



Universidad Autónoma Metropolitana

Unidad Xochimilco



División de Ciencias Biológicas de la Salud

Departamento de Atención a la Salud

Licenciatura en Enfermería

**Crónicas de una enfermera  
en una residencia para personas adultas mayores**

Elaborado por:

PPSE Anguiano Frías Lorena

Asesora académica:

Dra. Esmeralda Soledad Covarrubias López

Septiembre 2021

## Contenido

	Pág.
Introducción .....	3
Capítulo 1. Desafiando la realidad .....	6
1.1 Un abordaje crítico hacia la noción de envejecimiento .....	6
1.2 Residencias para personas adultas mayores .....	9
1.2.1 Mi ingreso laboral a la residencia “CSR” .....	11
1.2.2 Características y organización del establecimiento .....	13
1.3 Conclusiones .....	16
Capítulo 2. Residentes de “CSR” .....	18
2.1 Ingresar a la “CSR” .....	18
2.2 Determinantes sociales en las personas adultas mayores .....	19
2.3 Rutina en la residencia “CSR” .....	22
2.4 Adaptación al nuevo entorno .....	24
2.5 Sexualidad en adultos y adultas mayores .....	28
2.6 Conclusiones .....	29
Capítulo 3. Competencias del personal de enfermería .....	31
3.1 Adversidades laborales .....	31
3.2 Toma de decisiones .....	33
3.3 Intervenciones profesionales .....	34
3.4 Conclusiones .....	37
Consideraciones finales .....	39
Referencias .....	41

## Introducción

La vejez es una etapa a la que, en general, estamos destinados a llegar. La elección de cómo y en donde queremos estar cuando tengamos más de 60 años está pactada por una aparente voluntad propia que depende de diversas determinantes sociales<sup>1</sup>.

Si bien el cuidado de enfermería se proporciona durante todo el ciclo de vida del ser humano, en la vejez es sustancial por los beneficios proporcionados. Como sugiere Anzola (1993) a lo largo del “proceso de envejecimiento se establece en la persona mayor y en su entorno las condiciones que permitan aumentar las conductas saludables, minimizar y compensar las pérdidas de salud y limitaciones relacionadas con la edad avanzada” (pág. 35).

En México, uno de los lugares para la atención y estancia de las personas adultas mayores son las residencias, varias de ellas disponen del servicio de cuidado por parte del personal de enfermería, el cual conlleva actividades de prevención, promoción y protección de la salud de las personas adultas mayores y a la resolución de problemas basado en toma de decisiones que se suscitan día a día en la residencia.

A partir del mes de octubre de 2020 tuve la oportunidad de integrarme a laborar con la categoría de enfermera auxiliar<sup>2</sup> en una residencia para personas adultas mayores ubicada al norte del Estado de México. En función de esto, decidí elaborar mi trabajo terminal de la licenciatura en enfermería como requisito para mi titulación profesional basado en mi experiencia en la residencia. Como pasante de enfermería

---

<sup>1</sup> Circunstancias en que las personas nacen crecen, trabajan, viven y envejecen, incluido el conjunto más amplio de fuerzas y sistemas que influyen sobre las condiciones de la vida cotidiana (OMS, 2009, párr.1), tales como la pobreza, discriminación laboral, de género, carencia de acceso a una pensión digna, entre otras.

<sup>2</sup> A pesar de contar con estudios de licenciatura en enfermería, mi ingreso al campo laboral fue como enfermera auxiliar ya que aún no cuento con título ni cédula profesional. Como postulan Luengo y Sanhueza (2015) (citado en Durán de Villalobos, 2005) un auxiliar y una enfermera cuidan, pero es la naturaleza, profundidad y expresión del conocimiento de cuidar lo que hace una práctica diferenciada. Entonces, el problema surge cuando no se vislumbra la distinción en las actuaciones de una y otra categoría laboral, presentes cuando existen muchas “figuras de enfermería”, como es el caso México (pág. 247).

desafié mis conocimientos, actitudes, aptitudes, habilidades y destrezas al laborar en una residencia para personas adultas mayores y haciendo frente a la pandemia por la COVID-19.

A partir de lo anterior realicé la observación directa de la estadía de 10 personas adultas mayores de entre 60 y 85 años de edad en un periodo de 4 meses (del 29 de octubre al 29 de febrero de 2021) donde realicé un registro de la rutina cotidiana y la descripción de la convivencia entre los residentes y el personal de enfermería en la residencia “CSR”<sup>3</sup>.

Para elaborar el trabajo retomé algunas herramientas de la metodología cualitativa ya que la intención era, como afirma Hernández (2014), “comprender los fenómenos, explorándolos desde la perspectiva de los participantes en un ambiente natural y en relación con su contexto” (pág. 358). Considero fundamental que se desarrollen trabajos sobre este tema para que, como profesionistas, reflexionemos sobre diversos aspectos que interfieren en las esferas del cuidado en enfermería enfocado en el ámbito social y no solo clínico.

Este documento se organiza en tres secciones. En el primer capítulo se describen las características del establecimiento y la organización del mismo, así como una breve crítica hacia el envejecimiento. El segundo capítulo se basa en el ingreso de las personas adultas mayores a la residencia, se exponen cuáles son algunos determinantes sociales que intervienen en su ingreso, cómo es la convivencia entre los ahora residentes, cómo fue su proceso adaptativo ante un nuevo hogar y un tema que se pasa por alto pero que, queramos o no se encuentra presente: la sexualidad en adultos mayores. En el tercer capítulo se desglosan las competencias del personal de enfermería que labora en la residencia y algunas adversidades por las que tuve que pasar como trabajadora; en este último apartado hago énfasis en cómo las decisiones del personal de salud son fundamentales para el cuidado de las personas adultas mayores. Finalmente, en las conclusiones hago una reflexión acerca de lo que hasta el momento ha sido mi experiencia laboral en “CSR”, el papel que tiene el personal de enfermería en la atención y cuidado de las personas adultas

---

<sup>3</sup> Por sus siglas en inglés “Club Senior Residence”.

mayores, y la importancia de retomar las metodologías cualitativas para tratar de entender los fenómenos de la realidad.

## Capítulo 1. Desafiando la realidad

En algún momento de la vida nos hemos encontrado con alguna persona adulta mayor, ya sea nuestro familiar, algún vecino, un conocido o algún extraño que nos cruzamos en la calle. Lo visualizamos y tenemos algunas críticas sobre esa persona: que si camina muy lento, que si se le ven las canas, que si utiliza lentes; muchas de ellas se limitan a las características físicas. Pero, ¿cuál será su historia de vida? ¿en qué condiciones vive? ¿ante qué adversidades está luchando esa persona adulta mayor? Estas preguntas son necesarias para comprender más allá de la persona, sobre todo en estos tiempos de incertidumbre por la pandemia de la COVID-19.

En este primer capítulo realizo una breve crítica hacia la noción clásica sobre envejecimiento; también describo qué son las residencias para personas adultas mayores, así como la experiencia generada al ingresar con el cargo de enfermera auxiliar en una residencia, desafiando mis competencias y conociendo las historias de vida de las personas que se encontraban ahí. Una convivencia que puedo describir como compleja no sólo como persona sino como pasante de enfermería, ya que me encontraba realizando mi servicio social al mismo tiempo que me incorporaba al ámbito laboral. Finalmente describo las características y la organización del establecimiento.

### 1.1 Un abordaje crítico hacia la noción de envejecimiento

El envejecimiento, según la Organización Mundial de la Salud (OMS) se define como:

la consecuencia de la acumulación de una gran variedad de daños moleculares y celulares a lo largo del tiempo, lo que lleva a un descenso gradual de las capacidades físicas y mentales, a un aumento del riesgo de

enfermedad, y finalmente, a la muerte (OMS, 2018, Comprender el envejecimiento, párrafo 1).

De acuerdo con el Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (INAPAM) el envejecimiento es:

el proceso que inicia desde el nacimiento y termina con la muerte. Este proceso se encuentra influenciado por aspectos biológicos, psicológicos y sociales. De esta manera todas las personas, sin importar la edad, estamos en proceso de envejecimiento. La vejez es una etapa de vida que comienza a los 60 años y forma parte del envejecimiento (INAPAM, 2019, párr. 1).

Los conceptos anteriores abarcan principalmente aspectos físicos, sin embargo, el envejecimiento va más allá; el envejecimiento es un proceso que toda entidad viviente atravesamos, justo ahora que escribo estas líneas o, incluso, quien me está leyendo, está atravesando un proceso de cambios en el organismo que no evidenciamos al momento, sino con el paso de los años, cambios pequeños, apenas visibles que van acompañados de experiencias de vida. Como comentó en 1914 María Félix <sup>4</sup>: *“No le tengo miedo ni a las canas ni a las arrugas, sino a la falta de interés por la vida. No le tengo miedo a que me caigan encima los años, sino caerme yo misma”* (Secretaría de Cultura, 2018).

Vivimos en un mundo donde se concibe de diversas maneras a las personas adultas mayores, se utilizan, desde palabras peyorativas como “vejstorio”, “achacoso”, “chocho”, “ruco”, “senil”; otras un tanto afectuosas como “viejo”, “anciano”, “abuelo”, “cabecita de algodón” que pudiesen utilizarse incluso en diminutivo y palabras institucionales como “persona de la tercera edad”, “adulto mayor”, “personas de edad avanzada”. Los prejuicios y estereotipos se hacen presentes.

Sin embargo, un número no define la edad, muchas veces la actitud se antepone a las canas, a las arrugas, las manchas en la piel e inclusive el uso de ciertos

---

<sup>4</sup> Actriz cinematográfica mexicana de los años 40's.

aditamentos para la marcha como lo es el bastón. Como lo expresa la residente “V<sup>5</sup>”: *“Tengo 48 años, pero al revés”*.

Cabe mencionar que no es lo mismo envejecer en un cuerpo con características de hombre o de mujer, ya que “en México, al igual que en la mayoría de los países del mundo, las mujeres viven en promedio más años que los hombres, lo que deriva que en la composición de la población haya más mujeres que hombres” (Kánter, 2017, p. 17). Sin embargo, en lo que respecta al nivel de calidad de vida por sexo, los varones presentan mejores condiciones. Soria y Montoya (2017) demostraron que:

el 45.45 % de los hombres presentan calidad de vida alta y muy alta, mientras que el porcentaje es menor en las mujeres, con 39.88 %; de modo que es posible asumir que la variable sexo tiene cierta influencia en la calidad de vida (pág.79).

Por consiguiente, según Le Breton (2002) “la mujer anciana pierde, socialmente, una seducción que se debía, esencialmente, a la frescura, la vitalidad y la juventud” (p. 147) de ahí que nuevamente la persona adulta mayor encaja en una crítica social donde las desigualdades son evidentes por los estereotipos subjetivos en los que se ven envueltos, ante la mirada de los demás. Rodríguez (2010) argumenta que:

la organización jerárquica de cada sociedad tiene un comportamiento diferente según su cultura y sus desarrollos particulares. Por ejemplo, en las tribus indígenas y en Oriente la persona mayor cumple un papel importante en la sociedad debido a su sabiduría y experiencia, y la edad por sí misma es símbolo de respeto. Sin embargo, principalmente en Occidente la persona adulta mayor ha perdido el valor moral que se merece debido a la multiplicidad de estereotipos y a la concepción biologicista que reconoce a la persona adulta mayor como sinónimo de declive, pérdida e improductividad (pág.17).

---

<sup>5</sup> Utilizaré las iniciales de los nombres de los residentes de “CSR” para mantener el anonimato de los mismos.

De modo que, se dice, la etapa de la vejez debería planificarse, todos deberíamos prepararnos para ello buscando un equilibrio entre nuestra salud, nuestro estado físico, psicológico, social y espiritual. Un compromiso que no es sencillo, ya que la participación de la familia, así como las óptimas condiciones estructurales en la vivienda son fundamentales para alcanzar una plenitud en el futuro. En México “el 47.9 % de las personas adultas mayores (edad cronológica de 60 años o más) viven en hogares nucleares (puede incluir a una pareja con o sin hijos), el 39.8% residen en hogares ampliados (más de un núcleo familiar y otras personas emparentadas) y el 11.4% conforman hogares unipersonales” (INEGI, pág. 1. 2019).

La familia como célula de la sociedad nos incentiva para que podamos continuar en la mejora de nuestro cuidado, puesto que en ella hay una fuerte construcción social, emocional y afectiva. Al no contar con sólidos recursos para ofrecerles a las personas adultas mayores, así como la limitación de capacidades físicas, dependencia ante actividades instrumentadas de la vida diaria, inhabilidad ante cuidados específicos, carencia en redes de apoyo social, entre otras, podría resultar un gran obstáculo. Sin embargo, si se cuenta con la posibilidad de costear un establecimiento en el cual se les proporcionen atención y cuidados necesarios, según sea el caso, la vejez de los mismos puede verse beneficiada. Eso en el mejor de los panoramas.

## 1.2 Residencias para personas adultas mayores

Nava (2015) define a las residencias de adultos mayores como:

un espacio arquitectónico de asistencia social que permite la atención integral de las personas adultos y adultas mayores en estado vulnerable, o con características de atención especial, otorgando servicios de rehabilitación, alojamiento, alimentación, vestido, diagnóstico médico, social, psicológico, múltiples actividades: culturales recreativas y ocupacionales, a corto y largo plazo, en búsqueda de una longevidad activa y saludable (p. 16).

Desde una perspectiva general, este concepto engloba los servicios en beneficio de las personas adultas mayores. No obstante, en la “búsqueda de una longevidad activa y saludable” operan determinantes físicos, sociales, psicológicos, espirituales, entre otros que se desarrollan a lo largo de la estadía en la residencia.

El Censo de Alojamientos de Asistencia Social (CAAS) de 2015 identificó 1 mil 020 hogares para adultos mayores en el Estado de México; de los cuales 58% están constituidos como asociación civil (con o sin fines de lucro), 20% son asociaciones sin fines de lucro (Instituciones de asistencia privada, organizaciones de la sociedad civil, y asociaciones religiosas), 8% son instituciones públicas, en tanto que un 2% se constituyen como sociedades mercantiles; el resto (aproximadamente 12%), lo constituyen otros tipos de figuras jurídicas (López y Aranco, 2019).

Alrededor de 22 mil 500 personas se encuentran viviendo en hogares para adultos mayores, lo cual representa el 0.2% de la población adulta mayor mexicana. El 61% de los residentes son mujeres; un alto porcentaje de los mismos reporta nulo o bajo nivel educativo (21% sin educación formal y 48% con primaria completa o secundaria incompleta), y 56% de los residentes tienen 80 años o más. De acuerdo con el Directorio Estadístico Nacional de Unidades Económicas (DENUE), en México:

existen 603 instituciones privadas identificadas como residencias privadas para el cuidado de las personas adultas mayores. Los servicios de las instituciones privadas varían en cuanto a calidad y costos. Mientras que hay instituciones que en espacios mínimos ofrecen servicios comunes de alojamiento, otros ofrecen habitaciones individuales amplias con baño integrado. De igual manera, en tanto que la mayoría de las instituciones tienen generalmente asistentes no profesionales y personal auxiliar en enfermería a cargo de las personas mayores la mayor parte del tiempo, otras ofrecen servicio más personalizado de enfermería, en ocasiones, por un costo adicional. Por otra parte, algunas instituciones ofrecen una amplia gama servicios recreativos y comodidades como televisión por cable,

internet, cine, gimnasio, aire acondicionado y ventilación controlada, salón de belleza, entre otros (López y Aranco, 2019, p. 38).

En definitiva, considero que las residencias para personas adultas mayores son una buena oportunidad para mantener una dinámica eficiente bajo la disposición de recursos necesarios en beneficio de los residentes.

### 1.2.1 Mi ingreso laboral a la residencia “CSR”

Tras la crisis sanitaria por la Covid-19<sup>6</sup> tuve la necesidad de buscar un empleo y que la remuneración fuera de apoyo para mi familia. Todo local en mi colonia estaba cerrado, así que me di a la tarea de indagar por la red social de Facebook y descubrí que solicitaban urgentemente un auxiliar de enfermería en una residencia para adultos mayores. Dentro de las actividades a realizar que se mencionaban en la publicación de empleo y estipuladas en el contrato se encontraban: recepción, identificación y atención de residentes, toma de signos vitales y somatometría, recepción de reporte general a personal de turno saliente, entrega de reporte general a personal de turno entrante, registro de expediente de cada residente, orientar, vigilar y acompañar al residente, auxiliar en su tratamiento básico: curaciones, inyecciones y administración de medicamentos, cuidados generales: baño, aseo parcial, cambio de ropa de cama, ayuda en la ingesta de alimentos, enseñar procedimientos higiénicos-dietéticos, solicitar, recibir y entregar medicamentos, equipo, material de curación e instrumental, traslado y movilización de residentes en camilla, silla de ruedas o cualquier dispositivo de traslado hospitalario, aplicación de técnicas de mecánica corporal, vigilar condiciones clínicas, identificar signos de alarma y trasladar y movilizar de manera inmediata para su atención integral y lo reporte a su superior inmediato, participación en primeros auxilios. Todos los requisitos incluían habilidades técnicas, a pesar de que las

---

<sup>6</sup> Pandemia global declarada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) a causa del virus SARS-COV2 originario en la ciudad de Wuhan, China durante diciembre del año 2019 causando la enfermedad denominada COVID-19.

habilidades socioemocionales son intrínsecas para el buen desempeño de enfermería. Tal como argumenta Ayuso (2016) las habilidades sociales:

constituyen un papel fundamental y estrechamente relacionado con las comunicaciones interpersonales en el ámbito profesional de la enfermería, ya que están en continuo contacto y en relación con el paciente, con el familiar y con los demás profesionales que les rodean (pág.114).

Consideré que cubría todos los requisitos y me postulé para este empleo enviando mi currículum vitae a una dirección de correo electrónico, no tardé en obtener respuesta y dos horas más tarde se comunicaron conmigo, les urgía contratar personal que, en palabras del ingeniero que me entrevistó, “es un lugar nuevo estructuralmente diseñado para el confort y para mantener la calidad de vida del adulto mayor”.

El 15 de octubre de 2020 me presenté a trabajar con los requisitos indispensables señalados por “mis nuevos jefes”<sup>7</sup>: uniforme blanco bien planchado, bien peinada, zapatos blancos y limpios. Los estereotipos que invaden al personal de enfermería con respecto al uniforme clásico blanco se atribuye como lo menciona León (2006) por ser un “símbolo de autocuidado, de limpieza, pureza y apoyo frente al otro (persona y familia en interacción y contacto transparente, sincero y respetuoso con su cuerpo, sus sentimientos y experiencias de vida” (pág. 2). Durante mi formación académica me acostumbré a portar uniforme en cada una de mis prácticas hospitalarias, sin embargo, desde mi punto de vista el aspecto externo no es algo esencial sino los conocimientos y habilidades que se lleven a cabo durante la jornada laboral. Teniendo en cuenta que mi solidez económica estaba sujeta a estas condiciones, mantuve una postura dócil.

---

<sup>7</sup> En México se acostumbra a nombrar a los jefes de enfermería al contar con ciertos requisitos, tales como título y cédula profesional de licenciado en enfermería, constancia de cursos en administración en servicios de salud, diplomas en gerencia de calidad en servicios de salud o equivalente, constancia de cursos básicos de informática, experiencia laboral en jefe de piso o jefa de enfermeras dependiendo el puesto a conseguir. No obstante, “mis nuevos jefes” son del área médica y fungen como autoridad para orientar las actividades a realizar.

Otro aspecto importante que nos mencionó la dueña del lugar, una médica geriatra, fue tener cuidado para no “provocar” a los residentes, teníamos que utilizar una blusa blanca debajo del uniforme para que el escote en “V” de la filipina no interviniera cuando tuviéramos que agacharnos durante la toma de signos vitales. La imagen de “enfermera” a lo largo del tiempo, ha estado relacionada con una figura de erotismo. La sexualización en el personal de enfermería enfocada en las mujeres la podemos localizar fácilmente en programas televisivos, películas, caricaturas, videos musicales, tiendas particulares como “sex shop” y en los uniformes empleados cotidianamente en el ámbito laboral que marcan la silueta del cuerpo exponiendo el pecho, a diferencia de los uniformes en los hombres que son holgados y con escote redondo.

Debido a esta cuestión me atreví a proponer que los 2 uniformes que por contrato nos otorgaría la empresa fueran de color oscuro y tela antiluido para que durante la asistencia en la ducha a los residentes se repelara el agua evitando contratiempos en la translucidez con las prendas interiores.

Asimismo, en mi primer día de actividades laborales conocí a mis dos nuevas compañeras, una cuidadora con experiencia de 2 años en el cuidado del adulto mayor en residencias y otra licenciada en enfermería sin experiencia. Me sentí pequeña, era mi primer trabajo enfocado en el cuidado enfermero donde pondría a prueba mis actitudes, aptitudes, conocimiento y destreza no solo por pasar un módulo trimestral <sup>8</sup>sino que, además, me pagarían por realizar actividades que me gustan hacer.

### 1.2.2 Características y organización del establecimiento

La residencia “CSR” está ubicada al norte del Estado de México<sup>9</sup>. La fachada del lugar se asemeja a un condominio, no tiene letrero o algo parecido para hacer

---

<sup>8</sup> Mi formación académica se llevó a cabo en la Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco. Caracterizada porque los planes de estudios están estructurados en un programa trimestral.

<sup>9</sup> Se localiza en la zona central de la República Mexicana. Colinda al norte con los estados de Querétaro e Hidalgo; al sur con Guerrero y Morelos; al este con Puebla y Tlaxcala; al oeste con

énfasis en una residencia para adultos mayores, es de color grisáceo con zaguán de rejas horizontales que deja ver un gran patio. La entrada principal es una puerta de vidrio traslúcido que da hacia la oficina y la sala de juntas, así como al corredor principal. Al lado derecho hay un baño y un consultorio médico; del lado izquierdo comienzan las habitaciones enumeradas a partir del número 10. Las habitaciones más alejadas son exclusivamente para hombres, y las habitaciones más cercanas al control de enfermería para las mujeres.

Terminando el pasillo principal, continúa el comedor con 3 mesas en conjunto con capacidad para 12 personas, hay una gran pantalla de 58 pulgadas para amenizar el entorno con música diversa: clásica, rock and roll, boleros, cha cha chá, cumbias, vals o para estar al día con las noticias más relevantes cuando los residentes consumen sus alimentos. El techo de la residencia es completamente de vidrio lo cual permite la entrada de luz natural. Los colores son neutros y alegres, azul, amarillo y verde invaden todas las puertas.

Frente al comedor se encuentra la cocina con ventanas corredizas que dejan visualizar lo que prepara la cocinera. Posteriormente sigue la sala, que cuenta con otra pantalla del mismo tamaño que la anterior, que, por lo general se encuentran encendidas aun cuando no lo soliciten los residentes, siempre hay música perceptible a lo largo de la residencia o las noticias, ya que la mayor parte del tiempo están en esta área. Al fondo de la sala se encuentra la central de enfermería equipada con una computadora de escritorio, un anaquel para medicamentos, teléfono fijo, una tablet para el control de las cámaras del exterior y una pantalla para el control de timbres de emergencia de cada habitación. El lugar cuenta con 3 pisos, un elevador y unas escaleras. En el primer piso se encuentra una capilla, un espacio reducido disponible con una banca, una mesa, imágenes religiosas, un florero y una veladora. También hay un área de gimnasio con tres bicicletas fijas muy modernas, un área para hacer aerobics que se aprovecha ocasionalmente

---

Guerrero y Michoacán, así como con la Ciudad de México que rodea al norte, este y oeste. La extensión territorial del estado es de 23,393.09 kilómetros cuadrados. Cuenta con 125 municipios divididos en 20 regiones. Tiene una población total de 16, 992, 418 lo que representa el 13.48% del total de la población nacional (Consejo Estatal de Población, 2018).

equipada con mancuernas de 2 kilogramos donde también hay una gran pantalla de 58 pulgadas.

El segundo piso está prácticamente en obra negra, en una esquina se encuentran 2 calentadores de agua fijos que la compañera del turno nocturno se encarga de encender, para que no se gaste tanto gas. El tercer piso es la terraza o “Roof garden”, un espacio muy agradable al aire libre que cuenta con una sala y dos mesas de jardín con sombrillas, un baño común y un área de hortalizas para huertos urbanos. Generalmente en días soleados los residentes suben a tomar un poco de aire fresco y a jugar dominó, siempre acompañados por el personal de enfermería. Se tiene una muy apacible vista, rodeada de cerros y escasos edificios.

Cada piso tiene 9 habitaciones y dependiendo de la disponibilidad económica y el agrado de las personas que acuden a ver el establecimiento, la residencia cuenta con habitaciones individuales o dobles. Cada una equipada con baño completo, clóset, pantalla (smart TV de 32 pulgadas), una toalla grande y una chica, 2 sábanas sencillas, 2 sábanas de satín, 1 protector de colchón, 1 cobertor y cubre colchón, 1 almohada con funda de satín, 1 cojín y una cobija polar. Todas las habitaciones cuentan con iluminación natural y vista al exterior. Servicio de lavandería y limpieza diaria de habitaciones con costos que van desde los 16, 000 hasta los 23,000 pesos mexicanos mensuales. Atención especializada por personal de enfermería las 24 horas del día, los 365 días del año incluyendo días festivos, personal de cocina encargado de la preparación de alimentos basados en una dieta balanceada de acuerdo a la edad y requerimientos nutrimentales de cada residente determinada por la médica geriatra, personal de limpieza y personal administrativo.

El edificio cuenta con un diseño basado aspectos necesarios para el buen desplazamiento de los residentes, existen rampas bien señalizadas, puertas amplias, barandales, piso anti derrapante sin desniveles, escalones bajos, cada pasillo está bien iluminado permitiendo una segura movilidad de los residentes. Confirmé que la seguridad domiciliaria es primordial para evitar contratiempos y riesgos perjudiciales para los residentes, como una lesión por caída.

Cuando entré la primera vez tenía una idea distinta con respecto al establecimiento; pensaba que el lugar sería como algunos asilos que tuve oportunidad de visitar durante mis prácticas comunitarias de la licenciatura, donde el hacinamiento y la atención precaria se hacían notar a simple vista. Gutiérrez y colaboradores (2012) refieren que:

los hogares para ancianos son centros que prestan atención a las personas que viven en ellos durante un periodo de tiempo prolongado y durante las 24 horas del día. Además de servicio médico y de enfermería pueden contar con otros miembros del equipo de salud y con otros departamentos o servicios. Generalmente sus residentes son personas con algún déficit de autonomía que necesitan ayuda o suplencia para ejecutar las actividades básicas de la vida diaria (p. 215).

La importancia por la cual el establecimiento esté propiamente diseñado para las personas adultas mayores es que debe contar con elementos que proporcionen la satisfacción de las necesidades básicas como alimentación, higiene, ocio, entre otras permitiendo así la aceptación y la comodidad ante su nuevo hogar.

### 1.3 Conclusiones

La situación en México con las personas adultas mayores va más allá de una crítica social, nos es demasiado fácil expresarnos burdamente de cualquier cosa relacionado a la vejez; sin embargo, la mayoría de las veces no reflexionamos sobre el valor que tienen como persona, la cantidad de vivencias acumuladas que podrían otorgarnos grandes lecciones de aprendizaje y conocimiento a pesar del posible deterioro físico que tanto juzgamos.

En varias ocasiones me cuestioné lo siguiente: ¿es necesario estar enfermo para tomar la decisión de asistir a una residencia para personas adultas mayores? Me da cuenta que no, que son diversas las causas por las cuales los residentes de “CSR” llegaron ahí, fueron más por causas sociales que de apoyo para fomentar la salud,

pese a la pandemia. Reafirmando que solo una persona adulta mayor estuvo contagiada por la COVID-19.

La decisión del ingreso a las residencias para personas adultas mayores podría asociarse a la búsqueda de “mejorar la calidad de vida” en la etapa de la vejez, indagando y estimando en costos el adecuado establecimiento que este sujeto al confort y lujos a la merced de los ingresos personales. Pero ¿realmente la atención que se otorga en el hogar y en las residencias será diferente? No solo las personas adultas mayores están rodeadas de prejuicios, también las residencias. No toda la gente aprueba desistir de sus seres queridos en un nuevo hogar, con personas ajenas, con la incertidumbre de saber si les otorgarán los cuidados necesarios y en casos no tan ajenos, si pudieran llegar a ser violentados. Tendríamos que dar oportunidad de conocer el manejo de estos establecimientos, con sus servicios en conjunto del personal que buscan otorgarles a las personas adultas mayores los cuidados oportunos necesarios.

## Capítulo 2. Residentes de “CSR”

En la residencia he convivido con 6 personas adultas mayores identificadas como mujeres y 4 personas adultas mayores identificados como hombres. Esto fue un parteaguas en la atención y cuidado ya que las actividades recreativas programadas debían ser más generales, en un inicio se centraban en pintar uñas, bailar, hacer manualidades, cosas que los residentes hombres se negaron a realizar.

Por consiguiente, se acordó con mis compañeras que se cambiaría la programación de la televisión: las películas románticas se reemplazarían a menudo por partidos de futbol americano, peleas de box y películas de acción. Aunque fue un cambio drástico, todos y todas estuvieron de acuerdo, además, sirvió para salir de la rutina y mejorar la convivencia entre los residentes y dio pauta para nuevas conversaciones.

A pesar de que con algunos residentes conviví muy poco tiempo porque su estadía así lo permitió, el aprendizaje ha sido muy valioso para mí. En este apartado se describe un panorama general de algunas de las historias de vida de cada persona adulta mayor de “CRS”, con la intención de situar las adversidades que han afrontado durante su estancia.

### 2.1 Ingresar a la “CSR”

Para ingresar como residente en “CSR” se debe contar con varios requisitos, incluidos estudios de laboratorio de no más de 2 meses para corroborar el estado de salud, particularmente una prueba negativa COVID-19 por PCR<sup>10</sup> y someterse a una valoración geriátrica integral por parte de la geriatra de la residencia; se les otorgaba una lista específica de objetos personales necesarios, con un límite de los mismos. Fundamental que los residentes no guarden objetos de valor, nada de

---

<sup>10</sup> Por sus siglas en inglés “Polymerase Chain Reaction”, es una prueba diagnóstica que detecta un fragmento del material genético de un patógeno.

dinero, joyas o teléfono celular hasta que sus familiares lo autorizaran. En la tabla 1 se incluyen datos generales del total de residentes en “CSR”.

**Tabla 1**

*Datos generales de cada residente en “CSR”*

Inicial del residente	Edad	Sexo	Estado civil	Escolaridad	Pensionado	Red de apoyo social <sup>11</sup>	Prótesis y aditamentos
“V”	84	Mujer	Viuda	Licenciatura	Sí	Hijo	Andadera
“L”	85	Mujer	Soltera	Licenciatura	No	Hermano menor	Ninguno
“J”	78	Mujer	Viuda	Licenciatura	Sí	Hija mayor	Lentes
“S”	63	Mujer	Divorciada	Licenciatura	No	Hijos	Bastón, puente dental
“J”	74	Hombre	Casado	Bachillerato	Sí	Hija mayor	Ninguno
“J”	78	Hombre	Divorciado	Maestría	Sí	Hijas	Lentes, dentadura postiza
“L”	73	Mujer	Casada	Maestría	Sí	Esposo	Aparato auricular, silla de ruedas
“C”	69	Hombre	Viudo	Maestría	Sí	Hija menor	Bastón
“R”	71	Mujer	Viuda	Licenciatura	Sí	Hijos	Bastón
“G”	80	Hombre	Viudo	Maestría	Sí	Hijo mayor	Bastón

Fuente: Elaboración propia, 2021.

Ante el recelo en el ingreso al establecimiento, los sentimientos parecían estar sosegados. Es de interés que la mayoría las personas adultas mayores cuenta con un nivel de escolaridad alto, que su nivel económico es bueno dado por una pensión, tienen fuertes redes de apoyo social y, a derivación de ello, no tendrían inclinación en la atención que les pudiera otorgar la residencia. Una razón podría ser el uso de prótesis y aditamentos, pero ¿será el único fundamento?

## 2.2 Determinantes sociales en las personas adultas mayores

Ante la posibilidad de costear una residencia para personas adultas mayores el Instituto Nacional de Salud Pública (2020) refiere que:

<sup>11</sup> Conjunto de relaciones interpersonales que integran a una persona con su entorno social y le permite mantener o mejorar su bienestar material, físico, emocional y, evitar así el deterioro real o imaginado que podría generarse cuando enfrenta dificultades crisis o conflictos que afectan al sujeto (Huenchuan, Guzmán, y Montes de Oca, 2003, pág. 43).

la situación del adulto mayor en México se caracteriza por la intersección entre las problemáticas de salud asociadas a la vejez, el género y la pobreza en un contexto de escasa protección institucional y profundas desigualdades sociales que se observa tanto en entornos rurales como urbanos (párr. 2).

El poder adquisitivo de los bienes puede venir de diversas fuentes tales como trabajo, ahorros, pensiones, jubilaciones, ayuda familiar, entre otros. Sin embargo, como resultado de la vejez existe una considerable pérdida de fuerza, hay predisposición al deterioro funcional como la disminución de la actividad motora y del dominio del cuerpo en la ejecución de las actividades instrumentadas de la vida diaria como caminar, comer, realizar compras, bañarse, entre otros sin que otra persona colabore directa o indirectamente. Por tanto, el rol que ocupa la familia o el cuidador primario impacta en términos económicos al efectuar un considerable gasto en términos de salud y bienestar general (Freixas, 1997).

En cuanto a la historia marital las mujeres socializadas en modelos tradicionales de dependencia pueden fácilmente encontrarse con acontecimientos vitales que reduzcan dramáticamente su situación económica, como pueden ser el divorcio, la separación o la muerte del esposo, situaciones que tienen consecuencias negativas prolongada sobre el bienestar económico en la vejez (Freixas, 1997).

En el 2018 el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL) informó que “siete de cada diez personas de 65 años o más recibían ingresos por pensión por jubilación o por programas sociales” (párr.1). Como se muestra en la tabla 1, el 80% de las personas adultas mayores que reside en “CSR” reciben ingresos económicos gracias a la pensión cobrada por su jubilación, ingreso del cual una parte es destinado para el pago mensual de la residencia. Cabe mencionar que cada persona adulta mayor de la residencia “CSR” tienen estudios de educación superior y se desempeñaron laboralmente en el área deseada, como lo afirman todos los residentes, por lo que su realización personal la consideran buena y da pauta para la formación de nuevas redes y relaciones sociales.

No todas las situaciones fueron manejables para mí, en un inicio con mi primera residente, me sentí con la obligación de cumplir con sus peticiones y demostrar que podía realizar todas mis actividades, sin experiencia previa de trabajar con personas adultas mayores para así consentirla y lograr que se sintiera cómoda, querida y segura en su nuevo hogar. Peticiones simples que no me costaba trabajo alguno como pasarle un cojín, marcar algún número telefónico de su celular, encender/apagar su televisor o buscar sus anteojos. De ahí cada que lo requería, nos pedía atención cuando estábamos con algún otro residente y ante la falta rápida de sus peticiones se molestaba, frunciendo el ceño y gritando que ella podía hacer lo que quería, que para eso estaba pagando. A partir de aquí se llegó a mutuo acuerdo con la geriatra para que los residentes que pudieran realizar actividades instrumentadas de la vida diaria por sí mismos, lo hicieran sin intervención del personal de enfermería para fomentar la independencia y autocuidado. Según Nava, Ham y Ramírez (2016):

el bienestar de una persona se compone de distintos elementos como los aspectos socioeconómicos que contribuyen a la satisfacción y calidad de vida. La posición económica se determina al contrastar los ingresos o bienes con los que cuenta la población en edades avanzadas con los de otros grupos de edad y entre el mismo grupo de población envejecida (p. 171).

La mayoría de las personas en nuestra sociedad quisiera contar con recursos ilimitados para nuestra vejez, sin embargo, las oportunidades en nuestro país son escasas. La Comisión Nacional del Sistema de Ahorro para el Retiro (CON SAR) estipuló en el 2018 que:

una tercera parte de adultos mayores tiene ingresos únicamente por pensión, de los cuales tienen mayor porcentaje de gasto en alimentos, hogar, salud y vivienda. Las pensiones contributivas (las que obtienen las personas que contribuyeron o cotizaron al sistema de pensiones a lo largo de su vida laboral) son el principal recurso de los adultos mayores: 46% mujeres y 52% hombres (del ingreso monetario individual) (párr. 6).

Un parteaguas en el acceso a los servicios de salud, la autonomía, asistencia social, así como la equidad impactan particularmente a las personas adultas mayores.

### 2.3 Rutina en la residencia “CSR”

La rutina en CRS, de lunes a viernes, comienza a las 7:20 de la mañana cuando se les invita a todos los residentes a tomar la ducha, exceptuando a los que necesitan asistencia ya que, dependiendo de la situación (si se orinaron, necesitan rasurarse, visitas, entre otros) se van priorizando. A las 9 de la mañana tienen que estar en el comedor para ingerir el desayuno y los medicamentos correspondientes, generalmente a esa hora en la televisión del comedor se ve el noticiero del canal ADN 40<sup>12</sup> que la mayoría eligió por su contenido sin notas periodísticas violentas. Cada persona adulta mayor tiene un lugar destinado para sentarse y así tratar de evitar confrontamientos. Todos son completamente diferentes en personalidades, lo que ha dado como resultado que la convivencia sea compleja.

Cuando los residentes terminan de desayunar, aproximadamente a las 10 de la mañana y basado en el cronograma que otorgó la geriatra, la mayoría de las personas adultas mayores suben al área de gimnasio para hacer actividad física en las bicicletas o caminar mínimo 6 vueltas al pasillo del primer piso, pegados a un barandal de metal que les brinda soporte y seguridad durante la deambulaci3n siempre acompañados por el personal de enfermería. Algunos otros prefieren ir a la capilla a orar, pasan un promedio de 25 minutos cada uno, como menciona el residente “J”: *“Tengo que dar gracias a la guadalupana por salvarme, yo ya estaba muerto y ella me ayud3”*. Como De la Torre (2008) destaca:

¡México Siempre Fiel! Estas palabras fueron pronunciadas por el Papa Juan Pablo II durante su viaje mexicano de 1979. No sólo describían las características de un pa3s mayoritariamente cat3lico, con un pueblo muy

---

<sup>12</sup> Canal p3blico de televisi3n abierta en Méxic3 por la cadena TV Azteca con contenido en deportes, espectáculos, pol3tica y noticias de última hora.

devoto y practicante. Un país coronado por la actual Reina de América: la Virgen de Guadalupe (párr.2).

A las 11 de la mañana todos deben estar en el comedor para ingerir la colación, generalmente les otorgan fruta de temporada. Al terminar deben pasar a la sala para la toma de signos vitales y a partir de ahí tienen “tiempo libre” para realizar las actividades que ellos prefieran, ya sea ver televisión en sus habitaciones, dibujar, escuchar música, jugar algún juego de mesa, escribir o leer hasta las 14:30 de la tarde que se da el servicio de la comida y, al finalizar, se administran medicamentos.

La tarde es más relajada relacionada a actividades, por lo regular las personas adultas mayores pasan de 2 a 4 horas jugando dominó, ajedrez y viendo películas en la sala. A las 5 de la tarde se les brinda otra pequeña colación, puede ser chocolates, bombones, semillas de girasol garapiñadas, nueces, entre otros. Alrededor de las 7 de la noche se vuelven a tomar cifras de signos vitales para que a las 8 de la noche, las personas adultas mayores se encuentren ingiriendo su cena, ya sea quesadillas, sándwich, rollitos de jamón y queso, galletas, té o café con leche.

Los fines de semana son diversos por las visitas que los y las residentes reciben. Debido a la pandemia las visitas de todas las personas adultas mayores se limitan a tres personas, de preferencia que sean sus familiares directos que no incluyan menores de edad con la indicación indispensable de utilizar cubrebocas y permanecer en el “Roof garden” para evitar contagios.

A partir de una lista de personas autorizadas para visitar a los residentes, éstos pueden salir en ocasiones especiales a estudios de laboratorio, citas médicas, o simplemente para comer con sus familiares con previa anticipación de mínimo un día y con la condición de regresar como límite hasta las 9 de la noche ya que no se otorga el servicio de la cena pasada esa hora. Restricción que no es bien vista por todos los residentes, como menciona “G”: *“No sabes lo frustrante que es tener que estar a una hora exacta, me siento como un adolescente rebelde”*.

## Figura 1.

*Personas adultas mayores conviviendo en el “Roof Garden” de la residencia “CSR”.*

13



Fuente: Archivo fotográfico personal, Julio 2021.

Como trabajadora, tener una rutina fija facilita mis actividades, aunque las limitaciones son directamente hacia las personas adultas mayores quienes compartían diferentes hábitos en su vida cotidiana. Ahora bien, dentro de las actividades que realizan se benefician gracias a la promoción de la práctica de actividad física, mejora en la integración social, consumo de dieta equilibrada basado en las necesidades individuales, mantenimiento de higiene, así como el monitoreo de funciones vitales.

### 2.4 Adaptación al nuevo entorno

Cada residente experimentó de algún modo el cambio a su nuevo entorno, desde que les dieron la noticia de que estarían “por unos días” a causa de la pandemia en una residencia para adultos mayores. Todos debían utilizar la mayor parte del tiempo cubrebocas KN95 para evitar contagios, por lo cual había enrojecimiento en la epidermis del rostro, fisuras en la comisura superior de las orejas y en el dorso

---

<sup>13</sup> Fotografía autorizada por las personas adultas mayores para ser publicada en el presente trabajo, sin embargo, se censura para mantener el anonimato de estos al cubrir el rostro parcialmente.

de la nariz ya que debido al proceso de envejecimiento en la piel de las personas adultas mayores “se pierden capas de epidermis, se atrofia y se hace visiblemente más delgada y seca” (Academia Nacional de Medicina, 2012, pág. 48).

A causa de ello, y con el esquema completo de 2 dosis de biológico administrado<sup>14</sup> en los residentes, dejarían de utilizar cubrebocas. Esta indicación no eximía al personal que labora en la residencia, incluido el personal de enfermería. Los primeros días de estancia de las personas adultas mayores en “CRS” fue a base de múltiples insistencias para que se apegaran a un itinerario de su día.

El 11 de noviembre del 2020 en compañía de su hermano menor, su cuñada y su sobrina ingresó a la residencia “L”. Recuerdo muy bien la actitud de “L” y sobre todo de su familia: indiferentes. La cuñada era quien más hablaba ante la firma del contrato y no dejaba de mencionarle a “L” que solo estaría en la residencia por unos días, mientras salían de viaje por trabajo. *“Entiende que no te podemos llevar, y ya es justo que me dejes disfrutar a tu hermano” (Cuñada de “L”).*

En consecuencia, el proceso de adaptación de “L” ha sido muy difícil ya que desprenderse física y emocionalmente de sus seres queridos le quita, en palabras de la residente, *“pedacitos de su vida”*. Sin embargo, la integración también ha sido ardua por la personalidad que tiene: reservada, cortés, bienhablada e incluso su necesidad de espiritualidad y religión no es bien compartida con el resto de las personas adultas mayores. *“Mi cuñada convenció a mi hermano, me trajeron con engaños, me dijeron que solo estaría 15 días y ya me dejaron aquí, como un ratón” (residente “L”).*

La analogía que realizó “L” de sentirse como “ratón” la interpreto que al no tomarla en cuenta en la toma de decisión en su ingreso a la residencia se sentía pequeña e indefensa ante la autoridad que tomó su cuñada. El empoderamiento durante la vejez es un elemento que debe fortalecerse. Sykes (citado en Iacub y Arias, 2010)

---

<sup>14</sup> En México la vacunación se inició con las personas adultas mayores, a los residentes se les administraron dos dosis por vía intramuscular (0,5 ml cada una) en el músculo deltoides solo un miembro torácico, separadas por un intervalo de entre 8 y 12 semanas. El biológico administrado en todos los casos fue del laboratorio AstraZeneca.

destaca que el empoderamiento se lleva a cabo cuando se “elige por sí mismo tener más control sobre sus problemas y su vida” (pág.27).

Al platicar con cada uno de los residentes les comentaba que estaban ahí por su bien, para prevenir contagiarse de coronavirus y para procurar su calidad de vida, pero, como señala Salazar (2019):

la calidad de vida se puede evaluar a partir de la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes, valores e intereses (pág. 365)

Si para “L” la calidad de vida consiste en estar en una habitación esperando a que sus familiares salgan de trabajar para que ella pueda comer e ingerir sus medicamentos, la adaptación a un nuevo entorno donde su red de apoyo no está presente y dejar que otras personas la asistan en sus actividades instrumentadas de la vida diaria hace que su calidad de vida se vea disminuida.

Otro suceso que causó revuelo fue la inexperiencia en el cuidado de personas con limitaciones físicas como la hemiplejía que tiene la residente “S” a causa de un evento cerebro vascular. Aunque, siendo sincera y analizando el motivo, fueron dificultades en las relaciones interpersonales. Una ocasión durante la asistencia en la ducha comenzó a decirme que se sentía rodeada de “ancianos”, que los mismos se molestaban por todo puesto que ella, al ser la más joven y hacer bromas nadie le corresponde. Vi como sus piernas comenzaron a tambalearse, su voz se quebraba al hablar y comenzó a llorar desconsoladamente diciendo: “¡Sácame, sácame de aquí por favor!” Inmediatamente la sujeté y cerré a la regadera. Con cuidado la pasé a un tapete de tela y la cubrí con una toalla. Sin pensarlo la abracé y se quedó quieta al principio, pero unos segundos después me correspondió el abrazo y siguió llorando. Le comenté que fue muy valiente al expresar todo lo que sentía, que es una mujer dependiente y debe demostrarlo, que a pesar de todo lo malo que ha pasado, todas esas vivencias la trajeron aquí y debe disfrutar su día a día, agradecer por estar viva y disfrutar. Minutos después se observaba más

tranquila, se pasó a su cama para vestirse, se echaba porras a sí misma e incluso comenzó a realizar bromas. Me sentí mejor cuando la vi sonriendo.

A partir de ahí la relación con “S” ha cambiado para bien, ella misma realiza sus actividades instrumentadas de la vida diaria, se integra y es más prudente con los demás residentes, así como la facilidad de expresar sus sentimientos con el personal de enfermería.

Otra situación por la que la convivencia y la adaptación al entorno se vio envuelta de caos fue la de la residente “L”. Debido a problemas emocionales y afectivos, todas las noches durante la madrugada gritaba muy desconsolada por su hijo ya fallecido, ocasionando que las demás personas adultas mayores se despertaran de mal humor interrumpiendo por horas su sueño.

Hoy por hoy “L” continúa con ese estado, su familia se ha desprendido de ella y a pesar de contar con recomendaciones de la geriatra para acudir urgentemente a consulta psicológica y psiquiátrica existe una negación rotunda de los familiares. Los regañones en palabras de “L” son parte de su proceso adaptativo, sin embargo, constantemente “L” menciona que no quiere estar en la residencia y que prefiere irse a su casa.

Sin embargo, como se mencionó con anterioridad la familia de “L” no tiene intención alguna de regresarla a su hogar ni de brindarle los cuidados necesarios; ellos mencionan: *“Ustedes cuídenla, y si le pasa algo es su culpa”* (familiar de residente “L”).

Un proceso de adaptación lento, que en este caso el personal de enfermería está involucrado y que es difícil no solo para las personas adultas mayores, sino para todos los que convivimos ahí. Es fácil para mí, después de mi jornada laboral retirarme del lugar y distraerme con otras actividades, ellos no. Ellos deben continuar con su sentencia de pensamientos que muchas veces desconocemos y que, si nos damos el tiempo de sentarnos a platicar con ellos, puede ser de enorme alivio.

## 2.5 Sexualidad en adultos y adultas mayores

Toda persona es capaz de mantener una vida sexual activa y plena; sin embargo, existen factores orgánicos, psicológicos y sociales que pueden influir de manera negativa en la práctica sexual. En la vejez el tabú de la sexualidad es evidente. D'Hyver y Gutiérrez (2014) consideran que:

la sexualidad exitosa requiere de intimidad, salud, debe ser gozosa, feliz de interacción real y no solo coital, a diferencia del animal. La educación sexual comienza desde el nacimiento y se termina con la muerte, con todos los cambios que se presentan de acuerdo al crecimiento, desarrollo o vejez y en las modificaciones educativas, histórico-culturales y el entorno en el que vive el ser humano cada momento (p.92).

Durante una de mis jornadas en el turno nocturno, toqué y enseguida abrí la puerta de la habitación de la residente "V", eran las 22:00 horas y tenía que administrarle unas gotas oftálmicas, le encontré recostada en la cama con las manos en la vulva *"no puedes entrar, no puedes entrar, estoy haciendo el amor"* comentó "V". Me sorprendí y pedí una disculpa a tiempo que mostraba el frasco de gotas, ella sin pena alguna me dijo que se las pusiera. La vi muy tranquila, no se veía incómoda, la incómoda era yo y no por considerar la masturbación como algo malo, en términos morales, sino porque nunca había reflexionado sobre la sexualidad y el envejecimiento. Como menciona Freixas y Luque (2014) "el autoerotismo es la práctica sexual más instaurada y mantenida en las mujeres de todas las edades, con y sin pareja sexual" (pág. 213).

Eso fue con respecto a la residente "V" y, no obstante, pasó una situación similar con el residente "C". Durante la entrega de turno, mi compañera "V" comentó que encontró a "C" *"tocándose los genitales"* cuando se disponía a apagar el calentador de su habitación, *"fue horrible, no pude dormir toda la noche porque qué tal si se salía del cuarto y me hacía algo"*, comentó la compañera. Le dije que no tenía nada de malo, que es algo normal, que tratáramos de que tuvieran las manos limpias ya

que muchas veces presentan escurrimiento nasal y se limpian la nariz con las manos.

Me queda claro que la sexualidad va más allá que el acto sexual, que se fundamenta en la búsqueda del placer. Que muchos de nosotros somos egoístas por no querer reconocer que las personas adultas mayores disfrutan de su sexualidad, que en la sociedad no es bien visto que se la masturbación sea una práctica natural y que debemos respetar la intimidad de los demás.

## 2.6 Conclusiones

No todas las personas adultas mayores tienen las posibilidades económicas del de solventar sus gastos diarios, considerando que el salario mínimo en México es de 141.7 pesos, y un establecimiento como lo son las residencias resulta en una idea estafalaria. Concretamente en una comunidad urbana como donde se localiza “CSR”, existe un mayor acercamiento con este tipo de establecimientos. En contraste con las comunidades rurales donde las opciones de cuidados se ven reducidas y decaen en los únicos recursos con los que se cuentan.

“El que paga manda”, una frase que conlleva responsabilidad económica, y añadiría responsabilidad social. La posición que como individuo ocupemos en un grupo no debería determinar la excelencia, es la sociedad que al paso del tiempo ha impuesto un rol que nos hace creer que algunos son superiores a otros por el simple hecho de contar con más recursos, situaciones que se continúan demostrando en “CSR” y que intervienen de manera directa en la convivencia social entre los residentes. De este modo, podría establecer que, a mayor obtención de recursos económicos, mayor posibilidad de disfrutar de un envejecimiento beneficioso.

Finalmente considero fundamental desarrollar programas y actividades que involucren más a las redes de apoyo social, ya que al ingresar muchas veces se presentaron indiferencias, causando en los residentes estragos emocionales que pudieron evitarse con una oportuna intervención. Una adaptación que fue sencilla para algunos, y que para muchos otros continúa siendo un arduo desafío.

Así mismo, las acciones que se ejercieron ante las costumbres que cada residente tuvo al ingresar a “CSR” fue el detonante para detectar las vulnerabilidades que han llegado a presentar.

## Capítulo 3. Competencias del personal de enfermería

A pesar de haber realizado diversas actividades e intervenciones en centros de salud y a través de visitas domiciliarias durante mi formación académica, siempre dije que yo jamás podría trabajar con “viejitos” porque los prejuicios que tenía se hacían presentes, así como la falta de paciencia que consideraba que me atribuía.

Al postularme para trabajar en la residencia “CSR” el temor inundaba mis pensamientos ante el cuidado de personas adultas mayores. Ciertamente la universidad me dio las herramientas teóricas básicas para identificar y aplicar medidas preventivas, educativas, de atención, cuidado y rehabilitación para mejorar la salud de las personas adultas mayores, pero no me sentí capacitada para afrontar cara a cara posturas agresivas, emotivas y de estrés.

En este capítulo describo las adversidades laborales que, como personal de enfermería que labora en “CRS” hemos tenido que enfrentar para desarrollar las actividades, con la intención de brindar un cuidado adecuado ante la toma de decisiones ejecutadas como únicas figuras de autoridad durante el día, así como las intervenciones que como profesionalista estaba predispuesta a realizar.

### 3.1 Adversidades laborales

El personal que laboramos en “CSR” no contamos con un espacio destinado para cambiarnos, para dejar nuestros objetos personales o para ir al sanitario. Por indicaciones de la geriatra, utilizamos una habitación desocupada del primer piso para colocar nuestros objetos personales, hacer uso del sanitario e inclusive para que la enfermera del turno nocturno pueda recostarse unas horas para dormir y estirar las piernas, sin descuidar a las personas adultas mayores que en su mayoría duermen durante toda la noche.

En lo personal, tuve algunas diferencias con “B”, la cuidadora con experiencia en el adulto mayor, ya que ella no quería realizar algunas actividades por turno,

comentaba que no era su responsabilidad tender camas, ni bañarlos, ni corroborar que se tomen sus medicinas: *“allá ellos si no quieren, al final ellos se hacen daño”*, expresaba la compañera.

No creo que sea una decisión deliberada, puede ser un escudo, una negación ante una nueva figura de autoridad que les diga que hacer cuando tiempo atrás la mayoría de ellos se autoadministraban sus medicamentos. Muñiz y colaboradores (2019) mencionan que:

en enfermería se han producido cambios trascendentales a lo largo del tiempo; su formación científica y humanística se ha enfocado a los cuidados de calidad y atención integral. Esta calidad en la formación en enfermería depende no sólo de los conocimientos y habilidades, sino también de los intereses y valores que regulan su actuación profesional; es decir, aquellos relacionados con las competencias del *Ser* y *Hacer*, que determina a su vez el rol de la enfermera (o) en la sociedad actual. Con relación a las competencias del *Ser*, estas se relacionan con el cuidado en la enfermería, con razonamiento clínico y humanístico, con el fin de que la calidad de la atención y la seguridad de los pacientes y su entorno sea óptima, lo que sitúa al cuidado en enfermería en medio de la interacción de costumbres, creencias, valores y actitudes (pág.3)

Las competencias prácticas en enfermería determinan la dimensión del *hacer* del profesional de enfermería. Estas competencias se basan en una reflexión sobre la acción de cuidar, confiriéndole a los profesionales de la enfermería las habilidades clínicas necesarias que le permitan proporcionar un cuidado seguro y competente corresponde a un sentido de responsabilidad (pág. 4).

Las discrepancias se seguirán presentando en cualquier trabajo, pero la predisposición ante la resolución de conflictos que se susciten debe fortalecerse sobre todo para el beneficio de los residentes. Tuve oportunidad de platicar en privado con cada una de mis compañeras y se comentó que tenemos que dejar de lado nuestras diferencias para realizar bien nuestro trabajo, y por el contrario debemos apoyarnos como equipo, cualquier duda, comentario o malentendido

comentarlo a la brevedad posible para mejorar la comunicación entre el personal de enfermería.

### 3.2 Toma de decisiones

Al no tener un turno fijo y rotar junto con otras tres compañeras del personal de enfermería, la toma de decisiones queda en quien está trabajando en el turno ya que, por lo general, no hay otra figura de autoridad durante el día. Mosqueda, Mendoza y Jofré (2014) refieren que “tomar una decisión implica el proceso de elegir entre diferentes alternativas de acción, donde se seleccionan aquellas alternativas que se perciben como más efectivas para lograr los resultados esperados y evitar los no deseados” (pág.463).

Durante el día, si bien nos va, contamos con la visita de la geriatra, pero solo por un mínimo de hora y media, por lo tanto, nosotras somos las que decidimos parcialmente qué y cómo hacer las cosas, ya que debemos avisar a través de un mensaje de texto o de una llamada telefónica cualquier eventualidad que ponga en riesgo la integridad de los residentes.

Las actividades también se enfocan en lo administrativo, si a alguna persona adulta mayor le llegan medicamentos u objetos personales, el personal de enfermería se encarga de llevar un registro en una libreta. Ante la falta de organización en la administración de medicamentos me di a la tarea de realizar un kardex<sup>15</sup> para que todos estuviéramos al tanto de qué medicamentos toma cada residente; como lo enfatiza Martín de Rosales y colaboradores (2014):

la preparación de medicamentos incluye todas aquellas operaciones necesarias para adaptarlos para su administración al paciente, tales como la individualización de la dosis, la reconstitución, dilución, identificación y acondicionamiento final. Esta preparación debe realizarse siguiendo los criterios

---

<sup>15</sup> Documento administrativo de control, el cual se da como un registro estructurado sobre la existencia de mercancía en un almacén o empresa (Grupo NW, 2019).

de calidad y seguridad necesarios para que el producto final permita alcanzar el objetivo terapéutico, adaptándose a las necesidades del paciente sin causarle daños (pág.58).

No obstante, había muchas fallas y confusiones en la administración de medicamentos. Ante la falta de un horario en el que coincidiéramos todo el personal de enfermería para reunirnos y externar dudas, se creó un grupo en la aplicación de mensajería “Whatsapp” para informar cualquier eventualidad y así estar enteradas en todos los turnos ante cambios, interrogantes e indicaciones. A partir de ello, las distracciones y el desapego en el cuidado de las personas adultas mayores aumentaron, como lo afirma Peña y colaboradores (2018):

durante la jornada laboral, los enfermeros reciben llamadas, textos, correos electrónicos, y, anexo a ello, usan sus redes sociales que alteran la percepción que tienen los pacientes sobre la atención brindada. Se ha demostrado que los dispositivos móviles son un distractor, donde se ha confirmado como produce efectos negativos durante su jornada laboral tomando en consideración que incrementa el riesgo a equivocarse (pág.31).

El uso de la tecnología como herramienta de comunicación en beneficio del cuidado de las personas adultas mayores es una buena alternativa, pese a que le demos otro manejo.

### 3.3 Intervenciones profesionales

Cada semana el único hijo de la residente “V” llega a la residencia para convivir con ella, dejando diversos productos para el consumo exclusivo de su mamá tales como botellas de tequila, paquetes de coca cola, cápsulas para café, donas, chocolates, carnitas, entre otros. Productos que, basados en la dieta propuesta por la geriatra no debería consumir la residente; sin embargo, ¿cómo le niegas tequila, cuando su hijo se los otorgó? *“Dame coca, es que me siento mal”* comentaba “V”. Este tipo de situaciones me generaban controversias ya que, durante la carrera, revisamos

temas de promoción y prevención para la salud en las que se enfatizaba que las personas con enfermedades crónico-degenerativas deberían evitar el consumo de ciertos productos, como lo menciona en la Norma Oficial Mexicana 015-SSA2-2010 para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus en sus apartados:

- ❖ 8.1.5.1.2.2.2 Promoción de la salud: corrección de factores dentro del estilo de vida
- ❖ 8.8.4 Se debe promover el desarrollo de factores protectores para el control de esta enfermedad, como son el control de peso, práctica de actividad física y una alimentación saludable de acuerdo a las características de las regiones donde viven.

Una parte de mí me decía que tenía que hablar con la residente para recordarle la importancia de evitar ese tipo de alimentos por su enfermedad, pero ¿quién soy yo para limitar a las personas adultas mayores? No están en la residencia por sus diagnósticos clínicos, no hay impedimentos siempre y cuando la integridad física, mental y social se vea afectada. De ahí que tuve que desistir a lo que me habían enseñado por lo que estaba viviendo, sobre todo porque me visualicé: a mí no me gustaría que a un ser querido le negaran algo que le gusta y, sobre todo si están conscientes para tomar sus propias decisiones.

Muñiz y colaboradores (2019) argumentan que “el cuidado implica responsabilidad, que significa el estar dispuesto a asumir los actos implicados en el mismo, guiado por el conocimiento y las competencias prácticas” (p. 4). Dicho en otras palabras, el conocimiento básico en el cuidado de las personas adultas mayores se tiene, pero las competencias prácticas son escasas. En la búsqueda de estrategias para mejorar la atención y cuidado las dudas que surgían durante mi jornada laboral se fueron esclareciendo gracias a cursos y conferencias en línea que tomé enfocado en la salud mental de las personas adultas mayores y en un seminario multidisciplinario de cuidados paliativos y tanatología. De acuerdo con Hernández y colaboradores (2017):

la educación continua es un proceso de formación y actualización de conocimientos y habilidades al que las personas deben someterse con el

propósito de mejorar su desempeño profesional; dentro de estos se encuentra el personal de enfermería, que requiere actualizar día a día sus conocimientos en el área de la salud con el propósito de mejorar sus destrezas, lo que posibilita una mejor práctica profesional (pág.178).

En esta búsqueda de mejora continua como personal de enfermería lo ejecuté con la residente “R” a causa de su diagnóstico de demencia vascular debido a que frecuentemente preguntaba por sus medicamentos. *“Yo soy muy meticulosa con mis medicinas, te ordeno que me las des, y en sus horarios correspondientes porque si no, no puedo ni dormir ni hacer del baño”* (residente “R”).

En una ocasión durante la cena, “R” muy grosera y prepotente exigía sus medicamentos en un horario que no correspondía a su administración, así como un sobre de endulzante artificial para su café. Por indicaciones de la geriatra no podemos dar otros elementos en la cena que no sea más de lo que nos dejó preparado la cocinera. Intenté hablar tranquilamente con “R”, pero no funcionó y eso parecía ser motivo para ponerla aún más alterada. Comenzó a gritar y sin más se escabulló en la cocina mientras yo me encontraba asistiendo a otra residente en su habitación para el cambio de pañal. Los gritos de los demás residentes en el comedor me alertaron, cuando regresé al comedor observo que “R” tenía en sus manos una caja de endulzante y que, además, ya había repartido sobres a una persona adulta mayor con estricta restricción de glucosa en su dieta. Comencé a pedir tanto los sobres como la caja de endulzante, expliqué el porqué de la restricción, pero solo obtenía respuestas ofensivas. En palabras de “R”: *“¿Me crees idiota o qué? Yo puedo comer lo que yo quiera y dar a quien yo quiera porque son mis cosas y ni tú ni nadie me va a decir que hacer, tú estás para servirme en lo que me plazca y no me vas a negar azúcar”*.

Me sentí tan impotente al no poder hacer nada, pero ¿qué podía hacer? Contuve mis lágrimas y me dirigí a la central de enfermería, donde me dispuse a llorar. En ese momento llegó mi compañera del siguiente turno y me dijo que cosas así siempre pasan, que no me enganchara a la situación. Me dio mucha pena, no por llorar, sino por no saber cómo actuar ante la situación.

Tomando en consideración lo anterior, me dispuse a realizar en una hoja de cuaderno que tenía a mi alcance un aviso a mano donde precisaba las horas, la dosis y los nombres de todos los medicamentos que ingiere “R” para que ella lo viera y se sintiera segura de que durante el cambio de turno la enfermera que se quedara supiera qué debía administrar. A partir de esto se ha dado un cambio considerable: “R” ya no pregunta por sus medicamentos, ella solo se acerca a la central de enfermería, se acomoda sus anteojos y lee detenidamente el aviso, sonrío y se aleja. También me di a la tarea de poner a la vista la caja de endulzante marcada con sus iniciales, para que supiera que sus bebidas ya tenían azúcar.

No tuve repercusiones con “R”, soy consciente que su diagnóstico se antepone a su actitud; todo lo contrario, me acerqué más a ella, le dedicaba un poco más de tiempo para conocerla mejor y que la relación entre el personal de enfermería y ella se fortaleciera, tal como lo indica Alba y colaboradores (2012):

la relación de enfermera-paciente debe ir más allá sin quedarse sólo en la interpretación de los signos y síntomas. También es preciso establecer una verdadera empatía, entendiendo ésta como la capacidad de reconocer y compartir emociones y estados de ánimo con la otra persona para así comprender el significado de su conducta (pág. 141).

Otro punto importante, que muchas veces durante las actividades de enfermería dejamos a un lado, es el acercamiento y la comunicación, en este caso con los residentes de “CSR” es fundamental para que el personal de enfermería pueda desarrollar actividades en beneficio de los mismos.

### 3.4 Conclusiones

Ante el reciente comienzo de la residencia, así como del personal que ahí laboramos, el proceso de aprendizaje se encuentra en mejora continua. Por lo tanto, fomentar la capacitación en el personal de enfermería para la resolución oportuna de problemas en temas de salud mental, sexualidad, tanatología, farmacología,

proceso administrativo e incluso cuidados paliativos porque no estamos exentos a recibir a alguna persona adulta mayor con diagnóstico crónico no reversible.

Incorporo que la empatía, el respeto, la transigencia, la responsabilidad profesional y las relaciones interpersonales son características muy eficaces en el hacer y ser en enfermería. Cuestionarnos y seguir capacitándonos como profesionistas. Así mismo, la promoción de la comunicación efectiva con todo el personal de la residencia, como un equipo multidisciplinario que busque optimizar todos los recursos en beneficio de los residentes, realizando el uso adecuado de las tecnologías e insumos proporcionados.

## Consideraciones finales

Si bien los datos estadísticos nos dan información de variables particulares, la investigación cualitativa enriquece con datos subjetivos indispensables para que otorguemos un cuidado integral; hay que resaltar que en el metaparadigma en enfermería se busca analizar ciertos fenómenos como lo son la persona, la salud, el entorno y el cuidado. Dentro de la observación que realicé en la convivencia de las personas adultas mayores pude indagar en estos cuatro aspectos, más allá de lo que pude haber creído, y aun así reconozco que me falta mucho por relacionar la profesión de enfermería como un hecho social.

La importancia de retomar la mirada cualitativa en el área de la salud nos otorga otra perspectiva de las cosas entender que las personas somos más que números que contar, más bien historias que contar. El valor de un ser humano no se mide en números, como lo relaté a lo largo de este proyecto.

Redactar mi breve experiencia laboral, así como algunas historias de vida de las personas adultas mayores con quienes continúo conviviendo “CSR” ha sido todo un reto. Un aprendizaje recíproco y enriquecedor incluso en las arduas situaciones. Reconozco que muchas veces consideré que renunciar era la mejor opción, aun, hasta la fecha me cuestiono si estoy capacitada para el cuidado de las personas adultas mayores. La realidad es que sigo persistiendo y creo que debo prepararme y continuar mejorando como persona y como profesionista.

Me resulta importante señalar el rol que tiene el personal de enfermería en el cuidado y la atención de las personas adultas mayores, lo describo como primordial por la interacción que se tiene, no solo en el ámbito de salud, sino como cuestión social ya que el área hospitalaria no es el único campo en el cual podemos fungir. Las estadísticas de población refieren que para el año 2050 seremos 32.4 millones de mexicanos mayores de 60 años, un 21.5 % de la población total. Como profesionistas debemos consolidar nuestra preparación y así tener el acceso a un empleo bien remunerado, que nos de satisfacción al ejercerlo y que contemos con competencias necesarias.

Ante el aumento gradual en los ingresos de personas adultas mayores en “CSR” con diversas necesidades basadas en un diagnóstico médico como necesidades sociales, tuve que afrontar que existe una notable diferencia en las actividades destinadas a la mayoría de la población, en este caso las mujeres.

Considero un desprendimiento parcial de las actividades clínicas, el enfoque social que había omitido durante mis prácticas académicas ahora lo considero crucial para tratar de comprender las actitudes y comportamientos de las personas adultas mayores ante una misma situación: convivir en una residencia con individuos totalmente diferentes a uno mismo, con costumbres, creencias y formas de pensar y ver el mundo. Una adaptación que fue sencilla para algunos, y que para muchos otros continúa siendo un arduo desafío. Así mismo, las acciones que se ejercieron ante las costumbres que cada residente tuvo al ingresar a “CSR” fue el detonante para detectar las vulnerabilidades que han llegado a presentar.

Por último, quisiera enfatizar que la experiencia laboral generada en “CSR” me da las herramientas para desarrollar habilidades y conocimientos ya que, en definitiva, una de mis metas a corto plazo, cuando obtenga mi título profesional, será entrar a la especialidad en gerontogeriatría.

## Referencias

- Alba Leonel, A., Fajardo Ortíz, G., Tixtha López, E., y Papaqui Hernández, J. (2012). La comunicación enfermera-paciente en la atención hospitalaria, caso México. *Revista de enfermería neurológica*. 11 (3). <https://reverenferneuroenlinea.org.mx/index.php/enfermeria/article/view/144>
- Anzola Pérez, E. (1993). *Enfermería gerontológica: conceptos para la práctica*. Organización Panamericana de la Salud. <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/3106/Enfermeria%20gerontologica%20conceptos%20para%20la%20pr%C3%A1ctica.pdf?sequence=1>
- Araya, A.X., Iriarte, E., Rioja, R., & González, G. (2018). Programa Centros Diurnos del Adulto Mayor: recomendaciones para mejorar su funcionamiento. *Gerokomos*, 29(1), 9-12. [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1134-928X2018000100009&lng=es&tlng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2018000100009&lng=es&tlng=es).
- Ayuso, M.D., (2016). Empatía y habilidades sociales en enfermeras asistenciales en el Servicio Madrileño de Salud. *Comunitania: revista internacional de trabajo social y ciencias sociales*. 12 (11), 2173-0520 <http://espacio.uned.es/fez/view/bibliuned:revistaComunitania-2016-12-5025>
- Comisión Nacional del Sistema de Ahorro para el Retiro (CONSAR). (2018, 10 de septiembre). Ingresos y gastos del adulto mayor en México: La importancia de las pensiones. <https://www.gob.mx/consar/prensa/nuevo-documento-de-trabajo-ingresos-y-gastos-del-adulto-mayor-en-mexico-la-importancia-de-las-pensiones>
- Consejo Estatal de Población (COESPO) del Estado de México. (2018). Adultos mayores. [https://coespo.edomex.gob.mx/adultos\\_mayores#:~:text=Al%20a%C3%B1o%202019%20en%20el,100%20mexiquense%20ser%C3%A1n%20adultos%20mayores](https://coespo.edomex.gob.mx/adultos_mayores#:~:text=Al%20a%C3%B1o%202019%20en%20el,100%20mexiquense%20ser%C3%A1n%20adultos%20mayores).
- Consejo Estatal de Población (COESPO) del Estado de México. (2018). ¿Cuántos somos? [https://coespo.edomex.gob.mx/cuantos\\_somos](https://coespo.edomex.gob.mx/cuantos_somos)
- Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL). (2018). *Medición de la pobreza*. [https://www.coneval.org.mx/Medicion/MP/Paginas/Pobreza\\_Personas\\_Mayor.es.aspx](https://www.coneval.org.mx/Medicion/MP/Paginas/Pobreza_Personas_Mayor.es.aspx)
- D' Hyver, C. y Gutiérrez L.M. (2014). Geriatria. (3ra edición). Manual moderno.

- De la torre, R. (2008). La iglesia católica en el México contemporáneo. *El ordinario de las Américas*. <https://journals.openedition.org/orda/2616#authors>
- Freixas F. A. y Luque S. B. (2014). La sexualidad de las mujeres mayores. Perspectiva evolutiva y psicosocial. *Anuario de Psicología*. 44 (2) 213-228.
- Freixas, F. A. (1997). Envejecimiento y género. *Anuario de Psicología*. 73 <https://revistes.ub.edu/index.php/Anuario-psicologia/article/view/9032>
- Gutiérrez B., Jesús J., & Linares-Abad, & Grande-Gascón, M.L., & Jiménez-Díaz, M.C., & Hidalgo-Pedraza, L. (2012). Relación del cuidado que demandan las personas mayores en hogares para ancianos: metaestudio cualitativo. *Aquichan*, 12 (3), 213-227. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=74124948002>
- Hernández Velazco, G., Ramos Arista, B., Taboada, A. O., y Cadena Estrada, J. C., (2017). Factores que influyen en la participación en cursos de educación continua del personal de enfermería. *Revista de enfermería neurológica*. 16 (3). <https://revenferneuroenlinea.org.mx/index.php/enfermeria/article/view/244>
- Hernández, S.R. (2014). *Metodología de la investigación*. Editorial Mc Graw Hill Education.
- Huenchuan, S., Guzmán, J.M. y Montes de Oca, Z. V. (2003). Redes de apoyo social de las personas mayores: marco conceptual. *Notas de población*. <https://repositorio.cepal.org/handle/11362/12750>
- Iacub, R. y Arias, C.J., (2010). El empoderamiento en la vejez. *Journal of Behavior, Health & Social Issues*, 2 (2), 25-32. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=282221720003>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. [INEGI]. (2019). Estadísticas a propósito del día internacional de las personas de edad. Comunicado de prensa #475/19
- Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores. [INAPAM]. (2019). Envejecimiento y vejez. <https://www.gob.mx/inapam/es/articulos/envejecimiento-y-vejez?idiom=es#:~:text=son%20conceptos%20diferentes.-,Al%20proceso%20que%20inicia%20desde%20el%20nacimiento%20y%20termina%20con,estamos%20en%20proceso%20de%20envejecimiento.>
- Instituto Nacional de Salud Pública. [INSP]. (2020). Adultos mayores. <https://www.insp.mx/lineas-de-investigacion/salud-y-grupos-vulnerables/investigacion/adultos-mayores.html>

- Kánter, C. I. (2017). El envejecimiento en México, una visión demográfica. *Política y sociedad*, 7 (33). <http://revista.ibd.senado.gob.mx/index.php/PluralidadyConsenso/article/view/436/0>
- Le Breton, D. (2002). *Antropología del cuerpo y modernidad*. Nueva visión.
- León Román, C. A. (2006). El uniforme y su influencia en la imagen social. *Revista Cubana de Enfermería*, 22(1). [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-03192006000100006&lng=es&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192006000100006&lng=es&tlng=es).
- Logimov. (2019, 5 de febrero). <https://www.logimov.com/blog/nwarticle/28/1/Que-es-un-kardex-para-control-de-inventario>
- López, O.M. y Aranco, N. (2019). Envejecimiento y atención a la dependencia en México. Banco interamericano de desarrollo. Nota técnica N° IDB-TN-1614
- Luengo Martínez CE, Sanhuesa Alvarado O. (2016). Formación del licenciado en Enfermería en América Latina. *Aquichan*. 16(2): 240-255. <http://www.scielo.org.co/pdf/aqui/v16n2/v16n2a11.pdf>
- Martín de Rosales Cabrera, A. M., López Cabezas, C., Pernía López, M.S., Dávila Pousa, C., Vila Clérigues, M.N., Alonso Herreros, J.M., García Salom, P., & Lozano Blázquez, A. (2014). Recomendaciones para la preparación de medicamentos estériles en las unidades de enfermería. *Farmacia Hospitalaria*, 38(1), 57-64. <https://dx.doi.org/10.7399/FH.2014.38.1.1149>
- Mosqueda-Díaz, A., Mendoza-Parra, S. y Jofré-Aravena, V. (2014). Aporte de enfermería a la toma de decisiones en salud. *Revista Brasileira de Enfermagem*. v. 67, n. 3. <https://www.scielo.br/j/reben/a/gQVFn35dRWym3VDF8spFRxp/?lang=es#>
- Muñiz Granoble, G., García Martínez, M., Rodríguez Orozco, C., Sánchez Hernández, C., Sandra Toledo, L., & Rebolledo Malpica, D. (2019). Competencias del ser y hacer en enfermería: revisión sistemática y análisis empírico. *Revista Cubana De Enfermería*, 35(2). <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/3339/450>
- Nava Bolaños, I., Ham C. R., y Ramírez López, B. P. (2016). Seguridad económica y vejez en México. *Revista Latinoamericana de Población*, 10 (19), 169-190. ISSN: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=323849595009>
- Organización Mundial de la Salud. [OMS]. (2018). Envejecimiento y salud. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/envejecimiento-y-salud#:~:text=Desde%20un%20punto%20de%20vista,y%20finalmente%20a%20la%20muerte>.

Organización Panamericana de la Salud [OPS]. (2009). *Determinantes sociales de la salud*. <https://www.paho.org/es/temas/determinantes-sociales-salud>

Peña Sánchez, S. A., Flórez Cardona, J. M., Calvache, I. M., & Molina Sánchez, L. (2018). Repercusión del uso del Celular en el Cuidado de Enfermería mediante la Teoría del Cuidado Humano de Jean Watson. *CINA RESEARCH*, 2(2), 30-39. <https://revistas.uninavarra.edu.co/index.php/cinaresearch/article/view/132>

Rodríguez D., K. D., (2010). Vejez y envejecimiento. ISSN: 2145-4744

Salazar-Barajas, M.E., Garza-Sarmiento, E.G., García-Rodríguez, S.N., Juárez-Vázquez, P.Y., Herrera-Herrera, J.L., & Duran-Badillo, T. (2019). Funcionamiento familiar, sobrecarga y calidad de vida del cuidador del adulto mayor con dependencia funcional. *Enfermería universitaria*, 16(4), 362-373. <https://doi.org/10.22201/eneo.23958421e.2019.4.615>

Secretaría de Cultura. (2018). [https://twitter.com/intent/retweet?tweet\\_id=983058526724608000](https://twitter.com/intent/retweet?tweet_id=983058526724608000)

Soria Romero, Z., Montoya Arce, B.J. (2017). Envejecimiento y factores asociados a la calidad de vida de los adultos mayores en el Estado de México. *Papeles de población*, 23(93), 59-93. <https://doi.org/10.22185/24487147.2017.93.022>