



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO**

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

**EXPERIENCIAS DE UN PACIENTE ADULTO MAYOR CON
DEPRESIÓN HOSPITALIZADO, EN UNA INSTITUCIÓN DE
3ER. NIVEL DE ATENCIÓN.**

TESIS

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADO EN ENFERMERÍA.**

**PRESENTA
EMMANUEL URIAS MANCILLA
NÚMERO DE CUENTA:
312317380**

**DIRECTORA DE TESIS
DRA. VIRGINIA REYES AUDIFFRED**

CIUDAD DE MÉXICO, OCTUBRE 2021.





Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

NOTA:

En marzo 2020, el pasante se encontraba realizando Servicio Social en una institución de 3er. nivel y había registrado e iniciado el proyecto de investigación titulado “Experiencias de un paciente adulto mayor con depresión hospitalizado, en una institución de 3er. nivel de atención”. Sin embargo, por la presencia de la pandemia por COVID-19 en México y todo el mundo, la prestación del Servicio Social fue suspendida. Dicha situación forzó al pasante a reestructurar el proyecto de investigación, ya que no tendría la oportunidad de dar seguimiento a la adulta mayor en su domicilio, así como tampoco de abordar a otra participante. Es entonces que, en el presente documento, se muestra la investigación “Experiencias de un principiante de enfermería de práctica avanzada en el cuidado del adulto mayor con depresión, hospitalizado en una institución de salud de 3er. nivel de atención”, la cual fue posible realizar con la información que había recolectado hasta el momento de la suspensión del Servicio Social. Por problemas administrativos y de tiempo, no fue posible cambiar el título de la tesis.

AGRADECIMIENTOS

Mi benévola gratitud hacia la Universidad Nacional Autónoma de México por apoyar e impulsar mi formación, por ser el centro donde el conocimiento es el refugio del que busca ampliar los límites de su realidad y, sobre todo, por permitir cubrirme de él.

Investigación realizada gracias al Programa de Apoyo de Investigación e Innovación Tecnológica (PAPIIT) de la UNAM-IN306819 Diseño y evaluación de un modelo de formación en práctica avanzada de enfermería para la atención primaria a la salud en el cuidado de personas adultas mayores con enfermedad crónica (DM, HTA) con enfoque de familia: fase diagnóstica. A su vez, esta investigación se realizó bajo el patrocinio de la Fundación Gonzalo Rio Arronte, Institución de Asistencia Privada (S626).

Mi continuo agradecimiento a la Dra. Virginia Reyes Audiffred, tutora y profesora, por su interminable paciencia y apoyo, por motivarme y mostrarme el universo de la investigación.

Un extenso y profundo sentir grato de haber recibido el valeroso y honorable apoyo inconmensurable de mi solícita familia.

**Eterno tesoro del destino.*

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	1
I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.	2
II. REVISIÓN INTEGRATIVA.	4
III. OBJETIVO GENERAL	11
IV. MARCO TEÓRICO	12
V. METODOLOGÍA.	32
5.1. Tipo de estudio y diseño.	32
5.2. Características de los Participantes.	32
5.3. Técnica de recolección de datos.	32
5.4. Análisis de los datos y presentación de los resultados.	33
5.5. Criterios de rigor metodológico.	35
5.6. Consideraciones Éticas	36
5.7. Contexto del Estudio.	38
5.8. Investigador-Pasante de la Licenciatura en Enfermería en Servicio Social	44
5.9. Datos de los participantes: adulta mayor y cuidador.	45
VI. HALLAZGOS Y DISCUSIÓN	46
6.1. Semana de introducción al universo del servicio social y la psiquiatría. (agosto 2019)	47
6.2. Primer acercamiento al adulto mayor: Servicio de urgencias (agosto 2019)	52
6.3. Actividades complementarias 1. (septiembre-octubre 2019)	56
6.4. Segundo acercamiento con la adulta mayor (diciembre, 2019).	64
6.5. Actividades complementarias 2.	70
6.6. Tercer acercamiento con una adulta mayor (febrero 2020)	70
VII. CONCLUSIONES	73
VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.	76
ANEXOS	86
ANEXO 1. Valoración de Katz	86
ANEXO 2. Valoración de Lawton	87
ANEXO 3. Escala GDS.	88
ANEXO 4. Actividades en la Activación Conductual.	89

INTRODUCCIÓN

La depresión es un trastorno mental frecuente que se caracteriza por un conjunto de episodios de alteración del estado de ánimo que repercuten en actividades físicas y cognitivas, puede ser de un solo episodio o llegar hacerse crónica o recurrente y dificultar la capacidad para afrontar la vida diaria de una persona. Las consecuencias de la depresión no tratada en intensidad de moderada a grave y de larga duración pueden ser desde el deterioro de la calidad de vida hasta la presencia de ideas suicidas que pueden culminar con la muerte. Por lo que es necesario que reciba oportunamente atención por un equipo de salud, entre los que juega un importante rol el profesional de enfermería. Se considera que un enfermero principiante avanzado o pasante de la licenciatura en enfermería es capaz de brindar cuidados a personas con problemas con depresión.

En la presente tesis se describen las experiencias de un principiante de enfermería de práctica avanzada en el cuidado del adulto mayor con depresión, hospitalizado en una institución de salud de 3er. nivel de atención en la Ciudad de México. Se encuentra organizada en nueve apartados. El primero apartado se realiza la descripción del problema de la depresión y se justifica el por qué es importante dar a conocer las experiencias de un principiante avanzado en torno a la atención que brindo a una adulta mayor en una institución de salud. El segundo, se presenta los resultados de la revisión integrativa realizada en las bases de datos Pubmed y LILIACS, en la plataforma de datos Bidi UNAM y en la red internacional COCHRANE, con relación a la atención de enfermería de un principiante avanzado al adulto mayor con depresión. El tercer apartado se presenta el objetivo principal que se planteó para la investigación. En el cuarto se establecen todos los puntos teóricos que son necesarios para la comprensión de la investigación, así como para el desenvolvimiento de las funciones prácticas del principiante. En el quinto apartado se describen todos los aspectos metodológicos seguidos para realizar la presente investigación. En el sexto se plasman los resultados obtenidos, así como la discusión de estos. En el séptimo se abordan las conclusiones a las que se llegaron después del análisis y discusión de los resultados. En el octavo apartado se colocan todas las referencias bibliográficas consultadas y por último los anexos.

I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

En México, la población que pertenece al estrato poblacional de los adultos mayores se ha encontrado en un crecimiento exponencial durante los últimos años¹, como producto del aumento de la esperanza de vida. En este sentido, el envejecimiento de la población aunado a la presencia de enfermedades crónico degenerativa ha generado diversos problemas de índole biopsicosocial como la depresión. De los Santos y Carmona², encontraron en México 74.3% de personas adultas mayores tienen depresión.

La depresión es un trastorno mental frecuente se caracteriza por un conjunto de episodios de alteración del estado de ánimo, puede llegar a hacerse crónica o recurrente y dificultar la capacidad para afrontar la vida diaria de una persona por el periodo de tiempo de duración^{4,5}. Un episodio depresivo se caracteriza por desinterés, pérdida de la confianza en sí mismo, sentimientos de inferioridad, tristeza, desesperanza, anhedonia, falta de concentración y cansancio⁴. Dependiendo del número y de la intensidad de los síntomas los episodios depresivos pueden clasificarse como leves, moderados o graves³.

Las consecuencias de la depresión no tratada en intensidad de moderada a grave y de larga duración pueden ser desde el deterioro de la calidad de vida hasta la presencia de ideas suicidas que pueden culminar con la muerte³. Dicha situación lleva al AM (adulto mayor) y su familia a la necesidad de recibir atención hospitalaria y especializada. Sin embargo, a nivel comunitario existen limitados servicios enfocados en la atención de este tipo de padecimientos en salud mental y la familia o sus redes de apoyo son quienes tienen que resolver las situaciones que se van presentando a lo largo de la enfermedad. Por otro lado, la atención domiciliaria suele ser costosa para la familia, ya que deben gestionar diferentes especialistas tales como enfermeras, médicos, psicólogos, entre otros que contribuyan en la atención de la persona cuidada.

Durante el servicio social, el principiante de práctica avanzada se enfrenta a situaciones reales que debe abordar con el uso de la evidencia científica, del pensamiento crítico y el trabajo inter y multiprofesional. Lo anterior como un camino para transitar de manera idónea al nivel de “competente”⁷. Se considera que el perfil de un enfermero principiante avanzado o pasante de la licenciatura en enfermería es capaz de brindar cuidados a personas con problemas con depresión. Acorde con lo que señala Lara⁶ es el perfil que puede brindar un cuidado eficiente

y reflexivo, según P. Benner^{7,8} ha enfrentado suficientes situaciones reales durante la prestación de Servicio Social para notar los componentes situacionales significativos y recurrentes. Sin embargo, necesita apoyo de un profesional de enfermería para analizar el entorno clínico y establecer prioridades, es decir, recibir el acompañamiento de un mentor^{7,8}. La Organización Mundial de la Salud⁵, entre otras organizaciones, ha elaborado manuales sobre intervenciones psicológicas breves para tratar la depresión que pueden ser utilizados por trabajadores no profesionales. En estos se explica la utilización de la activación de la conducta, el entrenamiento en relajación, el tratamiento para la resolución de problemas y el fortalecimiento del apoyo social. A nivel nacional el Instituto Nacional de Psiquiatría ha desarrollado algunas estrategias tales como la atención integral en la hospitalización, seguimiento clínico y programas de consultoría, sin embargo, no se identificó algunos documentos que describa la participación de un pasante de enfermería en el cuidado de un adulto mayor con depresión. La descripción de la experiencia marcará la pauta para impulsar el actuar de enfermería de posteriores pasantes que realicen SS en una de 3° nivel de atención en una institución de salud especializada en la atención psiquiátrica. Estarán en la posibilidad de conocer cuáles son las áreas de oportunidad y la importancia de realizar acciones de enfermería en el cuidado integral en este padecimiento y el trabajo inter y multidisciplinario del equipo de salud y así se inicien en el desenvolvimiento de una práctica con liderazgo, independiente y autónoma. Además de colaborar en el tratamiento, seguimiento y recuperación del estado de la salud de la persona adulta mayor con depresión.

Pregunta de investigación.

¿Cuáles son las experiencias de un principiante de práctica avanzada de enfermería en el cuidado de una adulta mayor con depresión?

II. REVISIÓN INTEGRATIVA.

Se muestran los resultados de una búsqueda de la literatura en las bases de datos Pubmed y LILIACS en la plataforma de datos Bidi UNAM y en la red internacional COCHRANE, con uso de descriptores de ciencias de la salud MeSH: Aged, Advanced Practice Nursing, Depressive Disorder. Los artículos seleccionados datan de 2010 a 2019 en idioma inglés y español. Los resultados se agruparon en los temas:

- Capacitación de enfermería en el cuidado del adulto mayor con depresión
- Valoración
- Ejecución
- Utilizar las tecnologías y métodos del cuidado de enfermería.
- Prescribir medicamentos.
- Desarrollar el plan de cuidados de largo plazo, seguimiento.
- Colaboración Multi e interprofesional
- Identificación de riesgos
- Evaluación
- Fomentar el uso de redes de apoyo en salud el adulto mayor y su familia.
- Referencia de pacientes
- Liderazgo y colaboración interprofesional.

Capacitación de enfermería en el cuidado del adulto mayor con depresión

Marianne Smith y cols⁹. En 2014 describen los resultados de la evaluación del programa de entrenamiento de depresión para enfermería, en formato CD (Disco Compacto), desarrollado por los centros de educación geriátrica y personal de la facultad de enfermería de la Midwestern University en Chicago. El programa tenía como objetivos principales: mejorar el acceso de la educación sobre la depresión, aumentar las capacidades y conocimientos del personal que cuida a los adultos mayores con depresión y mejorar la calidad de atención de la depresión, basada en evidencia. El resultado fue que el personal de enfermería se percibió capacitado y consciente de la importancia de la contribución de la enfermería al tratamiento de la depresión en la tercera edad.

Valoración

En la etapa de valoración, la literatura nos muestra que se realiza la aplicación de escalas o test sobre depresión, que son actividades de enfermería que pueden ser desempeñadas por profesionales con diferentes niveles académicos de estudio como lo describen diversos autores. En el año 2010, McNally y cols.¹⁰ en una investigación realizada por enfermeras de práctica avanzada en un centro médico en un periodo de 2 años, utilizaron como instrumento de valoración aplicado por enfermeras especialistas en clínica psiquiátrica con experiencia teórica y métodos de terapia cognitiva conductual para la depresión el cuestionario de pensamientos automáticos. También se señala que el personal de enfermería valoró a pacientes con depresión con la aplicación de instrumentos y escalas como: la Escala de Depresión Geriátrica, la Escala Auto aplicada para la Depresión de Zung, en otra investigación se aplicó la escala de Beck en el adulto mayor¹¹.

Una búsqueda sistemática realizada por Trujillo et al.¹², en 2017 validó la escala GDS-15 y 30 (considerando los números como los ítems de la escala), tanto como la escala CESD-20 que son aplicables para valorar a la población adulta mayor con síndrome depresivo, los cuales fueron aplicados por el personal de enfermería, pasantes y estudiantes. En el estudio de Durán y colaboradores¹³ (anexo 3). En una comunidad de Tamaulipas como parte del actuar de enfermería realizar la prueba de Yesavage y el Mini-mental State Examination de Folstein para la valoración de adultos mayores.

Ejecución

En la etapa de ejecución, autores como Clignet (2012)¹¹, nos plantea las actividades del método de activación conductual, para generar un estado de ánimo positivo y que los pacientes puedan controlar su estado de ánimo y actividades diarias. Este fue llevado a cabo por enfermeras registradas, que realizaron diversas intervenciones a los pacientes en un entorno positivo para su salud mental. A través de una lista eligen las distintas actividades a realizar, se le orienta sobre cómo utilizar las herramientas de su entorno y dan el seguimiento al estado de ánimo del paciente y al final se evaluaron la intervención. Demostrando que esta estrategia erradicó las conductas evitativas de la persona, frente a las situaciones que generen inadaptación en algún estrato de la vida y que además permiten al individuo un control y mejor dirección de las emociones. Dicha intervención permite que un mayor grupo de personas adultas mayores se beneficien mejorando su salud mental.

Utilizar las tecnologías y métodos del cuidado de enfermería.

Existen nuevas tecnologías que puede aplicar la enfermera, sin embargo, se requiere capacitación para su uso. Eun hae y cols.¹⁴ en 2019 realizaron un estudio en los Estados Unidos con el objetivo de observar cómo se usa y se percibe la tecnología del sistema digital de telesalud para la atención de la depresión por parte de la enfermería general. Los resultados mostraron que utilizaron la tecnología de telesalud, teniendo como mayor uso para la atención de la depresión, el teléfono celular y una plataforma con la cual puedan evaluar y dar promoción de la salud. Sin embargo, refieren que el personal de enfermería no se siente preparado totalmente para abordar estas cuestiones personales, pero implementan la tecnología desde una perspectiva neutral.

Prescribir medicamentos.

Según Dobel y Brimblecombe.¹⁵ 2016 publicaron un artículo sobre una serie de encuestas a nivel nacional sobre el sector salud, acerca de la prescripción de medicamentos por enfermería en salud mental en Inglaterra, encontrando un aumento de enfermeras especialistas y no especialistas que acuden a un programa de capacitación y de práctica en

donde se aseguran de que la prescripción se mantenga dentro de su área y límites de conocimiento, sin embargo, es sólo un 4.2%. En México, normado por la Ley General de Salud, en su artículo 28 y 29, que explica, que los profesionales que podrán prescribir medicamentos son: Médicos, Homeópatas, Cirujanos, Licenciados en Enfermería, Dentistas y Médicos Veterinarios en el área de su competencia. Los Licenciados en Enfermería únicamente podrán prescribir cuando no se cuente con los servicios de un médico, aquellos medicamentos del cuadro básico que determine la Secretaría de Salud como Licenciados en Enfermería. Los profesionales deberán contar con cédula profesional expedida por las autoridades educativas competentes. Los pasantes en servicio social, de cualquiera de las carreras antes mencionadas y los enfermeros podrán prescribir ajustándose a las especificaciones que determine la Secretaría, teniendo en cuenta como último punto que sí se pueden prescribir medicamentos por el área de enfermería, sólo, un cuadro básico de cada área y en este caso, en psiquiatría no se valida¹⁶.

Desarrollar el plan de cuidados de largo plazo, seguimiento.

Como lo explica Björkelund y cols.¹⁷ en 2019 realizaron un estudio grupal en centros de salud en Suecia con el fin de fortalecer la atención a los pacientes con depresión y trastornos mentales en la atención primaria de la salud, aumentando la accesibilidad y la continuidad del paciente. La intervención de la enfermera consistía en desempeñar la función de coordinador de atención. Después de ser diagnosticada la persona con depresión y trastornos mentales, se le hizo el seguimiento a través de una entrevista para saber los pensamientos y deseos de la persona sobre la atención brindada, además de conocer los efectos del tratamiento, opciones y evaluación de síntomas depresivos e información para aumentar la participación de la persona. Posterior a la entrevista, se realizaron durante las siguientes 12 semanas un contacto telefónico de 15-20 minutos, al menos una por semana con mínimo de 5 contactos para hacer un seguimiento de la condición del paciente, dando apoyo continuo a la persona, siendo el primer contacto después del tratamiento inicial. Esta intervención de seguimiento dio como resultado una increíble baja de los síntomas de depresión, un aumento en la adherencia de la persona al tratamiento, retorno al trabajo por parte de las personas y por último resultados de costo-beneficio, mostrando que la función organizadora de atención es altamente rentable tanto para la atención comunitaria como para la atención médica,

también demuestran que los pacientes se recuperan más rápido, y en mayor medida que en la atención habitual.

Colaboración Multi e interprofesional

El profesional de enfermería como parte del equipo de salud, es necesario que se integre al equipo interdisciplinario y participe en el seguimiento del adulto mayor con depresión. Malin y cols.¹⁸ realizaron un estudio del modelo de atención sanitaria y social de planificación en colaboración en hogares de ancianos, para obtener una comprensión más profunda desde las perspectivas de las personas mayores, familiares y profesionales en dos municipios en Suecia. Este modelo consiste en una reunión para planificar las intervenciones con el personal interprofesional, el cuidador y el adulto mayor, las actividades a realizar en el hogar del anciano y las necesidades expresadas por el anciano, posterior al alta hospitalaria. Entrevistaron entre una y tres semanas después de la reunión a 10 adultos mayores, miembros de familia y profesionales (gerentes, terapeutas, médicos, fisioterapeutas, enfermeras, trabajadores sociales y estudiantes). Los resultados mostraron que era necesario un seguimiento a los adultos mayores para su mejoramiento, aclaración de dudas y planeación para los familiares y una integración para una calidad de atención entre los profesionales. Rosengarten.¹⁹ en 2019 en publicó un artículo en Inglaterra con el propósito de dar a conocer los elementos esenciales del trabajo en equipo de enfermería. Entre los cuales señala son importantes la comunicación y el liderazgo. Enfatiza que cada enfermera tiene un papel vital que desempeñar en el trabajo en equipo y que priorizando el trabajo en equipo puede aumentar su eficacia en beneficio de los pacientes y el personal.

Identificación de riesgos

Con relación a la participación de las enfermeras en el triage, Wright y Thorpe.²⁰ en 2016 publicaron un artículo en Estados Unidos con el fin de aumentar la conciencia sobre el riesgo elevado de suicidio en los ancianos principalmente. Las enfermeras de urgencias aplican el cuestionario de salud del paciente, los cuales son instrumentos validos que pueden utilizarse como herramientas de detección previa para identificar la necesidad de una mayor evaluación del alto riesgo de suicidio en personas adultos mayores. El primer paso es clasificar al

paciente utilizando un triage de riesgo de suicidio de 3 niveles: riesgo alto, moderado y bajo. Las acciones generales para la prevención serían, verificar si el paciente tiene algún artículo que pueda usar para suicidarse, llamar a un miembro de la familia para que se sienta con el paciente hasta que se puedan encontrar servicios de apoyo adecuados y comunicar claramente el riesgo de suicidio durante las transferencias o los tiempos de transición. La evaluación e intervención en el suicidio pueden mejorar la atención centrada en el paciente, reducir la responsabilidad legal de la enfermera de urgencias y en última instancia salvar vidas. La competencia de enfermería para detectar riesgos, establecer indicadores y seguir un protocolo para la intervención oportuna, es importante para que preserve la vida o prevenga el riesgo de suicidio. En el hospital Hamaideh.²¹ en 2016 realizó un estudio en Arabia Saudita para evaluar la percepción de las enfermeras de salud mental para detectar los factores que pueden afectar la seguridad de los pacientes en hospitales psiquiátricos. Los resultados mostraron que el personal de enfermería especializado en salud mental es competente para la vigilancia y control de riesgos en el ambiente del paciente.

Evaluación

En la etapa de evaluación encontramos que Clignet y cols.²² en 2016 realizaron la evaluación de la terapia de activación sistemática aplicada por enfermería, con un estudio cualitativo. Entrevistaron al grupo de enfermeras que aplicaron la terapia, llegando a establecer que uno de los principales obstáculos para el éxito de la terapia, fue la mala relación terapéutica. Se trata de empatizar con el paciente, sin embargo, el interés del adulto mayor no se logró. Enfatizando que el interés del adulto mayor es muy importante, ya que, sin este no hay una relación estrecha para el efecto de la terapia. Además, señalan con respecto a los pacientes que factores como la gravedad de la depresión, la motivación, el tratamiento farmacológico de la persona son características relevantes en el beneficio de la terapia, puesto que, esta activación consta de un reforzamiento positivo que se logra con el cumplimiento de actividades que promuevan la satisfacción personal. Esto deja claro que la enfermera debe actuar en conjunto con un equipo multidisciplinario que participe en la ministración de medicamentos, así como en el apoyo psicológico entre otras actividades necesarias para mejorar el estado de salud del adulto mayor.

Fomentar el uso de redes de apoyo en salud el adulto mayor y su familia.

Shu-Fang y cols.²³ en 2013 realizaron un estudio transversal con muestreo a conveniencia en Taiwán de 111 pacientes con diabetes mellitus tipo 2 con depresión y ansiedad. Evidenciando la una correlación entre el apoyo social y las actividades de autocuidado del paciente que afecta positivamente la comodidad psicosocial personal del paciente. Por lo tanto, la gestión sanitaria combinada con el apoyo social, junto con las intervenciones sobre problemas psicológicos son útiles para mejorar el autocontrol de la diabetes, la depresión aunada con la ansiedad

Referencia de pacientes

Meehan y Robertson.²⁴ 2012 en clínicas de Australia, en donde las enfermeras reunieron la información de cada paciente que aceptaba formar parte de la evaluación con el fin de evaluar el Programa de Incentivos para Enfermeras de Salud Mental (MHNIP), el cual consiste en trabajar junto con los médicos generales, en evaluar a la persona y referirla a una atención básica o especializada. Los resultados muestran que los pacientes tratados a través del programa tienen una serie compleja de problemas de salud mental y física, sin embargo las Enfermeras de Salud Mental puede evaluar a la persona y referirla a una atención básica o especializada, con lo cual se amplía la cobertura de atención de lo contrario muchas de estas personas 'caen en el olvido' y no reciban la atención integral. Por lo tanto, las Enfermeras de Salud Mental están en mejores condiciones para proporcionar atención, demostrando de esta forma que el personal de enfermería es capaz de realizar la competencia de referencia.

Liderazgo y colaboración interprofesional.

Steaban.²⁵ en 2016 señala algunos puntos que contribuyen a formar líderes en enfermería y la vez disminuir costos de atención. Entre los que se encuentra, liderar el desarrollo y la adopción de modelos de atención innovadores y centrados en el paciente para mejorar los resultados de salud. En esto señala, se deben evidenciar las mejores prácticas como contribuciones de las enfermeras y garantizar una atención de mejor calidad. También mostrar un liderazgo transformador por parte del personal de enfermería con la familia, en donde cada contacto ayuda a aquellos en el sistema de atención médica a comprender los

deseos y la capacidad del paciente y la familia. A través de esta relación, la enfermera combina los objetivos del equipo de atención médica con los objetivos del paciente y la familia.

Jeffrey.²⁶ 2017 en su entrevista en Estados Unidos a la Dra. en enfermería Lesly Kelly remarca el liderazgo que ejerce enfermería cuando incrementa sus conocimientos a través de la investigación que realiza sobre las estructuras de gestión y de esta forma. También refiere que el actuar de enfermería se ve reconocido como una influencia para el demás personal que está en formación para un uso mejor de las competencias en enfermería.

Actuar reflexivo aplicando el pensamiento crítico, juicio clínico y toma de decisiones cuando se enfrente a situaciones clínicas complejas.

Shaban y cols.²⁷ 2017 realizaron un estudio de caso de enfermería basada en evidencia en Australia en el contexto de la atención de emergencia, examina el juicio clínico prehospitalario y la toma de decisiones sobre enfermedades mentales por parte de los paramédicos y enfermería con historial de experiencia clínica y estudios previos. Refiere que el actuar del personal se fundamenta en lo que se conoce por parte del mismo. Es decir, en medida de lo que el personal conoce identifica las causas o alteraciones de la persona valorada, por lo que el personal es capaz y competente para aplicar su juicio en las distintas situaciones o ambientes para los cuales esté capacitado. Quedando en evidencia la importancia de que el profesional realice la valoración del adulto mayor.

III. OBJETIVO GENERAL

Describir las experiencias de un principiante avanzado de enfermería en el cuidado de una adulta mayor con depresión, hospitalizada en una institución de salud de tercer nivel de atención de la Ciudad de México.

IV. MARCO TEÓRICO

En México se considera Adulto Mayor a una persona que tiene más de 60 años y se refiere a la etapa que suma todas las experiencias de la vida y pasa por la mayoría de las metas familiares, profesionales y sociales. Pero también marca el inicio de una etapa donde las personas presentan condiciones de vulnerabilidad física, social y económica²⁸.

Cambios normales biopsicosociales en el adulto mayor.

El envejecimiento es un fenómeno universal progresivo. En este, la relación de pérdidas y ganancias durante toda la vida es continua, existe cambios biopsicosociales.

Dentro de los cambios biológicos se encuentran³⁰:

Una pérdida del parénquima renal que es considerable el 10% con cada década después de los 40 años, también existe un adelgazamiento de la corteza renal lo que repercute en el tamaño y peso renal. La velocidad de filtración de glomerular disminuye un 8ml/min/1.73m² por año. En tanto a los túbulos renales existe una disminución del 20% de su capacidad para concentrar la orina.

En las arterias existe una rigidez por engrosamiento y reducción del lumen resultado de los cambios en su estructura de la pared arterial, generalmente en las arterias de conducción mayores a 300 micrómetros. El número de células musculares lisas de la pared arterial disminuyen en la túnica media por apoptosis, además de existir una microcalcificación. Dentro de la matriz extracelular hay un aumento de las fibras colágenas y disminución de elastina. Las fibras elásticas sufren degeneración con una disminución en el volumen proporcional que ocupan en la pared arterial.

La disfunción endotelial es la disminución de la función vasodilatadora que depende de endotelio y el desarrollo de los procesos inflamatorios. El aumento en la producción de citoquinas proinflamatorias es parte del envejecimiento endotelial.

El aumento de la rigidez de las arterias de conducción y la resistencia periférica repercuten en el aumento de la presión arterial, en donde la presión sistólica aumenta continuamente con la edad y la diastólica disminuye levemente o se estabiliza. La estimación de la rigidez arterial es identificar un posible riesgo coronario e isquemia.

Disminuye la capacidad de distensión cardíaca y en el esfuerzo como respuesta a la actividad física, esto por la rigidez ventricular que aumenta la presión al fin de la diástole ventricular mientras se encuentra en reposo y durante la actividad física. Además, existe una hipertrofia cardíaca consecuencia de la hipertrofia de los cardiomiocitos, incluyendo una disminución de estos por apoptosis y necrosis.

Un riesgo de arritmias por los cambios en la matriz extracelular afecta la excitación-contracción. La estenosis e insuficiencia cardíaca debido al constante del aumento de la rigidez, calcificación y cicatrización de los velos valvulares aórticos.

En el envejecimiento cerebral se encuentran cambios que dependiendo de su magnitud pueden generar una discapacidad en la persona. El cerebro pierde un 5% de su peso cada década después de los 40 años se asocia a un aumento progresivo del volumen cefalorraquídeo. En las células existe un aumento del estrés oxidativo. Cabe destacar que la pérdida de neuronas, lo largo de las dendritas, su arborización y el número de espinas sinápticas, es mínima y no es generalizable, en el caso de existir una disminución, es delimitada el área de pérdida de estas, dirigiéndose más hacia las funciones de ejecución.

Existe cambio en los canales de calcio y receptores GABA, lo que lleva a un desequilibrio en el balance de la neurotransmisión inhibitoria y estimuladora. El caso de la dopamina es esencial y de amplio estudio que hay una disminución en el sistema nervioso central, al igual que disminuyen sus receptores especialmente en sus subtipos D1 y D2 en el tálamo, la corteza frontal, el giro cingulado anterior, corteza temporal y cuerpo estriado. Aunque prevalece una neurogénesis durante toda la vida, llegan a existir enfermedades que alteran la misma. Con relación al ejercicio aeróbico se demuestra una mejora en el rendimiento cognitivo, en donde el aumento de la perfusión cerebral con estímulo de la angiogénesis y aumento de la neurogénesis. Un probable deterioro de la memoria a corto plazo puede ser asociado al deterioro de la función ejecutiva en el envejecimiento y que pudiera tener parte en los cambios degenerativos y funcionales que presenta la corteza prefrontal.

En tanto a lo muscular, es dentro de la segunda y la cuarta década de la vida en donde se alcanza su nivel máximo de desarrollo, después de este tiempo empieza un declive progresivo. Dentro de los cambios están la disminución de masa, se infiltra grasa y tejido conectivo, disminuyen las unidades motoras y una disminución del flujo sanguíneo. En un

nivel subcelular se encuentra una acumulación de moléculas por estrés oxidativo, fallas en síntesis de proteínas, disfunción mitocondrial y se resume en una incapacidad del músculo por desarrollar fuerza. A esta disminución se le llama sarcopenia y repercute también en la regulación de glucosa, en la termorregulación y en la masa ósea. Estos se asocian al síndrome de fragilidad, en donde, existen múltiples deterioros fisiológicos. El factor de la reducción de la hormona del crecimiento, mecanismos proinflamatorios por la presencia de la interleuquina 6 y el factor de necrosis tumoral alfa son mecanismos de desarrollo para este síndrome, no teniendo un solo factor claro para su desarrollo.

En tanto al metabolismo de la glucosa se estima que cerca del 25 % de la población adultos mayores padecen diabetes mellitus. Uno de los factores asociados a este proceso es la sarcopenia, esta ha demostrado ser contribuyente para la resistencia insulínica, que puede ser por la menor masa muscular y disfunción mitocondrial de las fibras. También hay un aumento de la grasa visceral y se considera el tejido adiposo como un órgano altamente endócrino, cuyas funciones generan mediadores proinflamatorios y de adipocinas como la leptina y adiponectina que median el metabolismo de la glucosa. A la conjunción de la pérdida de masa muscular y al aumento de tejido adiposo se le conoce como obesidad-sarcopénica. Los adultos mayores tienen una contrarregulación del metabolismo de la glucosa en una disminución, lo que muestra frente a la hipoglicemia un grave riesgo, además de que las propias células beta sufren de una senescencia celular y una apoptosis en aumento por lo que la producción de insulina se ve afectada³⁰.

En el área psicológica se presenta envejecimiento³¹, se entiende como el paso del tiempo a través del pensamiento, en las que se incluyen; percepción de la realidad, las múltiples relaciones consigo mismo y los otros. La conjunción de todos estos elementos deriva en una personalidad única e integral, que controlan la forma de reaccionar desde su complejidad y existe una alta tasa de alteraciones en la forma de pensar, sentir y actuar que inciden en el equilibrio de la salud del anciano²⁹.

Dentro de estos elementos se encuentra la inteligencia y la memoria. En cuanto a la inteligencia se clasifica en dos, la fluida y la cristalizada. La inteligencia fluida mide la capacidad del individuo para resolver problemas de inmediato, nuevos y no se necesita un conocimiento previo para ello. La inteligencia cristalizada es la acumulación de experiencias

y conocimientos a lo largo de toda la vida y sí está mediada por factores educativos y culturales. La fluida alcanza su capacidad máxima en la adolescencia y después decrece, a diferencia de la cristalizada, entre los 18 y 20 años se alcanza su clímax y después se mantiene estable e inclusive puede aumentar conforme aumenta la edad.

Los cambios en la memoria son muy estudiados en la vejez, ya que se refiere subjetivamente perder la memoria, cuando solo son olvidos ocasionales. Sin embargo, la memoria de un adulto mayor puede ser normal e incluso mejor que la de un joven. El caso significativo es que después de una vida de actividad se sufre un declive físico y mental, se le conoce como pérdida de memoria asociada a la edad y que se padece en personas sanas y no se debe a ningún trastorno mental u orgánico. Los fallos para aprender nuevos temas, problemas de concentración y dificultad para recordar cosas son las características. En los distintos casos estos problemas son con la velocidad, la atención y las estrategias de procesamiento, que bien pueden ser por la falta de práctica de las destrezas mentales y esto causa un debilitamiento en los sistemas neuronales.

Dentro de las características de la personalidad en la vejez, es variable, ya que las diferentes teorías argumentan que distintos puntos funcionales con relación a la interacción social dependen de la edad, así como de los diversos intereses personales y su ambiente social. La principal preocupación es envejecer con éxito y la angustia que producen pensamientos de dependencia y muerte, en donde busca la sabiduría a través de la reflexión a lo largo de su vida. Esto es discutible según la teoría que se aborde, ya que se mencionan cambios o estabilidad y en tanto al estado afectivo la aceptación, conformismo y mayor cautela se hacen presentes en un estado saludable.

Los cambios psicológicos son adaptativos, por lo que, la flexibilidad del rol en el círculo social en el que se encuentre potencia la capacidad de la persona para adaptarse a las nuevas circunstancias e impide que la persona adulto mayor recurra al aislamiento.

Existe un aprecio de la sabiduría frente a la fuerza física, en donde la energía en las actividades físicas debe invertirse ahora en las mentales, se reconoce con importancia la interacción social y prioridad a las personas de ambos sexos, esto sobre la intimidad sexual y la competitividad, la flexibilidad emotiva para el afrontamiento en las situaciones, flexibilidad mental ante la rigidez en los pensamientos, todas estas fases o etapas son un caso de conflicto para el adulto mayor en donde se obtiene uno u otro factor. Se toma en cuenta

que la vida es un recorrido de cambio constante en la búsqueda de la identidad y que según, se resuelva o no esa búsqueda se considera un factor con el cual se contará en la vejez para su reflexión o su inconformidad con ello³¹.

Cambios sociales en el envejecimiento³¹:

A lo largo de la vida se cubre una necesidad de adaptación en el entorno donde se vive y se cumplen las diversas funciones. En el adulto mayor, estas adaptaciones también se encuentran presentes, de entre los más frecuentes está el del cambio de rol, en donde la situación del desempleo limita las funciones autónomas económicas. La jubilación es temida, pero aún más la vejez, ya que se considera como una pérdida de trabajo, de funciones en el hogar tales como; la guía, el voto y la capacidad para resolver problemas que antes solía hacerlos. También los factores son muy variables como la formación, el estado de salud, las relaciones sociales y personales, el nivel económico, entre otros. Estos factores inciden en la vida de todas las personas adultas mayores, sumando cambios en todo el envejecimiento y sus vidas, por lo que la adaptación a la vejez es un punto crucial para la vida, tanto como de la sociedad, políticas y la propia persona.

La jubilación ocurre a los 60 años y es variable según las funciones o el trabajo que se desempeñaba, por ejemplo, los agricultores y ganaderos antes no se jubilaban, tienen diferentes actividades y se reducen a sus capacidades, por lo que la adaptación es progresiva e integradora, en cambio en la zona urbana esta es rápida y brusca porque se necesita el máximo rendimiento y una competitividad económica. Es así como en la actualidad se puede observar a la jubilación como un proceso marginado que se considera un castigo, más que una meta como es realmente, las circunstancias y las situaciones de esta época ponen estas dificultades para las personas, que para muchos son aceptadas y bien vistas, lo que para otros es un fin inminente a toda la vida que se habían acostumbrado y es negativo.

Dentro de esta fase adaptativa se encuentra la preparación para aceptar la muerte, en donde existe la pérdida del conyugue o de la pérdida de funciones, esto lleva a la persona a un estado de satisfacción o de insatisfacción, ya que en la medida en que se encuentre preparado para todas estas situaciones se podrá tener un mejor éxito de la vejez. Otro factor importante es la viudedad, en donde dos procesos: el duelo y el desarrollo cotidiano de la vida, en su conjunto forman la viudedad. En el duelo se observa el trabajo psíquico de la persona para el

afrontamiento de una pérdida, conlleva un tiempo y una forma personal de llevar a cabo, sin embargo, este debe de concluir de alguna forma y su proceso exitoso conlleva un nuevo estilo de vida.

Trastornos depresivos y Depresión.

La depresión es un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración.³² Puede llegar hacerse crónica o recurrente y desarrollar un desequilibrio en la calidad de vida de las personas, causando una alteración en el rendimiento del día a día individual y social, incidiendo en la capacidad psicológica de la persona, que en tiempo prolongado puede desencadenar alteraciones físicas e intensificar otros rasgos del pensamiento que se añan al diagnóstico psiquiátrico, en el peor de los casos la consecuencia más severa, el suicidio.

Los trastornos depresivos de acuerdo con el Diagnostical and statistical manual of mental disorders (DSM-5) son varios y cada uno tiene sus características definitorias diferentes y de acuerdo con la clasificación y diagnóstico de cada uno. Estos son: Trastorno de desregulación perturbador del estado de ánimo, trastorno de depresión mayor, trastorno depresivo persistente o distimia, trastorno disfórico premenstrual, trastorno depresivo inducido por sustancias-medicamentos, trastorno depresivo debido a otra afección médica, otro trastorno depresivo especificado y trastorno depresivo no especificado⁴.

A su vez el trastorno de depresión mayor se divide en:

Episodio único y se clasifica en:

Leve, moderado, grave, con características psicóticas, en remisión parcial, en remisión total y no especificado⁴.

Episodio recurrente, con las mismas características del episodio único:

Leve, moderado, grave, con características psicóticas, en remisión parcial, en remisión total y no especificado⁴.

El trastorno depresivo mayor se divide en la presencia de un episodio único o recurrente y en estos se presenta la alteración del estado de ánimo en donde se afirma que existe cinco o más de los síntomas: a) estado de ánimo deprimido la mayor parte del tiempo en el día, según se autoevalúe con tristeza, vacío, etc. o de la parte de la observación de otras personas, como si lo observan triste o lloroso. b) disminución del interés o el placer por la mayoría de las actividades del día. c) pérdida de peso sin hacer dieta o aumento de peso, un cambio de más del 5% del peso corporal en un mes. d) insomnio o hipersomnia la mayoría de los días. e) fatiga o pérdida energía casi todos los días. f) agitación o retraso psicomotor, observado por los demás. g) sentimientos de inutilidad o culpabilidad excesiva casi todos los días. h) disminución de la capacidad para concentrarse, pensar y tomar decisiones la mayoría de los días. i) pensamientos de muerte recurrentes, ideas suicidas sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan para llevarlo a cabo y se pueden presentar tanto como en un episodio único como recurrente⁴.

El tiempo de la presencia de estos episodios deben ser mayor o igual a dos semanas de los síntomas presentes, se basa en si es un episodio único o recurrente, es decir, si se presenta el episodio una ocasión o más de una, en donde hay un intervalo de mínimo dos meses entre los episodios y durante este tiempo no se encuentren presentes los criterios de un episodio de depresión mayor, es decir, que no se manifiesten alguno de los síntomas en la persona; la gravedad actual, la presencia de características psicóticas, que es la presencia de delirios y/o alucinaciones y el estado de remisión.

La gravedad actual de acuerdo con los nueve síntomas antes explicados es: leve con dos síntomas, moderado con tres síntomas, moderado-grave con cuatro o cinco síntomas, y grave con cuatro o cinco síntomas y con agitación motora.

En cuanto al estado de remisión. En remisión parcial, los síntomas del episodio de depresión mayor inmediatamente anterior están presentes, pero no se cumplen todos los criterios o, cuando acaba un episodio de este tipo, existe un período que dura menos de dos meses sin ningún síntoma significativo de un episodio de depresión mayor. En remisión total, durante los últimos dos meses no ha habido signos o síntomas significativos del trastorno.⁴ Dentro de los síntomas también puede encontrarse ansiedad y síntomas sin explicación médica.

Los síntomas pueden causar un malestar clínico o deterioro en lo social, laboral u otras áreas de la persona, es importante que el episodio no se pueda atribuir a los efectos de sustancias u otras afecciones médicas, ya que para ellos existen otros criterios y diagnósticos⁴.

La depresión es el producto de la relación compleja entre los elementos sociales, psicológicos y biológicos, en donde hay personas como el caso de los adultos mayores que experimentan diversos escenarios en los que son más propensos a desarrollar depresión, tales como; desempleo, traumatismos psicológicos y luto. Lo cual empeora la situación generando una disfunción vital.

Para la valoración existen cédulas conocidas como la de BECK y Yesavage, cuyo resultado coadyuva con la valoración psicológica para diagnosticar depresión, incluyendo los diversos estándares internacionales para su clasificación y diagnóstico.

Dentro de su tratamiento se ubican diversas terapias psicológicas como; activación conductual, terapia cognitiva conductual y psicoterapia interpersonal, incluyendo el tratamiento farmacológico con los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina y antidepresivos tricíclicos. Estos son útiles para la depresión moderada a grave, no son recomendables para el grado leve.³²

El trastorno depresivo persistente o distimia, coincide con el estado de ánimo deprimido durante la mayor parte del día y durante más días de los que no se perciba un ánimo diferente, es decir, que se encuentre más días con ánimo deprimido que con días en los que no. Esta puede ser autopercebida o por la percepción de los familiares y amigos, su característica específica es que la duración del estado de ánimo deprimido está presente por más de dos años.

Los síntomas son dos o más de los siguientes: poco apetito o sobrealimentación, insomnio o hipersomnias, poca energía o fatiga, baja autoestima, falta de concentración o dificultad para tomar decisiones y sentimientos de desesperanza.

Durante dos años o un año en niños y adolescentes no han pasado más de dos meses seguidos sin dejar de sentir el ánimo deprimido la mayor parte del día y los síntomas.

Los síntomas del trastorno depresivo mayor tienen cuatro más de los que se presentan en la distimia, por lo que durante los dos años de padecer los síntomas propios de la distimia se pueden presentar o no episodios de depresión mayor persistentes o intermitentes⁴.

Activación conductual.

Es un tratamiento psicosocial, estructurado y breve, fundamentado en el cambio conductual, que consigue aliviar la depresión presente y prevenir futuras recaídas.³³

Con la fundamentación de que el individuo necesita una actividad, una meta que cumplir un propósito, hacia el cual moverse y hacer. Esto considerando que el entorno influye más sobre los aspectos intrínsecos psicológicos de la persona. De esta forma al enfrentarse al entorno con un plan, cumpliendo sus objetivos, la persona puede ser capaz de solventar y solucionar problemas, conflictos y a su vez refuerza, en medida de la situación, sus pensamientos positivos para la relación con su entorno y sí mismo.

Las técnicas para conseguir los resultados son: extinción, moldeamiento, desvanecimiento, exposición en vivo, entrenamiento en habilidades sociales y técnicas de resolución de problemas.

Las actividades que el sujeto recupera serán las que le provean del reforzamiento natural, que es la auténtica meta de la terapia. Por eso mismo, no se plantea que el sujeto tenga que llevar a cabo tareas supuestamente gratificantes ir al cine, verse con amigos, cenar con la pareja, hacer deporte, etc. Pues, dado el enfoque ideográfico, esas tareas podrían no ser realmente las que representan una fuente de reforzamiento o una exposición sino incluso otras formas de evitación (así, por ejemplo, ir al cine puede ser un afrontamiento deseable para un sujeto depresivo que no quiere salir ni mantener la concentración, pero una evitación para otro que escapa así de sus obligaciones).³³

Estructurada y de corta duración que se fundamenta en la aplicación directa de principios de aprendizaje, su objetivo es la recuperación del estado eutímico, de la manera en que los individuos realicen actividades que proporcione un afrontamiento y un reforzamiento positivo de ello. En esta, se aplicarán los pasos:

- Automonitorización. la persona tiene que llevar un registro de su estado de ánimo en el día, cada hora en alguna libreta u hoja.

- Establecimiento de los objetivos. el principiante de la EPA tiene que ser un apoyo para la persona, brindar y facilitar los medios, la relación terapeuta-paciente es sumamente vital para el funcionamiento y con base a estos círculos: relaciones familiares, relaciones sociales, relaciones íntimas,

educación/formación, empleo/carrera profesional, aficiones/tiempo libre, trabajo de voluntariado/caritativo/actividad política, estado físico y de salud, espiritualidad y estado psicológico/emocional establecer metas.

- Intervención. Exposición a situaciones evitadas, ensayo verbal de la tarea, sesiones, retroalimentación.³³

Se llevará a cabo durante 3 semanas o desde el ingreso hasta el egreso hospitalario, lo que ocurra primero, se aplicará semanalmente, sesiones de una hora para ajustar los tiempos de las actividades que se llevan en el hospital y no interrumpir o retrasar ninguna intervención o terapia.

Cuando se inicia el tratamiento es importante contar con un entorno bien estructurado, adecuadamente directivo y capaz de dar un apoyo conveniente al sujeto. Un tratamiento estándar consiste en 10 a 12 sesiones de terapia, en donde las primeras son para evaluar la situación, establecer objetivos y metas.

Después de estas sesiones, se pone en práctica las sesiones de las actividades, en donde estas consisten en un periodo de 15 a 30 minutos, establecer actividades cotidianas, un plan de vida diaria, por ejemplo, 8:00 levantarse y hacer ejercicio, 10:00 desayunar, etc. debe irse estructurando hasta que lleguen a ser aprox. 15 actividades importantes.

Valoración Geriátrica Integral (VGI)

Es una herramienta que permite abarcar dentro de las esferas física, psicológica, mental y social, una visión clara del contexto y el estado de salud en la que se encuentra la persona adulta mayor. Esto facilita la distribución de las actividades del equipo multidisciplinario y da los objetivos claros para la mejora de la calidad de vida.³⁴

Los objetivos de la VGI son:

1. Mejorar la exactitud del diagnóstico.
2. Identificar problemáticas relacionadas no diagnosticadas previamente.
3. Establecer una atención integral, incluyendo las necesidades de la persona.
4. Mejorar la salud física y mental, con mediciones objetivas.
5. Mejorar la calidad de vida.

Valoración Clínica.

Se debe de comprender que en esta edad se complica el estado de salud por los propios cambios de la vejez, los síndromes geriátricos, su estabilidad social, etc. También se debe tomar en cuenta todos los aspectos por los cuales la persona asiste a la consulta, si viene acompañado, cómo llegó etc.

En cuestión de la anamnesis se complica por la comunicación, problemas con déficits sensoriales, además de los posibles deterioros, intelectual y psicomotriz, dificultan entrevistas completas. Es posible que para obtener una VGI se necesiten varias entrevistas. Se deben registrar los antecedentes personales, la revisión por aparatos y sistemas, la historia farmacológica (fundamental por el riesgo de iatrogenia), y la historia nutricional (dieta habitual, número de comidas al día, dietas prescritas).

Exploración Física.

Se inicia con una inspección general, aspecto, cuidado, aseo y colaboración, se toman signos vitales y posteriormente se hace una revisión.

Cabeza: evaluación de arterias temporales, boca (estado dental, prótesis, micosis, tumoraciones), ojos (capacidad visual y presencia de cataratas, entropión y ectropión), capacidad auditiva.

Cuello: presencia de bocio, adenopatías, ingurgitación yugular, soplos, rigidez cervical.

Tórax: auscultación cardíaca, pulmonar, palpación de mamas en la mujer y presencia de deformidades en columna (xifosis dorsal).

Abdomen: igual que el adulto (inspección, palpación, percusión y auscultación).

Tacto rectal: en busca de hemorroides, impacto fecal y revisión prostática en el hombre.

Extremidades: fuerza y tono muscular, presencia de pulsos y reflejos, y búsqueda intencionada de edema o deformidades articulares (incluyendo dedos de los pies)

Neurológico: Trastornos del habla, temblor, rigidez, acinesia, equilibrio, marcha, sensibilidad.

Piel: lesiones tróficas, úlceras, tumoraciones.

La VGI integra una serie de evaluaciones adicionales que complementan la valoración clínica; entre ellos está el área funcional, la esfera mental (depresión y cognición), la social (incluye al cuidador) y la mencionada nutricional.

Valoración Funcional.

En esta conocemos la capacidad que tiene el adulto mayor para realizar las actividades básicas de la vida diaria, así como las actividades de la vida diaria instrumentales y avanzadas. A una mayor dependencia, mayor riesgo de mortalidad, mayor número de ingresos hospitalarios, mayor consumo de medicamentos aumenta el riesgo de institucionalizarse y se incrementa la necesidad de recursos sociales. El índice de actividades de la vida diaria de Katz (anexo 1) y el índice de Lawton y Brody (anexo 2) son de los instrumentos que evalúan estas capacidades.

Desempeño físico.

Una medición objetiva del funcionamiento físico permite conocer la posibilidad de realizar movimiento o actividades específicas (se valoran repeticiones de movimientos o la medición cronometrada de la actividad). La Organización Mundial de la Salud cataloga a las personas como válidas, con deficiencia, discapacidad o minusvalía en función de los resultados obtenidos. Una de las que se pueden realizar es la prueba corta de desempeño físico. Tiene 3 componentes: pruebas cronometradas de balance en posición de pie (pies paralelos, en semitándem y en tándem), un recorrido a pie de 4 metros y levantarse de una silla (si lo realiza en un solo movimiento se le solicita lo repita 5 veces). Su valoración va de 0 a 12 puntos, mientras más baja la puntuación menor capacidad.

Marcha y equilibrio.

El movimiento es esencial; el organismo funciona con mayor eficacia cuando está activo, la pérdida de capacidad de marcha y equilibrio es indicativo de un alto riesgo para la salud. La escala de Tinetti permite evaluar ambos puntos, ya que, a mayor puntuación, mejor funcionamiento; la máxima puntuación para la subescala de la marcha es de 12, y para el equilibrio, de 16. La suma de ambas puntuaciones da como resultado la puntuación final, que

nos permite determinar el riesgo de caídas (< 19, riesgo alto de caídas; 20-24, riesgo de caídas; > 24, menor riesgo de caídas).

Valoración Nutricional.

Sabemos que una buena alimentación con el suficiente aporte proteico es indispensable para el funcionamiento corporal, es necesario conocer los riesgos que tiene el paciente con su alimentación. La aportación del Mini Nutricional Assessment (MNA) ha sido de gran utilidad para su valoración. Se recopilan datos antropométricos, parámetros dietéticos, evaluación global y subjetiva sobre la alimentación. Su puntuación máxima es de 30 puntos; < de 17 puntos indica mal estado nutricional, de 17 a 23.5, riesgo de malnutrición, y más de 24, normalidad.

Valoración Mental.

Su valoración se compone de dos áreas, la cognitiva y afectiva. La parte cognitiva depende de los factores orgánicos, psicosociales, las patologías que tiene la persona (hipertensión, diabetes, problemas tiroideos, etc.), los factores de riesgo para las distimias del anciano y, la más frecuente, la depresión. La elección de la prueba para valorar estas áreas dependerá del nivel asistencial en que nos encontremos, el más utilizado es el Mini Mental State Examination de Folstein (MMSE), que es una prueba de tamizaje que valora la orientación temporoespacial, la memoria reciente y la fijación de esta, la atención, cálculo, capacidad de abstracción lenguaje y praxis. Una puntuación por abajo de 24 indica deterioro cognitivo, aunque se debe recordar que se ajusta en función de la escolaridad.

Valoración afectiva.

El diagnóstico aparece muchas veces en la entrevista clínica, donde se interroga sobre estado de ánimo, labilidad emocional, anergia, anhedonia, trastornos del apetito y sueño, signos de ansiedad, ideación de muerte, quejas somáticas. Para valorar estas esferas contamos con diferentes pruebas, la más empleada es la Escala de Depresión de Yesavage, que comprende 30 ítems; existe una versión corta de 15 ítems, que es la más recomendada para tamizaje.

Para su interpretación, el punto de corte se sitúa en 5/6: una puntuación de 0 a 5 puntos indica normalidad; entre 6 y 9, probable depresión, y más de 10, depresión.

Valoración Social.

El funcionamiento social como la salud se afecta mutuamente, una persona que lleva una vida diaria con buenas relaciones sociales es también una persona saludable. En esta valoración podemos conocer las redes de apoyo con las que cuenta el adulto mayor, factores protectores, los recursos con los que cuenta, las relaciones sociales, actividades comunitarias. Se da lugar al lado subjetivo del apoyo emocional, el afecto familiar, los confidentes, la satisfacción con la familia y los sentimientos de utilidad y soledad. Y lo objetivo con el tamaño de la red familiar y social, los recursos financieros, las características de la vivienda, la convivencia, la necesidad y existencia de un cuidador.

Es importante que también se conozca estos aspectos. Estado civil (casado, viudo o divorciado, soltero).

¿Tiene hijos?, en su caso cuántos y si vive cerca de ellos. ¿Con quién vive? ¿Tiene familiares, amigos, vecinos?, y con qué frecuencia los ve. Cómo es el domicilio donde vive. ¿Hay escaleras o elevador? ¿Precisa algún tipo de ayuda en su cuidado? ¿Quién es la persona que le ayuda preferentemente, y si ésta tiene un problema de salud?

¿Tiene ayuda informal?

Todo nos da a conocer en un caso de dependencia, este cuenta con un cuidador, un ambiente adecuado que no sea una sobrecarga para el cuidador y la escala de Zarit nos sirve bastante para medir esto.

El personal no debe olvidar que el ser humano no es solo órganos y sistemas que funcionan de manera coordinada, éste es un complejo mente, cuerpo y ambiente. Su interrelación es tan firme que cualquiera de los aspectos que rompa el equilibrio alterará la función y el bienestar de este creciente segmento de la población.³⁴

Enfermería y la atención al adulto mayor con depresión

La enfermera es el profesional que juega un rol importante en la identificación del adulto mayor con riesgo o que ya presenta depresión a través de la aplicación de la escala de depresión geriátrica GDS-15. Esta es la más eficiente para la detección de la depresión y solo dura un minuto la aplicación. Es la más apropiada para que el personal de enfermería la aplique a los adultos mayores que acuden a consulta externa para la detección oportuna. Ya que durante la revisión de rutina la enfermera tiene la oportunidad de examinar los signos y síntomas de la depresión, tales como: aislamiento social, cambios en el apetito, irritabilidad, fatiga, sentimientos de inutilidad, cambios en el ciclo sueño-vigilia, desesperanza o culpa excesiva. En el caso de obtener un resultado de 5 o más puntos en la escala GDS-15, deber referir con el médico para su valoración y tratamiento³⁵ (anexo 3).

Los adultos mayores con depresión se asocian al riesgo de caídas, por presentar factores como: deterioro cognitivo, marcha lenta, velocidad de marcha lenta, falta de equilibrio, tiempo de reacción y falta de fuerza. De esta forma enfermería con el resultado y la evaluación oportuna, tiene un mayor control sobre el riesgo de caídas y facilita el tratamiento oportuno. Cuando los pacientes se exponen a situaciones de estrés y padecen de depresión, aumenta la ideación suicida al no tener herramientas de un afrontamiento eficaz. Se debe evaluar el riesgo suicida en el adulto mayor con depresión por parte de enfermería y se evalúa: ¿Siente que vale la pena vivir? ¿Desea estar muerto (a)? ¿Ha pensado en acabar con su vida? Si es así, ¿ha pensado cómo lo haría? ¿Qué método utilizaría? ¿Tiene acceso a una forma de llevar a cabo su plan? ¿Qué le impide hacerse daño?^{32.1}.

El seguimiento adecuado con ayuda de intervenciones psicológicas con los adultos mayores con depresión ayuda a mejorar la adherencia al tratamiento, permitiendo un control estricto y detección de cambios en el estado de ánimo, lo cual permite replantear los objetivos y la dirección de las intervenciones. Enfermería es quien da este seguimiento para evitar una progresión del trastorno e ideas suicidas. Además, de promover la correcta adherencia al tratamiento, en donde este evita en las personas adultas mayores con depresión una recaída y una remisión tardía, incluyendo proporcionar información al usuario de los beneficios del

tratamiento farmacológico, así como los riesgos de recaída si se abandona el tratamiento. Otro punto es el uso y promoción de la terapia cognitivo conductual, que ha demostrado tener buenos resultados para el tratamiento de la depresión en adultos mayores, incluyendo como parte importante la información de enfermería al usuario y la familia hacer uso del ejercicio físico, terapia ocupacional e intervenciones para mejorar la calidad del sueño³⁵.

Dentro de las intervenciones de enfermería para la atención del adulto mayor con depresión, se encuentra el otorgar información sobre la depresión para que no existan dudas y conceptos erróneos sobre ella, con ello aclarar los conceptos con la familia y el usuario sobre que la depresión es una enfermedad asociada con cambios neuroquímicos y funcionamiento cerebral, hacer equipo con todo el personal de salud multidisciplinario para otorgar una mejor atención. El establecimiento de la calidad de vida y la capacidad funcional actual le permite al adulto mayor aceptar su realidad y enfocar los esfuerzos de acuerdo con sus necesidades y capacidades. Esto se establece a través de a) ayudar a identificar fortalezas y capacidades funcionales. b) promover la aceptación. c) propiciar la integración a las actividades sociales, en donde es vital la integración a los grupos de apoyo en donde la integración facilita el intercambio de experiencias, aumentar la compañía social y disminuir la soledad³⁵.

La depresión en los adultos mayores se considera multifactorial, por lo que atribuir a un solo factor causal es difícil de establecer, de acuerdo con lo anterior, enfermería debe alentar al usuario y a la familia para que se apegue a los diferentes tratamientos, tanto farmacológico como no farmacológico, tales como; el ejercicio físico que promueve la actividad, disminuyendo el deterioro funcional y favoreciendo para la recuperación del autoestima y autoconfianza. Como resultados se plantea el aumentar las expectativas positivas de vida y de esta forma puede interrumpirse el ciclo de la depresión. Contemplando también las limitaciones del adulto mayor, capacidades y preferencias físicas y cognitivas para establecer actividades individualizadas de alimentación, reactivación física, promoción de la salud, estimulación cognitiva y socialización.

Para el control de la depresión la estrategia de un cuidado colaborativo entre los profesionales reduce la gravedad de la enfermedad en los pacientes tratados con este régimen de atención.

La proporción de terapias psicológicas y la educación para la salud, apoyo social y creación de redes sociales impactan positivamente en adultos mayores con depresión y apoyan en la recuperación de un estado anímico, la observación continua directa e indirecta para identificar nuevas intervenciones. El seguimiento cada una o dos semanas inicialmente y posterior cada dos o cuatro semanas, según el grado de severidad de la enfermedad o riesgo de recaída, enfermería monitorea este estado continuo³⁵.

En el apoyo familiar y social a los adultos mayores, favorecer el ambiente resiliente para favorecer la integración y el afrontamiento a los problemas, actividades de rehabilitación en el adulto mayor basadas en las necesidades particulares de los usuarios, con la participación del equipo multidisciplinario de salud, la familia y la comunidad, en la esfera cognoscitiva, afectiva y psicomotora. Todo con el objetivo de evitar el aislamiento social que puede generar deficiencias en el estado físico y anímico de la persona³⁵.

Cuidado de enfermería.

El cuidado de los pacientes es la esencia de la profesión de enfermería, el cual se puede definir como: una actividad que requiere de un valor personal y profesional encaminado a la conservación, restablecimiento y autocuidado de la vida que se fundamenta en la relación terapéutica enfermera-paciente.³⁶

Principiante a experto de Enfermería

El enfoque de Benner de principiante a experto es el de una formación por competencias, las cuales se verán reflejadas en el quehacer de enfermería o en el crecimiento personal y profesional.⁷ Existen destrezas que solo se podrán fijar al saber práctico en este ámbito, donde el profesional entra en contacto directo con el paciente. De esta manera también se debe obtener la facilidad de aplicar los valores, aptitudes y actitudes ya que el desarrollo personal se basa en estos tres grandes factores que evidencian la extraordinaria capacidad que tiene el enfermero para la solución de cualquier conflicto o problema que pueda presentarse en el área clínica. Generalmente los recién graduados, aun teniendo las bases teóricas, no tienen las capacidades suficientes para desafiar una situación que amerite el actuar rápido y

responsable, cuando se ven enfrentados al ámbito profesional, ya que no depende de su tutor en ese momento y tiene que ser autónomo en la toma de decisiones. En algunas ocasiones, la experticia que adquiere la enfermera no solo depende de ella y de la integración de sus capacidades sino del tipo de pacientes que maneje y de su especialidad; puesto que cuanto mayor tiempo esté en contacto con algún tipo de paciente, mayor es la capacidad de predecir y de actuar basado en la experiencia.

Principiante. La persona se enfrenta a una nueva situación. Este nivel Benner indica que podría aplicarse a una enfermera inexperta o la experta cuando se desempeña por primera vez en un área o en alguna situación no conocida previamente por ella.

Principiante avanzado. En este nivel la enfermera después de haber adquirido experiencias se siente con mayor capacidad de plantear una situación clínica haciendo un estudio completo de ella y posteriormente demostrará sus capacidades y conocerá todo lo que esta exige.

Competente. Se es competente cuando la enfermera posee la capacidad de imitar lo que hacen los demás a partir de situaciones reales; la enfermera empieza a reconocer los patrones para así priorizar su atención, como también es competente cuando elabora una planificación estandarizada por sí misma.

Eficiente. La enfermera percibe la situación de manera integral y reconoce sus principales aspectos ya que posee un dominio intuitivo sobre esta; se siente más segura de sus conocimientos y destrezas, y está más implicada con el paciente y su familia.

Experta. La enfermera Posee un completo dominio intuitivo que genera la capacidad de identificar un problema sin perder tiempo en soluciones alternativas, así mismo, reconoce patrones y conoce a sus pacientes aceptando sus necesidades sin importar que esto le implique planificar y/o modificar el plan de cuidado.^{7,8,37}

Práctica Avanzada de Enfermería.

La enfermería de práctica avanzada (EPA) se caracteriza por ofrecer un nivel avanzado de práctica enfermera, que maximiza la utilización de competencias especializadas y de conocimiento enfermero a fin de responder a las necesidades de los clientes en el dominio de la salud.³⁸

En la Comisión Permanente de Enfermería establece que es un esquema disponible para enfermería con grado superior maestría y doctorado, las actividades avanzadas van desde las

consultas independientes, las interconsultas/referencias, la prescripción de medicamentos, incluyendo antibióticos, atención en el continuo de la atención materna incluyendo partos.³⁹ Naranjo (2018) en su revisión sistemática de la historia de la EPA señala que en los años 60 en EUA se comienza a utilizar el término, delimitando el actuar a cuatro campos, la enfermera anestésista, la enfermera matrona, la enfermera clínica y la enfermera practicante. Con la idea de la autonomía se forma el término. En los años noventa, estos roles se establecieron definitivamente y se produce un aumento muy importante en el número de profesionales que ejercen con el grado superior la EPA.⁴⁰

El rol de las EPA está sustentado en los modelos de cambio de tareas o task shifting, y de combinación de habilidades o skill mix. El cambio de tareas es un proceso mediante el cual las tareas se trasladan, permitiendo reorganizar la fuerza de trabajo y hacer más eficiente el uso de los recursos humanos; se aplica en el contexto de la atención a la salud como respuesta a la escasez de profesionales de la salud. Asimismo, se vincula con el objetivo de promover un marco claro y reglamentado que defina y delimite las actividades y las prácticas de atención de cada profesión y entre los diferentes profesionales. En el contexto de cambio de tareas o task shifting, las EPA ejercerían ciertas tareas del médico en la atención primaria de salud, además de otras actividades que incluirían el diagnóstico y tratamiento médico, aunque siempre desde un modelo de atención de enfermería: preventivo, de promoción, holístico y centrado en el paciente. El concepto de combinación de habilidades o skill-mix puede clasificarse en sustitución y diversificación. La sustitución se refiere al reemplazo de un profesional por otro para aumentar la eficiencia, mejorar los resultados y reducir los costos. La diversificación consiste en introducir nuevos grupos profesionales para ampliar el rango de habilidades que pueden ser provistas. La diversificación sería, en ese caso, lo que mejor se aplicaría al concepto de las EPA en la APS, ya que no se pretende sustituir o reemplazar a ningún profesional.⁴¹ Las competencias de la EPA se incluyen en 6 dominios⁴², que son:

- Dominio 1 análisis de la situación de salud de la comunidad.
- Dominio 2. gestión del cuidado
- Dominio 3. vigilancia y control de riesgos y daños a la salud de la comunidad
- Dominio 4. promoción de la salud y participación social de la comunidad.
- Dominio 5. planificación y gestión de la calidad en salud de la comunidad.
- Dominio 6. liderazgo y colaboración interprofesional.

Dominios de la EPA según la OPS⁴¹.

La formación e implementación del rol de las EPA requiere de una definición y de un consenso de sus competencias centrales, toda vez que estas pueden contribuir con información esencial y orientar la preparación, la práctica y la regulación de la enfermería.

Un modelo con siete dominios y 64 competencias centrales para la EPA.

- Gestión del cuidado.
- Ética.
- Colaboración interprofesional.
- Promoción y prevención en salud.
- Práctica basada en la evidencia.
- Investigación.
- Liderazgo.

Institución de Salud de 3er. nivel de atención.

En el sector público, existen tres niveles de servicios personales de salud. La atención que se brinda en el tercer nivel es especializada, de mayor complejidad y aunada a actividades de investigación clínica y básica y en este grupo se encuentran los 12 Institutos Nacionales de Salud.⁴³

Usuario hospitalizado. Toda persona que padece de un trastorno mental y del comportamiento, que hace uso de las unidades de atención integral hospitalaria médico-psiquiátrica.⁴⁴

Experiencia: El termino es ampliamente definido por una variedad de autores, todos tienen características similares en su contexto y son propios de la persona y su situación de vida, tomaremos el siguiente significado, uniendo la relación entre la vivencia, el conocimiento, un suceso y el mundo, que estas tienen repercusión sobre la psicología de la persona, dejando una huella significativa para la cosmovisión del universo propio.^{45,46}

De esta manera el individuo puede expresarse, lo que para él funciona como un grado de relato personal, se debe de entender que las experiencias, significan una diferencia de la unicidad de la persona, puesto que, para cada uno, significa algo relacionado con él, así la situación sea la misma para varias personas, toma el significado que la persona le otorgue.

V. METODOLOGÍA.

5.1. Tipo de estudio y diseño.

Se realizó una investigación cualitativa por medio de una autoetnografía con narrativa personal, en la cual se desarrolla la interpretación propia del investigador dando lugar a lo subjetivo y emocional^{47,48}.

En la autoetnografía se establece la relación entre la experiencia propia y la interpretación de esta con un análisis de las situaciones, otorga un panorama del fenómeno y se desarrolla conforme se tomen decisiones y participación. Se da un espacio para desarrollar la experiencia del investigador a través de su escritura, envolviendo a los lectores para evocar una reacción y emociones, un impacto dentro de la descripción que una la experiencia con lo emocional y a los lectores.

5.2. Características de los Participantes.

Pasante de la Licenciatura en Enfermería en Servicio Social o investigador como principiante avanzado desempeñando actividades dentro del papel de pasante en servicio social dentro de una institución psiquiátrica, una adulta mayor con diagnóstico de trastorno de depresión mayor e ideas de muerte, una cuidadora familiar y equipo de salud.

5.3. Técnica de recolección de datos.

La recolección de los datos se realizó a través de la observación del compartamiento y platica cotidiana con la adulta mayor, cuidadoras y equipo de salud, de lo que se tomó notas diariamente. Así mismo y de manera primordial de la narrativa de las experiencias personales del investigador⁴⁹, la observación e información documental. También se utilizaron algunos recursos de la autobiografía^{50,51}, así como aspectos de la etnografía^{52,53}.

En el caso de la autobiografía se utilizó como un recurso para obtener la narración sobre las experiencias pasadas vividas del propio autor, retrospectivas y seleccionadamente, en donde las epifanías son parte importante del recuerdo de los momentos que dejan un impacto sobre la trayectoria de la vida personal. Estas también ayudaron a comprender o reflexionar sobre

el acontecimiento en donde existió algún tipo de crisis y en qué forma la persona pudo solucionar o enfrentarse a las situaciones de conflicto o intensas⁵⁴.

Por otro lado, la etnografía ayudo a comprender las relaciones que se establecen en las diversas sociedades humanas, siguiéndolas a lo largo de su proceso físico, intelectual, social y político.⁵⁵El campo de la etnografía hace un énfasis en la palabra “cultura”, ya que es de suma importancia considerar la época en la que se vivió, es decir el contexto para que se pueda comprender la naturaleza del fenómeno en las sociedades humanas.⁵⁶ La etnografía puede ser considera como "una forma de investigación social y educativa que enfatiza la importancia de estudiar de primera mano lo que la gente hace y dice en contextos particulares"⁵⁷.

Para la recolección de los datos primero, se elaboró un escrito en el que se narran y describen las experiencias del investigador a lo largo de su desenvolvimiento como pasante dentro de la institución psiquiátrica durante los meses agosto de 2019 a marzo de 2020.

Se inició desde el primer día de prestación de servicio social y se complementó con las diversas actividades de búsqueda de información digital y en libros de la propia institución, al igual que con el cumplimiento de diversos cursos virtuales y asistencia a congresos. Así como con las notas de campo de la observación e interacción diaria con el personal de enfermería, médicos psiquiatras y la coordinación de enseñanza de la institución sobre aspectos de la depresión y el adulto mayor. Al mismo tiempo con notas de campo de la interacción con la cuidadora en el desarrollo de la implementación de las actividades con la adulta mayor. Día con día, se escribieron notas de campo y mensualmente se estructuraron las vivencias, pensamientos y reflexiones sobre la adquisición de habilidades y competencias al margen de las situaciones y del servicio en el que se encontró.

5.4. Análisis de los datos y presentación de los resultados.

Posteriormente de transcribir las entrevistas y transformar las notas en un documento escrito, se procedió a describir epifanías en un punto del tiempo, otorgadas por la experiencia propia de una cultura en general realizando un análisis de contenido.⁵⁰

Dentro del análisis de contenido se consideró el interior del habla del investigador, cómo surge en su comprensión, el contexto y la historia en donde esta ocurrió.⁵⁸ Dentro de esta los niveles de interpretación son; el contexto sociohistórico y las conexiones de la experiencia

empírica.^{58,59} Se dirige hacia la comprensión, proceso y crítica de la realidad para ser interpretada total o parcialmente.⁵⁸

El procedimiento fue el siguiente: Se ordenó el contenido escrito por mes, según el servicio por el que se le otorgó cubrir. La redacción de la experiencia fue cronológica y subsecuente una de otra, por lo que se presenta de forma narrativa y se entiende como una historia.

Se describieron las actividades que generaron un impacto en el investigador, ya sea dirigido hacia lo relevante en la práctica de enfermería, en los procesos de atención como servicio de salud, procedimientos administrativos y de gestión, en el acontecer personal, en la interacción con el entorno hospitalario, en la interacción con las personas usuarias, en la práctica avanzada, con las relaciones interpersonales dentro de la institución, como desarrollo profesional, con relación al adulto mayor y con el personal de salud.

Se clasificaron las secciones del escrito de acuerdo con el tema general mensual, nombrando con el título de la idea que se desarrolla en lo descrito. Las diferentes situaciones que abarcan un tema y desarrollo, dentro de la sección general mensual se establecen como unidades temáticas.

Para llegar a esta clasificación: en primer lugar, se escribió todo el contenido, en segundo se recurrió a la lectura secuencial de este para identificar los temas de los que se hablan y compilar la información del acontecer en una unidad de registro, de acuerdo con la experiencia que se narra e identificando los puntos de desarrollo en la práctica, etc. antes mencionados y finalmente, el entendimiento de estas secciones como un acercamiento de la realidad de la experiencia y la correlación con el objetivo del estudio, incluyendo los principales conceptos como: la práctica avanzada, los niveles de habilidades y competencias que plantea Patricia Benner, la enfermería de práctica avanzada, el adulto mayor, la depresión, la atención psiquiátrica en general y las intervenciones de enfermería dentro de ella y el desenvolvimiento general como pasante, como principiante avanzado y como proceso formativo profesional.

En la extensión del escrito se plasmó la totalidad de la experiencia en el tiempo, sin embargo, por cuestiones didácticas y de relevancia se acortó el extenso para mostrar contundencia en las secciones donde se muestra la experiencia transformadora. Omitiendo partes explícitas que tienen relevancia con la experiencia, pero no con el objetivo del estudio.

Para la presentación de los resultados se recurrió a la realización de un escrito por el autor en primera persona sobre sí mismo, condensado en una historia, en forma literaria, revelando detalles ocultos de la vida privada, destacando una experiencia emocional y orientada a promover una reacción emocional en el lector.⁶⁰

En donde se muestran todas las experiencias con relación a la realidad del contexto del desenvolvimiento en la institución psiquiátrica, siendo particular en el desarrollo de las actividades de enfermería y resaltando el enfoque específico con el adulto mayor y la depresión.

5.5. Criterios de rigor metodológico.

Para confirmar el rigor de la presente investigación cualitativa se consideraron los siguientes criterios:

Credibilidad: Las diferentes experiencias, como el tiempo en el que se realizó la investigación son leídas una y otra vez por el investigador participante y la asesora para ser confirmadas. Los procesos administrativos de la institución correspondiente corrobora la participación de la primera persona como pasante e investigador, así como las personas que se implicaron en la relación con el investigador mientras cumplió con su desenvolvimiento.

Auditabilidad: se presenta la descripción de las experiencias, pensamientos y reflexiones de este fenómeno y que les permiten a los próximos pasantes o principiantes avanzados, seguir las diferentes acciones y contrastarlas con su propia experiencia. Toda la información se tiene por escrito en documentos en extenso en resguardo del investigador y la asesora.

Transferibilidad: Se cuenta con documentos escritos a detalle en el cual se ven implicadas las cuestiones de la atención con el adulto mayor con depresión y las contribuciones del principiante avanzado, por lo cual, se podría extender la comprensión de la atención de los trastornos mentales en el adulto mayor, así como el reforzamiento de las deficiencias y habilidades en los siguientes estratos del modelo de novato a experto. También se presenta el contexto de la institución en la cual se desarrolló la experiencia, el perfil del investigador, se describe el contexto del AM con depresión y de su cuidadora.

5.6. Consideraciones Éticas

Esta investigación, gira entorno a principios éticos de acuerdo a leyes, documentos, códigos que guían el actuar biomédico y la investigación en las personas, las que tomamos son:

- Respeto por las personas: Este respeto incorpora al menos dos convicciones éticas; primera: que los individuos deben ser tratados como agentes autónomos; segunda: que las personas con autonomía disminuida tienen derecho a protección. El principio del respeto por las personas se divide entonces en dos requerimientos morales separados: el de reconocer la autonomía y el de proteger a quienes la tienen disminuida. (Informe Belmont)⁶¹
- El principio de Beneficencia dentro de este principio, favorecemos el estado de salud de la persona, intentando equilibrar el aspecto psicológico de la persona, hacerlo sentir bien con las actividades y brindarle experiencias gratas.
- El experimento deberá ser tal que promete dar resultados beneficiosos para el bienestar de la sociedad, y que no puedan ser obtenidos por otros medios de estudio. No podrán ser de naturaleza caprichosa o innecesaria. (Código de Nuremberg)⁶²
- Los posibles beneficios, riesgos y molestias de un nuevo procedimiento deben sopesarse frente a las ventajas de los mejores procedimientos diagnósticos y terapéuticos disponibles. (Declaración de Helsinki)⁶³
- Debe respetarse siempre el derecho de las personas a salvaguardar su integridad. Deben adoptarse todas las precauciones necesarias para respetar la intimidad de las personas y reducir al mínimo el impacto del estudio sobre su integridad física y mental y su personalidad. (Declaración de Helsinki)⁶³
- Consentimiento informado a la persona que participa directamente en la investigación, en donde autoriza voluntariamente el participar y no ser forzada a realizar alguna acción. Se otorgó un consentimiento informado tanto para la cuidadora como para la persona adulta mayor en el cual aceptaron participar de manera voluntaria en la investigación.
- Privacidad y confidencialidad en el yo y en los otros, por lo que los nombres de las personas no se incluyen, solo se toma como descriptor de la función que desempeña en el momento con relación a la experiencia.

- La presente investigación es derivada del proyecto PAPIIT -IN306819, el cual fue enviado al Comité de Investigación de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia aprobado mediante el protocolo CI/ENEO/114.

5.7. Contexto del Estudio.

Instituto Mexicano de Psiquiatría

En 1972 fue creado el Centro Mexicano de Estudios en Farmacodependencia (CEMEF), cuyo propósito era, atender los rubros de prevención, curación y rehabilitación, afines a la farmacodependencia.⁶⁴

Debido a las gestiones del Dr. De la Fuente y la necesidad de ampliar las funciones del centro, en junio de 1978, el Ejecutivo Federal creó el Centro Mexicano de Estudios en Salud Mental (CEMESAM), con un funcionamiento mayor, en competencias de la salud mental y en sustitución del antiguo centro.⁶⁵ Un año más tarde, en el Diario Oficial fue decretado, la sustitución del CEMESAM por una nueva creación, el Instituto Mexicano de Psiquiatría, de la misma manera que a la anterior, por seguir avanzando en el campo de la salud mental y al estudio de los problemas y desórdenes mentales, con el objetivo de dar una solución a estas problemáticas.

Los retos de estos años, era hacer posible la investigación en salud mental y crear un espacio en donde pudiera realizarse. En una primera etapa, durante el mando de su fundador, en 1988-1998, mantuvieron una fortaleza en la psiquiatría biológica, sin dejar a un lado el aspecto humanista y la perspectiva social. Las palabras de su fundador confirman este proceso, “mediante los métodos de la investigación científica; abordar los desórdenes del pensamiento, el afecto y la conducta en su sustrato neural y molecular, sin soslayar su dimensión social, para alterar favorablemente el curso de algunas de las enfermedades y desórdenes más frecuentes.” (Ramón de la Fuente, 2006).⁶⁶

Los objetivos del Instituto desde ese entonces eran:

- Realizar investigaciones científicas.
- Formar profesionales y técnicos en el campo de la psiquiatría y la salud mental.
- Dar atención a las personas enfermos psiquiátricos del país.
- Coordinar estas actividades con los esfuerzos de otros organismos públicos o privados de intereses afines en México y en el mundo.

El 7 de septiembre de 1988, se le incluyó al Plan Nacional de Salud, para formar parte de las áreas de la salud mental y las adicciones.

En el año 2000, el 26 de mayo, se le reconoció como Instituto Nacional de Salud, considerando que los problemas de la salud mental y las diversas adicciones, deben ser atendidos por un régimen especializado, siendo de esta forma, adquiere el nombre de su fundador, como lo conocemos hoy en día, Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz” (INPRFM).

Una segunda etapa se llevó a cabo de 1998-2008, en donde se continuaron los programas establecidos y se consolidó la atención médica, este periodo estuvo a cargo del Dr. Gerhard Heinze, quien era fiel creyente de que la vanguardia se mantendría si el Instituto era capaz de ofrecer un excelente servicio y formar médicos que llevaran el modelo de atención, del propio instituto, a los servicios a los que se incorporarían terminando su formación. En este tiempo, la creación de clínicas especializadas en distintos desórdenes mentales, la construcción de diversos edificios para una mejor atención e impulsar la investigación, resaltan de una manera notoria.

La Dra. María Elena Medina Mora Icaza, fue sucesora del Dr. Heinze, ella es reconocida por su ardua labor y su experiencia a los años del inicio del Instituto, de una reconocible trayectoria internacionalmente en el ámbito de la salud mental.

El INPRFM es reconocido actualmente por sus investigaciones de un alto nivel científico, por su alto nivel académico, que se refleja en la formación de especialistas, maestros y doctores, además de la atención médica psiquiátrica que proporciona a la población que solicita sus servicios.⁶⁵

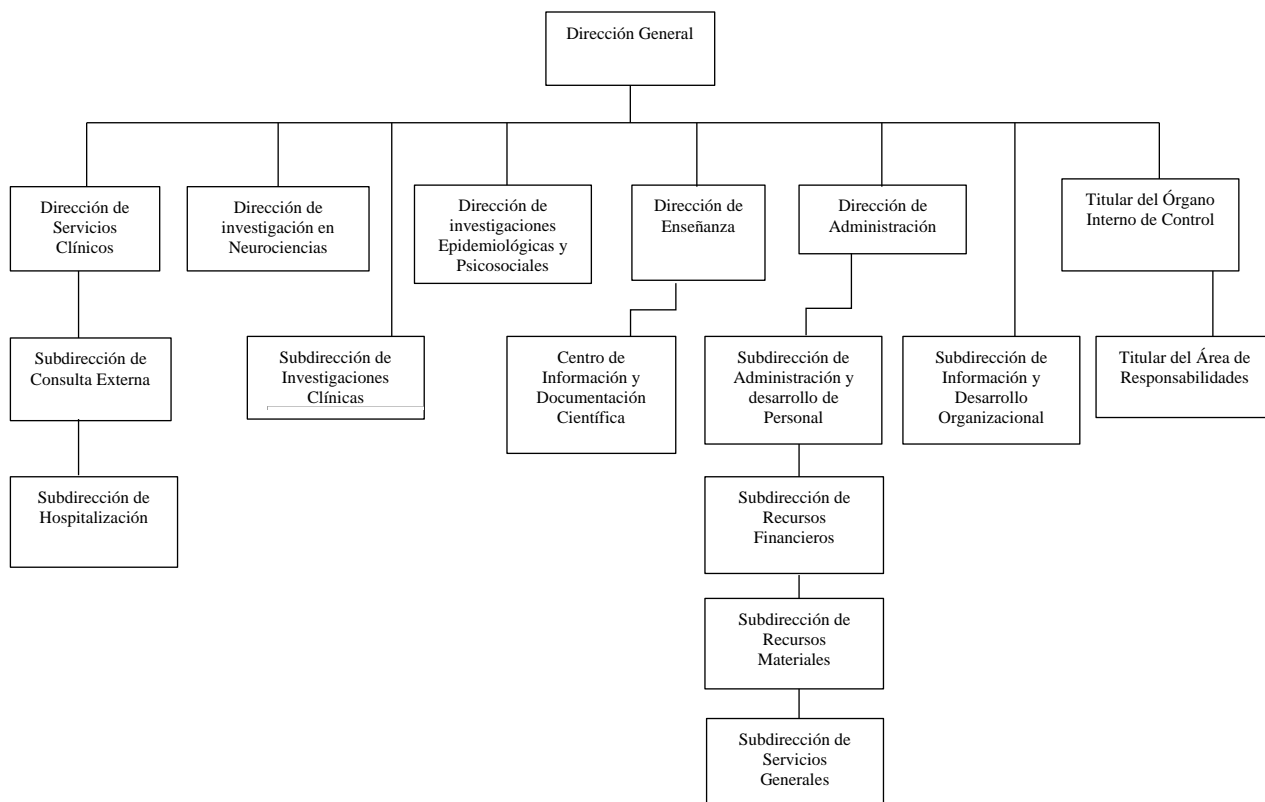
El 24 de octubre del 2018, la Junta de Gobierno, eligió al doctor Eduardo Ángel Madrigal de León, director general del Instituto, por los próximos cinco años.⁶⁶

Misión y visión.

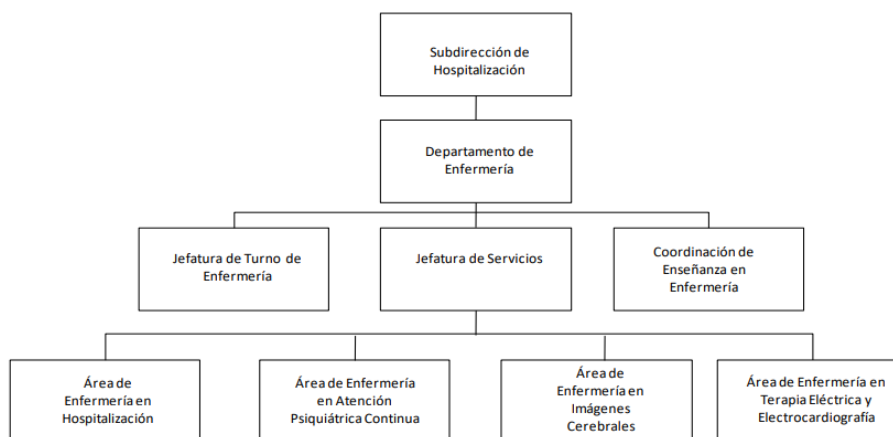
Misión: Mejorar la salud mental de la población mexicana por medio de la investigación multidisciplinaria de excelencia, la atención médica especializada y la formación de recursos humanos en los principios de calidad y calidez.

Visión: Consolidarse como centro líder en neurociencias, investigación clínica, epidemiológica y social, de atención y docencia, capaz de dar respuesta a las prioridades nacionales en salud mental, incluyendo las adicciones.⁶⁴

Organigrama de la estructura general del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz⁶⁴.



Organigrama de la estructura de servicios clínicos dentro del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz⁶⁴.



Servicio de Urgencias.

Es aquí donde las personas que buscan un restablecimiento, tratamiento o apoyo en su salud mental reciben atención, que este restablecimiento es continuo y depende según sean los casos la duración del tratamiento; ya sea la primera vez que procura la atención o sea subsecuente, se presta atención a los desequilibrios principalmente del área mental, psiquiátricos y psicológicos, en el caso de que alguien requiera otro tipo de atención es referido a otra institución donde pueda ser valorado. Todos los usuarios que se hospitalizan y se recurren a las diferentes clínicas de tratamiento ingresan por este servicio, es decir los 341 usuarios de hospitalización del 2019, ingresaron con la valoración que se propicia en este servicio⁶⁷.

La ubicación del servicio está situada en un punto de fácil acceso a la salida de emergencia en caso de sismo o desastre, forma parte del edificio de hospitalización, cuenta con 5 consultorios en los cuales son valoradas a las personas, en un aspecto privado y a profundidad, es en esta consulta donde se decide cuáles son las medidas consiguientes en el tratamiento u hospitalización.

Un área de triage: se compone de un cubículo en donde los procedimientos llevados a cabo son: valorar como primera instancia, se decide la urgencia o emergencia psicológica de acuerdo con los parámetros obtenidos en la valoración psiquiátrica que se aplica, este proceso consta de dos valoraciones la de enfermería y la de psiquiatría, se miden y registran los signos vitales de la persona, así como somatometría. Dos salas de espera están a disposición del servicio, una en general afuera del servicio y una adentro, es aquí el lugar donde las personas que obtienen un brazalete de color amarillo esperan. Una central de enfermería en forma de media luna, generalmente se encuentran dos enfermeras(os) en el servicio, hay ocasiones en las que tres enfermeras(os) se disponen para el servicio, cuentan con los dispositivos electrónicos para el registro de las personas en la base de datos electrónicos de la red de servicios clínicos, un almacén de insumos, por último se encuentra el salón de psiquiatría, es un área un poco reducida en donde se encuentran todos los psiquiatras en turno del servicio de urgencias y llegan a ser cinco o seis psiquiatras en turno.

Los insumos con los cuales se cuentan son los materiales de administración: como documentos de uso cotidiano, las hojas de valoración, hojas de requerimiento de insumo,

recetas, libretas del conteo diario de atención a usuarios y registro de las unidades de medicamentos que se otorgan.

El horario de atención en este lugar empieza a las ocho, entonces se utiliza el tiempo de una hora para seguir con el orden de atención, que se reconoce como el cambio de turno, la enfermera a cargo de urgencias nos explica que tiene que llevar un conteo de las consultas que hubo durante el turno nocturno, debe de haber el número indicado de elementos (medicamentos, material y ropa) tal y como está marcado en las libretas, es decir, que existe la situación en donde se toma algún material o medicamento, este debe de solicitarse, por medio de una receta si es un medicamento controlado, por una hoja de requisición o nota de requerimiento a la farmacia del propio instituto.

De esta manera se asegura el reabastecimiento y la continuación del correcto orden de atención. De ser necesario hacer el requerimiento, que se omitió por alguna causa posible, se realiza para no alterar los indicadores de calidad por incumplimiento de funciones; generalmente es en estos casos de entrega o de cambio de turno en donde se llega a reconocer la paciencia de la persona y el grado de resolución en ciertas cosas, ya que es motivo de molestia o de desagrado que no se cumplan con los deberes y control del orden necesario para proseguir con los demás turnos. En este momento, si hay más de un personal de enfermería en el lugar, en el tiempo que se está realizando la actividad anterior, su compañero revisa otros aspectos que son: verificar la existencia numérica de los elementos (material, medicamentos y ropa), anota en un registro la cantidad, la fecha de caducidad de los objetos que tengan esta descripción, los faltantes, se anotan para corroborar su requisición. En este orden se cumplen con una calendarización de actividades como, verificación del abasto y orden del funcionamiento del desfibrilador, así como en su totalidad del mueble móvil, para emergencias o paro cardiorrespiratorio (carro de paro o de emergencia), el cambio de las sábanas de las camas no censables, son tres y están en disposición para los pacientes que la requieran, en ellas se colocan a las personas que necesiten de una contención física, una toma de electrocardiograma o necesite reposo.

Se resalta que las personas acuden al instituto y donde reciben una primera atención es en este lugar, después de pagar la consulta de atención psiquiátrica la persona entrega el recibo y espera en una sala mientras es llamado.

En este servicio cabe destacar el uso de las tecnologías para la administración del hospital, ya que debemos usar el expediente electrónico, anotar los datos obtenidos en la valoración de enfermería en la correspondiente sección de pacientes atendidos por servicio, así como las actividades consecuentes, este paso también es realizado por los médicos y el personal de salud que tenga relación con los servicios clínicos.

Hospitalización.

El índice de ocupación es de 89.9% de acuerdo con las 50 camas censables con las que cuenta el Instituto, el promedio de estancia de 25.0 días y en 2019 se registró ingreso de 341 pacientes⁶⁷. Se divide en área de mujeres y hombres, cada sección cuenta con 25 camas, las cuales se encuentran distribuidas de entre 6 a 8 habitaciones.

En el área de mujeres se cuenta con habitaciones para los pacientes, un área de enfermería y otra de médicos, un cuarto séptico y uno para medicamentos, y en el área contigua se encuentra el comedor. Este comparte un área con la sala de estancia en la cual hay un televisor y un reproductor de DVD, juegos de mesa autorizados para la recreación en el servicio. A lado opuesto de la entrada tiene una puerta que lo conecta con el pasillo de las habitaciones. Cada habitación cuenta con diferente número de camas. Hay dos habitaciones con una cama, tres habitaciones con dos camas. Cada habitación, tiene un baño, un armario en el cual guardan su ropa, un mueble de dos cajones para cada cama y una ventana de un tamaño normal con seguridad para evitar posibles riesgos.

En el área de enfermería se cuenta con una computadora, hojas y documentos para las actividades correspondientes en el día a día y un escritorio largo junto al cristal de la ventana para tener una vigilancia constante. Desde la central de enfermería se tiene un panorama visual de las habitaciones de los pacientes que están frente.

El área de enfermería se encuentra ubicada en medio de tres secciones, psiquiatría a la izquierda y trabajo social a la derecha. A un costado de trabajo social se encuentra una puerta para acceder al comedor de los usuarios hospitalizados. En el pasillo que divide el área de enfermería y la oficina de trabajo social se encuentra un pizarrón en el cual se anotan a todos los usuarios que se encuentran en el servicio con sus iniciales, el número de cama, el código de su diagnóstico, tipos de estudio programado, permisos, altas y un código de riesgo en donde se ubican, por ejemplo, las alergias.

Área de médicos residentes y adscritos es el espacio de reunión de los médicos para realizar sus notas, además de ser, el lugar de resguardo físico de los expedientes de las personas hospitalizadas.

En el cuarto séptico se lavan los utensilios y se encuentra el carro táxico de la ropa sucia.

En el cuarto de preparación de medicamentos está conformado por un almacén de insumos, un mueble tipo alacena en donde se guardan los dispensarios de los medicamentos y termómetros de cada usuario por separado. También se encuentra un baño del personal, y en un costado se colocan las sillas de ruedas.

Recursos Humanos.

En 2019, la plantilla del personal del INPRFM en el periodo enero-junio, cumplía con una ocupación del 98.62% del total general de 654 plazas autorizadas.⁶⁷

Pasantes de Licenciatura en Enfermería en Servicio Social

Un total de veinticuatro pasantes en el turno matutino. Los pasantes que entraron seis meses antes fueron los que en estaban auxiliándonos en ciertos aspectos, ellos nos orientaban en cómo se organizaban las actividades cuando el personal no podía, además nos reuníamos en el comedor a la hora establecida, no todos hablábamos entre todos, pero ya algunos se conocían y otros se encontraban en ese proceso, el fin es que no había nadie que no tuviera con quien hablar. No todos tienen la mejor simpatía por los demás, pero sí algunos y dentro de ellos me encontraba, tratando de llevar una estancia abierta en cuestiones de compañerismo. Me encontraba en un ambiente muy vertical, estable, pero en cualquier situación podía desequilibrarse en cuestiones del desarrollo social personal en donde se involucran las relaciones entre los individuos, ya que no todos compartían la misma empatía y compañerismo. Así que hubo relación con los demás, pero no de una manera profunda o con demasiada confianza. Era prudente encontrarse en un punto colaborativo y a la distancia.

5.8. Investigador-Pasante de la Licenciatura en Enfermería en Servicio Social

Tengo 23 años, soy hombre, pasante de la licenciatura en Enfermería de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia de la Universidad Nacional Autónoma de México, en donde llevé a término los cuatro años de la licenciatura desde el 2016, estudiante de música en diversas sedes en la ciudad de México. He conjuntado estas dos licenciaturas a la par en este tiempo, las diversas prácticas en distintos hospitales e institutos, como el Instituto Nacional de Neurología, el hospital infantil Federico Gómez, el hospital general de la Raza y el hospital

general Manuel Gea González, logrando una satisfacción en el cumplimiento amplio de las actividades de enfermería en sus diversas actividades asistenciales, de gestión, administración y docencia, así como en las distintas áreas de especialidad como geriatría, neurología y pediatría. Esto me proporcionó un panorama amplio sobre la enfermería y las diversas acciones en general, quedando por conocer el estrato psicológico o psiquiátrico de la persona, lo que fue parte de la influencia para decidir llevar a cabo el servicio social en la institución psiquiátrica.

La otra parte de la influencia fue el desarrollo de la investigación en psiquiatría dentro de la institución que se oferta en la promoción para invitarte a realizar el servicio social dentro de la sede. Además, que es un tema “nuevo” por conocer, pero ha estado presente íntimamente a lo largo de toda mi vida con mis familiares y amigos, sin embargo, no había tenido una estrecha relación conmigo mismo, hasta ahora.

Todo mi desarrollo desde el bachillerato hasta la licenciatura y servicio social se emplea aproximadamente dos horas y media en transporte para llegar, ya que me ubico en el estado de México y estas actividades dentro de la ciudad.

5.9. Datos de los participantes: adulta mayor y cuidador.

Adulta mayor, mujer de 76 años aproximadamente, viuda, jubilada de una agencia televisiva de comerciales, nivel socioeconómico alto, con familiar directo una hija de 44 años. Antecedentes patológicos de trastorno depresivo mayor, sin patologías agregadas y vivencia en soledad. Es la primera hospitalización en el instituto por presencia de ideas suicidas, se autoriza cuidador de 24 horas.

Los cuidadores con los que cuenta dentro de su hospitalización son dos mujeres contratadas por la hija de la adulta mayor, gestionados los permisos por trabajo social. Una de ellas es adulta joven, terminando el bachillerato y se encuentra en el turno que corresponde a la mañana y tarde, su segunda cuidadora es una mujer adulta aproximadamente de 43 años, ella se encuentra en el turno de tarde y noche. Ambas tienen un contacto mínimo con la AM ya que la misma no quiere entablar una comunicación activa con ellas.

Su hija no tuvo ningún contacto con el investigador y solo apareció dos veces, una en una visita y la segunda para dar de alta voluntaria a su madre.

VI. HALLAZGOS Y DISCUSIÓN

Experiencias del principiante avanzado de enfermería.

Semana de introducción al universo del servicio social y la psiquiatría. (agosto 2019)

Los trastornos mentales y yo
Mi formación en salud mental
Mi interés por la investigación
La contención como algo complicado

Primer acercamiento al adulto mayor: Servicio de urgencias (agosto 2019)

El adulto mayor en el área de triage
La entrevista del adulto mayor

Actividades complementarias 1. (septiembre-noviembre 2019)

Traté de adaptarme de inmediato y funcionó
Afrontamiento en las personalidades
Espacio en donde no se perjudique a la persona atendida y tampoco a la que atiende.
La terapia electroconvulsiva
Colaboración interprofesional
La valoración de enfermería

Segundo acercamiento con la adulta mayor (diciembre, 2019).

Preparación y encuentro con la adulta mayor (primera semana).
Desarrollo en la valoración, diagnóstico y planeación (primera semana).
Implementación de las actividades (primera semana).
Confianza y replanteamiento de las intervenciones (segunda y tercera semana).
Alta y cierre (tercera semana)

Actividades complementarias 2 (enero 2020).

Consultoría de enfermería

Tercer acercamiento con una adulta mayor (febrero-15 marzo 2020)

6.1. Semana de introducción al universo del servicio social y la psiquiatría. (agosto 2019)

La semana de inducción impartida por personal del Instituto como una nueva sede de trabajo en salud fue de suma importancia como pasante o principiante avanzado, ya que aportó los principales criterios para mi actuar en el escenario real. Beavers, et. al.⁶⁸ refiere que la capacitación y orientación estructurada y organizada dirigida a los pasantes otorga una visión amplia sobre el contexto, proporciona seguridad al actuar y propicia una responsabilidad en la atención. Esto en conjunto forma un ambiente en donde la transición de estudiante a profesional ocurre con un apoyo, socialización, pertenencia y un entorno de aprendizaje hospitalario positivo⁶⁹.

- **Los trastornos mentales y yo**

Durante los primeros días del acercamiento al servicio social, nos presentaron una serie de recursos que sirvieron de contraste inicial, en el cual, nos mostraron el panorama de ciertas situaciones, que nos encontraríamos en el actuar durante el pasar de los días en los servicios de rotación.

Se impartieron diversos temas sobre los diversos trastornos mentales y su clasificación según dos parámetros de codificación, el CIE-11⁷⁰ y DSM-V⁴ son los que le otorgan un número y un orden a este tipo de patologías. Dentro de las patologías que nos explicaron estaban; el trastorno límite de la personalidad, que ejemplifica un caso en donde la persona es impulsiva cuando no obtiene lo que pretende y no soporta la confrontación y el trastorno depresivo mayor⁴. En este tema la expositora hizo un comentario breve que me llamo la atención sobre este trastorno y dijo:

“Todos por lo menos, hemos tenido un episodio depresivo o incluso varios, sin embargo, los que puedan caracterizarse por una larga duración, es necesario que tengan un tratamiento oportuno, ya que su complicación más grave es el suicidio.”

Dentro de mí, asentí con la razón de esa aclaración, por una experiencia retrospectiva de ese trastorno en mi vida, sin embargo, pude observar que había una seriedad afirmativa en el aula, ya que todos tenían un semblante que lo corroboraba. De esta forma se puede corroborar que la depresión es un trastorno afectivo muy frecuente.

Terminaron de explicar los trastornos mentales de una manera clara. Permanecía sentado, en mi lugar quería encontrar alguna excusa para descartar todos aquellos rasgos que podían reflejarse en mi personalidad como parte de un trastorno o alteración mental, no sé si era parte de una personalidad narcisista, o de un trastorno bipolar por la manía, o algún otro, comencé a cuestionarme y ver cómo es que pude desarrollar estos rasgos, no bien del cuadro completo que diagnóstica el trastorno, porque claramente nos dijeron:

...” pueden tener rasgos de una o más personalidades, no significa que tengan el trastorno, aunque sí es recomendable observar e intervenir en un caso de que estos rasgos aumenten”.

Los rasgos de los que hablamos son las características de un tipo de personalidad, como la irritabilidad, angustia, aislamiento, euforia y ser el centro de atención⁴, los tuvimos muy presentes en el pensamiento durante ese tiempo, al menos yo los tuve por ese día, aunque no significaba que padecía de algo en específico, encontré la respuesta. No establezco características definitorias o síntomas de un trastorno de ningún tipo de trastornos mentales porque no es una característica que se me presente todo el tiempo y sea difícil de cambiar. Llegan haber situaciones en las que las respuestas frente algún motivo, son vistas como conductas que tratan de adaptarse al entorno, en cambio, no es un mal perjudicial al que deba poner más atención con relación a mi salud mental.

Al término de esta exposición, siguieron los temas administrativos, sobre los derechos de los pacientes y la responsabilidad del personal de salud por hacerlos valer y respetar. De todos y cada uno de los derechos y principios que debemos tener claros, el que más recuerdo es la decisión de atenderse. Ninguna persona es ingresada a la institución de salud sin autorización de esta o de algún familiar⁶⁴. Nos explicaron que las personas atendidas no eran la imagen estigmatizada de una película o de lo que imaginábamos que eran.

- **Mi formación en salud mental**

Una patología en un estado físico es a lo que estuve acostumbrado a tratar durante las prácticas de enfermería. Aunque curse la asignatura de salud mental en 8º semestre⁷¹. No tuvimos una experiencia continua en el área para desarrollar las habilidades. Era en rara ocasión cuando me detuve a observar en personas la tristeza o ansiedad. En estos casos trataba de ser empático y que hablara la persona sobre su estado de ánimo y después cerrábamos el caso, no hacíamos ninguna referencia por el tema o por la atención en el estrato

de la salud mental. Solo me preguntaba ¿Cuáles serían las intervenciones que debía realizar en estos casos?

Sin embargo, ahora comprendo que contrasta la manera en la que la persona con una alteración en su estado mental o emocional lleva una vida que aparenta ser disimulada por un afrontamiento personal. Estas realidades personales no deben ser enmascaradas como una temporalidad irrelevante. Esto debe ser tratado como lo refieren en las teorías y modelos de enfermería, se abarca la integridad de la persona⁷², que incluye al área de la salud mental.

Y ahora me sigo haciendo la pregunta de ¿cómo es que no incluimos los cuidados de la salud mental como algo cotidiano en los procesos de salud-enfermedad en los demás niveles de atención? ¿Quizá es porque no conocemos de estos temas? O porque ¿Hay una sobrecarga de trabajo para las(os) enfermeras(os), que no nos involucramos en la atención mental? Puede ser que los contextos de cada persona son tan diferentes que se requiere una atención sumamente especializada para brindar la atención. Sin embargo, como estudiantes si pudiéramos establecer una comunicación activa entre la persona receptora del cuidado y la persona agente de salud, que podría favorecer la salud mental⁴.

Como objetivo de mi tesis el abordaje del cuidado del adulto mayor me faltó preguntar: ¿Cuáles son los trastornos mentales (emocionales, psicológicos, afectivos y conductuales) que se presentan en ellos? ¿Cuál es su incidencia? Y de alguna manera ¿Cómo los afrontan en su vida cotidiana? Aunque en 7º semestre en la asignatura de “Enfermería de la vejez”, revisé problemas de salud del adulto mayor entre ellos la presencia de depresión, no tenía tan claras las preguntas y las ideas, por lo que me quedé con la intriga reflexiva de estas circunstancias. Sobre los problemas de salud mental que se presentan en este grupo de edad, pensé que lo resolvería después en el transcurso del servicio social con el apoyo de las enfermeras que encontrara en el servicio.

Entonces, el campo de la psiquiatría era casi una nueva área, que conocía por ciertos temas en los cuales los maestros de la ENEO forman parte importante, pero no como experiencia personal. Sin embargo, no tenían comparación en lo absoluto mis expectativas, lo visto en clase y la experiencia que estaba comenzando

En clases nos habían enseñado algunos aspectos sobre la psiquiatría como el modelo de Slaikeu sobre los primeros auxilios psicológicos, problemas de adicciones y las

consecuencias en la salud, los aspectos individuales, sociales y económicos que pueden afectar la salud mental de la persona⁷¹.

A través de aspectos teóricos que nos presentaron pudimos tener un acercamiento a la salud mental y tener una referencia. Este acercamiento con rapidez y la preparación de la cual nos estaban capacitando, hacían un efecto de interés y seguridad en mí, por lo que iba a enfrentar. Me sentía listo para comenzar, sin embargo, ahora, me doy cuenta que hubo muchos aspectos importantes en los cuales no me enfoqué por la emotividad del nuevo comienzo. Deben ser parte de los cursos introductorios, temas tales como las entrevistas a los pacientes, la valoración, como crear un contacto más personal y ser empático.

Tenía una noción general de lo que podía hacer, pero no me quedaba claro como tenía que actuar como personal y profesional. Mi concepto para empezar a laborar fue: conocer el proceder de las intervenciones por medio de la práctica y la experiencia, aunado a la búsqueda de teoría y con el tiempo en marcha avanzaría en mis habilidades, es decir, sería un proceso formativo. Considero que conocer todos estos aspectos y poseer la seguridad del conocimiento es una fortaleza con la que se puede contar en un tiempo a futuro.

- **Mi interés por la investigación**

Al finalizar la sesión se nos comentó a manera de consejo y motivación la responsable de la jefatura de enfermería:

“El instituto es ampliamente reconocido por su arduo trabajo y desarrollo en la investigación, así como también, en la búsqueda de la solución a los problemas de la salud mental. Así que por favor comprométanse en actuar lo más profesionalmente posible”.

Creí fielmente en las primeras palabras de su discurso porque era una descripción verídica del propio instituto, sin embargo, no me sentí cómodo con la forma “profesional” de expresarse. Aun así, me sentí motivado y lleno de expectativas buenas por el primer contacto con una institución de salud mental, como un lugar en donde el enriquecimiento del conocimiento se veía graduado por la basta investigación. Esto me tenía encantado y me imaginaba una atención de lo más innovadora y con excelente preparación, un gran dominio de las situaciones en el contexto de la salud. Me acerqué a nuestra coordinadora para preguntarle sobre las investigaciones, ella me respondió:

“Hay un edificio en donde se dirigen y elaboran todas las investigaciones, pero en donde nosotros laboramos es en el hospital, que es otro edificio.”

Entonces comprendí que no sería tan probable que pudiera conocer cómo trabajan las áreas de investigación o los protocolos que llevan a cabo, ya que en la práctica basada en evidencia permite un avance de la ciencia en enfermería, evaluar la práctica y los servicios actuales como problemática social que aportan evidencia científica en la formación, la práctica y la gestión del cuidado⁷³.

Durante el recorrido observamos todas las áreas en las cuales nos desenvolveríamos como parte del personal formativo del instituto. Recuerdo que mientras recorríamos el instituto en mi pensamiento no dejaba de recorrer una idea con un movimiento incesante sobre que participaría en el famoso recinto altamente reconocido y que aprendería nuevas técnicas para el cuidado de los trastornos mentales.

- **La contención como algo complicado**

Como último tema abordado en la preparación para iniciar en el servicio social, se nos otorgó el tema y la capacitación para la contención. La contención mecánica o física es una medida terapéutica excepcional dirigida a la inmovilización parcial o generalizada de la mayor parte del cuerpo en un paciente que lo precise, para tratar de garantizar la seguridad de él mismo o de los demás⁷⁴. En la práctica de dicha intervención, yo funcione como sujeto de ejemplo. Es por la agitación que esta técnica se vuelve complicada. Por mi mente jamás pasó cómo sería la agitación de una persona y que fuera tan complicada una contención. La sensación de las correas es algo tibia, y acolchada, continuaron a fijarlas a la cama y es en ese instante cuando sentí firmeza sobre mis extremidades, colocaron los candados de metal. Son unos rectángulos de metal con un tornillo en el centro y al apretar el tornillo con una llave Allen, se presiona la correa con una barra de metal contra el otro lado del candado, son pequeños, tienen la medida para cubrir lo ancho de la correa, aproximadamente 2 pulgadas. Estos no tienen contacto con la piel, su función es solamente sujetar las correas. Me encontraba con los brazos y piernas sujetos a la base de la cama en donde estaba, no sentía presión y tampoco dolor. Trajeron dos sabanas y las entorcharon en diagonal, de esta forma no se desdobra y es más conveniente, me colocaron una entre las piernas y una en el tórax, de esta manera aseguran más la inmovilización de la persona. Al final del procedimiento, se le arropa a la persona con

una sábana y se disminuye el estrés en el ambiente como apagar la luz que se dirige directamente a la persona y se le brinda privacidad, con la constante vigilancia.

En ese momento me surgió la inquietud de saber el uso de la contención física en los adultos mayores a lo que contestaron:

No es del todo utilizada, por motivo de una mayor fragilidad, ya que pueden llegar lesionarse en un alto grado, por cuestiones de la piel, esta llega a ser muy sensible, los movimientos bruscos de la misma persona también llegan a ser perjudiciales para sí mismo. La contención es enfocada en un grado mayor verbal y farmacéutica. Esto no quiere decir que en las contenciones físicas no se utilice una contención verbal y farmacéutica, en realidad es el procedimiento de la conjunción de todas las contenciones para llegar a la calma en una persona.

La contención es una actividad que a los ojos de lo cotidiano y de lo que puede considerarse normal, dentro de un ambiente hospitalario o la original vida social, no se ve a menudo y puede ser algo compleja de comprender, puede confundirse muy rápidamente y convertirse en un estigma o ser mal vista. Sin embargo, en un hospital psiquiátrico es una de las medidas que se presentan frecuentemente y es una función educativa, por parte del personal de la salud, aclarar y dar a conocer todos los aspectos de esta actividad para su comprensión. En este sentido Durkin⁷⁵, menciona la promoción de la enfermería psiquiátrica es escasa, pero al realizar las actividades dentro del escenario de la atención clínica y el conocimiento, el personal se muestra con las habilidades y la pérdida del miedo sobre lo desconocido, dejando de lado el enfoque de la atención sobre la población marginal que es la población con trastornos mentales.

6.2. Primer acercamiento al adulto mayor: Servicio de urgencias (agosto 2019)

Empezando con la rotación de los servicios, a un compañero y a mí nos ubicaron en servicio de urgencias. Desde los primeros días de preparación, todos hicimos contacto entre nosotros, buscábamos relacionarnos para no sentirnos al descubierto dentro de la etapa laboral, así que nos relacionábamos entre los mismos pasantes como un círculo social temporal.

Durante los primeros días pudimos aprender la organización del servicio, es gracias al apoyo constante del personal laboral, porque son los que nos explican y nos orientan en la mayoría de las ocasiones, debemos gran parte del aprendizaje a ellos.

- **El adulto mayor en el área de triage**

La normalidad del pasar del día en el servicio no mitiga la importancia y el respeto con la cual debe dirigirse todas las valoraciones, me posicioné en una postura sobre la cuál mi principio era: atender a todas las personas que se encuentren en disposición del contexto de la salud, otorgar mi esfuerzo y calidad de cuidado acompañado con el respeto y la unicidad de la humanidad puesta con relación a la situación, con el contenido implícito del aprendizaje en formación al conocimiento y mejora.

Es así como un adulto mayor llegó al servicio de urgencias, nos encontrábamos en el área de triage. Esta es área del instituto en la cual se realiza un filtro de paciente a fin de estabilizar la salud de los usuarios y/o pacientes que acuden al servicio, o en su caso proceder al internamiento o la referencia a otra institución de salud, según corresponda de acuerdo con las necesidades de su padecimiento⁷⁶. Mi compañero pasante había llamado a un hombre para ser atendido, me dispuse a anotar todos los datos de la persona por pasar esta vez. Dio entrada un adulto mayor con un paso ligeramente apresurado, llevaba consigo una bolsa de plástico en la cual se podían ver papeles y cajas que fácilmente parecían medicamentos. Aparentaba una ligera angustia en breves movimientos por su expresión facial, cuando podía establecerse la expresión inmediatamente cambiaba a un rostro de ligera emoción por contar algo. En breve supo que una silla era para él, así que no esperó una indicación y tomo el asiento. Mi compañero se presentó y le dijo lo que iba a realizar, le pidió cooperación y este asintió afirmando, levantándose con dirección a la báscula, tomaron su peso y talla. Se observaba un atuendo cómodo, holgado y gris, el adecuado para realizar ejercicio. Por su color era fácil distinguir las manchas por sentarse sobre alguna superficie sucia y de comida, así como algunos desgastes. No se retiró los zapatos porque expresó no querer hacerlo, aclaraba que no ha tenido el mejor cuidado personal de sí mismo.

Procedió a sentarse y anoté los resultados de sus mediciones que me otorgó mi compañero. Considerando las medidas el adulto mayor presentaba obesidad en grado I. Le pregunté los datos correspondientes a su identificación, datos sobre su estado social y comorbilidades, a las que respondió afirmando en hipertensión, durante los mismos minutos que le tomaban signos vitales, una vez listos los anoté y proseguí con la entrevista. A la pregunta de ¿qué cambios ha notado últimamente en su estado del ánimo? El respondió:

“me siento igual o peor, no sé a dónde dirigirme a veces sólo pienso y pienso”.

Comenzó por una búsqueda con la mirada de algo en el techo, giró su cabeza para ver a mi compañero, a la báscula y de nuevo me miró, la historia que quería contar comenzaría con estos gestos. Con un respiro dio inicio:

No sé si ya es la edad o de verdad pienso que me vean siguiendo en la calle, es la misma persona que me ve afuera de mi casa, cuando voy por las compras, mi hermana no me cree, pero yo sé que lo hacen.

Sus palabras no tenían una coherencia, en algunas palabras se quedaba pesando y en algunas repetía con una pausa silábica sobre el principio de la oración. Trató de resumir la historia y cambió ciertos contextos de la información que nos había comentado al principio. Todos percatamos que había una variación en su discurso, se objetó que el mensaje no era del todo concreto y tendía a comprenderse como ideas ficticias. El médico psiquiatra le dio un brazalete de color amarillo, le indicó el lugar de la nueva sala de espera y le comentó que le darían un medicamento para el cual pueda sentirse mejor y más tranquilo en lo que continúa recibiendo atención. Inmediatamente solicito una dosis de un antiansiolítico vía oral⁷⁷ se le otorgó la dosis prescrita a la persona, lo llevamos a la sala en la cual esperaría nuevamente a ser llamado para la consulta, nos dio las gracias y esperó.

Con esa situación me encontraba confundido, considero que sería importante contar con una enfermera experta que me explicara por qué la persona adulto mayor tenía un comportamiento que en un principio podía ser verídica y conforme fue desenlazando su historia, había puntos en los cuales no eran creíbles del todo, a pesar de un contenido que impactaba con las definiciones ficticias. Posteriormente, después de documentarme comprendí que la realidad de la cual pueden jurar ser verídica para sí mismos tiene una discrepancia con la realidad que alguien más comprende. Entendí que existe una realidad en la que todos existimos e interactuamos, las sensaciones y los pensamientos de la persona

hacen diferente la experiencia de vivir la realidad compartida. Tal como lo explica Waite⁷⁸, que las emociones dentro de las primeras semanas de práctica en organizaciones de salud mental producen sentimientos de miedo, ira, confusión, conmoción, felicidad y desilusión por su proceso de transición e introducción al área de trabajo, también en donde las propias expectativas causan estrés.

Es importante que el pasante durante el transcurso de su práctica en la prestación del SS siga bajo la tutela del personal de salud del grado experto para continuar con el desarrollo de las habilidades y competencias, como refiere Toribio y Canca⁷⁹ sobre la tutoría como fundamental en el desarrollo dentro de las situaciones complejas. También recalca la importancia del tutor tanto para el aprendizaje como para el reforzamiento del papel que se encuentra cumpliendo, situándolo como referente clínico para el desarrollo de profesionales en formación que se encuentran en la adquisición de estas características. De igual manera, González⁸⁰ señala que el principiante avanzado de enfermería requiere del ejercicio práctico, teórico y de una visión integradora amplia sobre el manejo de la situación y el consejo de las enfermeras con más experiencia para adquirir las habilidades por imitación.

Dentro de estos preceptos la persona puede tener alteraciones sobre la conceptualización y experiencia de la realidad, la cual, no debe considerarse con ausencia de valor, ya que nos indica que los procesos del pensamiento se encuentran alterados y necesita de acciones para llegar a un equilibrio.

- **La entrevista del adulto mayor**

Aprecié que las entrevistas llegan a ser repetitivas y que pueden agobiar o cansar al adulto mayor que se encuentra en un punto emocional delicado y llega a desfavorecer la relación adecuada para la profundización y externalización de la vida personal. Pensé sobre la información que recolectamos y ¿será verídica en su totalidad? No sabemos si inventó o no ciertos datos, que después pueden ser corroborados en su expediente o con algún familiar.

Sin embargo, el adulto mayor acudió solo al servicio, no contaba con alguien quien pudiera auxiliarlo por estos momentos, quizá solo por acudir en un horario en el que no está disponible su familiar o alguna situación parecida. Sobre el cuidado del adulto mayor, tratamos en una primera instancia de establecer una relación confiable, un intercambio de

información con el fin de una mejora en la salud, el control de la ansiedad y restablecimiento de la tranquilidad. Fue una intervención correspondiente para mantener la calma.

Posterior a la consulta se establecerán los parámetros con los cuales se seguirá su tratamiento.

Por lo que me surgieron las siguientes preguntas: si ya es paciente psiquiátrico, tiene un tratamiento y un seguimiento ¿Cuáles son las causas por las que siguen presentes o vuelven los síntomas de un determinado trastorno? El correcto apego al tratamiento es un aspecto el cual se debe fortalecer más y en estos casos es de suma importancia seguir las recomendaciones que se les brinda. Sin embargo, si la persona no puede por alguna razón continuar de manera rutinaria seguir el tratamiento o las consultas ¿Por qué suceden estas situaciones? La efectividad de una mejora en el estado emocional y mental son el conjunto de diversos elementos, en este caso ¿Qué condiciones sociales, personales, económicas y de salud se presentan en una persona adulta mayor para no ver un mejoramiento progresivo?

Lo que concuerda con Wright yThorpe²⁰, sobre la capacidad del personal en triage para valorar y aplicar las escalas de valoración a las personas con problemas mentales y que sobre todo es capaz de identificar posibles riesgos tales como; el suicidio.

6.3. Actividades complementarias 1. (septiembre-octubre 2019)

- **Traté de adaptarme de inmediato y funcionó**

En esta ocasión me asignaron rotar por el servicio de hospitalización en el área de mujeres. El primer día me sentía como si estuviera en un lugar diferente. Las usuarias eran muy diferentes a las que conocía, traté de adaptarme de inmediato y funcionó.

Sin embargo, la atención es diferente y se enfoca a ayudar a que se sientan mejor emocionalmente con la comunicación activa y confidencial, las constantes terapias que se les proporcionan y las actividades recreativas. Esto en su conjunto se dirige hacia la recuperación y seguimiento terapéutico de las usuarias.

Dentro de las actividades a proporcionar me sentía capaz de hacerlas, en las entrevistas obtenía los datos correspondientes, en la administración de medicamentos siempre hubo un correcto control, en las contenciones funcionaba bien en cualquier posición en la que me encontrara y sobre las hojas de enfermería ya no tenía deficiencias. La satisfacción de cumplir correctamente con los procedimientos y brindar una atención reforzó mi estado de ánimo, me estaba relacionando con todo el contexto asistencial y sabía que aún faltaba recorrer más servicios.

- **Afrontamiento en las personalidades.**

Entrando al siguiente mes la rotación indicó que me presentaría en el servicio de hospitalización, esta vez en usuarios hombres. A través de las diferentes actividades que ya había implementado, como en el servicio anterior, tuve un mejor desenvolvimiento, tanto para identificar situaciones, ser más eficiente en general sobre la atención. Esto como resultado de múltiples experiencias continuas y asesoría por parte del personal de enfermería y en ocasiones de psiquiatría. En donde no dejé de consultar literatura digital y física, para la atención psiquiátrica.

En días finales del mes y cercanos a la rotación de servicio, acudí a congresos que se realizaron en el mismo recinto, duraron cuatro días. Durante esta asistencia a los congresos me sirvió para conocer sobre algunos trastornos mentales, así como los tratamientos innovadores, ya que trataban sobre investigación en el área de la salud mental. Mi participación como asistente me enriqueció con la visión de la salud mental, así como de la investigación. Las ponencias sobre las alteraciones físicas de los trastornos mentales, así como algunos procesos de valoración, criterios para el diagnóstico, condiciones que pueden alterar la salud mental de las personas y puntos sobre el estigma, me abrieron un panorama sobre las cuestiones que no conocía y que también conocía de la salud mental y reafirmaron su importancia.

Después de estas sesiones, me dirigí hacia la coordinación de enseñanza en enfermería, donde se encontraba nuestra coordinadora del servicio social, me habló sobre un programa que estaba llevando a cabo junto con la coordinación de la especialidad de enfermería en salud mental, sobre consultoría de enfermería en salud mental, que por medio de su programa formativo se encontraban capacitadas para otorgar una atención del grado de salud mental.

Me interesó inmediatamente, pues sabía que estaban proporcionando una atención que considero parte del rol ampliado de la atención de enfermería, quise saber qué actividades hacían y profundizar más, pues mi interés sobre la investigación estaba presente en mis pensamientos más próximos. Sin embargo, no tuve la motivación para preguntar más, porque sabía que no me encontraba en el lugar para pasar mis actividades indagando sobre la atención solamente. Así que regresé a las actividades con las cuales debía cumplir, es

reconocible que parte de estas pláticas eran cortas de tiempo y espontaneas, no tenían una calendarización, pues debíamos cumplir con la atención y las actividades de cada parte, pero eran muy interesantes y nutrían mi pensamiento.

- **Espacio en donde no se perjudique a la persona atendida y tampoco a la que atiende.**

Me percaté que en este tiempo durante el servicio no hicimos una actividad integradora o manualidades, por lo que me hace pensar el por qué, acaso fueron por las condiciones en las que se encontraban los usuarios o no estábamos enfocados en ello, no pensé en realizar alguna. No me di a la tarea de implementar una actividad como lo había hecho en otros servicios, la sensibilidad de la situación se apropia de los sentimientos de la persona. En este momento ya no me sentía con la tristeza, el estrés y la apropiación de los signos o síntomas de las personas que atendí. Ya había comprendido que es normal y contagiosa la transmisión de los sentimientos de una persona a otra, es así como podemos relacionarnos, compartir las situaciones y llegar a un significado de cierta manera.

Comprendí que ellos se encontraban en un desequilibrio, quizá yo pudiera tener algunos rasgos que se consideren desequilibrados o alterados, pero si no comprendía esto, no podría haber continuado con la atención, porque me sumaría a los problemas de las personas que contaban conmigo para tratarlas. Es entonces que llegue al punto de saber equilibrar, enjuiciar y mejorar el actuar, porque si bien se habla de una práctica humanizada, no se trata de apropiarse el sentir externo como suyo. En este caso de la atención en el ambiente de la salud mental, con las emociones, los pensamientos, la personalidad y la conducta es un conjunto de situaciones a las que el personal se enfrenta. El saber cómo resuelve estos problemas dentro de su mente individual es un tema de interés, pero claro que ahora sé que llevan a cabo sesiones de terapia para resolver estas cuestiones. Sin embargo, me pregunto si al igual que a mí, habrá más personas a las que les suceda o sucedió esta situación y cómo la resolvieron. En este punto creo que me hubiera sido de gran ayuda alguna sesión de terapia. Y tampoco es considerada la práctica deshumanizada, así que debe existir el espacio en donde no se perjudique a la persona atendida y donde tampoco a la persona que atiende.

Esto coincide con lo que Waite⁷⁸, muestra que en su investigación las enfermeras tienen diferentes emociones frente a la atención en salud mental, en donde algunos participantes sienten tristeza y estrés por una sobre responsabilidad a la que no estaban acostumbradas y

tampoco preparadas, en donde su preparación en la escuela no cubrió el enfoque de las repercusiones en la propia salud mental al trabajar en la misma. Sin embargo, un factor que ellas sintieron como un apoyo fue que el ambiente en el que trabajaron es confortante, en donde entre el personal sienten la amabilidad y el trabajo en equipo, eso las alienta a no sentirse solas y funcionar mejor dentro de sus labores. También Jenkins y Elliott⁸¹, refieren que las enfermeras reportan un agotamiento emocional provocado por distintos factores, pero los niveles altos de apoyo de los compañeros de trabajo se relacionan con los niveles más bajos de agotamiento emocional.

- **La terapia electroconvulsiva (noviembre 2019)**

Comencé en un nuevo servicio, este es ubicado por el procedimiento específico para la terapia, el cual se denomina terapia electroconvulsiva. Esta terapia consiste en provocar una convulsión controlada médicamente, a través de la cual se liberan, de manera masiva e inmediata, neurotransmisores como serotonina, dopamina y acetilcolina, lo que no sucede con los medicamentos antidepresivos.⁸² En esta área me sentía prácticamente como al principio, sin saber nada del tema, más que algunos conocimientos, pero no eran los justos para la práctica.

El procedimiento fue al llegar la persona, se registran sus datos, corroboran la cita y el material, se le coloca un brazalete de identificación si es que no cuenta con uno, se toman y registran signos vitales, remarcando y verificando la importancia del ayuno de mínimo 8 horas. Se le proporciona una bata y no debe portar ningún objeto metálico, sin maquillaje, aretes y uñas postizas, se verifican todos los datos en las correspondientes formas y ya se debe contar con todo el personal y el equipo necesario, la persona se posiciona en una camilla en decúbito supino y se instala un acceso venoso periférico. El anestesiólogo administra los medicamentos necesarios y el equipo de psiquiatría coloca los electrodos y coordina su equipo técnico, durante todo este proceso se le colocan a la persona usuaria, un brazalete inflable que mantiene la presión por el tiempo requerido, se colocaban un pulsioxímetro y la monitorización del ritmo cardíaco. Cuando todo estaba listo, después de proporcionar oxígeno a la persona y bajo la anestesia requerida, se administraba mediante un estímulo eléctrico el estado de convulsión, se registraba el tiempo de duración en segundos y se procedía al término del procedimiento, se retiraba todo el equipo y a la persona se le llevaba

al área de recuperación del mismo servicio, se vuelven a registrar los signos vitales y se llenan las formas correspondientes.

Todo este proceso fue algo abrumador, ya que desconocía la reacción de la persona y las acciones del personal en el área. Me di cuenta de que, no conocía mucho y que debía investigar para profundizar en el tema, ya sea buscar la información en artículos o leyendo la guía de práctica del procedimiento. De no ser por la explicación de mi compañero, creo que me hubiera presentado en ese instante como desconcertado.

Con el transcurrir de los días, fui desarrollando más destrezas, más habilidad en las áreas que se necesitaba para el actuar diario, iba documentando mi proceder, así como comprendiendo lo que debía hacer. Cada día en curso con los procedimientos adquiría el recurso teórico-práctico que me llevó a mejorar mis habilidades y como resultado una mejor práctica. Esta fue tal, que de pronto ya me encontraba haciendo los procedimientos que consideraba de una mayor dificultad y que pueden verse confusos si no se mantiene la concentración en el proceso. Me adapté rápido a la forma de trabajo del servicio, colaborando en equipo todo el personal de enfermería para la atención y el procedimiento correcto y en tiempo, ya brindaba una atención ágil.

Así mismo hubo progreso rápido, fue aquí, ya que estaba seguro de lo que hacía y cómo, el afrontamiento emocional con el que cargaba ya no era un obstáculo en ese momento, pues las actividades eran otras.

El sentir un desahogo de emociones o por lo menos, el hecho de no aumentarlas como una carga fue particularmente un poco de alivio. Esto quizá fue lo que me llevó a una práctica más hábil y rápida, fue todo un proceso, desde el problema, la identificación de este, el planteamiento del contexto y el afrontamiento. Fue durante un tiempo de varios meses para poder llegar a la aceptación mental y a la correcta práctica como personal de salud. Llegando a un nivel favorable de relaciones en todas las áreas personal, profesional, de conocimiento y de la práctica.

En este lugar puede tener más comunicación activa con la persona y su familiar, dejando en claro las implicaciones del procedimiento, así como un resumen del procedimiento y durante este tiempo la amabilidad y la disposición por la calidad de la atención estuvo siempre presente.

Una vez establecidas estas habilidades y el entendimiento, las complicaciones eran otras. Ahora, presentábamos la información obtenida en el servicio y en la práctica a los nuevos estudiantes que se integraban al servicio en sus prácticas clínicas. Todo marchó con una actividad progresiva, las situaciones con los hechos y la práctica fue en dirección hacia la autonomía y liderazgo.

- **Colaboración interprofesional**

Durante la terapia electroconvulsiva observé la interacción entre todo el equipo del personal de salud, entre psiquiatras, el anestesiólogo y enfermería. A pesar de que cumplen una tarea en específico y es en colaboración como se cumple el procedimiento correcto, existían discrepancias entre el personal, que generalmente como proceder profesional se puede involucrar la comunicación en conjunto. Sin embargo, el más notorio era el desequilibrio en la relación personal, es decir, se veían involucradas las posturas de opiniones encontradas personalmente entre todos. Puntos que son personales desequilibran el desarrollo de la práctica, bloqueando el desenvolvimiento oportuno para la atención. La postura de defensa con la opinión forzaba la constante e incómoda presencia de una relación inestable, a pesar de estos factores, se desarrollaba la atención en un concepto aceptable.

Lo anterior coincide con Kvilhaugsvik y Rehnsfeldt⁸³ quienes refieren que existe una cultura de educación en formación en donde los profesionales de la salud no trabajan en equipo, aunque pudieran hacerlo, ya que tiene demasiada influencia las culturas, las actitudes y la motivación. Esto tiende a ser fundamental para controlar si se establece o no un trabajo en equipo, en donde existe el riesgo de que las profesiones se conviertan en competidores y trabajen unas contra otras. Sin embargo, todos los miembros del equipo aprenden continuamente juntos durante la colaboración. El trabajo en equipo significa un contacto intenso y la interacción entre valores y personalidades, y los miembros del equipo deben estar motivados para dicha colaboración para resolver problemas de salud complejos. Uno debe tener curiosidad por conocer a los demás como personas, profesiones y colaboradores para reflexionar juntos, ya que contribuye al desarrollo de una identidad de rol profesional y flexibilidad. Por lo que en diversas circunstancias particulares o situacionales puede desarrollarse una buena relación formando parte del equipo multidisciplinario o no, dependiendo de los factores anteriores.

Con anterioridad sabía que la relación entre el profesional no es óptima, pero funciona para proporcionar la atención, no deja de ser mejorable y que se deben implementar estrategias para la solución. No era un aspecto que me importara demasiado y tampoco iba arreglar nada con externalizar algunas palabras para poner en tranquilidad las relaciones externas, ellos tenían en claro qué es lo que pasa y el porqué, son libres de decidir cómo llevar su interacción con los demás, pero creo pertinente que la posición de la gerencia y gestión, así como el comité de ética, pueda implementar algún tipo de acciones para mejorar la práctica con relación al equipo de trabajo y sus acciones para el beneficio mutuo. Como antes lo mencioné, no necesita ser un ambiente en donde las relaciones sean profundas, mientras se comprenda el actuar y sea un espacio en donde el contexto personal y profesional se acerque al equilibrio. Las situaciones cuando se comprenden y se llega a un punto en donde la compañía y el trabajo en equipo cumple con la satisfacción de un logro. Esta se vuelve apreciable y de la duración de un honorable sentido de apoyo, en el que no hay retroceso del estado de la relación interpersonal, la cuestión es la resistencia individual bajo los diversos pensamientos para llegar a ese punto. Una de las dificultades más comunes, el desinterés y el aislamiento personal, que se mezclan con la falta de indulgencia.

- **La valoración de enfermería**

Esta ocasión en las valoraciones de enfermería en el servicio de hospitalización mujeres, eran algo rápidas, enfocadas y directas a lo que se adecuaba perfectamente la persona, es decir, no eran las pláticas que había visto con anterioridad. La enfermera sabía abordar de forma distinta la valoración, en la que no recitaba una entrevista forzada y cerrada, ni tampoco una plática que se extendiera en tiempo. Es entonces que comprendí que todo es un proceso que implica tiempo y el personal de enfermería adscrito a la institución ha contado con esas experiencias de aprendizaje. Lleva ya un avance en el proceso de novata a experta, lo que le implicado mejoras en el manejo de distintas acciones clínicas, contando así con la capacitación y las competencias para realizar la valoración adecuada. Cuenta con las habilidades para la aplicación de las escalas de depresión y la realización de una valoración psiquiátrica completa^{7,35,79,80}.

Al final la enfermera abordaba aquellos aspectos que son importantes y que la persona no manifiesta hasta que considera que tiene confianza y necesita externalizar. Las preguntas para esto eran: ¿Consideras que vas mejorando? y ¿Sientes que te hace falta algo?

Con estas preguntas la enfermera obtenía información relevante sobre la persona y le ofrece con estas preguntas a la persona, una muestra de interés por su proceso de tratamiento y recuperación, favoreciendo la confianza y estimulando a la persona a sentir apoyo.

En cuanto me percaté de la importancia de estas preguntas, reconocí que no era una atención que brindaran todos y que tenía un grado de fluidez por la relación y la interacción entre las usuarias y ella. Con anterioridad había trabajado con la enfermera, pero no había estado presente en las valoraciones y si fuera el caso, no identifiqué estas preguntas, lo cual en este momento supe, las mejoras en la atención varían según el personal y la relación que tengan con la persona usuaria. Ella quizá identificó que hacer las valoraciones de esta forma era más eficiente y que añadir al final un paréntesis para abordar estas situaciones, era conveniente. Esto como una habilidad de la enfermera especialista que cuenta con diversas competencias para desarrollarse dentro de la salud mental, aunadas a su personalidad que derivan en una conducta sobre cómo dirigirse a la persona con expresividad y receptividad emocional⁸⁴.

Me sentí firme y seguro, el analizar la situación y notar las acciones que ayudaban a brindar una atención diferente y de cierta forma mejor, me brindó un punto de vista en el cual supe que después de las experiencias que había tenido, me encontraba con la capacidad de discernir y considerar estos detalles.

Las valoraciones que yo apliqué, las realizaba con más seguridad, con firmeza sobre lo que buscaba y con la comodidad de una plática estable, corta y que no fastidiaba a la persona, así fui identificando qué factores de la atención en tanto a la valoración podía mejorar dentro de mi práctica. Inicié relacionando la conducta, la expresión, el ánimo, las actividades y la forma de dirigirse hacia el personal de salud, con esto tenía un panorama más abierto sobre la persona, si bien antes los analizaba y tomaba datos de esto, ahora ya sabía por qué y cómo llegar más pronto a estos.

Mi práctica mejoró notablemente, mi desenvolvimiento era más rápido, más eficaz y tenía resultados que antes no consideré.

Llevaba a cabo un mejor desenvolvimiento práctico, tanto en la atención con los usuarios, como en las actividades de enfermería que no involucraba a estos, ya tenía un conocimiento sobre los diversos procedimientos, las fallas, los posibles errores y sus soluciones. Si es que se presentaba un error de una forma similar ya tenía como comparar con una experiencia pasada.

En este punto pude percibir una extensión de las habilidades que había estado desarrollando consecutivamente, obtenía mejores resultados en la práctica y en agradecimientos o reconocimientos verbales por parte del equipo de salud y de las personas usuarias.

Como lo refiere Waite⁸⁵, después del proceso teórico y de la práctica clínica, con la capacitación y la experiencia, las enfermeras disfrutaban del actuar con las intervenciones en salud mental y que la importancia de la interacción con los usuarios es enriquecedora ya que la dinámica entre los individuos usuarios varía de acuerdo con sus propias características individuales, lo cual se convierte en un punto relevante para la experiencia y por lo tanto para la adquisición de habilidades. También se toma en cuenta que la limitación del acercamiento y el contacto con los usuarios es una barrera para dicha adquisición de habilidades y competencias, por lo que impide un mejor desenvolvimiento en la toma de decisiones.

6.4. Segundo acercamiento con la adulta mayor (diciembre, 2019).

El abordaje y cuidado de una persona adulta mayor hospitalizada por trastorno depresivo mayor en una institución psiquiátrica implicó varios retos para el principiante avanzado. Por un lado, encontrar a la persona adulta mayor cuyo diagnóstico principal correspondiera a trastorno depresivo problema de salud elegido para la tesis. Esto implicó reflexionar y comprender de forma importante el trastorno depresivo, ya que son diversos los diagnósticos que giran en torno a este problema de salud como los trastornos psicóticos que tienen diagnóstico secundario la depresión. Así mismo, el trastorno de depresión mayor se puede presentar con diferentes grados de depresión siendo de severa a grave las que comúnmente requieren de atención en una institución psiquiátrica. Mientras que como principal diagnóstico el principiante avanzado buscaba que la persona adulta mayor presentara trastorno depresivo, pero de grado leve a moderado, ya que las intervenciones de enfermería para la terapia elegida según la evidencia científica eran más efectivas dentro de estos niveles de depresión¹¹. Es importante mencionar que, fue el acercamiento de mayor tiempo y se presentó después de cuatro meses de iniciar el servicio social previo a este periodo se tuvo casi nulo acercamiento con adultos mayores.

- **Preparación y encuentro con la adulta mayor (primera semana).**

Una vez ubicada a la adulta mayor otro reto fue gestionar los permisos necesarios para la atención, ya que se trata de una persona con ideas de muerte y que ante cualquier circunstancia puede desencadenar una alteración innecesaria. Por lo que, el primer encuentro desencadenó en el principiante avanzado sensaciones de intriga, incertidumbre e inseguridad sobre cómo dirigirse con la persona. Ante dicha situación, se recurrió al expediente clínico como un primer acercamiento con la persona y a manera de conocer su historia de vida con la finalidad de prepararse al primer encuentro.

Sin embargo, después de la presentación y la plática con la adulta mayor para plantear las actividades enfocadas en el mejoramiento de su salud el principiante avanzado percibe a la mujer con expresiones de preocupación y sentimientos agobiantes. Esto causa una sensación de no haber logrado confianza necesaria en la adulta mayor y por lo tanto inseguridad en su actuar.

- **Desarrollo en la valoración, diagnóstico y planeación (primera semana).**

El primer día acordado con la adulta mayor para realizar la valoración el principiante avanzado se dirige con los médicos psiquiatras del servicio en donde se encuentra hospitalizada la usuaria recomiendan no profundizar demasiado, ya que existe una probabilidad mayor de agitación. También recurre con el personal de enfermería que le enfatiza sobre las ideas de muerte de la mujer AM a manera de recordarle las precauciones que debía considerar en su interacción y la dificultad para lograr un cambio de ideas. Sin embargo, el principiante avanzado no se detuvo y se dirigió a la adulta mayor con el ánimo poder realizar la valoración y posteriormente implementar intervenciones para mejorar su salud.

Ya en la interacción con la AM comienza con la valoración aplica la escala de Katz³⁴ y enseguida *Mini-mental State Examination* de Folstein³⁴. En cuanto a la valoración de las actividades de la vida diaria los resultados reflejaron independencia en todos los apartados: baño, vestirse/desvestirse, uso del retrete, movilidad, continencia y alimentación; con ayuda de la narración de la AM se corroboró la rutina y su capacidad para realizar las actividades de la vida diaria. Posteriormente, aplicó la escala depresión geriátrica de 15 ítems (GDS-

15)³⁴ (anexo 3). El resultado fue de nueve puntos corroborando de esta manera depresión severa.

El principiante avanzado durante la aplicación de las escalas reporto sentir inseguridad producto del número reducido de oportunidades para realizar el procedimiento, así mismo, por el corto periodo de tiempo para brindar atención al adulto mayor. Esto acorde a lo que señala González⁸⁰, que refiere el tiempo como un elemento importante para adquirir las habilidades; que a su vez se ve mediado por la cantidad de experiencias de aprendizaje que se presenten. Así mismo por otras investigaciones que señalan la cantidad de sucesos como antecedentes a partir de los cuales integrando los diferentes recursos puede discernir la situación y sus derivados. Logrando de esa manera éxito en la competencia y por lo tanto confianza y seguridad en los procedimientos que realiza^{11,80,86}.

Al terminar la aplicación de las escalas la AM expreso que experimentaba malestar y sentimientos de quererse morir. En palabras del principiante avanzado “aunque me encontraba preparado para tratar con este tipo de situaciones y poder brindar una contención” esto me hizo sentir incomodidad y al mismo tiempo como principiante. De momento como un tambaleante desequilibrio que impidió afrontar la situación y no saber cómo dirigirse. Las intervenciones que aplique fueron los ejercicios de respiración, que realizamos en sincronía tanto el principiante avanzado como el adulto mayor, llegando a una ligera calma para poder continuar con las siguientes actividades.

En la siguiente etapa, el principiante avanzado planeo implementar la terapia de activación conductual (sistemática) producto de la búsqueda de la evidencia científica, el cual es un tratamiento psicosocial y estructurado de una duración breve, que se fundamenta en el cambio conductual por medio de actividades que desarrollen en la persona aliviar la depresión y prevenir posibles recaídas, en donde se buscó el entrenamiento en habilidades sociales y técnicas de resolución de problemas. Su objetivo es la recuperación del estado eufónico, de la manera en que los individuos realicen actividades que proporcione un afrontamiento y un reforzamiento positivo de ello.

- **Implementación de las actividades (primera semana).**

Al explicar, el plan para desarrollar la terapia de activación conductual y la calendarización de las actividades por la primera semana a la AM pareció agradaarle y estar de acuerdo; reflejándose un cambio en la apariencia de la mujer, ya no se percibió la expresión de preocupación, por lo que yo me sentí comfortable y recuperé la seguridad en mi actuar. Dentro de las actividades que comprendía la terapia de activación conductual y se indicaron a la adulta mayor fueron: desayunar en el comedor, arreglar su cama y su habitación, interactuar con alguien de sus compañeras usuarias o cuidadora, caminar, leer o ver alguna película en grupo, y tomar un baño en el horario que gustara. El cumplimiento día a día de todas y cada una de las actividades debía registrarla en la hoja que contenía un calendario contestando a la pregunta ¿cómo se sintió al realizar la actividad?, así como si solicitó apoyo de su cuidadora para el desarrollo de dicha actividad. (anexo 4)

Para la implementación de la terapia se presentaron barreras que no puede derribar y que no permitieron la realización de las actividades por la mujer adulta mayor complicando el proceso de cuidado por parte del principiante avanzado.

Dos días después acudí a preguntar a la AM, si había realizado las actividades acordadas, pero la respuesta fue que no había realizado ninguna, se revisó el calendario y tampoco tenía nada escrito. La justificación fue que no realizó nada “porque no tenía interés y motivos para hacerlo” manifestaciones propias del trastorno depresivo denominadas anhedonia y desesperanza.

Otras manifestaciones fueron las que observé en la conducta de la adulta mayor: la insistencia de cambiar algo que no podía con cierta culpabilidad, “intentaba cambiar con la mirada piezas del adoquín del piso”. Dicha conducta se manifiesta cuando la persona quiere modificar algo que no puede y que obedece a algún remordimiento por los acontecimientos en el pasado⁴.

Presencia insistente de ideas suicidas. Al hablar con ella sobre el tema se encontró la presencia de los pensamientos sobre la vida personal identificando: no tener motivos para seguir viviendo, soledad y sentir una pesadez en lo emocional que no le permitían pensar en otras situaciones. Las palabras que mencionaba constantemente fueron: “*me quiero morir*”.

- **Confianza y replanteamiento de las intervenciones (segunda y tercera semana).**

Después de reiterados encuentros y pláticas con la adulta mayor durante la primera y segunda semana el principiante avanzado generó la suficiente confianza. Ella habló sobre su tristeza y las cuestiones particulares de su sentir, también de las actividades que le hacían feliz identificando: el trabajo, salir con amigos, hablar con su hija, salir a caminar por los parques y tomar café en algún lugar cerca de alguna localidad pintoresca, fue así como se puntualizó en las actividades que generaban pensamientos positivos. De acuerdo con lo anterior se estructuró un nuevo calendario de actividades que debía realizar: hablar con su cuidadora o compañeras usuarias sobre cualquier situación o cosa en sus vidas, en el comedor a la hora de la comida conocer a la mayoría de las usuarias que se encontraran ahí, realizar dibujos, crucigramas o sopas de letras para cumplirlas a la hora que fuera y anotar el sentimiento o la emoción. (anexo 4) Esto lo considero un gran avance en mi actuar como principiante avanzado.

A la entrega del calendario a la AM intuí como si tuviera algún plan que nadie conociera: ¡tal vez de suicidarse, tal vez de los planes que no quería que conociera! Esto como una habilidad adquirida por la experiencia, aunque de pocos meses de la atención en general con los usuarios. Ya que siempre se tenía presente, la posibilidad de que planeara lesionarse.

- **Alta y cierre (tercera semana)**

Grande fue mi sorpresa pese a las diversas actividades que se habían planeado nuevamente, a mi insistencia y al seguimiento; estas no se concluyeron, ya que la mujer no cooperó con la realización. La mujer AM salió su hija promulgó la alta voluntaria no hubo restricción alguna, ni tampoco impedimento, aunque se le sugirió el término de la hospitalización prudente no detuvo el proceso.

Varias fueron las experiencias del principiante avanzado al decidir implementar la terapia de activación conductual que no permitieron disminuir los síntomas de depresión en la adulta mayor en tres semanas. La primera, interpretar de manera errónea la evidencia científica, ya que reportaba a la terapia como novedosa por solo requerir un periodo corto para su

implementación y obtener resultados óptimos en la disminución de los síntomas del trastorno depresivo mayor. Esto motivó al principiante avanzado a implementarla sin considerar varios factores: la terapia de activación conductual estaba indicada en el tratamiento de la depresión leve a moderada. La adulta mayor presentaba trastorno depresivo mayor manifestado por: anhedonia, desesperanza y las ideas de muerte. Las cuales constituyeron barreras que no permitieron a la mujer adulta mayor la realización de las actividades señaladas en la terapia. El segundo factor fue aplicar la terapia en una población que dadas sus características de envejecimiento y consecuente deterioro es difícil la comprensión como cumplimiento. Y el último, para su implementación señalaba enfermeras especialistas en salud mental, sin embargo, también señalaba que era de fácil entrenamiento coincidiendo con lo que señala la OMS⁵. Por lo que, el principiante avanzado considero adquirir la habilidad, sin pensar que podía rebasar su nivel de competencia, solo pensó en mejorar la salud de la AM porque estudios demuestran que esta terapia tiene eficacia^{11,86,87}.

Lo anterior concuerda con González⁸⁰ que refiere, en un principiante avanzado hay un interés y motivación en la atención como responsabilidad al otorgar el cuidado, pero solo tiene el dominio parcial de la situación; se guía totalmente por la teoría, asume la información como normativa, tiene dificultad para afrontar las situaciones y sobrepasan su habilidad y conocimientos, por lo que necesita de tutoría de la enfermera experta⁸⁰.

Para el principiante avanzado significo un bloqueo en las emociones y pensamientos, no fue creíble el acto que aconteció ¡ya no podía realizar ningún esfuerzo para que se implementaran las intervenciones y tuvieran algún beneficio! Sin embargo, se reservó sus sentimientos y comprendió que eran fiestas decembrinas teniendo la esperanza que la compañía familiar pudiera realizar un efecto positivo en la mujer AM.

El interés por la mejora en la salud de la adulta mayor jamás dejó de estar presente en el principiante avanzado y la intriga por saber ¿el por qué? del no cumplimiento de las actividades y la finalización de la hospitalización queda presente como una forma de frustración por no haber logrado el objetivo.

6.5. Actividades complementarias 2.

- **Consultoría de enfermería (enero 2020).**

La consultoría es impartida por dos enfermeras que realizaban la residencia como una forma de titulación, así que me incluyeron en el programa para que las apoyara. Un día al mediodía, nos dirigimos una enfermera residente y yo a la unidad del servicio en donde se encontraba una mujer que estaba programada su alta para el mismo día. Mi compañera la ubicó por su nombre, entonces le pidió unos minutos para hablar con ella. Nos presentamos y le explicamos que formamos parte de una consultoría de enfermería en salud mental y brindamos un seguimiento con actividades de enfermería. Comenzamos por llenar la valoración, un instrumento que elaboraron las residentes con base en los patrones funcionales de Marjory Gordon. Fue una entrevista similar a la que realizamos cada vez que se valora por turno, pero claro, tenía la diferencia de que la compañera residente manejaba con cautela y dominio la conversación y cuidando la confianza, por lo que obtuvo la información que necesitaba, así como las alteraciones en ciertos patrones para los diagnósticos y las posibles actividades posteriores en la consulta que se programaría.

6.6. Tercer acercamiento con una adulta mayor (febrero 2020)

Se trató de una mujer usuaria hospitalizada bajo el diagnóstico de depresión. Volví a poner en marcha un plan para lograr la implementación de las intervenciones para la investigación como principiante de enfermería. Contaba con la experiencia pasada para tratar a la persona adulta mayor, de haber realizado la valoración de enfermería. Dejándome un cierto criterio para saber cómo dirigirme, cómo hablar, qué acciones tomar en la valoración, planeación y la ejecución. Estaba formando un escenario hipotético para tratar de ser más eficaz y aprovechar el tiempo lo mejor posible.

Para la valoración pensé en recurrir a su expediente y a su médico psiquiatra para la coordinar las actividades, así como recurrir al apoyo del servicio específico de geriatría en la salud mental y los trastornos. Contaba ya con un panorama amplio sobre los diferentes recursos que podía utilizar en conjunto para el tratamiento y la mejora de la persona adulta mayor.

Hablé con la coordinadora sobre la posibilidad de trabajar con una mujer adulta mayor y la nueva oportunidad que se presentó. Me habló sobre la persona encargada de la terapia recreativa, la psicóloga que manejaba las terapias conductuales y lo relacionado con el tipo de actividades para disminuir la depresión y los distintos trastornos.

Acudí a la habitación de la adulta mayor, le mencioné mi nombre y le dije por qué me encontraba visitándola, hablé claro y lo más sencillo posible para que no se aburriera y encontrara atractivo el planteamiento de la participación en la investigación. Expliqué las actividades y el tiempo de estas, acompañado de carisma para expresarme logré explicar de una forma general las intervenciones que implementaríamos. Ella con mucha seriedad y movimientos lentos, se acomodó en su cama, miro el consentimiento informado y a mí sin decir nada. Respondió que no se encontraba segura de decir que sí, por lo que lo pensaría y si después le daban ánimos, aceptaría. Me concentre en no desanimarme en ese momento, continué con la plática y le pregunté cuando podía volver a verla para analizar la situación y su decisión, respondió que no sabía, fue entonces, cuando desistí y comprendí que no era el momento de hostigar con una presión, por más que estuviera justificada en su mejora. Me retiré con el respectivo agradecimiento y con la despedida adecuada para el caso, sin más, me dejaron partir y acepté la situación.

Quise convencer a la mujer adulta mayor de aceptar la terapia, incluso si no firmaba el consentimiento, para que no sintiera que está presionada a cumplir con alguna forma, pero no fue así. El estado de ánimo en ella se encontraba triste y con anhedonia, por lo que no le interesaba realizar alguna actividad general. Esperaría una semana para regresar a verla y tratar de convencerla o determinar su disposición, aunque ya estaba casi seguro de que era una negación definitiva.

Nuevamente no logre convencer a la adulta mayor del beneficio de la terapia que le podía yo brindar. Tal vez por la falta de habilidad para crear un ambiente de confianza. Por su parte González⁸⁰ señala que, en los aspectos en los que no posee habilidades se adquieren dependiendo del contexto y que mucho depende de la búsqueda constante de información y asesoría para la práctica. En este sentido, también es acorde a lo que señala Toribio y Canca⁷⁹ que refieren a la tutoría como fundamental en el desarrollo dentro de las situaciones complejas. De igual manera, señala que el principiante avanzado de enfermería requiere del ejercicio práctico, teórico y de una visión integradora amplia sobre el manejo de la situación

y el consejo de las enfermeras con más experiencia para adquirir las habilidades por imitación. También recalca la importancia del tutor tanto para el aprendizaje como para el reforzamiento del papel que se encuentra cumpliendo, situándolo como referente clínico para el desarrollo de profesionales en formación que se encuentran en la adquisición de estas características^{79,80}.

La depresión severa pone en un estado limitante a la persona al grado de no poder satisfacer sus necesidades como ente biopsicosocial, en donde los síntomas de llanto, irritabilidad, anhedonia llevan a la persona al grado de tener una ausencia del gusto por la vida, llegando así a pensamiento de muerte e ideación suicida y posteriormente el intento suicida que puede culminar con la vida de la persona^{3-5,10,35,85}.

VII.CONCLUSIONES

Una de las limitaciones fue la alta voluntaria de la adulta mayor ya que obstaculizó la oportunidad de aplicar la terapia durante tres semanas impidiendo la intervención del principiante avanzado. Además de que la gravedad de la depresión y la actitud de la propia persona fueron barreras dificultaron la atención. Aunado a la pandemia por COVID-19 que se presentó en marzo redujo tres meses de Servicio Social, tiempo en el cual se podría haber captado a otro adulto mayor para la implementación de la terapia con más experiencia y con un grado de depresión leve a moderado ya que la terapia está recomendada para estos grados.

En cuanto a la asesoría considero que fue una limitante, ya que no se contó con el apoyo de las enfermeras y médicos especialistas para la aplicación de la terapia. Ya que los trastornos como la depresión grave e ideas suicidas en el adulto mayor requieren de especialistas en “psiquiatría y geriatría” con amplia experiencia. Enfrentarse a dicha situación sin la asesoría de un experto resultó traumático y frustrante para el pasante que en el transcurso de las prácticas solo había vivido experiencias con adultos mayores con depresión leve. Porque además eran problemas de salud para los que no estaba preparado abordar psicológica y emocionalmente.

Fue complicado abordar este tipo de metodología “Autoetnografía”, pero se logró entender el proceso, dando como resultado una forma interpretativa y autoconsciente de las acciones transformadoras a través del tiempo. Se observó un enfoque que implicó una totalidad de situaciones subjetivas y que, dependiendo de estas, se logró comprender sucesos cada vez más complejos. Es entonces que a través de la autoetnografía se puede comprender los objetivos planteados, así como los problemas y deficiencias en una línea de tiempo, siendo en su totalidad la metodología adecuada para su interpretación.

Esta metodología me ayudó a reflexionar y tener evidencia de que un pasante inicia como principiante avanzado y al finalizar el SS es competente por lo que esto implica un recorrido de mejora. En donde la huella de la experiencia clínica reporto indudablemente el aprendizaje transformador en las habilidades y competencias que me impulsaron a profundizar en los conocimientos y afrontar mis experiencias en escenarios clínicos más complejos. Fue un reto

aceptar la transición en un periodo corto de tiempo, en donde el compromiso y la perseverancia fueron cruciales, así como las debilidades que reconocí para su afrontamiento y posterior fortalecimiento.

Dado que las habilidades se adquirieron progresivamente por el principiante avanzado, los elementos que determinaron la adquisición de competencias fueron la asesoría, las áreas de especialidad involucradas en la atención del adulto mayor con depresión grave, el tiempo y el número de situaciones a las que me enfrenté en la atención del adulto mayor con problemas de salud mental, los conocimientos y práctica en el uso de la evidencia científica, y la actitud para buscar y pedir ayuda al equipo de salud así como la comunicación con el adulto mayor y su cuidador familiar.

A la par y de manera comprometida fue necesario que el principiante avanzado usara y aplicara la Evidencia Científica. Situación un tanto difícil de superar dada la falta de hábito de realizarlo tanto del principiante avanzado como del personal de enfermería de la institución. Como personal de enfermería principiante avanzado toda intervención de enfermería debe estar fundamentada en la evidencia científica por lo que es relevante que el pasante conozca cómo interpretar y aplicar los resultados de las investigaciones, así como del uso de las guías de práctica clínica. Lo que hace necesario que todo pasante amplíe las habilidades en la práctica sobre “Enfermería Basada en la Evidencia”.

El compromiso, iniciativa y actitud del pasante para buscar y pedir ayuda al equipo de salud y así lograr su desenvolvimiento eficaz en el equipo multidisciplinario. Al mismo tiempo saber apoyarse y hacer equipo con el cuidador familiar para lograr una comunicación efectiva. Ambas como estrategias para desarrollar un juicio clínico y pensamiento crítico. Estas son estrategias fundamentales que debe tener presente el pasante durante la prestación del Servicio Social para el desarrollo y logro de las competencias. Esto con la finalidad de transitar con fluidez y rapidez al nivel competente según el modelo de Benner y así brindar atención de calidad.

Finalmente, considero que mi desarrollo como pasante dentro de esta institución tuvo un excelente recorrido y resultado, forme mis habilidades para la atención psiquiátrica, para el

desarrollo de actividades gerenciales y de administración. Pero no dentro de la atención del adulto mayor, ya que considero que se presentaron limitaciones importantes como fue el periodo de tiempo y dos áreas de especialidad en las que tenía poco conocimiento. Considero me faltó profundizar más en lo que acontece a los problemas de salud mental a este grupo de edad que por el propio proceso de envejecimiento dificulta su atención y por lo tanto requiere de una vasta experiencia clínica y conocimiento teórico.

Sin embargo, en este lugar descubrí que tengo una red amplia de cualidades en las que puede desarrollarme dentro de la enfermería salud mental en atención al adulto mayor, pero requiero de compromiso, capacitación y determinación para no perder la visión de la meta que me planteo. También comprendí que la investigación es un campo enorme en el cual se pueden basar todas y cada una de nuestras intervenciones y que esta fundamentación le da una estabilidad y fortaleza al actuar de enfermería, lo que cada vez se suma a la independencia y autonomía de la disciplina.

Por todo lo antes señalado es importante que un pasante de la Licenciatura en Enfermería desde el inicio del servicio social cuente con un tutor.

VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Estadísticas a propósito del día mundial de la población (11 de julio) datos nacionales.2020. Disponible en: https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2020/Poblacion2020_Nal.pdf [Acceso 25 noviembre 2020].
2. De los Santos PV, Carmona SE. Prevalencia de depresión en hombres y mujeres mayores en México y factores de riesgo. Poblac Salud Mesoam. 2018; 15(2). Disponible en: doi: <https://doi.org/10.15517/psm.v15i2.29255>.
3. Organización Mundial de la Salud. Depresión. 2020. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression> [Acceso 24 noviembre 2020].
4. American Psychiatric Association. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-5. 5° ed. Arlington: Editorial Médica Panamericana; 2014. Disponible en: <https://www.eafit.edu.co/ninos/reddelaspreguntas/Documents/dsm-v-guia-consulta-manual-diagnostico-estadistico-trastornos-mentales.pdf> [Acceso 25 noviembre 2020].
5. Organización Mundial de la Salud. Depresión. 2020. Disponible en: <https://www.who.int/topics/depression/es/> [Acceso 25 noviembre 2020].
6. Lara PC. Modelo Innovador: Educación para la integración y desarrollo de habilidades de cuidado de los estudiantes de Enfermería. Tesis de Maestría. Universidad Autónoma de Chihuahua. Facultad de Enfermería y Nutriología. 2013.
7. Carrillo AJ, Martínez PC, Taborda SC. Aplicación de la Filosofía de Patricia Benner para la formación en enfermería. Rev Cubana Enferm. 2018; 34(2). Disponible en: <http://revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/1522>.
8. Escobar-Castellanos B, Jara-Concha P. Filosofía de Patricia Benner, aplicación en la formación de enfermería: propuestas de estrategias de aprendizaje. EDUCA. 2019; 28(54):182-202. Disponible en: doi: <https://doi.org/10.18800/educacion.201901.009> [Acceso noviembre 2020].
9. Smith M, Stolder ME, Liu MF. Evaluation of an Innovative Late-Life Depression Training Program. Perspect Psychiatr Care. 2014 Jan; 50(1):19–26. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/ppc.12019>

10. McNally DF, Poppe K, Nash V, Alarcon R. et. al. Measuring Changes in Negative and Positive Thinking in Patients With Depression. *Perspect Psychiatr Care*. 2010; 46(4): pp.257-265. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/j.1744-6163.2010.00253.x>
11. Clignet F, van Meijel B, van Straten A, Cuijpers P. El método de activación sistemática como intervención de enfermería en ancianos deprimidos: un protocolo para un ensayo aleatorizado multicéntrico. *BMC Psychiatry* . 2012; 12(144). Disponible en: <https://bmcp psychiatry.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-244X-12-144>
12. Trujillo HPE, Esparza GSC, Benavides TRA. Depresión en el adulto mayor: un instrumento ideal para su diagnóstico. *Nure Inv*. 2017; 14(89). Disponible en: <https://www.nureinvestigacion.es/OJS/index.php/nure/article/view/1136/785>
13. T. Durán-Badillo. Depresión y función cognitiva de adultos mayores de una comunidad urbano marginal. *Enfermería Universitaria* 2013;10(2):36-42. disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/eu/v10n2/v10n2a2.pdf>
14. Kim E hae, Gellis ZD, Bradway CK, Kenaley B. Depression care services and telehealth technology use for homebound elderly in the United States. *Aging & Mental Health*. 2019 Sep;23(9):64–73. Disponible en: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=c8h&AN=137584528&lang=es&site=eds-live>
15. Dobel OD, Brimblecombe N. National survey of nurse prescribing in mental health services; a follow-up 6 years on. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2016 Aug; 23(6/7):378–86. Available from: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=c8h&AN=117873390&lang=es&site=eds-live>
16. Narro RJR. Acuerdo por el que se emiten los lineamientos que contienen el procedimiento y los criterios a los que deberán sujetarse los licenciados en Enfermería, así como los pasantes en servicio social de las carreras referidas en los numerales 1 a 5, del artículo 28 Bis, de la Ley General de Salud, para la prescripción de medicamentos. DOF: 08/03/2017. Disponible en: https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5475523&fecha=08/03/2017
17. Björkelund, C. Svenningsson, I. Petersson, E. Et. Al. Vårdsamordnare för depression – effektivt grepp i primärvården. *Läkartidningen*; 2019; 116(3) Disponible en:

<https://lakartidningen.se/klinik-och-vetenskap-1/artiklar-1/klinisk-oversikt/2019/11/vardsamordnare-for-depression-effektivt-grepp-i-primarvarden/>

18. Malin S, Pia P, Margareta R, Linda V, Kerstin B. Health and social care planning in collaboration in older persons' homes: the perspectives of older persons, family members and professionals. *Scand J Caring Sci.* 2018; 147(1). Disponible en: <https://doi.org/10.1111/scs.12440>

19. Rosengarten L. Teamwork in nursing: essential elements for practice. *Nurs Manag.* 2019 Aug; 26(4):36–43. Disponible en: doi: [10.7748/nm.2019.e1850](https://doi.org/10.7748/nm.2019.e1850)

20. Wright PP, Thorpe CW. Triple Threat Among the Elderly: Depression, Suicide Risk, and Handguns. *J Emerg Nurs.* 2016 Jan 1; 42(1):14–8. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.jen.2015.01.010>

21. Hamaideh SH. Mental health nurses' perceptions of patient safety culture in psychiatric settings. *Int Nurs Rev.* 2017; 64(4): p.476-485. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/inr.12345>

22. Clignet, F. Van Meijel, B. Van straten A. A Qualitative Evaluation of an Inpatient Nursing Intervention for Depressed Elderly: The Systematic Activation Method. *Perspect Psychiatr Care.* 2017; 53(4):280–288. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/ppc.12177>

23. Shu-Fang Vivienne Wu, Li-Sei Young, Fang-Chih Yeh, Yu-Mei Jian, Kuei-Chen Cheng, Mei-Chen Lee. Correlations Among Social Support, Depression, and Anxiety in Patients With Type-2 Diabetes. *J Nur Res.* 2013 Jun ;21(2):129–38. Disponible en: <https://doi.org/10.1097/jnr.0b013e3182921fe1>

24. Meehan T, Robertson S. Clinical profile of people referred to mental health nurses under the Mental Health Nurse Incentive Program. *Int J Ment Health Nurs.* 2013 Oct; 22(5):384–390. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/j.1447-0349.2012.00885.x>

25. Steaban RL. Health Care Reform, Care Coordination, and Transformational Leadership. *Nurs Adm Q.* 2016; 40(2):153–163. Disponible en: <https://doi.org/10.1097/NAQ.0000000000000158>

26. Jeffrey M. A. The Influence of Emerging Nursing Administrative and Leadership Researchers: An Interview With Dr Lesly Kelly. *J Nurs Adm.* 2017; 47(2):79-81. Disponible en: <https://doi.org/10.1097/NNA.0000000000000442>

27. Shaban RZ, Considine J, Fry M, Curtis K. Case study and case-based research in emergency nursing and care: Theoretical foundations and practical application in paramedic pre-hospital clinical judgment and decision-making of patients with mental illness. *Australasian Emergency Nursing Journal*. 2017 Feb; 20(1):17–24. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.aenj.2017.01.002>
28. PENSIONISSSTE. Portal del Gobierno de México. (25 de agosto de 2017). Disponible en: <https://www.gob.mx/pensionissste/articulos/dia-del-adulto-mayor-123010?idiom=es>
29. Chong DA. Aspectos biopsicosociales que inciden en la salud del adulto mayor. *Rev Cubana Med Gen Integr*. 2012; 28(2): 79-86. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252012000200009&lng=es
30. Salech MF, Jara LR, Michea AL. Cambios fisiológicos asociados al envejecimiento. *Revista Médica Clínica Las Condes*. 2012; 23(1): p. 19-29. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/S0716-8640\(12\)70269-9](https://doi.org/10.1016/S0716-8640(12)70269-9)
31. González AII, Balo GA, Gómez VMJ. Psicología del envejecimiento. En: Millán CJC. *Principios de geriatría y gerontología*. Madrid: Mc GRAW-HILL; 2006. p. 113-139.
32. Organización Mundial de la Salud. Temas de Salud. Depresión. (Abril 2017). Disponible en: <https://www.who.int/topics/depression/es/>.
33. Barraca, M, J. La activación conductual (AC) y la terapia de activación conductual para la depresión (TACD). Dos protocolos de tratamiento desde el modelo de la activación conductual. *eduPsykhé*, 2009; 8(1): 23-50. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3040305>
34. Instituto Nacional de Geriatría. Guía de instrumentos de evaluación geriátrica integral. 2020. Disponible en: http://geriatria.salud.gob.mx/descargas/publicaciones/Guia_InstrumentosGeriatrica_18-02-2020.pdf [Acceso 25 noviembre 2020].
35. Intervenciones de enfermería para la detección, atención y control de la depresión en el adulto mayor en los tres niveles de atención. Resumen de Evidencias y Recomendaciones: Guía de práctica clínica de enfermería. México; Secretaría de salud, CENETEC, 2016. Disponible en: <http://cenetec-difusion.com/CMGPC/SS-312-16/ER.pdf>

36. Juárez P. García M. La importancia del cuidado de enfermería. Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc 2009; 17 (2): 109-111. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriamss/eim-2009/eim092j.pdf>
37. Carrillo AAJ, García SL, Cárdenas OCM, Díaz SIR, et al. La filosofía de Patricia Benner y la práctica clínica. Enferm. glob. 2013 oct; 12 (32): 346-361. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412013000400021
38. Ramírez P. Hernández O. Sáenz A. et al. Enfermería de práctica avanzada: historia y definición. Elsevier Enfermería Clínica. 2002; 12(6): 286-289. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-clinica-35-articulo-enfermeria-practica-avanzada-historia-definicion-S1130862102737674>
39. Secretaría de Salud. Comisión Permanente de Enfermería. Programa Nacional de Enfermería. Disponible en: http://www.cpe.salud.gob.mx/site3/programa/enfermeria_practica_avanzada.html
40. 29. Naranjo y. Definición e historia de la enfermería de práctica avanzada. Rev Cubana Enferm. 2018; 34(1): Disponible en: <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/1303>
41. Organización Panamericana de la Salud. Ampliación del rol de las enfermeras y enfermeros en la atención primaria de salud. Washington, D.C.: OPS; 2018. Disponible en: http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/34959/9789275320037_spa.pdf?sequence=5&isAllowed=y
42. Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud. Marco Mexicano de Competencias de Enfermería de Práctica Avanzada (MMCEPA). [internet]. Disponible en: www.cpe.salud.gob.mx
43. Organización Mundial de la Salud. Organización Panamericana de Salud. México. Respuesta del Sector Salud. Revisado el 12 septiembre 2019. Disponible en: https://www.paho.org/mex/index.php?option=com_content&view=article&id=218:respuesta-sector-salud&Itemid=387.
44. NORMA Oficial Mexicana NOM-025-SSA2-2014, Para la prestación de servicios de salud en unidades de atención integral hospitalaria médico-psiquiátrica. Disponible en: <http://evaluacion.ssm.gob.mx/pdf/normateca/NOM-025-SSA2-2014.pdf>

45. Paulín G, Horta J, Siade, G. La vivencia y su análisis: consideraciones breves sobre las nociones objeto-sujeto en el universo discursivo del mundo cultural. *Revista Mexicana de Ciencias Políticas y Sociales*. 2009; LI(205):15-35. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=42112421002>
46. Amengual, G. El concepto de experiencia: de Kant a Hegel. *Tópicos*. 2007; (15):5-30. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/288/28811907001.pdf>
47. Bénard SM. Autoetnografía en la universidad: un ejercicio de enseñanza-aprendizaje. *Investigación Cualitativa*. 2018; 3(1):17-29. Disponible en: <http://ojs.revistainvestigacioncualitativa.com/index.php/ric> [Acceso 23 noviembre 2020].
48. Bérrard SM. Autoetnografía: Una metodología cualitativa. México: Universidad Autónoma de Aguascalientes; 2019. Disponible en: <https://editorial.uaa.mx/docs/autoetnografia2.pdf> [Acceso 25 noviembre 2020].
49. Blanco M. Autoetnografía: una forma narrativa de generación de conocimientos. *Andamios*. 2012; 9(19): 49-74. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/anda/v9n19/v9n19a4.pdf>
50. Ellis C, Adams TE, Bochner AP. Autoethnography: an Overview. *Historical Social Research* [Internet]. 2011 [08/07/20]; 36(4). p. 273-290. Disponible en: <https://www.jstor.org/stable/23032294>
51. Denzin NK. *Interpretive Ethnography: Ethnographic Practices for the 21st Century* [Internet]. Thousand Oaks, Calif.: Sage Publications; 1997. [02/07/20]. Disponible en: <https://sk-sagepub-com.pbidi.unam.mx:2443/books/interpretive-ethnography>
52. Hogan R. Autoethnography. *Salem Press Encyclopedia* [Internet]. 2020 [24/06/20]. Disponible en: <http://eds.a.ebscohost.com/eds/detail/detail?vid=5&sid=fcec429a-a47a-4c83-b04f-f8fe47309fbe%40sessionmgr4006&bdata=Jmxhbmc9ZXMmc2l0ZT1lZHMtbGl2ZQ%3d%3d#AN=90558253&db=ers>
53. Blanco M. ¿Autobiografía o autoetnografía?. *Desacatos* [Internet]. 2012. [24/06/20] (38):169-178. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1607-050X2012000100012&lng=es&tlng=es

54. Bérnard CSM. Autoetnografía una metodología cualitativa. México: Universidad Autónoma de Aguascalientes, El colegio de San Luis; 2019. Disponible en: <https://editorial.uaa.mx/docs/autoetnografia2.pdf>
55. Díaz L. J. Compendio de Etnografía general [Internet]. Aguascalientes: Instituto de Ciencias de Aguascalientes; 1895. Disponible en: <http://132.248.9.195:8080/fondoantiguo6/1418910-656087/JPEG/Index.html>
56. 9. Sinclair N. Ethnography. Salem Press Encyclopedia [Internet]. 2019 [04/07/20]; Disponible en: <http://eds.b.ebscohost.com.pbidi.unam.mx:8080/eds/detail/detail?vid=3&sid=3023a710-a545-4b2f-a785-7fcda905ea30%40pdc-v-sessmgr06&bdata=Jmxhbmc9ZXMmc2l0ZT1lZHMtbGl2ZQ%3d%3d#AN=89164205&db=ers>
57. Hammersley M. Ethnography: problems and prospects. *Ethnography and Education*. 2006; 1(1): p. 3-14. Disponible en: <https://www-tandfonline-com.pbidi.unam.mx:2443/doi/full/10.1080/17457820500512697>
58. De Souza MMC. O desafio do conhecimento. Pesquisa qualitativa em saúde. [El desafío del conocimiento. Investigación cualitativa en salud.] São Paulo / Río de Janeiro: Hucitec / ABRASCO, 2a. Edición [Internet].1993. 269p. disponible en: https://www.researchgate.net/publication/31673891_El_desafio_del_conocimiento_investigacion_cualitativa_en_salud_MC_de_Souza_Minayo
59. De Souza MMC, Ferreira DS, Cruz NO, Gomes R. Investigación social: teoría, método y creatividad. 1ª. ed, Buenos Aires. Lugar [Internet]. 2003. 64p. Disponible en: <https://abcproyecto.files.wordpress.com/2013/06/de-souza-minayo-2007-investigacion-social.pdf>
60. Josselson R, Lieblich A. Carolyn Ellis, *The Ethnographic I : A Methodological Novel about Autoethnography*. Walnut Creek. Life Writing. 2005; 2(2):199–206. Available from: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=edo&AN=ejs11858292&lang=es&site=eds-live>

61. Comisión Nacional para la protección de los sujetos humanos de investigación biomédica y comportamental. Informe Belmont Principios y guías éticos para la protección de los sujetos humanos de investigación. National Institutes of Health. 1979. Disponible en: http://www.conbioetica-mexico.salud.gob.mx/descargas/pdf/normatividad/normatinternacional/10_INTL_Informe_Belmont.pdf
62. Tribunal Internacional de Núremberg. Código de Núremberg, 1947. Disponible en: <http://www.bioeticanet.info/documentos/Nuremberg.pdf>
63. Asociación Médica Mundial Recomendaciones para guiar a los médicos en la investigación biomédica en personas. Declaración de Helsinki, 1964. Disponible en: http://www.conamed.gob.mx/prof_salud/pdf/helsinki.pdf
64. Manual de organización específico del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz [Internet]. CDMX; 2019. Disponible en: http://inprf.gob.mx/normateca/archivos/manuales_organizacion/MOE-INPRFM-2019.pdf
65. Cruz-Fuentes CS. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz. Rev Invest Clin[Internet] 2011; 63 (3): 219-222. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revinvcli/nn-2011/nn113a.pdf>
66. Gobierno de México. Instituto Nacional Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz [Internet]. CDMX; Actualizada a la fecha 16/06/20. Disponible en: <http://inprf.gob.mx/inprfnew/antecedentes.html#>
67. Madrigal EA. Informe Semestral de Autoevaluación 2019. Instituto Nacional Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz. 2019. Disponible en: http://inprf.gob.mx/transparencia/archivos/pdfs/INFO_AUTOEVALUACION_INPSIQ_2019.pdf [Acceso 25 noviembre 2020]
68. Beavers L, Christofilos V, Duclos C, McMillen L. et al. Perceptions of preparedness: How hospital-based orientation can enhance the transition from academic to clinical learning. Can Med Educ J. 2020; 11(4): 62-69. Disponible en: <https://doi.org/10.36834/cmej.61649>
69. van Rooyen D, Jordan JP, Ham-Baloyi W, Caka ME. A comprehensive literature review of guidelines facilitating transition of newly graduated nurses to professional nurses. Nurse Educ Pract. 2018; 30(35): 35-41. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2018.02.010>

70. Organización mundial de la salud. Clasificación Internacional de Enfermedades, 11va revisión. Disponible en: https://icd.who.int/ct11/icd11_mms/es/release
71. Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia. Plan de estudios de la materia Enfermería en la Salud Mental Comunitaria. Disponible en: <http://www.eneo.unam.mx/licenciatura-en-enfermeria/asignaturas-licenciatura-enfermeria.php>
72. Reyes GE. Fundamentos de enfermería. Ciencia, metodología y tecnología. El Manual Moderno. 2015. segunda edición. México D.F.
73. Ramírez SSC, Pérez SMO, Lozano RO. Perspectiva de la Investigación en Enfermería: El caso México. Ene. 2019; 13(4): Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988-348X2019000400008
74. Rodríguez VSML, Alarcón TN, Ruiz GJ, Pérez MMD. Inmovilización de pacientes y sujeción mecánica. Protocolo consensuado. Complejo hospitalario universitario de Albacete (CHUA).2012. Disponible en: <https://www.chospab.es/publicaciones/protocolosEnfermeria/documentos/17023d3b07b13ecbc6f578cb43bfa788.pdf>
75. Durkin A. Psychiatric Nursing Recruitment: Roles for Educators and Nursing Staff. *J Psychosoc Nurs Ment Health Ser.* 2002; 40(8):32-35. DOI: <https://doi.org/10.3928/0279-3695-20020801-13>
76. González MMCL. Manual de Organización Específico de la Dirección de Servicios Clínicos. Normateca: INPRFM; 2020. Disponible en: http://inprf.gob.mx/normateca/archivos/manuales_organizacion/MO-04-DSC-2020.pdf
77. Organización Mundial de la Salud. Tratamiento farmacológico de los trastornos mentales en la atención primaria de la salud. 2010. Disponible en: https://www.who.int/mental_health/management/psychotropic_book_spanish.pdf
78. Waite R. Psychiatric Nurses: Transitioning from Student to Advance Beginner RN. *J Am Psychiatr Nurses Assoc,* 2004; 10(4), 173-180. DOI: <https://doi.org/10.1177/1078390304267926>
79. Toribio JC, Canca JC. La enfermería ante el espejo. Evaluación de competencias clínicas específicas de enfermería. Reto para el desarrollo profesional y la garantía de la seguridad clínica y la calidad asistencial. *Evidentia.* 2013; 10(44). Disponible en: <http://www.index-f.com/evidentia/n44/ev4401.php>

80. González C. Competencias que desarrolla una enfermera en etapa principiante avanzada en una unidad de cuidado intensivo. *Horiz de Enferm.* 2017; 28(1):27-41. Disponible en: https://doi.org/10.7764/Horiz_Enferm.28.1.27
81. Jenkins R, Elliott P. Stressors, burnout and social support: nurses in acute mental health settings. *J Adv Nurs.* 2004; 48(6):622-31. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2004.03240.x>
82. Instituto Mexicano del Seguro Social. Con Terapia Electroconvulsiva, Pacientes Psiquiátricos se Reincorporan a la Vida Cotidiana. 2017. Disponible en: <http://www.imss.gob.mx/prensa/archivo/201703/066>
83. Kvilhaugsvik B, Rehnsfeldt AW. Interprofessional learning for nursing students in practice periods: problems to overcome and possibilities for uniprofessional campuses. *Scand J Caring Sci.* 2019 Jun; 33(2):478–86. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/scs.12648>
84. Ayuso MD, Colomer SA, Herrera PI. Habilidades de comunicación en enfermeras de UCI y de hospitalización de adultos. *Enferm Intensiva.* 2017; 28(3): 105-113. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.enfi.2016.10.006>
85. Waite R. The psychiatric educational experiences of advance beginner RNs. *Nurse Educ Today.* 2006; 26(2): 131-138. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2005.08.005>
86. Bianchi J, Henao A. Activación conductual y depresión: conceptualización, evidencia y aplicaciones en Iberoamérica. *Terapia Psicológica.* 2015; 33(2): 69-80. Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/terpsicol/v33n2/art02.pdf>
87. Collado A, Castillo S, Maero F, Lejuez CW, MacPherson L. Pilot of the brief behavioral activation treatment for depression in Latinos with limited English proficiency: Preliminary evaluation of efficacy and acceptability. *Behavior Therapy.* 2014; 45(1): 102-115. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.beth.2013.10.001> [Acceso 25 noviembre 2020]

ANEXOS

ANEXO 1. Valoración de Katz

Actividades básicas de la vida diaria (índice de Katz)

		Sí (1 punto)	No (0 puntos)
INDEPENDENCIA EN ABVD	1) Baño (Esponja, regadera o tina) Sí: No recibe asistencia (puede entrar y salir de la tina u otra forma de baño). Sí: Que reciba asistencia durante el baño en una sola parte del cuerpo (ej. espalda o pierna). No: Que reciba asistencia durante el baño en más de una parte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	2) Vestido Sí: Que pueda tomar las prendas y vestirse completamente, sin asistencia. Sí: Que pueda tomar las prendas y vestirse sin asistencia excepto en abrocharse los zapatos. No: Que reciba asistencia para tomar las prendas y vestirse.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	3) Uso del sanitario Sí: Sin ninguna asistencia (puede utilizar algún objeto de soporte como bastón o silla de ruedas y/o que pueda arreglar su ropa o el uso de pañal o cómodo). Sí: Que reciba asistencia al ir al baño, en limpiarse y que pueda manejar por sí mismo/a el pañal o cómodo vaciándolo. No: Que no vaya al baño por sí mismo/a.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	4) Transferencias Sí: Que se mueva dentro y fuera de la cama y silla sin ninguna asistencia (puede estar utilizando un auxiliar de la marcha u objeto de soporte). Sí: Que pueda moverse dentro y fuera de la cama y silla con asistencia. No: Que no pueda salir de la cama.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	5) Continencia Sí: Control total de esfínteres. Sí: Que tenga accidentes ocasionales que no afectan su vida social. No: Necesita ayuda para supervisión del control de esfínteres, utiliza sonda o es incontinente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	6) Alimentación Sí: Que se alimente por sí solo sin asistencia alguna. Sí: Que se alimente solo y que tenga asistencia sólo para cortar la carne o untar mantequilla. No: Que reciba asistencia en la alimentación o que se alimente parcial o totalmente por vía enteral o parenteral.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Calificación de Katz

- [A] Independencia en todas las actividades básicas de la vida diaria.
- [B] Independencia en todas las actividades menos en una.
- [C] Independencia en todo menos en bañarse y otra actividad adicional.
- [D] Independencia en todo menos bañarse, vestirse y otra actividad adicional.
- [E] Dependencia en el baño, vestido, uso del sanitario y otra actividad adicional.
- [F] Dependencia en el baño, vestido, uso del sanitario, transferencias y otra actividad.
- [G] Dependiente en las seis actividades básicas de la vida diaria.
- [H] Dependencia en dos actividades pero que no clasifican en C, D, E, y F.

Resultado

/6[]

ANEXO 2. Valoración de Lawton

Actividades instrumentales de la vida diaria (índice de Lawton)

		Sí (1 punto)	No (0 puntos)
INDEPENDENCIA EN AVID	1) Capacidad para usar teléfono Sí: Lo opera por iniciativa propia, lo marca sin problemas. Sí: Marca sólo unos cuantos números bien conocidos. Sí: Contesta el teléfono pero no llama. No: No usa el teléfono.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	2) Transporte Sí: Se transporta solo/a. Sí: Se transporta solo/a, únicamente en taxi pero no puede usar otros recursos. Sí: Viaja en transporte colectivo acompañado. No: Viaja en taxi o auto acompañado. No: No sale.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	3) Medicación Sí: Es capaz de tomarla a su hora y dosis correctas. No: Se hace responsable sólo si le preparan por adelantado. No: Es incapaz de hacerse cargo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	4) Finanzas Sí: Maneja sus asuntos independientemente. No: Sólo puede manejar lo necesario para pequeñas compras. No: Es incapaz de manejar dinero.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	5) Compras Sí: Vigila sus necesidades independientemente. No: Hace independientemente sólo pequeñas compras. No: Necesita compañía para cualquier compra. No: Incapaz de cualquier compra.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	6) Cocina Sí: Planea, prepara y sirve los alimentos correctamente. No: Prepara los alimentos sólo si se le provee lo necesario. No: Calienta, sirve y prepara pero no lleva una dieta adecuada. No: Necesita que le preparen los alimentos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	7) Cuidado del hogar Sí: Mantiene la casa solo o con ayuda mínima. Sí: Efectúa diariamente trabajo ligero eficientemente. Sí: Efectúa diariamente trabajo ligero sin eficiencia. No: Necesita ayuda en todas las actividades. No: No participa.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	8) Lavandería Sí: Se ocupa de su ropa independientemente. Sí: Lava sólo pequeñas cosas. No: Todos se lo tienen que lavar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Resultado		/8	

ANEXO 3. Escala GDS.

Este proceso consiste en llenar una hoja, contestar **SÍ** o **NO** en las 15 preguntas que se plantean de la siguiente manera.

Escala de depresión geriátrica: Cuestionario corto Escoja la respuesta adecuada según cómo se sintió usted la semana pasada.

1. ¿Está usted básicamente, satisfecho(a) con su vida? **SI / NO**
2. ¿Ha suspendido usted muchas de sus actividades e intereses? **SI / NO**
3. ¿Siente usted que su vida está vacía? **SI / NO**
4. ¿Se aburre usted a menudo? **SI / NO**
5. ¿Está usted de buen humor la mayor parte del tiempo? **SI / NO**
6. ¿Tiene usted miedo de que algo malo le vaya a pasar? **SI / NO**
7. ¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo? **SI / NO**
8. ¿Se siente usted a menudo indefenso(a)? **SI / NO**
9. ¿Prefiere usted quedarse en la casa, en vez de salir y hacer cosas nuevas? **SI / NO**
10. ¿Con respecto a su memoria: ¿Siente usted que tiene más problemas que la mayoría de la gente? **SI / NO**
11. ¿Piensa usted que es maravilloso estar vivo(a) en este momento? **SI / NO**
12. ¿De la forma de cómo se siente usted en este momento, ¿Se siente usted inútil? **SI / NO**
13. ¿Se siente usted con mucha energía? **SI / NO**
14. ¿Siente usted que su situación es irremediable? **SI / NO**
15. ¿Piensa usted que la mayoría de las personas están en mejores condiciones que usted? **SI / NO**

Las respuestas en negrita indican depresión.

Asigne 1 punto por cada respuesta en negrita. Un puntaje > 5 puntos parecen indicar depresión.

ANEXO 4. Actividades en la Activación Conductual.

	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
	Desayunar en el comedor	Desayunar en el comedor	Desayunar en el comedor	Desayunar en el comedor	Desayunar en el comedor	Desayunar en el comedor	Desayunar en el comedor
¿Cómo me sentí?							
	arreglar su cama y su habitación	arreglar su cama y su habitación	arreglar su cama y su habitación	arreglar su cama y su habitación	arreglar su cama y su habitación	arreglar su cama y su habitación	arreglar su cama y su habitación
¿Cómo me sentí?							
	interactuar con alguien		interactuar con alguien		interactuar con alguien		interactuar con alguien
¿Cómo me sentí?							
	caminar	Caminar	caminar	caminar	caminar	caminar	Caminar
¿Cómo me sentí?							
		Leer		leer		leer	
¿Cómo me sentí?							
		ver alguna película en grupo		ver alguna película en grupo		ver alguna película en grupo	
¿Cómo me sentí?							
	tomar un baño		tomar un baño		tomar un baño		tomar un baño
¿Cómo me sentí?							

Puede ser llenado con descriptores: Bien, Mal, Regular.

Actividades en la Activación Conductual.

	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
	arreglar su cama y su habitación	arreglar su cama y su habitación	arreglar su cama y su habitación	arreglar su cama y su habitación	arreglar su cama y su habitación	arreglar su cama y su habitación	arreglar su cama y su habitación
¿Cómo me sentí?							
	platicar con una compañera o personal		platicar con una compañera o personal		platicar con una compañera o personal		platicar con una compañera o personal
¿Cómo me sentí?							
	caminar	caminar	caminar	caminar	caminar	caminar	Caminar
¿Cómo me sentí?							
		Hacer crucigramas		Hacer crucigramas		Hacer crucigramas	
¿Cómo me sentí?							
		Conocerse entre las usuarias		Conocerse entre las usuarias		Conocerse entre las usuarias	
¿Cómo me sentí?							
	Dibujar		Dibujar		Dibujar		Dibujar
¿Cómo me sentí?							
	tomar un baño		tomar un baño		tomar un baño		tomar un baño
¿Cómo me sentí?							
	Asistir a terapia recreativa	Asistir a terapia recreativa	Asistir a terapia recreativa	Asistir a terapia recreativa	Asistir a terapia recreativa	Asistir a terapia recreativa	Asistir a terapia recreativa
¿Cómo me sentí?							

Llenar con descriptores: Bien, Mal o Regular.