voy a casar contigo que porque son sus preferidos”.

Las experiencias que hemos abordado nos llevan a discutir estos procesos no como una forma de interacción basada en el reconocimiento, sino la infantilización como una forma de edadismo y que opera recurrentemente al hablar de PAM en general -estén o no en situación de dependencia, deterioro físico o cognitivo-. Ejemplos de ello se presentan en el aumento del tono de voz, la simpleza de las frases, el empleo de términos exageradamente cariñosos como “*abuelito*” o apodos en diminutivo, lo que vuelve un trato inadecuado que no permite la preservación de la dignidad de las PAM. Como plantea la bibliografía en relación con su estancia, una vez institucionalizadas las PAM, es probable que pierdan su identidad, su cuidado se estandarice y sean tratadas de forma infantil (Pinazo, 2019; Becerra et al., 2007).

Estos aspectos nos llevan a reflexionar acerca de los valores que estamos reproduciendo como práctica formativa en torno a este tema. Uno de estos aspectos, relacionado con la jerarquía existente en la reproducción de valores, nos invita a reflexionar acerca del sistema de valores con los que opera el personal de Enfermería, el cual se registró a partir de aseveraciones tales como:

“Ay, pues no sé. Honestidad. No se me ocurre un ejemplo. Pues los valores que siempre se dicen: honestidad, respeto, responsabilidad, y creo que más que estos debemos tener paciencia, mucha paciencia para cuidar a los abuelos”, “Yo creo que se debe de tener paciencia, a veces como que desesperan los abuelos y nosotras empezamos a hacer las cosas mal”.

Estamos conscientes que las narrativas nos revelan cómo las prácticas del cuidado de las PAM se operan con base en valores específicos y que hay discursos que lo demuestran en torno a ellos, sin embargo, al contrastarlos con la realidad nos damos cuenta de las complicaciones de su puesta en práctica: el hacer y el decir que se hace, compiten y contradicen entre sí, posiblemente como resultado de resistencias estructurales o por algún sesgo por deseabilidad social, siendo este último, la tendencia de responder acertada y apropiadamente para ser aprobadas(os) culturalmente ante la sociedad.

Discutiendo lo anterior, podemos tomar la cita textual de Mead (2002) “*lo que se dice, lo que se hace y lo que se dice que se hace, son cuestiones completamente diferentes*”. Si bien las personas dicen que poseen estos valores, en la práctica se contradice; en una sobrecarga de

trabajo cuando hay actividades, existe un colapso, sin embargo, en tiempos muertos no realizan más actividad que el uso de tecnología celular.

Durante el desarrollo de la investigación se ha podido constatar la emergencia narrativa de una serie de aspectos que dirigen la práctica del cuidado, donde algunos de estos criterios han sido incorporados como repertorio de valores desde la formación académica de las y los pasantes y enfermeras(os), y que otros son inherentes a ella:

“Soy responsable, llego a la hora que debe de ser y hago las actividades que me tocan. Honesta ya que, si hago algo mal, pues acepto que me equivoqué. Respeto, respeto a los abuelos y al personal, tanto que me dicen que no les hable de “usted”, eso es algo que me inculcaron y así estoy educada a hablarles de usted a todas las personas, aunque sean de mi edad. Humana porque esos me los inculcaron en la universidad, me decían cómo debía ser. Trato digno, con Gloria, tienes que hacer las cosas como ella quiere, trato de hablar bien con ella y hacerle ver las cosas de una forma diferente para que entienda un poquito”.

Debemos visualizar que el debate en torno a la formación de valores no es nuevo, pero sí lo es el comprobar la pérdida de estos en las y los estudiantes, y en comparación con otros artículos, en esta investigación se hace énfasis en que probablemente existió una pérdida de la importancia del cuidado humano en las y los pasantes de Enfermería (Arias, 2014).

Otra de las cuestiones que se identificaron relevantes en este sentido, es la existencia de una brecha generacional que no se sabe conciliar por parte de las/los informantes, esto se constituye en una barrera para la comunicación en general:

“La comunicación a veces se convierte en algo más complicado porque son adultos mayores y su pensamiento ya está muy firme y a veces es muy complicado cambiarlo o entablar esa comunicación de que: oye no hagas esto, y te dicen porque me mandas si tú eres más chica o así. Entonces es como este punto de paciencia, debes de ser muy paciente con ellos y no porque no te entiendan tienes que desquitarte con ellos, o sea nombre, hay que entender que son adultos mayores, su comportamiento es completamente diferente”.

“Hay una buena manera de convivencia con los que hablan. Pero, con los de arriba, que ya no escuchan pues uno creo que ya no hace por hablarles porque igual no te van a contestar... Es como diferente el cuidado y el trato de abajo y de arriba; arriba ya no hablan y necesitan otros cuidados. Por ejemplo, las de abajo son conscientes, saben lo que les estás diciendo y lo que le están haciendo, saben quién los trata bien y quién los trata mal. Los de aquí arriba no están conscientes de lo que les estás haciendo y como es más difícil que hagan cosas, a ellos mejor los dejamos acostados”.

Al respecto, según los resultados de la Encuesta Nacional sobre Discriminación (2017) revelan que nueve de cada diez PAM coinciden en que uno de los principales temas que más afectación tiene hacia su grupo de edad, es la poca o nula consideración de sus opiniones y toma de decisiones. Esto derivado de prejuicios y estereotipos generalizados como son: falta de salud y autonomía, deterioro físico, intelectual, entre otros. Así mismo, los resultados de los diagnósticos realizados por la Federación Iberoamericana de Asociaciones de Personas Adultas Mayores (FIAPAM, 2013) refieren que tanto jóvenes como adultos consideran que los derechos de las PAM se respetan poco o nada, subestimándoles y planteando prejuicios acerca del pensamiento arraigado, evidenciando que vivimos en una sociedad que se desespera fácilmente al tratarles, generando como consecuencia una percepción errónea y negativa sobre su inclusión social y creando dificultades para relacionarse o interactuar con ellas.

Sin embargo, en este contexto, la ausencia total de autonomía y voluntad en quienes reciben un cuidado no es una realidad, el hecho de que las y los mismos informantes hablen de la existencia de necesidades que rebasan lo biológico, da cuenta de la reserva de autonomía y voluntad. Algunos ejemplos de lo anterior se comparten en las siguientes narrativas, las cuales se centran en las creencias, la fe y la religión. Ante esta esfera, la mayoría de las y los pasantes prefieren mantenerse neutrales, considerando que con hacerlo es suficiente:

“Al momento de acostar a una abuelita me pidió que la persignara para que ya se pudiera dormir. Pues, lo que yo nada más he visto, o sea tampoco me pongo así a platicar con ellos, sinceramente no le tomo mucha importancia porque sé que cada

quien tiene su punto de opinión y desde mi punto de vista yo acepto cualquier religión, por ejemplo, hay una abuelita, que yo he visto que a tal hora todos los días empieza a rezar su rosario y ella te lo dice: oye, es que ya es hora de rezar mi rosario; y bueno, es lo único que yo he visto”.

Aunque no todas las personas logran desarrollar esta tolerancia, como puede leerse en esta narrativa: *“Yo a veces le decía ‘Ay ya, eres muy exagerada’, es que ella es muy exagerada, le decíamos ‘por un día que no vaya a misa no va a pasar nada’, pero para ella ya es como una necesidad. En esta época ya vemos de otra manera la religión ya no es eso”.*

Las personas que participan en trabajos voluntarios y que tienen actividades religiosas y sociales, que disfrutan de pasatiempos y que tienen vínculos afectivos y sociales con PAM permiten la reducción del riesgo de mortalidad de estas últimas y mejoran su supervivencia por lo que el compromiso que las y los enfermeros presentan al cuidar de PAM es fundamentalmente importante para su desenvolvimiento (Lennartsson y Silverstein, 2001; Luis y Estrada, 2017).

La emergencia de lo anterior radica en el hecho de que cuando las y los prestadores de servicio social atienden una cuestión que no es de orden fisiológico, puede llegar a contemplarse casi como un acto de caridad, es decir, no lo contemplan como inherente al cuidado, porque suponen el mundo del cuidado desde la perspectiva biomédica y no desde el acto humanitario o desde el reconocimiento de los derechos humanos: *“Cuando persigné a la abuelita sentí bonito porque, no sé, creo que varía lo que vaya pasando por su vida, no sé si ella persignara a sus hijos o sus nietos. Y eso más bien lo hice por generosidad”.*

Pero no siempre se actúa de forma pertinente frente a las necesidades espirituales, algunas(os) las apoyan siempre y cuando, se trate de la misma religión que profesen, además, la usan como una herramienta para condicionar el comportamiento de las PAM:

“Ante todo, cada religión es respetable, yo respeto a todas, pero como yo soy católica me enfoco más a las que son de mi religión porque no sé cómo tratar a las que no son de mi religión...Un ejemplo es Juanita, dice que el padre... que las madrecitas y es algo que usamos para hacerla comer, decirle que el padrecito le mandó esa comida para que ella coma bien. Usamos su religión para su bien, le decimos ¡ahí viene el padre! como que la sentenciamos por así decir con eso para que coma”.

El aceptar creencias diversas se constituye en un verdadero reto para las y los profesionales, y no es cosa menor, ya que afecta la provisión de cuidados que otorgan a estas personas con las que no se consideran compatibles:

“José, es muy de leer cartas de Tarot. Me preguntó si yo creía en eso y yo le dije, pues no Josecito, pero cada quien. De hecho, aquí no lo dejan hacer eso, si empieza que, a leer las cartas, lo regaña el personal o hasta psicología. Hay otra abuelita, esta, que se murió. Decían que practicaba como brujería, entonces yo no la atendía a ella ¡qué tal y si le decía algo que le molestara!”.

Nos queda claro que, tanto la actitud como la personalidad de las y los profesionales de Enfermería se relacionan con tomar en cuenta e incorporar o no las creencias religiosas y/o espirituales de las personas. Las/los enfermeros -antes y después de formación- que profesan creencias o religiones distintas al usuario, carecen de conocimientos acerca del tema y de sus prácticas, o bien, no poseen actitud para intervenir y es más difícil que se preste una atención hacia necesidades espirituales (Neil, Azofeifa y Calderón, 2013).

La cultura institucional, obstáculo para el cuidado humanizado

El cuidado a manera de maquila se sostiene principalmente en la existencia de una cultura institucional, la cual se basa en normas de tipo administrativas, pero también en una especie de acuerdos internalizados entre el personal de Enfermería, por ejemplo, la manera en cómo se organiza el trabajo se implementa sin cuestionar cómo funciona o no para garantizar un cuidado humanizado:

“Al llegar, checo mi entrada, recibo los pendientes y así; me voy a las camas con mi compañera; nos repartimos el trabajo que sea así como que igual y ya, a hacer las actividades de área, que es: acomodar los medicamentos, estar al pendiente de en lo que estás, colocar el medicamento adecuado, que no te distraigas porque de

pronto le toca cierto medicamento y qué tal que pones otro o así, o sea, esa parte de los medicamentos me enfoco muy bien”.

Además, su experiencia como pasantes limita las actividades que llevan a cabo y la iniciativa que pueden tener para proponer actividades distintas a las que se estipulan desde las rutinas de los servicios:

“Creo que soy más empática, pero si les digo a las enfermeras solo me dicen como, ‘ah sí ahorita lo vemos’ y pues me quitan la intención. Me limitan porque no soy la encargada”.

“Nosotros como pasantes tenemos un rol de actividades, realizamos curaciones, toma de signos vitales, vendajes, todas las cosas y todo lo dividimos para que no toquen siempre las mismas actividades. A mí me gusta hacer de todo, desde los vendajes hasta las curaciones porque así no se te hace tan aburrido el turno”.

La sobrecarga de trabajo conlleva a realizar actividades limitadas y que no exista relación/interacción con las y los residentes, como se muestra en los siguientes discursos:

“Realmente hay con quienes haces equipo, todo te gusta y hasta te ofreces para hacer actividades. Si no haces clic con el personal, de verdad sólo a lo que te toque hacer. Una me ha dicho, órale mamacita, te me mueves, tronándome los dedos. Entonces creo que eso es lo que te limita a que te relaciones con el abuelo, saber que, si haces de más, luego te cargan de más la mano”.

“Siempre me cargaban la mano, y se molestaban si les contestaba o les decía ‘pues eso les toca a ustedes’ me amenazaban con que nos iban a detener la carta de pasante y ya mejor tomaba mi distancia con todos: personal, pasantes y abuelos”.

Como consecuencia de esta rutina institucional se derivó un cansancio excesivo presentado en las y los informantes:

“Creo que no es muy buena la atención, a veces las cosas se hacen de manera muy rápida sin importar lo que quiere o lo que dice el abuelo. Desde mi criterio siento que el personal y el pasante está como cansado de la misma rutina que pueden tener. En este punto siento que podrían perder empatía por el adulto mayor y dar un trato deshumanizado”.

“Ya quiero terminar el servicio social, ya me siento cansada físicamente y aburrida por la rutina. Siento estrés al estar con ellos; al principio del servicio estaba entusiasmada, ahorita ya no tanto porque ya estoy cansada”.

En Enfermería, se ha encontrado que existen indicadores que demuestran que la analogía que existe entre la educación, el número de cuidados o actividades que se realizan en turno, los fallecimientos, la relación entre el personal, la satisfacción de las personas a quienes cuidan y la satisfacción personal son un tema de interés para el resultado de una alta productividad. Esto coincide con los resultados de nuestra investigación ya que las principales causas de la distancia en el cuidado de las personas, según plantearon los mismos pasantes, fueron: 1) el priorizar la productividad de actividades, 2) la insatisfacción por falta de comunicación entre el personal, 3) la ausencia de elogiar el trabajo realizado y 4) la falta de oportunidades para su participación (Langemo, Anderson y Volden, 2002).

Con relación a lo anterior, los servicios de salud, específicamente los de Enfermería se han convertido en actividades que permiten a las instituciones obtener recursos y no generar más gastos, por lo que el resultado es la decreciente preocupación por brindar satisfacción a las personas usuarias (Camacho, 2019). Por otro lado, en cuanto a las universidades, éstas ofrecen enseñanza adecuada a nuevas/os estudiantes y tanto la habilidad como la calidad de las acciones se ven reflejadas con mayor satisfacción a comparación del personal trabajador, una cuestión necesaria de mencionar es que el elogiar al personal es de suma importancia para que reflejar satisfacción personal y brindar un cuidado de calidad (Abaunza et al., 2008).

Vinculado a lo anterior, se ha podido constatar en cambio, que al realizar actividades sólo entre pasantes, el ambiente laboral se tornaba distinto, donde este era a partir de una comunicación sin jerarquía:

“Fue diferente que estando con las de base, por ejemplo, trabajando solos los pasantes, nos apoyábamos entre todos, todos hacíamos de todo, si a alguien se le atoraba algo, pues lo sacábamos, nadie decía como “pues yo ya hice lo mío”. Y en cambio, cuando estábamos con las de base, sólo veníamos a sacar lo que nos tocaba y no hacíamos más, porque si hacíamos más de lo que nos tocara, las enfermeras de ahí se agarraban y luego te sobrecargaban o ellas ya no hacían nada. Una vez que nos quedamos solos los pasantes, todos ayudábamos a todos, eso se me hizo algo muy bonito”.

Con ello, damos cuenta que el cuidado que brindan las y los pasantes, una vez que se ven inmersos en el ámbito laboral que implica el servicio social, se basa generalmente en la imitación del personal de salud, conocimiento empírico y réplica de actitudes. A su vez, mismas/os pasantes viven en una transición donde tomar decisiones les genera inseguridad, miedo y sufrimiento por la falta de experiencia a comparación del personal trabajador, lo que podría evidenciar que, en nuestros resultados, la complicidad entre pasantes fue un apoyo entre ellas y ellos y como resultado se generó una comunicación más horizontal y con mayor empatía (Aguilera et al., 2017).

Por otra parte, la mayoría refirió constantemente al periodo denominado *“tiempo muerto”* que se presentaba con frecuencia en los turnos, y que en ellos eran nulas las actividades que se podían realizar:

“Casi siempre les hablo a las abuelas y les digo ‘te voy a acostar o ¿cómo estás?’ , por ejemplo, con Rosy, a ella le pregunto ‘¿cómo estás?’ y me dice ‘bien gracias a Dios’ y me da la mano y ya después no me la quiere soltar; la desamarro, le quito la chamarra, la acuesto y la cambio si está mojada, y después hay que sentarnos hasta que pase el turno y llegue la hora de salir”.

A pesar de que la mayoría refirió que en el turno había *“tiempo muerto”* y con la presencia continua de la cultura institucional, hubo excepciones:

“Tuve muchas llamadas de atención con algunas enfermeras porque me tardaba mucho al acostar a las abuelitas, pero porque intentaba hacerlo con mucha delicadeza y dejarlas cómodas. Se enojaban porque en el tiempo muerto que teníamos. Yo me daba muchas vueltas para ver cómo estaban o cambiarlas si me lo pedían. Me frustraba que me llamaran la atención porque me tomaba mi tiempo, ellas decían que debía hacerlo más rápido, pero yo las veía (a las enfermeras) y ni siquiera les hablaban”.

“Cuando había tiempo muerto, a Amelia, que era dependiente, le cantaba o me la llevaba a pasear por todo el asilo. Me gustaba que me dieran consejos y que me platicaran de su vida...”.

Es importante reconocer que las relaciones jerárquicas más allá de esto son relaciones de poder y cuyo objetivo parece dirigirse a no modificar la práctica profesional dentro de este espacio:

“La relación de pasante a personal no ha sido muy buena, he tenido roces con las de base. Nosotros traemos ideas nuevas y ellas como que están en su confort de no querer hacer cosas que pueden ser mejores para los abuelos. Han llegado a decir que ellas ya llevan 25 años aquí y que no vamos a llegar a decirles cómo se tiene que hacer o a cambiar eso”.

“Yo bajaba a un abuelito cada 20 minutos al jardín para que no estuviera encerrado, pero después tenía problemas con las enfermeras, de que, si empezaba a toser, decían que era porque lo había bajado y mejor ya no lo hice, por como las represalias que venían después”.

A pesar de que el objetivo institucional fuese el no modificar prácticas establecidas, hubo excepciones con algunas(os) pasantes:

“Tuve empatía, por ejemplo, con Ana, ella siempre está en cama, a veces me gustaba sacarla de la cama y pasarla al reposet y llevarla al solecito, no creo que sea bueno que sólo esté en la cama, podemos ponernos en su lugar y a mí no me

gustaría estar aislada de los demás. Me arriesgaba a que me regañaran, pero la sacaba de la cama y la movía en el reposet para que pudiera ver a las personas”.

En el contexto también de denominada cultura institucional, es importante y necesario mencionar que existió un discurso “*joventrónico*” institucional por parte de las y los interlocutores: “*Cambiaría a mucho personal de base, al que ya está grande y ya se puede jubilar, ya para qué están aquí ¡que dejen a los jóvenes! De nada sirve tener aquí a una enfermera que ya está viejita, que no te apoya, que ya batalla hasta para caminar ¡ya mejor que se quede aquí de una vez!*”.

Con base en lo anterior, podemos verificar que las conductas discriminatorias entre colegas ocurren con frecuencia, una consecuencia de esto es el reconocimiento como un conflicto creado por los sindicatos y la sociedad en un área donde la jerarquía y la burocracia pesan más que la calidad de la atención brindada.

4.4. Experiencias de mínimo cuidado humanizado

Como en todos fenómenos sociales, siempre se revelan resistencias frente a los comportamientos colectivos y en esta investigación esto también se hizo visible. Se identificó que algunas de las y los pasantes insisten, sin tener realmente herramientas profesionales para hacerlo, en reconocer a las personas que cuidan como sujetos con una historia, una cultura, y una manera particular de ver el mundo. Un ejemplo que se pudo registrar sobre el cumplimiento del derecho a la familia, a la alimentación, inviolabilidad de comunicaciones privadas, a la integridad y a la igualdad es el siguiente:

“Me fijo en cómo está emocionalmente, si está bien o está mal, teniendo una charla con la persona. Yo creo que como sus cambios de ánimo porque de repente están bien y luego ya están enojados o tristes. Socialmente valoraría cómo se sienten, por ejemplo, cuando les habla su familiar, en cómo reacciona, porque a veces muy felices o a veces muy tristes. Cuando a Sergio le hablan me da mucha risa porque se pone feliz; María llora cuando le llaman y me pone triste; cuando a Carmelita le

llama su nieto, pues ella ya no se acuerda y dice, no yo no tengo nietos a ver de quién eres hijo, eso me da sentimiento”.

“Lo hago bien desde las técnicas, me presento, aunque ya me conocen, les hablo y les digo lo que les voy a hacer, por ejemplo ‘Carmelita, le voy a dar su papilla’ y si quiere un popote se lo doy. Siempre ando al pendiente”.

Sin embargo, nuevamente se identifica que no saben desde dónde y cómo posicionarse, lo que podría representar una mayor vulnerabilidad psicosocial para ellas y ellos como profesionales, cumpliendo de alguna forma parcial sus actividades como se percibe en las acciones dirigidas a vivir, el derecho a la cultura física y a la justicia:

“Una experiencia bonita fue con Luisa, yo nunca había estado con adultos mayores. La manera en la que ella te trata y cómo te hace sentir es bonito, yo sentía que mi tía está en Luisa, que mi tía no murió. Con Ruth, ella caminaba y teníamos que andar atrás de ella para que no se nos escapara, nos poníamos a bailar cuando podía caminar. Ahora que ya está sólo en su silla siento feo, quisiera hacer más por ella, que fuera como cuando nosotros llegamos”.

“Me enojaba mucho que jalaran a un abuelito, yo decía en mi mente, ay ¡por qué lo jalas así! Pero no decía nada porque luego todas se te van encima, una vez que reclamé cuando aventaron a un abuelo, me hicieron a un lado y desde entonces he tenido problemas con las enfermeras”.

Acercarse en dimensiones distintas a la biológica parece generar satisfacción al cuidar, lo que no se expresó en las actividades vinculadas al proceso posterior a bañarles, darles de comer o asearles. Así puede percibirse en esta narrativa, garantizando el derecho a la libre expresión:

“El día de los abuelos les traje a todos un chocolate y todos sentían bonito, José lloró cuando le di un chocolate, lloró y dijo que muchas gracias. Lucía dijo que hace mucho que no probaba un chocolate y que lo iba a guardar; todas las abuelas muy contentas y agradecidas y sentían bonito, se les veía en su cara mucho sentimiento y eso me hizo sentir bien, me hace sentir bien que ellos se sientan bien”.

Desde la observación, pudimos constatar cómo un residente que se encontraba en clínica y no deseaba ingerir alimentos, sólo necesitaba platicar con alguien para comenzar a alimentarse. Una vez que el médico de base interactúa y se implica en la charla, el residente (que hacía días de no alimentarse) comienza a comer. Es aquí donde podemos ubicar otro claro ejemplo sobre el garantismo al derecho a la libre expresión y a la salud y cómo se puede preservar la calidad de vida de una persona que sólo espera expresarse para poder continuar con sus actividades.

Hacer “más” de lo que se espera, es decir, rebasar el cuidado más que en la atención de lo biológico, parece fortalecer a la persona que cuida y a la que recibe un cuidado; el siguiente ejemplo muestra el cumplimiento del derecho a la libertad de consciencia, religiosa y de culto:

“Cuando volvieron a poner las misas, María se emocionó mucho y decía, ay tuvimos misa. Yo me sentí bien contenta con ella porque hubo un tiempo en el que tuvo como depresión, y decía, es que yo ya me quiero morir yo no sé por qué Dios no me lleva, y yo le decía, es que Dios sabe por qué y yo me sentía mal, le decía, y luego con quién me voy a pelear, porque a veces me peleo con ella”.

El simple hecho de cómo referirse a las PAM que residen en este instituto también se convierte en una resistencia para redignificarle. El no infantilizarles es para algunas/os pasantes algo trascendente. En las siguientes narrativas podemos encontrar el cumplimiento del derecho al respeto social y a la identidad de las PAM:

“Aprendes bastante del adulto mayor, desde conocerlos y aprenderles. La gente a veces piensa que son como niños y no, yo creo que son personas que tienen bastante experiencia. Siento que trabajar con un adulto mayor, te enriquece mucho. No siento que sean niños, algunos me dan ternura por cómo me hablan, pero de ninguna forma como minimizarlos”.

“Una buena experiencia que me llevo es por Ramón C., él es el señor al que le dicen ‘el chiquito’, bueno él habla sólo cuando necesita algo y una vez me lo llevé al sillón y me senté para platicar con él. Entró en confianza y me empezó a platicar de él, o

sea de su vida y dónde vivía, incluso me preguntó que yo dónde vivía y sí supo más o menos por dónde y así fue por un momento, ya después se le olvidó”.

Un ejemplo del cumplimiento al derecho a la recreación y cultura fue el siguiente: a través de la búsqueda de información, constatamos que una de las residentes que padecía de Alzheimer, en su juventud practicaba piano. La accesibilidad de un teclado musical permitió afianzar los vínculos entre las y los pasantes y la residente. Algo fuera del objetivo fue que la residente, revivió memorias de su infancia y juventud, recordó partituras sin necesidad de notas y convivió armónicamente el resto del día.

El derecho al cuidado como lo hemos dicho, al ser un derecho transversal se respeta y cumple al garantizarse los demás derechos humanos, una muestra de acto violatorio que se pudo observar fue sobre el derecho a la reinserción social ante un residente que en su pasado había infringido la ley penal; acciones como el poco o nulo contacto con él, el tratarle de forma distinta que a las y los demás residentes y excluirle de forma notoria de actividades fueron sólo algunos ejemplos que conseguimos referir.

A partir de lo anterior podemos mencionar que, las garantías penales, en muchas ocasiones se tornan negativas, se orientan a que una vez cumplida, la sociedad no permite su libre desarrollo y ejercicio de los Derechos Fundamentales. La inclusión de las personas es necesaria desde el fundamento de la dignidad humana, el que alguien haya sido condenado a una pena, no le excluye de su dignidad, su respeto, su integridad física y moral y del ejercicio de sus derechos.

Finalmente, queremos concluir este apartado, dejando la cita que para nosotros fue más relevante como consciencia social y sobre el derecho a vivir y morir dignamente de las personas adultas mayores: *“Fue muy triste ver cómo cada semana salía uno y salía otro. Me sentí muy triste. La muerte la veo como algo muy normal, pero no me hubiera gustado que fallecieran así, faltaron muchas cosas... Faltó... faltaron más cuidados, faltó más amor, no se debieron ir así, no es la forma de irse, sin cuidados dignos”.*

El cuidado humanizado gira en torno a la práctica de los valores personales y profesionales como son: el respeto, la preocupación hacia el pudor, la prudencia ante los actuantes, la sensibilización y la comprensión hacia la vulnerabilidad y el sufrimiento.

El brindar calidez profunda también consta de tener empatía con la persona; ser asertivos, brindar contención emocional cuando se requiera, generar un ambiente de respeto y cordialidad,

permitirles confianza en todo momento y crear siempre un ambiente respetuoso y acogedor son ejemplos claros de cómo lograr una mayor humanización en el cuidado de la Enfermería.

4.5. Conclusión

Los Derechos Humanos se fundamentan en el reconocimiento de la dignidad de las personas y el respeto y garantía de estos. Después de hablar de la observación a partir de este enfoque y de las experiencias narradas por las y los pasantes, podemos contextualizar que en la teoría y en la práctica, el derecho a un cuidado digno necesita ser respetado, protegido y garantizado, así como defenderlo y asegurarlo día con día. Llevar a cabo el cuidado de las PAM desde una postura humanizada también es asistirles todos los días, e interactuar con ellas, permitiéndonos diálogos que preserven lucidez y permitan vivenciar recuerdos.

Aquí es como podemos referir que en el personal de Enfermería: el presentarse, el eliminar el empleo de términos ininteligibles, el comunicarnos al realizar cualquier actividad, el implicarnos con las personas y sus sentires, el propiciar un ambiente cálido y agradable es lo que hace la diferencia entre brindar una atención de Enfermería y brindar un cuidado humanizado.

La práctica es sencilla pero no rápida, en estos tiempos, pequeños detalles pueden hacer la diferencia: preguntar cómo quieren su comida, responder atentamente e implicarse en las actividades, platicar con ellas, evitar juicios de valor, respetar su privacidad o tomarnos un tiempo para corroborar su comodidad también significa dignificar a las personas. El brindar un cuidado humanizado también se trata de permitir el contacto entre hombre y mujeres, chicos y grandes; dejar de lado una cultura biologicista y permitir abrimos, no priorizar la cultura institucional basada en procedimientos administrativos, es ver cómo la jefa de Enfermería también se involucra con el personal de primera línea y cómo el director del Instituto entrega efectivo a cada residente como un medio de dignificación.

Es hablarles a las y los residentes que creemos que no nos van a responder, aprender los gustos de cada persona en cualquier actividad como acercar pajillas, enfriar la comida y hasta brindar cucharas de madera, persignar antes de la comida y peinar antes de la cena. Es hacer notas recordatorias personalizadas para cada PAM. Es también el permitir la libertad de

expresión en cualquier tema; es cantarles y bailar con ellas... tomar un papel que más que el de un cuidador, el de un hijo, el de un nieto y el de un amigo.

CONCLUSIONES

Con la finalidad de responder a los objetivos establecidos en esta tesis y dando pie a nuevas investigaciones que esta pudiera dar paso, lo expuesto a lo largo de este trabajo nos permitió arribar a los serios problemas y múltiples aspectos que giran en torno a la praxis de los Derechos Humanos vinculados con el cuidado de las PAM en instituciones públicas.

En este último apartado se exponen las conclusiones a las que llegamos a partir de las vivencias que las y los pasantes nos narraron en entrevistas, de la observación participante que realizamos y del análisis que se ha generado desde el posicionamiento en el que nos encontramos como defensora y defensores de los Derechos Humanos de una población que ha sido históricamente vulnerada y oprimida.

Recordemos que nuestro principal objetivo ha sido el comprender cómo se configura en términos de humanismo, el cuidado que las y los pasantes de Enfermería otorgan a personas institucionalizadas ante una situación de dependencia total. En este sentido, de acuerdo con los resultados obtenidos en esta investigación y tomando como referencia los objetivos planteados inicialmente, partiremos desde ejes capitulares que se interrelacionan y que nos permiten dar a conocer las conclusiones abordadas en cada uno de ellos.

Primer eje. –

Las experiencias compartidas, la observación participante y las narraciones nos permitieron dar voz a las personas y visibilizar las prácticas y vivencias que sucedieron a lo largo del servicio social de cada pasante desde una forma tanto individual como colectiva.

Comprender las prácticas y trayectorias que sucedieron desde dos perspectivas (desde las PAM y desde las y los pasantes) nos acerca a un aspecto subjetivo que sólo enriquece una investigación cualitativa. Es por lo que el presente trabajo permite contribuir a la construcción de nuevos conocimientos partiendo de reflexiones compartidas, narraciones y acciones que evidencian una serie de violencias que se viven día con día en la búsqueda del acceso y respeto a los derechos humanos -específicamente el derecho al cuidado-.

Recordemos que, en el primer capítulo se han señalado las técnicas y el proceso de recolección de datos que se emplearon por medio de una estrategia que nos permitió observar

un espacio que sucedía en común, implicándonos desde una observación participante e involucrándonos en el contacto con sujetos y estableciendo una convivencia estrecha con nuestras(os) interlocutores para evitar algún cambio en las prácticas y actitudes cotidianas.

A partir de nuestra pregunta de investigación ¿las y los pasantes de Enfermería brindan un cuidado centrado en un paradigma humanista? y, ¿cómo este se afecta o fortalece conforme a las prácticas cotidianas hacia personas adultas mayores institucionalizadas en situación de dependencia total? logramos concluir que las experiencias y reflexiones que las y los pasantes compartieron de viva voz dan evidencia de las series de violencias que se presentan en la búsqueda del respeto, protección y garantía de los Derechos Humanos de esta población. Lo que en este sentido nos llevó a rescatar las categorías resultantes de este trabajo, en donde la más relevante fue *“El cuidado centrado en la institución y la profesión”*, esta misma obedeció más a una perspectiva administrativa que centrada en las PAM con dependencia grave.

Así mismo, podemos confirmar que existen causas tanto contextuales como estructurales que orillan a que las y los pasantes dejen de lado una actitud humana, siendo en este sentido:

a) El ejercicio de prácticas diarias de servicio social en un ambiente generador de estrés debido a una “sobrecarga” de trabajo

Las y los pasantes de Enfermería contaban con distintos estresores que sobresalieron en su práctica de cuidado, siendo estas: dificultades con las relaciones entre el personal y/o residentes, condiciones personales como cansancio físico o mental, falta de tiempo personal, desconocimiento de área en geriatría desde la formación, vivir una nueva etapa académica como lo es el paso de ser estudiante a ser profesional, y el marcado exceso de trabajo heredado del demás personal.

Derivado de lo anterior, la mayoría de las/los pasantes se encontraron rebasados por una sobrecarga de trabajo que les generó estrés, sin embargo, se observó que esta misma no se presentaba durante todo el turno. En periodos cortos intentaban cumplir rápidamente con roles asignados -y no asignados-, y una vez terminadas estas actividades, volvían al control de Enfermería o descansaban en camas/sillones propios de residentes.

A su vez, cumplían con labores siempre y cuando no rebasaran más de lo establecido para evitar que después se les saturara con actividades que *“no les correspondían”*, de lo contrario,

es como posiblemente generaron el llamado Síndrome de Burnout creado principalmente por la burocratización y masificación de actividades planteadas para cumplir una cultura institucional, lo que nos lleva a hablar del siguiente inciso.

b) Una cultura institucional

Estructuralmente las actividades de la institución estuvieron diseñadas para que las y los pasantes llevaran a cabo la mayor parte del trabajo correspondiente al cuidado de las PAM y repitieran prácticas y discursos que directa o indirectamente aprendieron de sus superiores con el propósito de aligerar el trabajo y evitar represalias.

Sin embargo, también es importante profundizar esta discusión desde dos vertientes: las actividades y la actitud que se presentaba cuando sólo se trabajó entre pasantes fueron distintas de cuando había un trabajador formal presente. En el primer caso las/los pasantes trabajaban en equipo y armonía, se apoyaban entre ellos y generaban un ambiente más agradable que repercutía en un mejor cuidado y actividades más personalizadas hacia las y los residentes. Sin embargo, cuando se trabajaba con alguien externo al servicio social, como enfermeras(os) de planta, las y los pasantes cambiaban su actitud y optaban por realizar actividades mínimas e indispensables.

c) El ritmo y la monotonía en las prácticas y rutinas diarias

Por desgracia, algo que observamos fue la clara ruptura de relaciones que se generaba debido a un vínculo de rutina. El deterioro y la disfunción de un cuidado brindado también se encontró en características francas como fueron: la cantidad de trabajo, la repetitividad de las actividades, la falta de autonomía, la estructura jerárquica con establecimiento de roles, las relaciones interpersonales de cada pasante, el diseño del lugar donde se realizan actividades, las mismas actividades que en su mayoría son asistenciales, la duración y turno de la jornada, y la exposición de riesgos físicos, lo que resultó en comportamientos mal adaptativos, ausentismo laboral y una menor empatía hacia el cuidado de las PAM.

d) Las prácticas y los discursos confirman la apatía por desenvolverse en áreas afines a la geriatría

En un escenario principalmente asistencial donde la comunicación es el sustento para las actividades cotidianas, las y los pasantes en su mayoría se encontraron atraídos por priorizar el desarrollo de prácticas biomédicas. Esto se acompaña desde las narraciones en las entrevistas, donde los mismos afirmaron el desagrado por trabajar con personas mayores y su preferencia en torno a desenvolverse en distintas áreas como urgencias, terapia intensiva, quirófanos o pediatría, esto argumentándolo a través del discurso de que los mismos pasantes tienen que *“moverse más y hablar menos”*. Por otro lado, también fueron presentes discursos elitistas que marcaban diferencia entre las actividades realizadas por pasantes provenientes de licenciatura y los provenientes de escuelas técnicas, lo que también marcaba límites para su ejercicio de actividades.

e) La transversalidad educativa está basada en una formación mayormente biologicista

Acerca de las escuelas formadoras del personal de Enfermería, nos queda decir que en su totalidad jerarquizan las asignaturas, y aunque se revisan temas sobre humanismo en el cuidado en algunas, se priorizan aquellas que en teoría y práctica son biologicistas, dejando de lado un aspecto psicosocial u holista, y sin tomar en cuenta dos aspectos que deberían plantearse desde una horizontalidad: la persona que brinda el cuidado y la persona que lo recibe.

f) La interacción-implicación en el cuidado de las PAM se ve rebasada por el uso excesivo de tecnología como lo es el teléfono celular

Las y los pasantes como nuevas generaciones, en su mayoría centraron sus actividades en la cantidad de intervenciones realizadas, que en la calidad que enmarca las mismas. El uso de tecnologías como teléfonos celulares, internet y redes sociales acompañaron el cuidar de Enfermería, alejándoles física y emocionalmente de las PAM, dejando de lado la importancia de la comunicación y del contacto directo con ellas.

g) Los valores propios que se presentaron en su práctica y que mismos compiten entre el decir y el actuar

Las y los pasantes de Enfermería describieron valores asociados a la práctica del cuidado geriátrico, tales como: respeto, honestidad, responsabilidad y paciencia, siendo este último el valor que presenta mayor énfasis en todas las narraciones. Sin embargo, durante las entrevistas, pareciera que la mayoría de nuestras(os) informantes no lograron definirlos o recordar cuáles valores se deberían ejercer en la praxis del cuidado, lo que nos llevó a un sesgo de deseabilidad social, nombrando por última instancia los valores más frecuentes en la vida cotidiana.

A pesar de que las y los prestadores de servicio social de Enfermería son conscientes de que en cualquier práctica se deben ejercer valores, a través de la observación realizada inicialmente, se ha podido constatar que, en gran medida, existe un incumplimiento de ellos en su práctica o bien, una consecuente conversión de la práctica y la narración en completa rutina, por lo que se identifica una necesidad de coherencia entre los valores profesionales y la práctica de estos. Del mismo modo, podemos referir dos resultados más y que no se contemplaron en un inicio:

h) Las barreras generadas por presenciar fallecimientos

En un escenario donde se cuida a personas que se encuentran en la última etapa de su vida, es frecuente presenciar fallecimientos, en conjunto con el brote de la pandemia por COVID-19, existieron casi el doble de ellos. Es en este punto donde se constató un franco distanciamiento entre pasantes y residentes para no verse implicados emocionalmente y, por ende, personalmente afectados por el proceso que la muerte conlleva. Así es como esta situación llevó a muchos brindadores del cuidado a acabar manteniendo actitudes deshumanizadas y alejándose cada vez más de una interacción que necesitaba cercanía.

i) El nulo sostenimiento psicológico y un completo distanciamiento como forma de autocuidado

Derivado de los resultados anteriores es que nos damos cuenta de que las y los pasantes en su servicio social no contaron con acompañamiento psicológico y comprendemos sin excusar, que algunas de las acciones que realizaron fueron mecanismos de autocuidado. Y entonces entendemos que uno de los desafíos a los que nos enfrentamos, es la creciente demanda de necesidades de la población usuaria y hablando de prestadores de salud, mecanismos de autocuidado que son necesarios aplicar: tomar el Derecho al cuidado desde ambas disyuntivas, las PAM y las/los prestadores de salud.

Segundo eje. –

Acerca de las Legislaciones Estatales, nos queda claro que en el país existen estructuras de planes, programas y políticas públicas dirigidas hacia el ejercicio de los Derechos Humanos de las PAM. En este aspecto, concluimos que las leyes y normas que las protegen no siempre se traducen en una cobertura real. Si bien los derechos de las PAM están reconocidos dentro del marco legal, la protección, el respeto y la garantía de ellos sólo se encuentran dentro de textos y apartados legales, por lo que existe la necesidad de crear políticas públicas para el ejercicio pleno del derecho al cuidado en lo que respecta a los recursos con los que el Estado cuenta para garantizar el cuidado de este grupo en particular, ya que estos dependen del sistema de salud de cada país, del funcionamiento que se establece en relación con el contexto económico, político y social de cada nación y de las legislaciones de cada estado.

A partir del análisis de normativas nacionales, podemos ubicar que su elaboración se encuentra justificada desde un enfoque de necesidades físicas de las PAM, expuestas con una característica en común: la autonomía e independencia total o parcial; misma es construida desde la perspectiva de quienes desarrollan las políticas públicas y no desde la voz de la población objetivo, lo cual nos refleja solo algunas de las múltiples carencias que la Legislación Estatal brinda a este grupo de edad. Por lo tanto, consideramos que, dentro del contenido normativo del Estado, no se establecen soluciones suficientes para las necesidades de las PAM, y que las mismas se encuentran en un contexto caracterizado por desigualdad social, crisis económica y una baja cobertura de protección social.

Por otro lado, en una sociedad “*jovencéntrica*”, las construcciones que hemos generado como sociedad han posicionado a este grupo poblacional con una serie de etiquetas que

claramente no favorecen su autonomía. Uno de los resultados que concluye esta investigación es el tipo de discriminación que más común encontramos en un ambiente institucional, denominado infantilismo o edadismo, donde se les ha separado y tratado con inferioridad refiriéndose hacia ellas con términos como “*abuelito*” o “*viejito*” lo que conllevó a la pérdida de su dignidad y propiedad.

En el caso del derecho al cuidado, a pesar de su reconocimiento a nivel internacional como obligación del Estado, aún no es considerado como un derecho inalienable en la vida de cada persona. Más bien, se permite garantizarlo por medio del cumplimiento de los demás derechos fundamentales, pero, en este caso en concreto mientras no se garantizaron los demás, no se ejerció en su totalidad. En nuestro país, el derecho al cuidado sólo se reconoce explícitamente en el artículo nueve de la Constitución Política de la Ciudad de México, dejando una deuda con los demás estados de la República y evidenciando una falta de compromiso del aparato estatal para el acceso real del derecho a recibir adecuadamente un cuidado humanizado.

Tercer eje. –

A lo largo del desarrollo de esta tesis han surgido ideas que permiten abrir futuras líneas de investigación, todas ellas encaminadas a profundizar o ampliar el estudio de los Derechos Humanos dirigidos a las PAM. Para finalizar este apartado, a continuación, se puntualizan algunas líneas que hemos denominado como estrategias de (re)humanización.

Es necesario que los programas de formación y actualización continua en Enfermería integren aspectos que posibiliten desarrollar competencias y habilidades de interacción con las PAM, diseñar planes curriculares basados en valores personales y profesionales y asignaturas con temas humanísticos, evitando jerarquizar temáticas biologicistas de Enfermería, y que las y los enfermeros asuman su papel profesional para la defensa del derecho de las personas mayores a recibir cuidados dignos y humanizados, garantizando la preparación científica, técnica, profesional, ética y humana que debe estar siempre presente en el arte de cuidar que es la Enfermería.

El reconocimiento de una responsabilidad compartida socialmente para mantener un bienestar en común, la necesidad de fomentar el compromiso ciudadano que permita construir redes de solidaridad, dignificación y cooperación dirigidas hacia y desde las mismas PAM y

contar con personal de Enfermería en esta área no sólo es indispensable e importante, el derecho al cuidado debe ser de forma regulada, profesional, responsable, ética y siempre salvaguardando la dignidad de las personas.

Viendo el derecho al cuidado desde ambas posturas, se requiere de crear un marco normativo integral que responda a las necesidades tanto de las y los beneficiarios de los cuidados como de las personas cuidadoras, introduciendo mecanismos que promuevan el valor económico y social de los servicios de atención y cuidado, ya que la ausencia de estos favorece la reproducción de desigualdades marcadas por la edad.

En cuanto a políticas públicas de las PAM, es importante la construcción de una cultura que dignifique el envejecimiento, lo que implica que en el marco generacional se promueva el conocimiento, la aceptación, protección, comprensión, el cariño y respeto de las PAM sin importar el contexto, origen, género, edad, condiciones físicas o sociales, condiciones de salud, creencias, preferencias u opiniones; así como participar en la construcción de una nación donde se permita un espacio para que todas las personas tengan la misma oportunidad de ejercer y recibir plenamente sus Derechos Humanos.

Uno de los desafíos en materia legislativa es la implementación y promoción de políticas públicas que, en trabajo con los demás grupos sociales, respondan a los intereses y necesidades reales de las PAM. Esto para lograr su integración social a través de la igualdad, la dignidad, justicia, respeto y dignidad que permitan la mejora de su calidad de vida.

Es importante enfatizar en el carácter ético y humano que el Derecho al cuidado tiene hacia las PAM, viéndolas como personas biopsicosociales y como sujetos con derecho a una adecuada calidad de vida y apoyo social. Las y los profesionales de salud debemos considerar a este grupo de población a partir de su dignidad, misma que no debería perderse por ningún motivo.

Es necesario abordar que inmerso en el derecho al cuidado también encontramos el derecho a recibir un trato digno y hablando del espacio en donde las PAM se encuentran, podríamos comenzar en este aspecto a transformar las instituciones de cuidado en lugares más amables y centrados en las personas. Brindar de forma estandarizada un cuidado y trato digno a todas y todos los residentes pero personalizando la asistencia y escuchando las necesidades particulares de cada persona, aún cuando esta no lo pueda externar y más que como un paciente o como formas sin subjetividad, tratarle como una persona íntegra.

Partiendo desde una perspectiva estructural, una inquietud que surgió en común es el problematizar las condiciones de trabajo y los efectos que un contexto de cultura administrativa conlleva a las y los trabajadores de salud en el instituto geriátrico. Con referencia a lo anterior, se requieren brechas que permitan reformular los sistemas a través de distintas miradas: desde las políticas, normas y legislaciones, hasta la transformación de los planes curriculares y la investigación de academias, específicamente en geriatría, gerontología y cuidados paliativos.

En cuanto a transformar distintos aspectos con el interés de respetar, proteger y garantizar el derecho al cuidado dirigido a toda la población, el Estado tiene la obligación de diseñar políticas públicas y promover acciones que permitan generar espacios de cuidado humanizado, implicando a su vez cuidar de las personas que prestan cuidados.

Con referencia a esto, algunos puntos que debemos resaltar entorno a prácticas saludables son las siguientes: acerca del cuidado de la salud mental de las y los prestadores de servicio social, es necesario proporcionar un acompañamiento psicológico y contención emocional, mantener redes de apoyo; rotar constantemente a las y los trabajadores de esta institución a otras instancias, desde lo individual se necesita el reconocimiento de emociones; crear proyectos de promoción de salud a cuidadores de geriatría, implementar exámenes y pruebas constantes para conocer el estado psicológico en que se encuentran, complementar el ingreso de pasantes al instituto con instrumentos vocacionales para canalizar a las y los estudiantes a la práctica donde se puedan desenvolver mejor; motivar a las y los trabajadores de una forma personal; brindar talleres de Derechos Humanos, concientización sobre el cuidado de las PAM, dignificación de la vejez y actividades de acercamiento e implicación hacia ellas, diseño e implementación de manuales acerca de la atención y actividades ocupacionales en instituciones de cuidado geriátrico dirigidas específicamente a PAM con dependencia total.

Finalmente, esta tesis nos ha llevado a pensar que la defensa de los Derechos Humanos en el cuidado requiere el compromiso de abandonar el paternalismo y el narcisismo que ha caracterizado a las y los trabajadores de la salud durante años, promoviendo relaciones más horizontales, sin preferencias, y un reconocimiento más humanizado de la dignidad de las personas. Comprender la necesidad de afrontar la experiencia de una forma más empática, que, aunque no puedan valerse por sí mismos, no dejan de ser personas.

BIBLIOGRAFÍA

INTERNET

- ANUIES. (2020). *La Educación Superior en el Siglo XXI*. ANUIES. <http://planeacion.uaemex.mx/InfBasCon/LaEducacionSuperiorenelSigloXXI.pdf>
- Asamblea Médica Mundial. (1989). *Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial*. Recomendaciones para guiar a los médicos en la investigación biomédica en personas. http://www.conamed.gob.mx/prof_salud/pdf/helsinki.pdf.
- Baez y Pérez de Tudela, J., B. (2014). *El método cualitativo de investigación desde la perspectiva de marketing: el caso de las universidades públicas de Madrid*. UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID. <https://eprints.ucm.es/id/eprint/29615/1/T35974.pdf>
- BBC News. (2015). *Florence Nightingale: la dama de la lámpara que salvó vidas con las matemáticas*. BBC News Mundo Noticias. https://www.bbc.com/mundo/noticias/2015/05/150427_florence_nightingale_matematicas_fin_de_dv
- BBC News Mundo. (2018). Qué hay detrás de la "extraordinaria" reducción de las tasas de fecundidad en el mundo (y por qué los expertos no se lo esperaban). BBC News Mundo Noticias. <https://www.bbc.com/mundo/noticias-46148571>.
- Becerra Laparra, K. y D'Hyver de las Desses, C. (2017). *EN MÉXICO SÓLO EXISTEN 401 MÉDICOS GERIATRAS CERTIFICADOS*. Boletín UNAM. Dirección General de Comunicación Social. https://www.dgcs.unam.mx/boletin/bdboletin/2017_556.html
- Brenes Camacho, G., Masís Fernández, K. y Rapso Brenes, M. (2020). *II Informe estado de situación de la persona adulta mayor*. Archivo CEPAL. https://archivo.cepal.org/pdfs/ebooks/segundo_Informe_estado_persona_adulta_mayor_Costa_Rica.pdf.
- CAAS. (2015). *Censo de Alojamiento de Asistencia Social 2015*. INEGI. <https://www.inegi.org.mx/programas/caas/2015/>
- Carmona, J., Sanz, J. y Marín, D. (2002). *Relaciones entre el síndrome de burnout y el clima laboral en profesionales de enfermería*. Interpiquis. <http://www.intersalud.es>.
- CEPAL. (2022). *Comisión Económica para América Latina y el Caribe*. Sobre el cuidado y las políticas del cuidado. <https://www.cepal.org/es/sobre-el-cuidado-y-las-politicas-de-cuidado>
- CNDH. (2012). *Marco Normativo Comisión de los Derechos Humanos*. Norma Oficial Mexicana NOM-031-SSA3-2012, Asistencia Social. Prestación de Servicios de Asistencia Social a Adultos y Adultos Mayores en situación de riesgo y vulnerabilidad. <https://www.cndh.org.mx/DocTR/2016/JUR/A70/01/JUR-20170331-NOR32.pdf>.
- CNDH. (2018). *Comisión Nacional de los Derechos Humanos*. Los Derechos Humanos de las Personas Mayores. <https://www.cndh.org.mx/sites/all/doc/cartillas/2015-2016/27-DH-Adultos-Mayores.pdf>
- COMCE. (2019). *Consejo Mexicano de Certificación de Enfermería*. ¿Qué es la Certificación en Enfermería de COMCE A.C.?. https://comceac.com/?page_id=113.
- Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (2015). *Medición de la Pobreza*. Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social. <https://www.coneval.org.mx/Medicion/Paginas/Pobreza-municipal.aspx>
- Consejo Nacional para el Desarrollo y la Inclusión de las Personas con Discapacidad. (2015). *La Convención de los Derechos de las Personas con Discapacidad*. CONADIS. <https://www.gob.mx/conadis/articulos/la-convencion-de-los-derechos-de-las-personas-con-discapacidad?idiom=es>.
- Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación (CONAPRED). (2007). CONAPRED. https://piensadh.cd hdf.org.mx/images/publicaciones/investigacion_y_analisis/2007_Discriminacion_democracia_lenguaje_genero.pdf.

- CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE LA CIUDAD DE MÉXICO (2017). DERECHO A LA VIDA DIGNA. Constitución publicada en el Diario Oficial de la Federación el 5 de febrero de 1917. [https://books.google.com.mx/books?id=vpHGDwAAQBAJ&lpg=PT31&ots=7KlhmcWZij&dq=%E2%80%9CToda%20persona%20tiene%20derecho%20al%20cuidado%20que%20sustente%20su%20vida%20y%20le%20otorgue%20los%20elementos%20materiales%20y%20simb%C3%B3licos%20para%20vivir%20en%20sociedad%20a%20lo%20largo%20de%20toda%20su%20vida.%20Las%20autoridades%20establecer%C3%A1n%20un%20sistema%20de%20cuidados%20que%20preste%20servicios%20p%C3%ABlicos%20universales%2C%20accesibles%2C%20pertinentes%2C%20suficientes%20y%20de%20calidad%20y%20desarrolle%20pol%C3%ADticas%20p%C3%ABlicas.%20El%20sistema%20atender%C3%A1%20de%20manera%20prioritaria%20a%20las%20personas%20en%20situaci%C3%B3n%20de%20dependencia%20por%20enfermedad%2C%20discapacidad%2C%20ciclo%20vital%2C%20especialmente%20la%20infancia%20y%20la%20vejez%20y%20a%20quienes%2C%20de%20manera%20no%20remunerada%2C%20est%C3%A1n%20a%20cargo%20de%20su%20cuidado%E2%80%9D%20\(art%C3%ADculo%209%2C%20inciso%20b\).&pg=PP1#v=onepage&q&f=false](https://books.google.com.mx/books?id=vpHGDwAAQBAJ&lpg=PT31&ots=7KlhmcWZij&dq=%E2%80%9CToda%20persona%20tiene%20derecho%20al%20cuidado%20que%20sustente%20su%20vida%20y%20le%20otorgue%20los%20elementos%20materiales%20y%20simb%C3%B3licos%20para%20vivir%20en%20sociedad%20a%20lo%20largo%20de%20toda%20su%20vida.%20Las%20autoridades%20establecer%C3%A1n%20un%20sistema%20de%20cuidados%20que%20preste%20servicios%20p%C3%ABlicos%20universales%2C%20accesibles%2C%20pertinentes%2C%20suficientes%20y%20de%20calidad%20y%20desarrolle%20pol%C3%ADticas%20p%C3%ABlicas.%20El%20sistema%20atender%C3%A1%20de%20manera%20prioritaria%20a%20las%20personas%20en%20situaci%C3%B3n%20de%20dependencia%20por%20enfermedad%2C%20discapacidad%2C%20ciclo%20vital%2C%20especialmente%20la%20infancia%20y%20la%20vejez%20y%20a%20quienes%2C%20de%20manera%20no%20remunerada%2C%20est%C3%A1n%20a%20cargo%20de%20su%20cuidado%E2%80%9D%20(art%C3%ADculo%209%2C%20inciso%20b).&pg=PP1#v=onepage&q&f=false)
- CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS. (2020). *CÁMARA DE DIPUTADOS DEL H. CONGRESO DE LA UNIÓN*. Constitución publicada en el Diario Oficial de la Federación el 5 de febrero de 1917. http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf_mov/Constitucion_Politica.pdf.
- Convención Americana sobre Derechos Humanos. Pacto de San José. (2006). *Convención Americana sobre Derechos Humanos. Pacto de San José*. Artículo 11.1 y 11.2. <https://www.corteidh.or.cr/tablas/17229a.pdf>
- Convención Interamericana. (2017). *Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores*. Tratados Multilaterales interamericanos. http://www.oas.org/es/sla/ddi/docs/tratados_multilaterales_interamericanos_a-70_derechos_humanos_personas_mayores.pdf
- Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores. (2015). *Tratados Multilaterales Interamericanos*. Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores. https://www.oas.org/es/sla/ddi/tratados_multilaterales_interamericanos_A-70_derechos_humanos_personas_mayores.asp
- CUIDEO. (2019). *Cuidado de mayores*. Comunicación con personas mayores: Consejos para lograrlo. <https://cuideo.com/blog-cuideo/buena-comunicacion-personas-tercera-edad/>.
- CUSUR. (2021). *Servicio social de Enfermería*. CUSUR. http://www.cusur.udg.mx/es/sites/default/files/reglamento_de_servicio_social_enfermeria.pdf.
- Declaración Universal de los Derechos Humanos. (2012). *Comisión Nacional de los Derechos Humanos*. Declaración Universal de los Derechos Humanos. Artículo 1. https://www.cndh.org.mx/sites/all/doc/Programas/Discapacidad/Declaracion_U_DH.pdf
- DENUE. (2018). *Directorio Estadístico Nacional de Unidades Económicas 2018, Información para la actualización e incorporación de unidades económicas al DENUE. Datos a noviembre de 2018*. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. <https://www.inegi.org.mx/rnm/index.php/catalog/341>.
- El Economista. (2018). *El Economista*. Sólo el 11 por ciento del personal de enfermería en México tiene una especialidad. <https://www.economista.com.mx/capitalhumano/Solo-el-11-por-ciento-del-personal-de-enfermeria-en-Mexico-tiene-una-especialidad-20180827-0102.html>
- Encuesta Nacional sobre Discriminación . (2017). *Resultados sobre personas mayores*. Encuesta Nacional sobre Discriminación 2017. https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/615376/ENADIS_Resultados_PM_web_Ax.pdf

- ENDIREH. (2016). *Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH) 2016*. Sistema Nacional de Información Estadística y Geográfica, el Instituto Nacional de Estadística y Geografía. <https://www.inegi.org.mx/programas/endireh/2016/>.
- Espinoza Cid, R. y Ríos Higuier, S. (2017). *Academia. EL DIARIO DE CAMPO COMO INSTRUMENTO PARA LOGRAR UNA PRÁCTICA REFLEXIVA*. https://www.academia.edu/33837754/EL_DIARIO_DE_CAMPO_COMO_INSTRUMENTO_PARA_LOGRAR_UNA_PR%C3%81CTICA_REFLEXIVA.pdf.
- Federación Iberoamericana de Asociaciones de Personas Adultas Mayores. (2013). *Mitos, realidades y prejuicios hacia la vejez*. Federación Iberoamericana de Asociaciones de Personas Adultas Mayores. <https://fiapam.org/mitos-realidades-y-prejuicios-hacia-la-vejez/>
- Ibarra, M. (2018). *Lydia Hall: Biografía y Teoría en Enfermería*. Lifeder. <https://www.lifeder.com/lydia-hall/>.
- Iglesias de Ussel, J. (2009). *La soledad en las personas mayores: Influencias Personales, Familiares y Sociales*. Observatorio de personas mayores. <https://fiapam.org/wp-content/uploads/2014/11/La-soledad-en-las-personas-mayores.pdf>.
- INAPAM. (2016). *Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores*. Envejecimiento y sexualidad no son excluyentes. <https://www.gob.mx/inapam/prensa/envejecimiento-y-sexualidad-no-son-excluyentes?idiom=es>
- INAPAM. (2018). *Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores*. Pensión alimentaria, un derecho de adultos mayores. <https://www.gob.mx/inapam/es/articulos/pension-alimentaria-un-derecho-de-adultos-mayores-174021?idiom=es>.
- INAPAM. (2019). *Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores*. Envejecimiento y vejez. <https://www.gob.mx/inapam/articulos/envejecimiento-y-vejez?idiom=es>.
- INAPAM. (2021). *INSTITUTO NACIONAL DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES, PROGRAMA ANUAL DE TRABAJO 2021*. INAPAM. <http://www.bienestar.gob.mx/work/models/INAPAM/Transparencia/PlanesProInf/PAT2021.pdf>.
- INGER. (2021). *Prevención de la Discriminación y Maltrato en las Personas Mayores 2022-II*. Instituto Nacional de Geriátría. <http://inger.gob.mx/course/view.php?id=127>
- INEGI. (2016). *Censo de Alojamientos de Asistencia Social CAAS Síntesis metodológica y conceptual*. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. https://inegi.org.mx/contenidos/productos/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/nueva_estruc/702825089870.pdf
- INEGI. (2021). *Instituto Nacional de Estadística y Geografía*. Población Total. <https://www.inegi.org.mx/temas/estructural/>.
- INMUJERES. (2015). *Instituto Nacional de las Mujeres*. Situación de las personas adultas en México. http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos_download/101243_1.pdf.
- Instituto Nacional de Geriátría. (2017). *Envejecimiento*. Gobierno de México. <http://www.geriatria.salud.gob.mx/contenidos/institucional/envejecimiento.html>.
- Instituto Nacional de Geriátría. (2022). *Instituto Nacional de Geriátría*. Enseñanza de la Geriátría. <http://www.geriatria.salud.gob.mx/contenidos/ensenanza/ensenanza-geriatria.html>
- Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores. (2002). Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. Capítulo II de los Derechos. Artículo 5, fracción I. <https://mexico.justia.com/federales/leyes/ley-de-los-derechos-de-las-personas-adultas-mayores/titulo-segundo/capitulo->
- Ley General de Salud. (2007). *Estados Unidos Mexicanos*. Diario Oficial de la Federación. <http://www.salud.gob.mx/cnts/pdfs/rlgs.pdf>.
- Ley General de Salud. (2009). *Secretaría de Gobernación. Diario Oficial de la Federación*. DECRETO por el que se reforma el artículo 51 y se adicionan los artículos 51 Bis 1, 51 Bis 2 y 51 Bis 3 a la Ley General de Salud.

- http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5087524&fecha=17/04/2009#:~:text=Art%C3%A Dculo%2051%20Bis%201.,se%20le%20indiquen%20o%20apliquen.
- Ley General de Salud. (2014). *Estados Unidos Mexicanos: Diario Oficial de la Federación*. Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud. http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regley/Reg_LGS_MIS.pdf.
- Líder. (2018). *Geriatría, la especialidad médica que está en busca de profesionales*. Líder Empresarial. <https://www.liderempresarial.com/geriatria-la-especialidad-medica-que-esta-en-busca-de-profesionales/>
- Manjarres Proaño, M., V. (2017). *La Actividad Física en la Flexibilidad del Adulto Mayor del Cantón Ambato*. UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO. <https://repositorio.uta.edu.ec/bitstream/123456789/25505/1/Miguel%20Vladimir%20Manjarres%20Proa%C3%B1o.pdf>.
- Mead, G. (1934). *Mind, Self and Society from the Standpoint of a Social Behaviorist*. Social Science Open Access Repository (SSOAR). <https://www.ssoar.info/ssoar/handle/document/50777>.
- Muñoz Buitrago, D., Parada Silva, J. y Prada Rodríguez, M. (2017). *Filosofía y personalismo en un mundo de crisis*. Relación entre humanismo y personalismo, y su pertinencia para la educación en la actualidad. https://repositorio.ucatolica.edu.co/bitstream/10983/19494/1/Filosof%C3%ADa-y-personalismo-en-un-mundo-en-crisis-T02_Cap01.pdf
- Murueta Reyes, M. (2022). *Asociación Mexicana de Alternativas en Psicología*. Inteligencia y niveles de metacognición simultánea. Capacidad intelectual y niveles de metacognición simultánea en la teoría de la praxis. <http://amapsi.org/web/articulos/inteligencia-y-niveles-de-metacognicin-simultnea>.
- NIH. (2017). *National Institute of Aging*. Establecimientos residenciales, centros de vida asistida y asilos de ancianos. <https://www.nia.nih.gov/espanol/establecimientos-residenciales-centros-vida-asistida-asilos-ancianos>.
- NOM-012-SSA3-2012. (2013). SSA. *Norma Oficial Mexicana NOM-012-SSA3-2012 que establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos*. Diario Oficial de la Federación. http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5284148&fecha=04/01/2013.
- Núremberg, J. (1947). *Código de Núremberg*. Código de Núremberg. https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/343569/2.INTL._Cod_Nuremberg.pdf.
- Organización Mundial de la Salud. (2000). Informe sobre la salud en el mundo, 2000: mejorar el desempeño de los sistemas de salud. Organización Mundial de la Salud. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42357>.
- ONU. (2015). *Programa de ONU. Agua para la Promoción y la Comunicación en el marco del Decenio y Consejo de Colaboración para el Abastecimiento de Agua y Saneamiento*. Organización de las Naciones Unidas. https://www.un.org/spanish/waterforlifedecade/pdf/human_right_to_water_and_sanitation_media_brief_spa.pdf.
- OPS/CIOMS. (2016). *Pautas éticas internacionales para la investigación relacionada con la salud con seres humanos*. 4º Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas. CIOMS. https://cioms.ch/wp-content/uploads/2017/12/CIOMS-EthicalGuideline_SP_INTERIOR-FINAL.pdf.
- Osorio, D. (2018). *MISTATAS. LOS DERECHOS HUMANOS DE LOS ADULTOS MAYORES - DERECHO A LA RECREACIÓN, ESPARCIMIENTO Y AL DEPORTE*. <https://www.mistatas.com/post/2018/05/24/los-derechos-humanos-de-los-adultos-mayores-derecho-a-la-recreaci%C3%B3n-esparcimiento-y-al>
- Oxford Dictionary. (2021). *Oxford Dictionary*. Aging. <http://oxforddictionaries.com/?region=us>
- PENSIONISSSTE. (2017). *Gobierno del Estado, Pensionissste*. Día del Adulto Mayor. <https://www.gob.mx/pensionissste/articulos/dia-del-adulto-mayor-123010?idiom=es>.

- Procuraduría Federal del Consumidor. (2018). *Procuraduría Federal del Consumidor*. Asilos. Una alternativa para el cuidado y atención de los adultos mayores. <https://www.gob.mx/profeco/documentos/asilos-una-alternativa-para-el-cuidado-y-atencion-de-los-adultos-mayores?state=published>.
- Quevedo, L. (2017). *Plano Informativo*. En SLP hay solo 15 geriatras. <https://planoinformativo.com/541651/en-slp-hay-solo-15-geriatras/>
- Quezada Martínez, M. (2010). *Despojo y Despersonalización del Paciente Hospitalizado*. Grupo CEDVA. <https://cedva-leo.blogspot.com/2010/01/despojo-y-despersonalizacion-del.html>
- Quinatoa, S. (2021). *Fundación Regional de Asesoría en Derechos Humanos*. Derecho a la alimentación adecuada de los adultos mayores. <https://inredh.org/derecho-a-la-alimentacion-adecuada-de-los-adultos-mayores/>
- Pinazo Hernandis, S. (2019). *La infantilización es una forma de edadismo*. Amigos de los mayores: <https://amigosdelosmayores.org/es/actualidad/investigacion/infantilizacion-forma-edadismo-pinazo>
- Rada Cadena, D., M. (2006). *EL RIGOR EN LA INVESTIGACIÓN CUALITATIVA: TÉCNICAS DE ANÁLISIS, CREDIBILIDAD, TRANSFERIBILIDAD Y CONFIRMABILIDAD*. Capacidad.es. <https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:at-YJ8T36U0J:https://www.capacidad.es/sica09/Comunicaciones/C202%2520Credibilidad.doc+&cd=1&hl=es-419&ct=clnk&gl=mx>.
- Rangel, Y. (2021). Nuevas posturas frente al cuidado son necesarias y urgentes. (E. D. Disidentes, Entrevistador).
- Ríos Ruíz, A. y Fuente del Campo, A. (2017). *El derecho humano a la salud frente a la responsabilidad médico-legal: una visión comparada*. Comisión Nacional de Derechos Humanos. Compendio: <https://www.corteidh.or.cr/tablas/r37807.pdf>.
- Rodríguez, A. (2019). *PULSO*. *Diario de San Luis*. El derecho al cuidado: <https://pulsoslp.com.mx/opinion/el-derecho-al-cuidado/899366>.
- Rodríguez, G. (2021). *La Jornada*. Derecho al cuidado. <https://www.jornada.com.mx/2021/05/07/opinion/016a2pol>.
- Ros, J. (2020). *Centro Internacional sobre el Envejecimiento*. Los cuidadores de mayores también se aburren. <https://cenie.eu/es/blogs/envejecer-en-sociedad/los-cuidadores-de-mayores-tambien-se-aburren>
- Salazar Carrión, L., Islas Azais, H., Serret Bravo, E. y Salazar Ugarte, P. (2007). *DISCRIMINACIÓN, DEMOCRACIA, LENGUAJE Y GÉNERO*. Biblioteca unicaribe. https://piensadh.cd hdf.org.mx/images/publicaciones/investigacion_y_analisis/2007_Discriminacion_democracia_lenguaje_genero.pdf.
- Santiago, D. (2019). *Buscan que asilo no sea un tabú*. El Heraldo de Aguascalientes. <https://www.heraldo.mx/buscan-que-asilo-no-sea-un-tabu/>
- Serrato, A. (2021). Enfermería Clínica. (E. D. Disidentes, Entrevistador).
- Ugarriza Giaimo, S. (2015). *SlideShare from Scribd*. Comunicación Efectiva. <https://pt.slideshare.net/STEFUG/comunicacion-efectiva-46588843/2>.
- UNESCO. (2005). *Declaración universal sobre Bioética y Derechos Humanos*. Instrumentos normativos. http://portal.unesco.org/es/ev.php-URL_ID=31058&URL_DO=DO_TOPIC&URL_SECTION=201.html.
- Urra, F. (2007). *Psicología y Código Deontológico: Estudio Empírico Basado en Dilemas Éticos*. UNIVERSIDAD DE A CORUÑA: <https://core.ac.uk/download/pdf/61897755.pdf>
- Webster, M. (2021). *Online dictionary (Concise Encyclopedia)*. Aging. <http://www.merriam-webster.com/dictionary/aging>
- Wurz, J. (2014). *Swissinfo*. *Nothing to hide*. Se buscan: jóvenes doctores para pacientes mayores. https://www.swissinfo.ch/spa/penuria-de-m%C3%A9dicos_se-buscan--j%C3%B3venes-doctores-para-pacientes-mayores/40536408

LIBROS

- Álvarez, C., L. (2005). *La antología de lo humano del primer Freire*. Porrúa.
- Ander Egg, E. (1995). *Técnicas de investigación social* (24ª ed.). Editorial Lumen.
- Andréu Abela, J., García, N., A. y Pérez, C., A. (2007). *Evolución de la teoría fundamentada como técnica de análisis cualitativo*. Centro de Investigaciones Sociológicas.
- Arés Muzio, P. (2010). *La familia. Una mirada desde la Psicología*. Editorial Científico Técnica.
- Barros Lezaleta, C. y Muñoz Mickle, M. (2001). *Informe investigación Fondecyt "La familia del adulto mayor"*. Fondecyt.
- Burijovich, J. y Pautassi, L. (2005). *Calidad del empleo y calidad de la atención en la salud de Córdoba Argentina. Aportes para políticas laborales más equitativas*. CEPAL.
- Charmaz, K. (2013). *La teoría fundamentada en el siglo XXI: Aplicaciones para promover estudios sobre la justicia social*. Gedisa.
- Dabove Caramuto, M. (2002). *Los derechos de los ancianos*. Argentina.
- Denzin, N., K. y Lincoln, Y. (2012). *Manual de investigación cualitativa. El campo de la investigación cualitativa*. Gedisa.
- Fernández Fernández, M. y Santo Tomás, M. (2016). *Fundamentos históricos, teóricos y metodológicos de la Enfermería*. DAE.
- García López, V. y Rojas Ocaña, J. (2017). *Cambios propios del proceso de envejecimiento. Enfermería del Anciano*. (3ª ed.). DAE.
- Gibbs, G. (2012). *Análisis de datos cualitativos en investigación Cualitativa*. Morata.
- Glaser, B. y Strauss, A. (1967). *The Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research*. Aldine Publishing Company.
- Glaser, B. y Strauss, A. (1999). *The Discovery Grounded Theory: Strategies or quolitative research*. Aldine de Gruyter.
- Goffman, E. (2001). *Internados: Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. Amorrortu.
- Guerrero Ramírez, R., Meneses La Riva, M. y de la Cruz Ruiz, M. (2015). *Cuidado humanizado de enfermería según la teoría de Jean Watson*. Callao.
- Hernández Sampieri, R., Fernández, C. C. y Baptista, L. (2014). *Metodología de la investigación* (6a. ed.). McGraw-Hill.
- Instituto Nacional de Estadística e Informática. (INEI). (2005). *Compendio Estadístico Sociodemográfico*. Gráfico Monterrico. S. A.
- Leininger, M. (1994). *Evaluation criteria and critique of qualitative research studies. Qualitative research methods*. Sage Publications.
- Lincoln, Y. y Guba, E. (1985). *Naturalistic inquiri*. Sage Publications.
- López Ortega, M. y Aranco, N. (2018). *Envejecimiento y atención a la dependencia en México*. BID-Eurosocial.
- Luis Martí, M. y Estada de Ellis, S. (2017). *Enfermería en la atención al adulto mayor*. Ediciones Médicas del Sur SRL.
- Mead, M. (2002). *Cultura y compromiso. Estudio sobre la ruptura generacional*. Editorial Gedisa.
- Meza, J. L. y Páez, R. (2016). *Familia, Escuela y Desarrollo Humano*. Bogotá. Editorial Kimpres.
- Morello, M. (2001). *El Proceso Civil Moderno*. Editorial Librería Platense.
- Murillo, J. (2007). *Investigación Iberoamericana sobre Eficacia Escolar*. Convenio Andrés Bello.
- Ñaupas Paitán, H., Palacios Villela, J., Valdivia Dueñas, M. y Romero Delgado, H. (2018). *Metodología de la investigación cuantitativa y cualitativa y redacción de la tesis*. (4ª ed.). Ediciones de la U.
- Prieto, O. y Vega, E. (2000). *Atención del anciano en Cuba. Desarrollo y perspectiva*. PALCO.
- Quintero Osorio, M. (2011). *La salud de los adultos mayores: una visión compartida*. Organización Panamericana de la Salud, PLATEX.
- Salkind, N. (1998). *El papel y la importancia de la investigación*. Prentice Hall.

- Schettini, P. y Cortazzo, I. (2015). *Análisis de datos cualitativos en la investigación social. Procedimientos y herramientas para la interpretación de información cualitativa*. Editorial de la Universidad Nacional de La Plata.
- Schettini, P. y Cortazzo, I. (2016). *Técnicas y estrategias en la investigación cualitativa*. Editorial de la Universidad de la Plata.
- Strauss, A. y Corbin, J. (2002). *Bases de la investigación cualitativa, técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada*. Universidad de Antioquía.
- Velasco, G., A. (2009). *La persistencia del humanismo republicado en la conformación de la nación y el Estado en México*. Secretaría de Desarrollo Institucional: Dirección General de Publicaciones y Fomento Editorial.
- Woods, P. (1998). *Investigar el arte de la enseñanza. El uso de la etnografía en la educación*. Editorial Paidós.

REVISTAS

- Abaunza de González, M., Castellanos Rojas, Y., A., García Casallas, L., F. y Gómez Rodríguez, J., M. (2008). ¿Cuál es la productividad de enfermería? *Revista Avances de Enfermería*, 26(2), 91-97.
- Agramonte del Sol, L. y Leiva Rodríguez, J. (2007). Influencia del pensamiento humanista y filosófico en el modo de actuación profesional de enfermería. *Revista Cubana de Enfermería*, 23(1), 1.
- Aguilar Cavallo, G. (2010). Derechos fundamentales-derechos humanos. ¿Una distinción válida en el siglo XXI? *Revistas jurídicas, boletín mexicano de derecho comparado*, 127(1) 15-71.
- Aguilera Rivera, M., Morán Peña, L., Espinosa Rivera, B., P., Galicia Luna, A., López Ruíz, C., M. y García Piña, M., A. (2017). Vivencias del egresado de enfermería en la toma de decisiones clínicas. *Revista Aladefe*, 3(7), 9-19.
- Alberdi Castell, R. y Cuxart Ainaud, N. (2013). Las enfermeras y el derecho a la salud: la defensa del Servicio Nacional de Salud. *Metas de Enfermería*, 16(10), 21-27.
- Alvarado García, A. (2004). La ética del cuidado. *Revista AQUICHAN*, 4(1), 30-39.
- Alvarado García, A. y Salazar Maya, A. (2014). Análisis del concepto de envejecimiento. *Gerokomos*, 25(2), 57-62.
- Aniorte, N. (2003). El proceso de envejecimiento. *Medwave*, 3(11), 11.
- Apodaca Orozco, G., Ortega Pipper, L., Verdugo Blanco, L. y Reyes Barribas, L. (2017). Modelos educativos: un reto para la educación en salud. *Revista Ra Ximhai*, 77-86.
- Aranda Beltrán, C., Pando Moreno, M., Torres López, T., Salazar Estrada, J. y Alderete Rodríguez, G. (2006). Síndrome de burnout y manifestaciones clínicas en los médicos familiares que laboran en una institución de salud para los trabajadores del Estado. *Revista Psicología y Salud*, 16(1), 15-22.
- Arias Delgado, L. (2014). Reseña del libro ¿Qué significa educar en valores hoy? *Revista Internacional de Investigación en Educación*, 6(13), 189-191.
- Ardila Suárez, E. y Rueda Arenas, J., F. (2013). La saturación teórica en la teoría fundamentada: su delimitación en el análisis de trayectorias de vida de víctimas del desplazamiento forzado en Colombia. *Revista colombiana de sociología*, 36(2), 93-114.
- Arguedas Negrini, I. (2010). Involucramiento de las estudiantes y los estudiantes en el proceso educativo. *Revista Iberoamericana sobre Calidad, Eficacia y Cambio en Educación*, 8(1), 63-78.
- Badilla Cavaría, L. (2006). Fundamentos del Paradigma Cualitativo en la Investigación Cualitativa. *Revista de Ciencias del Ejercicio y la Salud*, 4(1), 42-51.
- Becerra Martínez, D., Godoy Sierra, Z., Pérez Río, N. y Moreno Gómez, M. (2007). Opinión del adulto mayor con relación a su estancia en un asilo. *Revista Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social* 7(14), 33-37.
- Blasco León, M. y Ortíz Luis, S. (2016). Ética y valores en enfermería. *Revista Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 24(2), 145-149.

- Braga, M., Coimbra, V., Ribeiro, J., Piexak, D., Backes, D. y Borges, A. (2012). Apoyo emocional ofrecido por el equipo de enfermería a pacientes hospitalizados. *Evidentia*, 9(40).
- Camacho Rodríguez, D. (2019). Aplicación de la bioética ambiental en el ejercicio profesional de la enfermería. *Revista Cubana de Enfermería*, 35(1), 1-11.
- Campo Redondo, M. y Labarca Reverol, C. (2009). La teoría fundamentada en el estudio empírico de las representaciones sociales: un caso sobre el rol orientador del docente. *Revista Opción*, 25(60), 41-54.
- Carabaña, J. y Llamo de Espinosa, E. (1978). La Teoría Social del Interaccionismo Simbólico. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 1(1), 159-203.
- Castañeda Hernández, M., A. (2017). Código deontológico del Consejo Internacional de Enfermeras para la profesión de enfermería. *Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 25(2), 83-84.
- Castillo, E. y Vásquez, M.L. (2003). El rigor metodológico en la investigación cualitativa. *Revista Colombia médica*, 34(3), 164-167.
- Código Consejo Internacional de Enfermeras. (2017). Consejo Internacional de Enfermeras. Código deontológico del Consejo Internacional de Enfermeras para la profesión de enfermería. *Revista Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 25(2), 83-84.
- Corrales Navarro, E. (2011). El lenguaje no verbal: un proceso cognitivo superior indispensable para el ser humano. *Revista Comunicación*, 21(1), 46-51.
- Club alpha. (2017). La importancia de la actividad física en el adulto mayor. *Club alpha*, 1.
- Coltters, C., Güell, M. y Belmar, A. (2019). Gestión del cuidado de enfermería en la persona mayor hospitalizado. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 31(1), 65-75.
- Cruz Rivero, C. (2020). La naturaleza del cuidado humanizado. *Enfermería: Cuidados Humanizados*, 9(1), 21-32.
- De Valle Alonso, M., Hernández López, I., Zúñiga Vargas, M. y Martínez Aguilera, P. (2014). Sobrecarga y Burnout en cuidadores informales del adulto mayor. *Revista Enfermería Universitaria*, 12(1), 19-27.
- Delgado González, A. (2018). La dependencia en la vejez. Definición, características e importancia en el cuidado. *Revista Médica OCRONOS*, 1.
- Díaz Ibáñez, B., Vásquez Méndez, O., Martínez Aragón, R., Clara Santos, Y. y Hernández Arzola, L. (2015). El Síndrome de Burnout en Enfermería: Una Barrera para el Cuidado de Calidad. *Salud y Administración*, 1-4.
- Díaz Manchay, R., Rodríguez Cruz, L. D. y Saavedra Covarrubia, M., E. (2019). Investigación cualitativa etnográfica: una alternativa para los profesionales de enfermería. *Acc Cietna: para el cuidado de la salud*, 6(1), 91-98.
- Escobar Castellanos, B. y Cid Henríquez, P. (2016). Equidad en la atención de salud y enfermería. *Revista de Ciencias Biológicas y de la Salud*, (18), 44-50.
- Fernández Fernández, A. (2002). II Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento. *Revista española de geriatría y gerontología*, 37(2), 1-2.
- Fuentes Reyes, G. y Flores Castillo, F. (2016). La indigencia de adultos mayores como consecuencia del abandono en el Estado de México. *Revista Papeles de Población*, 22(8), 161-181.
- Gadea, C. (2018). El interaccionismo simbólico y sus vínculos con los estudios sobre cultura y poder en la contemporaneidad. *Sociología México*, 33(95), 39-64.
- García Araneda, N. (2007). La educación con personas mayores en una sociedad que envejece. *Horizontes Educativos*, 12(2), 51-62.
- García López, M.V., Molero B, M., Pedraza C, D. y Moraleda T, L. (2014). Cuidados básicos a la persona mayor. *Cuidados básicos para la edad avanzada*, 57-102.
- García Fernández, M. (2010). Educación expresiva. *Educación y Adultos Mayores*, 20(9), 67-88.
- García Pulgarín, L. y García Ortiz, L. (2005). El adulto mayor maduro: condiciones actuales de vida. *Revista Médica de Risaralda*, 11(2), 1-8.

- García Zamora, J. (2016). El acceso del adulto mayor al sistema de transporte público: implicaciones sociales más allá de la movilidad. *Revista Latina*, 464-483.
- Geber, L. (2018). El papel de la enfermera como defensora del paciente. *Nursing*, 35(6), 37-40.
- González González, C. y Ham-Chande, R. (2017). Funcionalidad y salud: una tipología del envejecimiento en México. *Salud Pública de México*, 49(4), 448-458.
- González Mercado, I. (2016). Deserción escolar. *Poiética. Docencia, Investigación y Extensión*, (13), 132.
- González Juárez, L., Velandia Mora, A. y Flores Fernández, V. (2009). Humanización del cuidado de enfermería. De la formación a la práctica clínica. *CONAMED. Suplemento de Enfermería*, 14(1), 40-43.
- González Prieto, R. (2003). El diario como instrumento para la formación permanente del profesor de educación física. *Revista digital*, 9(60), 1.
- Grandini, L. (1996). Principios para una ética personalista. *Revista ISTMO*, 37(4), 250-276.
- Gutiérrez Fernández, R. (2017). La humanización de (en) la Atención Primaria. *Revista Clínica de Medicina de Familia*, 10(1), 29-38.
- Guzmán, J. (2011). La calidad de la enseñanza en educación superior ¿Qué es una buena enseñanza en este nivel educativo? *Perfiles educativos*, 33, 129-141.
- Heras La Calle, G. (2017). Humanizar la sanidad es cosa de todos. ¿Cómo humanizar la neurología? *Revista Científica de la Sociedad Española de Enfermería Neurológica SEDENE*, 4, 1-2.
- Hernández Márquez, C. y Rojas Mancines, J. (2021). Miedo a la muerte en estudiantes de enfermería y cursos de tanatología. *Rev ROL Enferm*, 44(9), 602-609.
- Hernández Flores, G. (1999). Reseña de "Investigar el arte de la enseñanza. El uso de la etnografía en la educación" de Peter Woods. *Tiempo de educar. Revista interinstitucional de investigación educativa*, 1(2), 190-196.
- Hernández Zamora, Z. (2006). Cuidadores del adulto mayor residente en asilos. *Index de Enfermería*, 15(52), 40-44.
- Hernández Zamora, Z. y Ehrenzweig Sánchez, Y. (2008). Percepción de sobrecarga y nivel de burnout en cuidadores formales del adulto mayor institucionalizado. *Revista Enseñanza e Investigación en Psicología*, 13(1), 127-142.
- Inzunza Acedo, B., E. (2017). Los medios de comunicación como fuente de información en la construcción de representaciones sociales de la delincuencia. *Comunicación y sociedad*, (pp 185-201).
- Laguado Jaimes, E., Camargo Hernández, K., Campo Torregroza, E. y Martín Carbonell, M. (2017). Funcionalidad y grado de dependencia en los adultos mayores institucionalizados en centros de bienestar. *Scielo*, 28(3), 135-141.
- Landman Navarro, C., Alvarado Orozco, G., Elgueta Pérez, M., Flores Olivares, B., Gómez Letelier, J. y Herrera Pedraza, M. (2014). Rol de investigación del profesional de Enfermería: fortalezas y barreras. *Rev. iberoam. Educ. investi. Enferm*, 4(2), 28-39.
- Langemo, D., Anderson, J. y Volden, C.. Nursing quality outcome indicators. The North Dakota Study. *J Nurs Adm*, 32(2), 98-105.
- Lennartsson, C. y Silverstein, M. (2001). ¿El compromiso con la vida mejora la supervivencia de las personas mayores en Suecia? El papel de las actividades sociales y de ocio. *Revistas de Gerontología: Serie B: Ciencias Psicológicas y Ciencias Sociales*, 56(6), 335-342.
- León Román, C. (2006). La seguridad del paciente, una responsabilidad en el acto del cuidado. *Revista Cubana de Enfermería*, 22(3), 1-7.
- Llambías Wolff, J. (2015). La enfermedad de los sistemas de salud: Miradas críticas y alternativas. *Rev. Costarricense de Salud Pública*, 24(2), 175-176.
- Llanes Betancourt, C. (2007). Carácter humano y ético de la atención integral al adulto mayor en Cuba. *Revista Cubana de Enfermería*, 23(3), 1-20.

- López Arias, K., Ortíz Cáceres, I. y Fernández Lobos, G. (2018). Articulación de itinerarios formativos en la educación superior técnico profesional. Estudio de un caso en una universidad chilena. *Revista Perfiles Educativos*, 40(160), 174-190.
- Macilwain, C. (2012). Excellence, Ja, Elitism, Non. *Revista Science*, 338, 596-599.
- Marín Laredo, M., Valenzuela Gandarilla, J., Lizalde Hernández, A., Escobedo Colorado, C. y Delgado Ávalos, M. (2020). Estrés laboral en prestadores de servicio social de enfermería en hospitales de Michoacán. *Revista Praxis Investigativa REDIE*, 12(22), 46-57.
- Martínez Bullé-Goyri, V. (2013). Reflexiones sobre la dignidad humana en la actualidad. *Revista Boletín mexicano de derecho comparado*, 46(136), 39-67.
- Mastrapa, Y. y Gibert Lamadrid, M. (2016). Relación enfermera-paciente: una perspectiva desde las teorías de las relaciones interpersonales. *Revista Cubana de Enfermería*.
- Mondragón Sánchez, E., Torre Cordero, E., Morales Espinoza, M. y Landeros Olvera, E. (2015). Comparación del nivel de miedo a la muerte entre estudiantes y profesionales de enfermería en México. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 23(2), 323-328.
- Montero García, I., García Mínguez, J. y Bedmar Moreno, M. (2011). Ciudadanía activa y personas mayores. Contribuciones desde un modelo de educación expresiva. *Revista Iberoamericana de Educación*, 55(5), 1-13.
- Morán, L., Quezada, Y., García, A., González, P., Godínez, S. y Aguilera, M. (2016). Resolver problemas y tomar decisiones, Análisis de la literatura. *Revista Enfermería Universitaria*, 13(1), 47-54).
- Naranjo Hernández, Y., Jiménez Machado, N. y González Meneses, L. (2018). Análisis de algunas teorías de Enfermería y su vigencia de aplicación en Cuba. *Revista Archivo Médico de Camagüey*, 22(2), 231-243.
- Nava Gómez, M., Brito Ortíz, J., Valdez Escobedo, A. y Juárez García, A. (2011). Trato digno otorgado por enfermeras en centros de salud en Morelos, México. *Revista Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 19(2), 91-98.
- Neil Cope, C., Azofeifa Ugalde, E. y Calderón Montero, L. (2013). Intervención del y la profesional de enfermería ante las necesidades religiosas de la persona hospitalizada. *Revista Enfermería en Costa Rica*, 33(2), 58-65.
- Noriega Cantú, A. (1969). Concepto Jurídico y Filosófico de los Derechos del Hombre. *Revista jurídica de la Universidad Iberoamericana*, (1), 188-189.
- Ortega Vargas, C. (2002) El cuidado de enfermería. *RevMexEnf Cardiol*, 10(3), 88-90.
- Pacheco López, P., Estévez Ramos, R., Basset Machado, I., Barco González, A. y Sánchez Soto, J. (2016). Repercusión de los Dispositivos Móviles en la atención de enfermería a usuarios en estado crítico. *Revista Cubana de Enfermería*, 32(4), 1-32.
- Placeres Hernández, J., de León Rosales, L. y Delgado Hernández, I. (2011). La familia y el adulto mayor. *Revista Médica Electrónica*, 33(4), 472-483.
- Peña Galbán, L., Mena Fernández, M., Cardoso Hernández, J. y Placeres Collot, M. (2007). La Teoría Marxista sobre el Humanismo. *Revista Humanidades Médicas* 7(2), 0-0.
- Pérez Cázares, M. (2019). El acceso a la justicia de las personas adultas mayores. El Nuevo Derecho Procesal Geriátrico. *TraHs*, (5), 67-81.
- Pope, C, Campbell, R.. (2001). Investigación cualitativa en obstetricia y ginecología. *Revista Obstetricia y Ginecología*. 108(3) 233-237.
- Quintana Cabañas, J. (2022). Pedagogía Humanista. La crisis del humanismo en la modernidad. *Revista Española de Pedagogía*, (243), 209-230.
- Ricoy Lorenzo, C. (2006). Contribución sobre los paradigmas de investigación. *Revista do Centro de Educação*, 31(1), 1-13.
- Rivas, R. (2019). El humanismo ante los desafíos actuales: una mirada desde la antropología. *Revista de Museología KÓOT*, 9(10), 192-203.
- Riveros Aedo, E. (2014). La psicología humanista: sus orígenes y su significado en el mundo de la psicoterapia a medio siglo de existencia. *Ajayu*, 12(2), 135-186.

- Rodríguez Gómez, R. (2016). De la orden de las hermanas agustinas a la enfermería contemporánea. *Revista de la Universidad Industrial de Santander. Salud*, 48(4), 554-560.
- Rodríguez Rodríguez, F., S. (2011). Especialidad de Enfermería Geriátrica. *Revista Enfermería CyL*, 2(2), 91-104.
- Romero Massa, E., Contreras Méndez, I. y Moncada Serrano, A. (2016). Relación entre cuidado humanizado por enfermería con la hospitalización de pacientes. *Hacia promoc. Salud*, 21(1), 26-36.
- Segato, R. (2021). Pedagogías de la crueldad. *Revista de la Universidad de México*, (9), 26-31.
- Tamer, N., L. (2008). La perspectiva de la longevidad: un tema para re-pensar y actuar. *Revista Argentina de Sociología*, 6(10), 91-110.
- Tello Rodríguez, T., Alarcón, R. y Vizcarra Escobar, D. (2016). Salud mental en el adulto mayor: trastornos neurocognitivos mayores, afectivos y del sueño. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica*, 33(2), 342-350.
- Torres Moreno, M., Sánchez Castro, S. y Salamanca Castro, B. (2015). Enfermera con Síndrome de Burnout. *Revista Enfermería Docente*, (114), 39-43.
- Trigás Ferrín, M., Ferreira González, L. y Meijide Míguez, H. (2011). Escalas de valoración funcional en el anciano. *Galicia Clin*, 72(1), 11-16.
- Valderrama, H. (2013). El respeto por los adultos mayores. *Revista Gerontológica*, 1.
- Valle Racero, J. (2000). Cuidar desde una perspectiva cultural. *Cultura de los Cuidados*, 7(1), 96-102.
- Villanueva Lozano, M. (2019). Discriminación, maltrato y acoso sexual en una institución total: la vida secreta de los hospitales escuela. *Revista interdisciplinaria de estudios de género de El Colegio de México*, 5, 1-35.
- Zarate Grajales, R. (2004). La Gestión del Cuidado de Enfermería. *Index de Enfermería*, 13(44), 42-46.

TESIS

- Arcos Miranda, E. (2020). *Función sociocultural de la Institución Asilar Adela Martínez, Zona Rural del Medio y Alto Balsas, Guerrero*. [Tesis]. http://colposdigital.colpos.mx:8080/jspui/bitstream/10521/4213/1/Arcos_Miranda_E_DC_ISEI_Desarrollo_Rural_2019.pdf
- Barreto, S. (2016). *La educación emocional en la escuela*. [Tesis]. <https://riull.ull.es/xmlui/bitstream/handle/915/2665/LA%20EDUCACION%20EMOCIONAL%20EN%20LA%20ESCUELA%20UNA%20REVISION%20TEORICA%20DE%20SU%20PRESENCIA%20EN%20LA%20EDUCACION%20PRIMARIA.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Cáceres, A., Donoso, P. y Guzmán, J. (2012). *Significados que le atribuyen las/los docentes al proceso de comprensión lectora en NB2*. [Tesis]. http://www.tesis.uchile.cl/tesis/uchile/2012/cs-caceres_a/pdfAmont/cs-caceres_a.pdf
- Caputo, A. (2016). *Cuidar con cuidado: La despersonalización de los pacientes en las unidades de cuidados intensivos*. [Tesis]. <http://lildbi.fcm.unc.edu.ar/lildbi/tesis/caputo-ana-laura.pdf>
- Cervantes Martínez, M. (2007). *La voz asilada: estudio sobre la adaptación y vida en un asilo de ancianos en la ciudad de Puebla*. [Tesis]. http://catarina.udlap.mx/u_dl_a/tales/documentos/lac/cervantes_m_m/.
- Collière, M., F. (1998). *Promover la vida*. McGraw-Hill Interamericana.
- Delgado Palomo, L., G. (2014). *La protección de los derechos humanos de los adultos mayores en la legislación del Estado de San Luis Potosí. Armonización legislativa con los tratados internacionales en la materia*. [Tesis]. <https://repositorioinstitucional.uaslp.mx/xmlui/bitstream/handle/i/3749/MDH1LPR01401.pdf>.
- Hernández Santillán, E. (2012). *Causas de consulta del paciente geriátrico en el servicio del triage, en un hospital público*. [Tesis].

- <http://ri.uaemex.mx/bitstream/handle/20.500.11799/58153/ERIKA%20mtra.%20LUCY%203.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
- Martín Ferreres, L. (2017). *La presencia de los valores en la práctica enfermera*. [Tesis]. <https://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/456048/Tesis%20M%C2%AA%20Luisa%20Mart%C3%ADn%20Ferreres.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Marulanda Bohórquez, J. (2015). *La transformación de los modelos de la comunicación en el surgimiento de la sociedad de la información: Del modelo de flujo unidireccional a la comunicación descentralizada*. [Tesis]. <https://www.tesisenred.net/bitstream/handle/10803/386502/jamb1de1.pdf?sequence=1>
- Rivera, L. (2014). *Saber y experiencia de el/la estudiante de enfermería en sus prácticas de cuidado*. [Tesis]. https://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/132808/01.LNRA_TESIS.pdf;sequence=1
- Vigil Ripoche, M., A. (2016). *Contributions infirmières au " prendre soin "*. Association de Recherche en Soins Infirmiers.

ANEXOS

Anexo 1. Cronograma de actividades

Actividad	2020	2021												2022								
	D	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	E	F	M	A	M	J	J	A	
Reunión en línea con directora de tesis																						
Reunión en Instituto de cuidado geriátrico																						
Aceptación de directora para asesorar tesis																						
Elaboración del protocolo de investigación																						
Realización de guía de observación y entrevista																						
Reunión con jefatura de Enfermería para entrega de oficio formal																						
Entrega de protocolo Seminario de Tesis I																						
Elaboración de marco teórico y discusiones																						
Formación de comité de tesis																						
Recolección de datos en la institución previo a trabajo de campo																						
Observación participante y etnografía del instituto																						
Trabajo de campo en la institución																						
Vaciamiento de los datos																						
Elaboración de dimensiones encontradas																						
Análisis e interpretación de la información																						
Resultados y conclusiones																						
Elaboración de la presentación del informe																						
Entrega de investigación																						
Aprobación por el comité de tesis																						
Examen de grado																						
Difusión de la investigación																						

Anexo 2. Guía de observación

El objetivo de esta guía es recuperar información y determinar a través de la observación, las características del cuidado que utilizan las y los pasantes de Enfermería hacia la asistencia de la persona adulta mayor dentro de un instituto geriátrico.

Dimensión espiritual e ideológica de la persona

- ¿Pregunta a las personas sobre sus creencias espirituales al momento de planear e implementar su cuidado?
- ¿Se preocupa por brindar recursos que son importantes para el sistema de creencias de la persona? (ej. libros de oración, símbolos religiosos, comida especial, etc.)
- ¿Respeto durante el cuidado de la persona, la práctica de sus creencias religiosas/espirituales?
- ¿Se involucra en la práctica o actividad espiritual de la persona o realiza un aporte de tipo espiritual, por ejemplo, rezar con ella / el, y de ser así, cuáles son estas?

Dimensión biológica de la persona

- Cómo es la entrega del turno, ¿cuál es cumplimiento más importante?
- ¿Identifica necesidades físicas que la persona requiere?
- Cómo evalúa las habilidades y limitaciones físicas y/o psíquicas que la persona pudiera tener
- ¿Cómo permite conservación de habilidades motoras?
- ¿Cómo apoya en la movilidad que las personas pudieran requerir?

Dimensión psicosocial de la persona

- ¿Cómo evita el aislamiento innecesario?
- ¿Conoce redes de apoyo cercanas a la persona?
- ¿Infantiliza las acciones del adulto mayor, por ejemplo, utiliza palabras como “abuelita (o), viejita (o) o su nombre en diminutivo”?
- Utiliza frases despectivas como “volvió o es como un niño”
- Tiene conocimiento de eventos o pérdidas recientes importantes (experiencias traumáticas)

- Evita juicios o prejuicios por el pasado de la persona

Dimensión de la justicia y la defensa de la persona por parte del personal

- Tiene preferencias al atender a alguna persona, ¿se comporta distinto con alguna persona?
- Existe algo en su vestido /higiene que represente un riesgo para la atención (uñas largas, collares, relojes, etc.).
- Defiende a la persona
- Participa en la resolución de los derechos humanos de la persona
- ¿Cómo crea un ambiente seguro para la persona?
- ¿Cómo es la atención que brinda?
- ¿Cómo permite la decisión del tratamiento de la persona? (si está en posibilidades del paciente)
- ¿Cuáles son los canales de expresión que las personas tienen?
- ¿Cuál es la relación que existe entre la enfermera (o) y residente?

Dimensión de la formación profesional y personal aplicada en el cuidado

- ¿Trae al cuidado otras enseñanzas no institucionalizadas? Y de ser así, ¿cuáles son?
- ¿Cuáles son las medidas de higiene que toma en la atención del adulto mayor?

Dimensión de la interacción e implicación de la dignidad humana en la práctica

- ¿Cómo se torna la interacción al inicio, durante y al finalizar el turno entre la/el profesional y la/el residente?
- Al realizar actividades, ¿cómo es la interacción con la persona mayor?
- ¿Cómo es la forma del diálogo entre ambos canales?
- ¿Cómo se dirige hacia la persona mayor y qué lenguaje utiliza?
- ¿Cuál es el lenguaje no verbal que la/ el enfermero presenta al atender?
- ¿Cómo maneja la/el enfermero alguna situación que pueda tornarse ofensiva hacia ella/él?
- ¿Cómo realiza los registros de Enfermería?

Dimensión de la descentralización de un modelo de cuidado biomédico

- Al realizar un procedimiento, ¿Cómo lo hace al inicio, durante y al finalizarlo?
- ¿Utiliza algún aparato tecnológico durante el apoyo en actividades?, Sí es así, ¿cómo lo hace?
- ¿Cómo aborda a una persona que se encuentra en una situación difícil (por ejemplo, preocupación)?
- ¿Se permite expresar sus sentimientos? ¿Cómo hace esto?
- ¿Realiza actividades extras a las estipuladas?
- ¿En función de qué aspectos se centra la estrategia del cuidado brindado a la persona?

Dimensión de valores de las enfermeras y los enfermeros

- ¿Cuál es la disposición que toma ante una situación?
- ¿Busca disminuir la incomodidad de la persona? De ser así, ¿cómo lo hace?
- ¿De qué manera cumple con las actividades?
- ¿Qué le transmite a la persona que cuida?
- ¿Realiza comentarios o actitudes sobre la persona?, de ser así ¿cuáles y cómo lo hace?
- ¿Cuál es la actitud que toma en la atención hacia las personas adultas mayores?

Esta guía de observación posee actividades que no son limitantes y no dependen de cada área para realizarse



Anexo 3. Entrevista semiestructurada

Objetivo: Indagar con exactitud las situaciones estructurales y conceptuales que perciben las y los pasantes de Enfermería en servicio social sobre el cuidado que se otorga a la persona adulta mayor.

Espiritualidad

¿Cuál es tu opinión acerca de las creencias ya sea religiosas o espirituales de las personas adultas mayores? ¿Te tocó presenciar alguna?

¿Qué importancia crees que tenga para estas personas los aspectos relacionados con la espiritualidad?

¿Qué piensas de esto?

Platícame como te sientes cuando una persona de las que cuidas aquí te expresa alguna necesidad de tipo religiosa o espiritual ¿Qué emociones o sentimientos se provocan en ti?

Cuéntame de alguna anécdota que hayas tenido respecto a esta parte de lo espiritual o la religión, en el ejercicio del cuidado con un usuario de este lugar.

Biologicista

¿Qué crees que sea importante al atender a una persona?

Platícame las experiencias que has tenido en este lugar.

Desde tu punto de vista, podrías contarme ¿cómo se atienden a las personas asiladas?

¿Qué podrías evaluar en una persona mayor?

Psicosocial

Podrías contarme, ¿Qué experiencias del cuidado has tenido con personas adultas mayores? (que no sea cuestión física).

Partiendo del brote de COVID en la institución ¿te dejó alguna experiencia?

¿Qué cambios hubo en el instituto partiendo de la pandemia?

¿Cuál es tu postura en el servicio social?

¿Cómo es la relación que se da en este lugar?

Seguridad e higiene

¿Qué opinas de la seguridad de la PAM por parte de Enfermería?

Platícame alguna experiencia relacionada con esto.

Acorde a tu experiencia, ¿qué medidas de seguridad utilizan en el instituto?

¿Qué opinas de esto?

Justicia y defensa

Para ti, ¿qué significa cuidar?

¿Qué crees que es necesario en una enfermera (o) al cuidar a personas?

¿Qué opinas de cuidar a las personas que se encuentran en un asilo?

¿Podrías compartirme experiencias que hayas tenido en el instituto geriátrico?

Formación

¿Qué influyó en ti a la hora de elegir la carrera de Enfermería?

¿Qué opinas del trabajo con PAM?

¿En casa tratas con PAM??

De todo lo que ha hecho hasta ahora en el ss, ¿Qué es lo que más te gusta y por qué? ¿Hay algo que no te gustó?

¿Qué crees que te deja de experiencia el trabajar con personas adultas mayores?

Relativas a la interacción

¿Cómo te sientes en el servicio social?

¿Cómo te relacionas con las personas residentes?

Durante tu servicio social, ¿hubo alguna dificultad al relacionarte con el adulto mayor?

¿Qué destacarías como positivo de tu carácter al tratar con personas mayores? ¿Y cómo negativo?

Al momento de realizar alguna actividad ¿cómo lo haces?

Descentralización

¿Qué aspectos te interesan en la entrega del turno?

Podrías decirme, ¿Cuál es la rutina que cumples diariamente?

¿Qué áreas le atraen especialmente? Hablando de la carrera de Enfermería

¿Cuáles han sido sus puntos fuertes y débiles desarrollándose en este servicio social?

Cuéntame alguna anécdota, buena o mala que hayas vivido en el servicio social.

Valores

¿Cuáles son los valores que te caracterizan?

¿Podrías darme un ejemplo de cada uno de ellos?

¿Cuál es tu opinión sobre los valores en Enfermería?

¿Qué valores tiene o debería tener una enfermera (o)?

¿Crees que son los mismos valores que se deben presentar al cuidar a un adulto mayor y a un niño?

¿Por qué?

Para finalizar, ¿qué cambiarías de tu servicio social? ¿qué fue lo más difícil? y ¿qué agregarías en el cuidado que esta institución otorga a las personas?



Anexo 4. Consentimiento informado

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SAN LUIS POTOSÍ MAESTRÍA EN DERECHOS HUMANOS

INVESTIGACIÓN: Humanismo y Cuidado: trayectorias de las y los pasantes de Enfermería a personas adultas mayores con dependencia grave dentro de un instituto geriátrico en San Luis Potosí.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Estimado(a) Pasante en Servicio Social:

En conjunto con la Maestría en Derechos Humanos de la Universidad Autónoma de San Luis Potosí se realiza un proyecto de investigación cuyo objetivo es comprender cómo se configura en términos de humanismo, el cuidado que otorgan las y los pasantes en servicio social a personas institucionalizadas en situación de dependencia total.

Si usted desea participar se le solicitará que conteste a una entrevista con una duración aproximada de 30 minutos.

Como beneficio directo por su participación en el estudio, estará colaborando para generar evidencia en esta investigación.

Toda información que usted proporcione para el estudio será de carácter estrictamente confidencial. Será utilizada únicamente por el equipo de investigación del proyecto y no estará disponible para ningún otro propósito. Usted quedará identificado(a) con un número y no con su nombre. Los resultados de este estudio serán publicados con fines científicos, pero se presentarán de tal manera que no podrán ser identificados. Según Norma Oficial Mexicana NOM-012-SSA3-2012, que establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos: que la investigación científica, clínica, biomédica, tecnológica y biopsicosocial en el ámbito de la salud, son factores determinantes para mejorar las acciones encaminadas a proteger, promover y restaurar la salud del individuo y de la sociedad en general, y con apoyo en lo previsto en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud con atención en los artículos 3, 14 y 16, en los cuales se establece que se protegerá la privacidad del individuo sujeto de investigación, identificándolo sólo cuando los resultados lo requieran y éste lo autorice.

La participación en este estudio es absolutamente voluntaria. Está en plena libertad de negarse a participar o retirar su participación de este en cualquier momento.

Si usted tiene alguna pregunta, comentario o preocupación con respecto al proyecto, por favor comuníquese con EMDDHH. Frida Aguilera Díaz de León, al siguiente número de teléfono 44 44 50 32 76.

Su firma indica su aceptación para que usted participe voluntariamente en el presente estudio.

Nombre del participante: _____

Fecha: ___/___/___

Firma:



Anexo 5. Carta de no conflictos de intereses

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SAN LUIS POTOSÍ
MAESTRÍA EN DERECHOS HUMANOS

INVESTIGACIÓN: Humanismo y Cuidado: trayectorias de las y los pasantes de Enfermería a personas adultas mayores con dependencia grave dentro de un instituto geriátrico en San Luis Potosí.

CARTA DE NO CONFLICTO DE INTERESES

A quien corresponda.

Por medio de la presente, manifiesto que en la investigación titulada: **Humanismo y Cuidado: trayectorias de las y los pasantes de Enfermería a personas adultas mayores con dependencia grave dentro de un instituto geriátrico en San Luis Potosí**, serán respetados en todo momento, el derecho de autor y la propiedad intelectual de los resultados de la investigación que les son conferidos a la responsable de la investigación, como autora: L.E. Frida Hosana Aguilera Díaz de León. Con dirección de Dra. Yesica Yolanda Rangel Flores y asesoría de Dr. Alejandro Rosillo Martínez y Dra. María Suhey Tristán Rodríguez, quienes que se comprometen a cumplir y actuar en conformidad con los estrictos principios de ética profesional dentro de investigación.

La publicación de los resultados estará en estricto apego a las normas éticas que señalan en función de la elaboración de proyectos de investigación. Se expone que, en la fase de interpretación y difusión, el financiamiento para la realización de la investigación será proporcionado por la responsable de esta.

Atentamente

LE. Frida Hosana Aguilera Díaz de León
Investigadora principal

Dra. Yesica Yolanda Rangel Flores
Directora de tesis

Dr. Alejandro Rosillo Martínez
Asesor de tesis

Dra. María Suhey Tristán Rodríguez
Asesora de tesis