

EXPERIENCIAS Y PERSPECTIVAS DE ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA SOBRE CUIDADO GERIÁTRICO INSTITUCIONALIZADO EN PERSONAS CON DEPENDENCIA TOTAL*

ASPECTOS DESTACADOS

1. El cuidado se contempla y vive alejado del humanismo.
2. El cuidado se otorga basado en necesidades institucionales y profesionales.
3. La vejez se patologiza y medicaliza.
4. Los profesionales deben formarse para dar cuidados humanizados.

Frida Hosana Aguilera Díaz de León¹ 
Yesica Yolanda Rangel Flores² 

RESUMEN

Objetivo: conocer las perspectivas de estudiantes de enfermería, sobre el cuidado geriátrico que se brinda dentro de un asilo público. **Método:** estudio cualitativo-teoría fundamentada. Se entrevistó con base en el criterio de saturación teórica a 19 estudiantes que realizaban servicio social en el asilo entre 2020 y 2021 en el estado de San Luis Potosí, México. El análisis se hizo desde la propuesta de Strauss y Corbin, y se trianguló con los registros en diario de campo. **Resultados:** la categoría central emergente fue "El cuidado no humanístico", la organización e implementación de los cuidados obedecen más a cuestiones administrativas y protocolos desarrollados desde el paradigma biomédico medicalizante. **Conclusión:** las perspectivas deshumanizan el cuidado, no hay reconocimiento de la autonomía de las personas y el personal de enfermería muestra debilidades en competencias psicosociales para relacionarse con esta población.

DESCRITORES: Humanismo; Derechos de los ancianos; Asilo; Cuidado de enfermería; Educación en Enfermería.

CÓMO REFERIRSE A ESTE ARTÍCULO:

León FHAD de, Flores YYR. Nursing students' experiences and perspectives on institutional care for elderly in totally dependent persons. Cogitare Enferm. [Internet]. 2023 [cited in "insert year, month, day"]; 28. Available in: <https://dx.doi.org/10.1590/ce.v28i0.91557>.

¹Facultad de Derecho "Abogado Ponciano Arriaga Leija", Universidad Autónoma de San Luis Potosí, San Luis Potosí, S.L.P. México.

²Facultad de Enfermería y Nutrición Universidad Autónoma de San Luis Potosí, San Luis Potosí, S.L.P. México.

INTRODUCCIÓN

En América Latina, la mayor parte de la población adulta mayor carece de garantías para el acceso al cuidado profesional¹, lo que contribuye a la sobrecarga de cuidado en las unidades familiares, particularmente para las mujeres². Es obligación de los Estados-Nación la procuración de estancias para el cuidado y el garantizar el acceso a cuidados profesionales en condiciones de respeto a la diversidad, libres de desigualdad y discriminación³.

Enfermería es un recurso fundamental en la garantía del cuidado profesional de este grupo de población, el cual muestra una tendencia a incrementarse en todo el mundo⁴. El cuidado opera sobre una base de valores que no sólo lo caracterizan, sino que lo configuran, entre estos, la compasión, la solidaridad, el altruismo, la empatía y la humildad⁵; la ausencia de estos implica la deshumanización del cuidado, fenómeno que con frecuencia se acompaña no sólo de la ausencia de estos valores, sino de la presencia de una serie de antivalores asociados con la deshumanización y que contribuyen a la cosificación de los sujetos⁶.

Humanizar el cuidado dentro de los asilos, implica construir instituciones centradas en las necesidades de las personas, que posibiliten la personalización de la asistencia⁷. Además, implica el desarrollo de competencias profesionales, tales como desarrollar una consciencia del otro a partir del conocimiento sobre una misma y la capacidad para establecer relaciones dialécticas que reconozcan y prioricen las necesidades del otro⁸. Humanizar el cuidado es hablar de cómo una se enfrenta al sufrimiento del otro, y de cómo diagnostica sus necesidades de apoyo y consuelo⁹, lo que nos exige ser sensibles y desarrollar habilidades psicoemocionales para actuar desde la compasión, la bondad, la afabilidad, la caridad, el altruismo, la generosidad, la nobleza y la cortesía⁷.

Mantener el humanismo como la dimensión central del cuidado dentro de contextos capitalistas y neoliberales, se vuelve un reto titánico, se explota a quienes cuidan y se precariza el trabajo de los cuidados profesionales, las demandas nos rebasan y, sin que alcancemos a dar cuenta, desarrollamos actitudes de despersonalización¹⁰, rutinizamos las tareas y cosificamos a las personas, ignorando sus rasgos individuales, preferencias, sentimientos y valores⁷. En contextos como los antes señalados, se hace de los institutos de cuidado, espacios en los que prevalece el distanciamiento afectivo y la indiferencia.

El fenómeno de desgaste al que hemos aludido con antelación se ha nombrado "Síndrome de Burnout", concepto mediante el cual, se han generado explicaciones sobre el origen y las consecuencias de este agotamiento que conlleva a la despersonalización en el acto del cuidado¹¹, también se le puede denominar como "Síndrome del cuidador cansado"¹² o del "trabajador quemado"¹³, términos que aluden al colapso emocional derivado de una falta de interés real en los sujetos de atención, acompañado de una percepción de escasa o nula satisfacción con las tareas profesionales¹⁴.

Ahora, si bien se ha hablado de forma recurrente del Síndrome de Burnout en el personal de enfermería, es escasa la evidencia que se ha generado hasta el momento sobre este fenómeno en el campo específico del cuidado geriátrico y no localizamos bibliografía que lo aborde con estudiantes de enfermería, por lo que el objetivo fue conocer las perspectivas de estudiantes de enfermería, sobre el cuidado geriátrico que se brinda dentro de un asilo público.

El estudio partió de la apuesta teórica de que el agotamiento profesional y el fenómeno de la deshumanización comienza desde la etapa de formación, a partir de las experiencias y perspectivas que los estudiantes construyen respecto al cuidado geriátrico dentro de sus prácticas, por lo que nos preguntamos ¿cuáles son las experiencias y perspectivas que tienen los estudiantes en servicio social sobre el cuidado geriátrico a partir de su práctica dentro de un asilo público?

MÉTODO

Durante 2020-2021, se llevó a cabo un estudio de tipo cualitativo basado en la propuesta de la teoría fundamentada (TF), toda vez que nos interesaba no sólo conocer las experiencias y perspectivas de forma aislada, sino comprender los procesos de interacción reales y simbólicos que aportan a la asimilación de las experiencias y la conformación de perspectivas¹⁵. El alcance fue comprensivo con el fin de recuperar los significados y expectativas desde la perspectiva de las personas y comprender sus contextos cotidianos.

El escenario fue un instituto público de cuidado de personas adultas mayores en el estado de San Luis Potosí, México, más específico, área de enfermería. Se invitó a participar a estudiantes en servicio social que cumplieran los siguientes criterios: a) Realizaran servicio social en el área de enfermería de la institución de cuidados geriátricos, b) Asistieran a su servicio social dentro del periodo 2020-2021, c) Participaran en el cuidado de adultos mayores con dependencia total y d) aceptaran participar y firmaran voluntariamente el consentimiento informado.

Finalmente participaron 19 estudiantes en su último año de pregrado, sólo se invitó a participar a estudiantes de último grado como una estrategia propia del muestreo teórico, el cual exige que los informantes hayan vivido al máximo la experiencia a explorar, para una mejor comprensión¹⁶. Tanto el perfil como el número de informantes se definió conforme se avanzaba en la aplicación, codificación y el análisis de la información, la finalidad fue identificar las características que debíamos buscar en los siguientes informantes, para de esta manera, asegurar la consolidación de las categorías¹⁵.

Las entrevistas se basaron en un guión de preguntas semiestructurado, en el que se exploraban las perspectivas y experiencias a partir de siete dimensiones que identificamos con base en la literatura, interrelacionadas en la práctica del cuidado humanizado: 1) Ideológica, 2) Biológica, 3) Psicosocial, 4) Estética, 5) Justicia y defensa, 6) Interacción e implicación de la dignidad humana y 7) Formación profesional y descentralización del cuidado enfermero. Los registros de observación se documentaron en un diario de campo. Ambas técnicas fueron implementadas por una sola de las investigadoras, que es quien figura como primera autora.

La observación y las entrevistas se implementaron dentro de la institución, procurando la realización de las segundas dentro de espacios privados, lo que posibilitó la privacidad deseable para profundizar en las dimensiones planteadas para la entrevista. Las entrevistas duraron entre 45 a 60 minutos y se agotaron los temas en una sola aproximación. La observación fue de tipo participante, la investigadora quien se desenvuelve como enfermera profesional se involucraba y colaboraba en los cuidados de las personas adultas mayores, documentando la organización y realización de las actividades profesionales, así como las competencias intelectuales, técnicas y actitudinales de los profesionales para el cuidado.

Las entrevistas se audio-grabaron y transcribieron de forma inmediata, tal como exige la estrategia del muestreo teórico¹⁶ para posteriormente llevar a cabo el análisis acorde a la propuesta de Strauss y Corbin¹⁵. Los códigos y notas sobre las ideas conceptuales y teóricas se obtuvieron de manera artesanal por las dos autoras responsables de efectuar los procesos de codificación. Para la codificación abierta, se revisaron las entrevistas en varias ocasiones, con el fin de reducirlas a códigos; posteriormente, en la codificación axial, los datos se agruparon de manera lógica para conformar conexiones entre categorías y subcategorías; finalmente, para la codificación selectiva se identificó una categoría central y se estructuraron las interrelaciones, se triangularon con los registros en diario de campo, así, durante este análisis y usando la técnica de nota, se logró plantear la hipótesis que explica las conexiones entre categorías, identificando las propiedades de dichas categorías, para generar la teoría¹⁵.

La investigación cumplió con las exigencias ético-legales para la investigación con

personas, y el protocolo se estructuró bajo los principios de la Declaración de Helsinki y de la Ley General en materia de Investigación para la salud en México. El estudio se clasificó de riesgo mínimo, contando con el consentimiento por escrito, garantizando el anonimato y la confidencialidad de la información, por lo que los nombres de los participantes han sido omitidos en este artículo, al igual que cualquier característica que les haga identificables. Protocolo fue revisado, aprobado y monitorizado en sus aspectos metodológicos y éticos por el Comité de la Maestría en Derechos Humanos de la Universidad Autónoma de San Luis Potosí n° 2020/12.

RESULTADOS

Participaron 19 pasantes de enfermería, 4 hombres y 15 mujeres, con edad promedio de 23, una mínima de 18 y máxima de 27. Con excepción de tres participantes (una mujer y dos hombres), el resto además de trabajar en el asilo, cuidaban pacientes en domicilio. Cuatro vivían en pareja y el resto eran solteros. Su experiencia en el cuidado profesional era prácticamente la misma, los cuatro años que implica la formación profesional de la licenciatura.

La categoría central que emergió fue “El cuidado no humanístico”, dado que, se documentó que tanto la organización como la implementación de los cuidados, se sostienen más en procesos administrativos y en protocolos centrados en el modelo biomédico hegemónico, que, en el reconocimiento de la singularidad de las personas, de sus necesidades desde un aspecto holístico, o de la priorización que las propias personas hacen desde su propia escala de valores.

Hablaron de la responsabilidad de enfermería respecto a asegurar la estabilidad fisiológica, centrando sus discursos en la monitorización hemodinámica, los baños y otras actividades de higiene, la curación de heridas, entre otros.

Lo principal es checar signos vitales, realizarles cambios de posición, canalizarlos cuando están en clínica...poner los barandales, tengo una mecánica corporal adecuada para no lastimarlos... (Participante 2)

Yo pensaba que nada más eran los cuidados básicos como cambiarles el pañal y tomarles signos, pero ya después vi que eran más cuidados, como cambios posturales... (Participante 7)

Cuando hablan de la planeación y la organización de sus actividades diarias, estas derivan exclusivamente de las necesidades fisiológicas, aquellas que pueden estimarse mediante escalas de medición que pueden interpretar como profesionales y sobre las que actúan de manera protocolizada.

Para empezar, podría evaluarla con escala de valoración física, con las escalas geriátricas, esa sería una manera. (Participante 3)

Pues empezando 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, la atención que necesitan ya no va a ser lo mismo fisiológicamente que un adulto joven. (Participante 14)

El cuidado se administra desde la estandarización, percibiendo la vejez como una experiencia única e invariante.

Todo abuelo es escuchado, tiene todos sus cuidados, a todos los atienden sin importar lo que tengan, a todos se les atiende por igual. (Participante 12)

Hay que hablarles bien, tratarlos de la manera correcta sin decirle como, estás mal o hacerlos sentir mal. No hablándoles fuerte o con palabras que no se deben de decir. (Participante 2)

Las personas adultas mayores son percibidas como carentes de voluntad, que no saben lo que necesitan o quieren, con esto, terminan por desapropiarlas de la autonomía. El "trato digno" es entendido y vivido desde la estandarización de la experiencia, bajo el supuesto de que todas las personas en vejez viven las mismas deficiencias, y requirieren por tanto, los mismos cuidados.

Pues, yo creo que se les da un trato digno a pesar de que la mayoría no están conscientes, pero hay ese trato digno, ese respeto, esos cuidados que brindan calidad y calidez de parte del enfermero hacia el paciente, estén conscientes o no. (Participante 14)

Pero dentro de esta perspectiva biologicista existen tensiones, ya que en sus narrativas reconocen que las personas que cuidan poseen necesidades y demandan acciones que rebasan lo biológico.

Al momento de acostar a una abuelita me pidió que la persignara para que ya se pudiera dormir. (Participante 17)

Pedro me comentó que oraba a la virgen mucho por su hija, es que Pedro ¡bueno! tiene conmigo mucha confianza. (Participante 12)

Me tocó ver que algunos abuelos fueran a misa, o me tocó ver a adultos mayores que independientemente que estuvieran en su cuarto, estaban rezando y pues yo intentaba darles su espacio. (Participante 3)

La pretensión del desconocimiento de la voluntad y la autonomía pueda explicarse quizá, en las dificultades que tienen para reconocer la complejidad holística que constituye a las personas, o por la ausencia de competencias para intervenir en la satisfacción de necesidades que van más allá de lo biológico, y que requieren para resolverse más que procedimientos estandarizados.

Ser humanos con el abuelo, y que los tratemos como nos gustaría ser tratados a nosotros y como si fuera un familiar. (Participante 2)

Atender una cuestión que no es de orden fisiológico, se contempla como un acto de caridad, no como parte del cuidado, dado que piensan el cuidado sólo a partir de la perspectiva biomédica.

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. (Participante 17)

El cuidado a manera de maquila se sostiene en la existencia de una cultura institucional fundada sobre normas de tipo administrativo que se aceptan sin discusión. La organización de las actividades transcurre sin reflexionar mucho sobre como esto garantiza o no la humanización de los cuidados. Su posición como estudiantes, les representa una limitante para implementar o proponer actividades más centradas en las personas y menos en las rutinas de los servicios.

Creo que soy más empática [que las enfermeras] con los pacientes, si les digo a las enfermeras solo me dicen "ah sí ahorita lo vemos" y pues me quitan la intención... me limitan porque no soy la encargada. (Participante 10)

Siento que las pasantes lo hacemos con más cariño, siento que ellas [enfermeras] tal vez por las responsabilidades que tienen, están más ocupadas y tienen que sacar el trabajo y nosotros pasantes pues también tenemos que sacar el trabajo, pero a nosotros si nos queda un poco de tiempo para interactuar más con el adulto mayor. (Participante 3)

Las relaciones jerárquicas interprofesión son un obstáculo para que las y los estudiantes contribuyan a hacer más humanos los espacios institucionales

[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, pero ellas hasta han llegado a decir que ellas ya llevan 25 años aquí y no vamos a llegar a decirles cómo se tiene que hacer o a cambiar eso. (Participante 15)

Pues mira, con el personal de Enfermería sí marcas como una línea, sí hablas con ellos, pero no te pasas de la línea, si a lo mejor el personal te lo permite [realizar una actividad que rutinariamente no se realiza] pues entonces sí. (Participante 12)

DISCUSIÓN

El cuidado se configura como un cuidado no humanístico, centrado en el paradigma biomédico hegemónico, lo que no dista de la propia percepción que sobre el cuidado tienen las y los estudiantes, toda vez que su formación también es predominantemente desde este paradigma. Aunque se documentó que, durante su estancia dentro del asilo, han tenido algunas actitudes tendientes a la humanización del cuidado, estas son limitadas, pues no poseen competencias suficientes para defender la necesidad de transformar el cuidado hacia un paradigma más humano, una cuestión que no debe perderse de vista en el marco de lo antes expuesto, es como las formas jerárquicas y organizacionales les desapropian de agencia para incidir en tal acción.

Lo primero que nos parece relevante traer a discusión, tiene que ver con el perfil de las y los informantes de esta investigación, ya que algunas características de este, han sido enunciadas contribuyentes al desgaste profesional y la deshumanización. La mayoría ejerce desde su vida de estudiante, dobles jornadas de trabajo, y dado que, la mayoría son mujeres, es posible que hasta triples jornadas; el traslape de las jornadas de trabajo formal y doméstico, son condiciones que se han asociado al desarrollo del síndrome de agotamiento o Burnout¹⁷. En el mismo tenor de ideas, es importante considerar que los aportes teóricos han visibilizado que las personas más jóvenes tienden a desarrollar más tempranamente y con mayor frecuencia sintomatología asociada al agotamiento físico y psicosocial en el ejercicio del cuidado profesional¹⁸.

La categoría central emergente fue el cuidado no humanístico, toda vez que se ejerce desde una postura que dista de lo que en la bibliografía se enuncia como humanista^{7,10-11}, y esto obedece tanto a situaciones personales, como profesionales e institucionales. El cuidado tal como lo perciben, no coloca a las personas sujetas de cuidado en el centro de la interacción terapéutica, sino en la periferia, lo que se coloca en el centro son las necesidades de la institución y la profesión, implementando rutinas y protocolos centrados en la dimensión biológica, lo que podría explicarse por la predominancia histórica del paradigma biomédico en las carreras del ámbito de la salud¹⁹.

Perciben que el cuidado se organiza a partir de las rutinas y dinámicas de la institución, así como sobre las funciones profesionales que les son reconocidas, las cuáles centran la idea del cuidado a partir del paradigma biomédico, y en dicho sentido, normalizan el situar como eje de la organización institucional, técnicas y procedimientos. Lo anterior pasa desapercibido incluso para la mayoría de las y los estudiantes, pues durante su formación profesional, han desarrollado la perspectiva biomedicalizante, la cual, les habilita para ver la vejez como una condición homogénea y patológica, en tanto niega la existencia de las esferas espiritual, social y psicológica²⁰, que son las dimensiones que nos hacen reconocer las particularidades y las identidades.

En el cuidado no se reconoce en las personas adultas mayores voluntad y autonomía,

y esto también está relacionado con la predominancia de la perspectiva biomédica, una mirada que les impide reconocer que los cuerpos inmóviles, viejos y más lentos, tienen otras formas de comunicar sus necesidades y deseos, pero además, que estos deseos o necesidades no son únicamente de tipo físico, sino que emergen necesidades espirituales y psicosociales, cuya satisfacción es vital en términos de garantizar una calidad de vida²¹.

Parte de la configuración del cuidado se sostiene en el imaginario de un “trato digno” que se construye a partir indicadores centrados exclusivamente en las técnicas y procedimientos que conlleva el cuidado, invisibilizando la trascendencia que tiene la percepción de quien recibe el cuidado. García²² ha sido insistente en señalar, lo necesario que resulta el priorizar la carga subjetiva que experimenta quien es cuidado, pues reconocer esta subjetividad nos posibilita el recuperar la capacidad de sentir compasión, una emoción que humaniza el cuidado.

Es imperante dejar el protocolo en el campo de lo técnico-procedimental y reconocernos humanos frente a quien cuidamos. Las demandas de cuidado en las personas rebasan lo biológico y se instalan en el plano del bienestar subjetivo, en el que se incluyen componentes cognitivos y afectivos, pues no por no tener impacto en su hemodinamia dejan de ser importantes, la evidencia señala que a mayor edad mayores necesidades religiosas y espirituales, siendo esta un recurso para superar eventos estresantes, lidiar con procesos difíciles y dar sentido a la soledad que puede experimentarse dentro de instituciones de cuidado geriátrico²³.

Esta configuración del cuidado obedece a múltiples situaciones, una de las más importantes, tiene razón en las limitaciones para relacionarse en los planos psicosocial y espiritual con las personas adultas mayores, una limitante que, si bien puede estar asociada con su propia personalidad e historia de vida, también puede tener relación con las ausencias dentro de los programas profesionalizantes. Lo anterior se torna particularmente grave, porque implica no solo la posibilidad omitir cuidados, sino que incluso para ellos mismos, el inadecuado manejo de la comunicación y las emociones, incrementa su riesgo psicosocial, contribuye al desgaste laboral y cognitivo, incrementa los niveles de estrés, y se ha documentado que puede incidir en la aparición de depresión, ansiedad y trastornos del sueño, afectando su rendimiento y reforzando la deshumanización y la despersonalización en el cuidado²⁴.

Lo anterior es particularmente preocupante, pues para enfermería, las habilidades en materia de comunicación son indispensables, pasamos todo el día junto a quienes cuidamos, de hecho, las habilidades en materia de comunicación y manejo de emociones se han evidenciado correlacionadas positivamente con el sentido de autoeficacia profesional o la satisfacción en el trabajo, lo que a su vez prevendría o retrasaría la deshumanización y despersonalización en el trato con las personas que demandan su cuidado²⁵.

Nos hemos enfocado tanto en estandarizar el lenguaje enfermero, que se nos está olvidando la importancia de comunicarnos con quienes cuidamos, y entonces la comunicación se vuelve un reto, particularmente cuando nos divide una brecha generacional con quienes cuidamos y con la que no encontramos similitudes. La comunicación terapéutica con las personas mayores no solo cumple una función social sino también afectiva, y representa además un derecho humano, en palabras de Lozano y Fajardo^{26:88}:

La comunicación afectiva es un factor determinante que facilita la pertenencia a un grupo, es generadora de calidad de vida al promover autoconfianza y desarrolla competencias socio- emocionales, pues al recibir un trato con comunicación y afecto el adulto mayor forja control sobre sus emociones.

Cuidar de las personas implica considerarlas en su integralidad y promover el envejecimiento activo, un envejecimiento que es multidimensional y que demanda en dicho sentido atender no solo lo físico, sino también lo subjetivo; donde la integración psicosocial emerge como un criterio que determina la calidad de vida, y donde la ausencia de esta, se constituye en una forma de abandono de la vejez²⁷.

Finalmente, identificamos que una de las condiciones que contribuyen a la deshumanización del cuidado, es la presencia de una cultura organizacional que desapropia a los sujetos de su autonomía e identidad, pero por lo que nos han compartido los informantes en este estudio, no solo a quienes reciben el cuidado sino también a quienes lo otorgan, de esta manera establece condiciones de desigualdad, violencia y discriminación que aportan a la deshumanización²⁸. Para institucionalizar a los sujetos parece obligatorio desprenderlo de sus cualidades particulares, la deshumanización se convierte entonces en una de las principales herramientas que tiene el paradigma biomédico hegemónico para imperar y parecer la única vía para atender a las personas no a través de las otras personas, –porque a nosotras también nos invisibiliza–, sino a partir de la tecnología, planes y protocolos que muchas veces tampoco están pensados a partir de nuestras realidades.

Entre las limitaciones del estudio podemos señalar la falta de estudios previos de investigación sobre el tema en estudiantes, lo que nos obligó a recurrir a la discusión con investigaciones que han focalizado en profesionales y no en personas en formación. De igual manera, la diversidad étnica no existió y la de género fue bastante limitada, variables que habría sido relevante discutir como parte del fenómeno.

CONSIDERACIONES FINALES

Este estudio explora las perspectivas de estudiantes de enfermería sobre el cuidado geriátrico que se brinda a personas adultas mayores en un asilo público. Existen condiciones personales, profesionales e institucionales que contribuyen a que el cuidado muestre una tendencia a alejarse del humanismo, más preocupado por atender las necesidades de la institución o preocupado por acotarse a las tareas profesionales, que, por responder a las necesidades sentidas de las personas, a quienes concibe desde la predominancia de un paradigma biomédico hegemónico, como sujetos sin autonomía para opinar sobre los cuidados que necesita. Es necesario reforzar dentro los programas de formación en enfermería, competencias y habilidades de interacción con las personas adultas mayores, de modo que las y los enfermeros, asuman la responsabilidad profesional y ética de garantizar cuidados humanizados.

REFERENCIAS

1. Cecchini S, Cisternas MS, Rovira A. Protección social e inclusión social, económica y política de las personas mayores. In: Huenchuan S, Rivera E, editores. Experiencias y prioridades para incluir a las personas mayores en la implementación y seguimiento de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible (LC/MEX/SEM.245/1). Santiago de Chile: CEPAL; 2019. p. 71-8. Santiago de Chile: CEPAL; 2019.
2. Villanueva A, García-Orellán R. Aspectos emergentes en el cuidado informal de ancianos dependientes. Rev. Rol enferm. [Internet]. 2020 [cited in 2021 Dec. 15]; 43(1):18-24. Available in: <https://medes.com/publication/151189>.
3. Leone AP, Couselo D. Population ageing and care policies: tensions in social policy-making. Itinerarios Trabajo Social. [Internet]. 2022 [cited in 2021 Dec. 19]; (2):79–86. Available in: <https://doi.org/10.1344/its.i2.36874>.
4. Figueiredo AM de F, Sousa YM de, Santos CB dos, Tavares M dos R, Silva RF da, Silva RBF, et al. The aging process in society: an analysis of the literature focusing on the self-perception of the elderly and nursing. Rev. Eletrônica Acervo Enferm. [Internet]. 2022 [cited in 2021 Dec. 12]; 17:e9694. Available in: <https://doi.org/10.25248/REAEnf.e9694.2022>.
5. Galbán LYP, Fernández MM, Hernández JC, Collot MP. The marxist theory about humanism. Perspective

- for the XXI Century. Humanitas. [Internet]. 2007 [cited in 2021 Nov. 28]; 7(2). Available in: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-81202007000200006&lng=es&nrm=iso&tlng=es.
6. Ávila-Morales JC. La deshumanización en medicina. Desde la formación al ejercicio profesional. Iatreia. [Internet]. 2017 [cited in 2021 Nov. 28]; 30(2):216-29. Available in: <https://doi.org/10.17533/udea.iatreia.v30n2a11>.
7. Heras la Calle G. Humanizing health is a matter for everyone. How to humanize neurology?. Rev Cient Soc Esp Enferm Neurol. [Internet]. 2017 [cited in 23 Dec. 2021]; 45:1-2. Available in: <http://dx.doi.org/10.1016/j.sedene.2017.05.001>.
8. Freyre JP, García JMS, Pérez AS, Botija SM. Cuidadosofía: una introducción a la relación entre cuidado y filosofía. Ene. [Internet]. 2017 [cited in 2022 Jan. 02]; 11(3):735. Available in: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988-348X2017000300001&lng=es&tlng=es.
9. Fernández RG. La humanización de (en) la Atención Primaria. Rev Clin Med Fam. [Internet]. 2017 [cited in 2022 Jan. 05]; 10(1):29-38. Available in: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-695X2017000100005&lng=es&tlng=es.
10. Gómez-Urquiza JL, Monsalve-Reyes CS, Luis-Costa CS, Fernández-Castillo R, Aguayo-Estremera RA, Cañadas-de la Fuente GA.. Risk factors and burnout levels in Primary Care nurses: a systematic review. Aten Primaria. [Internet]. 2017 [cited in 2022 Jan. 15]; 49(2):77-85. Available in: <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2016.05.004>.
11. Torres MD, Sánchez S, Salamanca AB. Enfermera con síndrome de burnout. Enferm Docente. [Internet]. 2015 [cited in 2021 Nov. 25]; (104):39-43. Available in: <http://www.index-f.com/edocente/104pdf/10439.pdf>.
12. Ros J. Centro Internacional sobre el Envejecimiento. Los cuidadores de mayores también se aburren [Internet]; 2020 [cited in 2021 Nov. 25]. Available in: <https://cenie.eu/es/blogs/envejecer-en-sociedad/los-cuidadores-de-mayores-tambien-se-aburren>.
13. Zamora ZEH, Sánchez YE. Perception of burden and level of burnout displayed by formal caretakers of institutionalized aged adults. Revista Enseñanza e Investigación en Psicología. [Internet]. 2008 [cited in 2022 Mar. 03]; 13(1):127-42. Available in: <https://www.redalyc.org/pdf/292/29213110.pdf>.
14. Camargo-Henández KC, Hernández-Sánchez J. Burnout syndrome in gerontological nursing: review of the theoretical and practical perspectives. Rev. cienc. cuidad. [Internet]. 2020 [cited in 10 Mar. 2022]; 17(2):77-87. Available in: <https://doi.org/10.22463/17949831.1578>.
15. Strauss A, Corbin J. Bases de la investigación cualitativa, técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada. Colombia: Universidad de Antioquía; 2002.
16. Suárez EEA, Arenas JFR. Theoretical saturation in grounded theory: its delimitation in the analysis of life trajectories of victims of forced displacement in Colombia. Rev colomb social. [Internet]. 2013 [cited in 2022 Mar. 01]; 36(2):93-114. Available in: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/recs/article/view/41641>.
17. Carrasco LMB, Zambrano GAL, Bravo MIC. Factors that predominate overload in formal and informal geriatric cares with deficit of self-care. Revista Universidad y Sociedad. [Internet]. 2019 [cited in 2022 Jan. 15]; 11(5):385-95. Available in: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2218-36202019000500385&lng=es&tlng=es.
18. Freitas RJM de, Lima E da CA, Vieira E de S, Feitosa RMM, Oliveira GYM de, Andrade LV. Stress of nurses in the urgency and emergency room. Rev Enferm UFPE on line [Internet]. 2015 [cited in 2021 Dec. 22]; 9(10):1476-83. Available in: <https://www.semanticscholar.org/paper/Stress-of-nurses-in-the-urgency-and-emergency-room-Freitas-Lima/eed097d15439550d6358737daf42a18287929e1d>.
19. Leyva-Moral JM. Are we ready to provide real humanized care? Rev. exp. med. [Internet]. 2019 [cited in 2022 Apr. 10]; 5(1):3-4. Available in: <https://doi.org/10.37065/rem.v5i1.321>.

20. Meo Laos VG. Cuerpos vaciados por el paradigma biomédico. *Analéctica* [Internet]. 2019 [cited in 2022 Mar. 28]; 5(34). Available in: <https://doi.org/10.5281/zenodo.4293871>.
21. Hassoun H, Bermejo JC, Villaceros M, Asín MAM, Antúnez AA. Relation between spiritual wellbeing, quality of life and sense of suffering in a population of elderly religious resident in Spanish centres. *Gerokomos*. [Internet]. 2019 [cited in 2022 Apr. 15]; 30(3):124-29. Available in: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2019000300124&lng=es&nrm=iso.
22. Uribe JCG. Caring for care: ethics of compassion, beyond the protocolization of nursing care. *Cul Cuid*. [Internet]. 2020 [cited in 2022 Mar. 10]; 24(57):52-60. Available in: <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2020.57.05>.
23. Scortegagna H de M, Pichler NA, Faccio LF. The experience of spirituality among institutionalized elderly people. *Rev. bras. geriatr. Gerontol.* [Internet]. 2018 [cited in 2022 Apr. 02]; 21(3):293-300. Available in: <https://doi.org/10.1590/1981-22562018021.180011>.
24. Huang L, Lin G, Tang L, Yu L, Zhou Z. Special attention to nurses' protection during the COVID-19 epidemic. *Crit Care*. [Internet]. 2020 [cited in 2021 Jan. 10]; 24(1):1-3. Available in: <https://doi.org/10.1186/s13054-020-2841-7>.
25. Leal-Costa C, Tirado-González S, Rodríguez-Marín J, vander-Hofstadt-Román CJ. Psychometric properties of the Health Professionals Communication Skills Scale (HP-CSS). *Rev. int. psicol. clín. salud*. [Internet]. 2016 [cited in 2021 Dec. 12]; 16:76-86. Available in: <https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2015.04.001>.
26. Lozano LPL, Ramos MEF. Good treatment and importance of affective communication with the elderly. *Revista Edu-Física*. [Internet]. 2018 [cited in 2022 Jan. 01]; 10(22):85-98. Available in: <http://revistas.ut.edu.co/index.php/edufisica/article/view/1307>.
27. Ramos-Esquivel J, Meza-Calleja AM. The abandonment in the old age. Social representations in elderly persons of Morelia, Mexico. *Revista de Educación y Desarrollo*. [Internet]. 2020 [cited in 2021 Nov. 17]; 55:91-101. Available in: https://www.cucs.udg.mx/revistas/edu_desarrollo/anteriores/55/55_Ramos.pdf.
28. Montoya CA, Pérez JH. La deshumanización de las organizaciones, ¿realidad o mito?. In: XXIV Congreso Internacional de Contaduría, Administración e Informática organizado por la Asociación Nacional de Facultades y Escuelas de Contaduría y Administración (ANFECA); 2019 Oct. p. 1-32; Ciudad de México, México. Ciudad de México: ANFECA; 2019.

NURSING STUDENTS' EXPERIENCES AND PERSPECTIVES ON INSTITUTIONAL CARE FOR ELDERLY IN TOTALLY DEPENDENT PERSONS*

ABSTRACT:

Objective: To learn the perspectives of nursing students on geriatric care provided in a public home for the aged.

Method: Qualitative study - grounded theory. Nineteen students who performed social service at a home for the aged between 2020 and 2021 in the state of San Luis Potosí, Mexico, were interviewed based on the criteria of theoretical saturation. The analysis was based on Strauss and Corbin's proposal and was triangulated with the field diary records.

Results: the central emerging category was "Non-humanistic care", the organization and implementation of care obey more to administrative issues and protocols developed from the biomedical medicalizing paradigm. **Conclusion:** the perspectives dehumanize care, there is no recognition of people's autonomy, and the nursing staff shows weaknesses in psychosocial competences to relate to this population.

DESCRIPTORS: Humanism; Aged Rights; Homes for the Aged; Nursing Care; Continuing Nursing Education.

*Artículo extraído de la tesis de máster: "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", Universidad Autónoma de San Luis Potosí, San Luis Potosí, S.L.P. México, 2022.

Recibido en: 10/02/2023

Aprobado en: 22/02/2023

Editor asociado: Dra. Luciana Kalinke

Autor correspondiente:

Yesica Yolanda Rangel Flores

Facultad de Enfermería y Nutrición de la Universidad Autónoma de San Luis Potosí

Av. Niño Artillero no. 130. Zona Universitaria Poniente

E-mail: yesica.rangel@uaslp.mx

Contribución de los autores:

Contribuciones sustanciales a la concepción o diseño del estudio; o la adquisición, análisis o interpretación de los datos del estudio

- **León FHAD de, Flores YJR.** Elaboración y revisión crítica del contenido intelectual del estudio - León FHAD de, Flores YJR.

Responsable de todos los aspectos del estudio, asegurando las cuestiones de precisión o integridad de cualquier parte del estudio

- **León FHAD de.** Todos los autores aprobaron la versión final del texto.

ISSN 2176-9133



Esta obra está bajo una Licencia [Creative Commons Atribución 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).