



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

**ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y
OBSTETRICIA**

**COMPETENCIAS DE LA ENFERMERÍA CON
PRÁCTICA AVANZADA (EPA) REQUERIDAS PARA
LA ATENCIÓN DE LAS PERSONAS ADULTAS
MAYORES.**

TESIS

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

PRESENTA

LUCERO JAIMEZ OCHOA

N° DE CUENTA: 415005748

TUTORA:

DRA. VIRGINIA REYES AUDIFFRED



CIUDAD DE MÉXICO, AGOSTO DEL 2019



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.

La enfermería ha heredado de su proceso histórico una filosofía de responsabilidad hacia la vida humana, la cual deriva en el humanismo que le da el sustento teórico y el significado de su práctica; asimismo, le exige todo un proyecto vocacional que no termina con la elección de la carrera; este proyecto es un compromiso existencial que da respuesta a una serie de motivaciones que aspiran al desarrollo y bienestar del potencial humano en forma individual y colectiva.

Enfermera ilustre; Mtra. Graciela Arroyo.

AGRADECIMIENTOS

A toda mi familia por su apoyo incondicional y por motivarme en cada momento al progreso personal y profesional.

A la Dra. Virginia Reyes Audiffred por su comprensión, apoyo y por la asesoría en la metodología de la investigación y corrección de estilo con lo que fue posible culminar esta tesis.

A la Dra. Rosa María Ostiguín Meléndez que en colaboración con la Dra. Audiffred dirigen la investigación “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 (diabetes mellitus, hipertensión arterial) con enfoque de familia”, en la cual fui incluida como becaria.

A la Mtra. Zarate Grajales y a la Dra. Reyna Matus por su amable recibimiento en mi condición como pasante en la Unidad de Investigación de la ENEO.

Al Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía “Manuel Velasco Suárez”, por darme la oportunidad de rotar en su unidad de investigación en la fecha del 22 de abril al 3 de mayo del 2019.

A mis amigas, amigos y compañeras de las distintas organizaciones con las que colaboré.

Esta investigación fue realizada gracias al Programa de Apoyo a Proyectos de Investigación e Innovación Tecnológica (PAPIIT) de la UNAM, con clave IN306819, por lo que agradezco a la DGAPA-UNAM por la beca recibida.

A cada uno de ustedes, les agradezco por su comprensión y ayuda en las distintas situaciones a las enfrenté durante la realización de esta tesis.

CONTENIDO

AGRADECIMIENTOS.....	ii
CONTENIDO	iii
INTRODUCCIÓN.....	1
1. DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA	3
2. OBJETIVO GENERAL	5
3. MARCO REFERENCIAL	6
4. METODOLOGÍA	27
5. RESULTADOS.....	31
6. DISCUSIÓN	39
7. CONCLUSIONES	42
8. PROPUESTAS.....	44
9. ANEXOS.....	48
10. REFERENCIAS.....	92

INTRODUCCIÓN

El rol de la enfermería de practica avanzada (EPA) se dio a conocer a mediados del siglo XX en Estados Unidos, teniendo como causa principal el déficit distributivo del personal médico en zonas rurales, por lo que las enfermeras optaron por ampliar su rol, sus habilidades y conocimiento científico para acudir a las zonas más vulnerables y de escaso acceso a los servicios de salud. La EPA ha tenido mayor impacto en países de primer mundo, principalmente por la regulación de su práctica, así como mayores oportunidades educativas a nivel de posgrado, lo cual conlleva a mantener un proceso histórico de su desarrollo como rol ampliado de la enfermería. En la actualidad se cuenta con un concepto universal de la EPA otorgado por el Consejo Internacional de Enfermería, sin embargo, existen asociaciones que han conceptualizado a esta práctica, así como el establecimiento de competencias, esto se debe a que cada país tiene un contexto distinto, así como necesidades de salud que deben ser resueltas mediante el personal especializado, como lo es la EPA, quien han demostrado que con su alto nivel de autonomía, liderazgo y competencias clínicas avanzadas aportan positivamente a los sistemas de salud y por ende, a la pronta recuperación y bienestar de las personas y comunidades. Ante los resultados favorables que ofrecen las EPA en países desarrollados, en América Latina provocó el interés por parte de la Organización Panamericana de la Salud, quien desarrolló el documento titulado la Ampliación del Rol de las Enfermeras y Enfermeros en la Atención Primaria de Salud (AREEAPS-OPS), en donde se reflejan 7 dominios que incluyen competencias para que el rol de la EPA se implemente en países de América Latina y el Caribe, países que se enfrentan con distintas problemáticas epidemiológicas y también sociodemográficas. En México se ha desarrollado el Marco Mexicano de Competencias de Enfermería de Práctica Avanzada por la Secretaría de Salud mediante la Comisión Permanente de Enfermería (MMCEPA-SSA), que contiene competencias distribuidas en 6 dominios, los cuales tienen un enfoque de salud en comunidad; ambos documentos son la muestra del interés de

las autoridades sanitarias por el pleno desarrollo de la enfermería, también, como una alternativa para dar solución a los problemas salud relacionados a los determinantes sociales y que las enfermeras son profesionales con conocimientos en la promoción y prevención de enfermedades en las personas y comunidades, según las distintas etapas del ciclo de vida del ser humano.

La presente tesis está organizada en 10 apartados. En el primero se describe el problema de estudio, motivo de la investigación realizada. El segundo corresponde al objetivo general. En el tercer apartado se presenta el marco referencial, se abordan algunos conceptos principales, el estudio histórico de la EPA, la descripción de las competencias señaladas por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en el documento “Ampliación del rol de las enfermeras y enfermeros en la atención primaria de salud” (AREEAPS-OPS) y de la Comisión Permanente de Enfermería en el documento “Marco Mexicano de Competencias de Enfermería con Práctica Avanzada (MMCEPA)”, por último, se mencionan los programas de atención al adulto mayor y enfocándose principalmente en los programas: GeriatrIMSS del IMSS y la Política Integral de Atención al Adulto Mayor del ISSSTE

El cuarto apartado se describe la metodología utilizada para la realización del presente trabajo, la cual corresponde a un estudio de tipo documental de revisión integrativa de la literatura.

En el quinto apartado, se presentan los resultados obtenidos de la revisión integrativa, categorizados según los dominios que señala la OPS. En el sexto apartado, se discuten los resultados, con lo que señala como dominios y competencias en los documentos de la AREEAPS-OPS y MMCEPA-SSA, así como también con lo que marca como intervenciones de enfermería en las dos políticas institucionales de salud para la atención de la PAM. En el séptimo apartado las conclusiones y en el octavo se crea una breve propuesta, en el noveno apartado se encontrarán los anexos y, por último, la lista de referencias bibliográficas utilizadas para la realización del presente trabajo.

1. DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA

En la Región de las Américas, el 30% de la población no cuenta con acceso a los servicios de salud por motivos económicos, el 21% presenta limitaciones debido a las barreras geográficas (1), esto dificulta que las personas que habitan en zonas apartadas como lo son las zonas rurales, tengan dificultades para atender sus necesidades de salud.

Actualmente, el derecho a la salud se ha vuelto complejo y multicausal, no solo el financiamiento del gobierno es un problema, también el déficit de trabajadores de la salud, lo que ha sido uno de los problemas para lograr el acceso y la cobertura universal de salud. Se estima que para el año 2035, el déficit mundial de trabajadores de la salud será de 12,9 millones y en la actualidad este déficit es de alrededor de 7,2 millones, de los cuales 4,3 millones corresponden a los médicos y a las enfermeras (2), la escasez de profesionales es mundial, siendo los países en subdesarrollo los más afectados.

De acuerdo con este contexto, los gobiernos han implementado estrategias para suplir el déficit de profesionales de la salud, una de las estrategias es fortalecer las competencias de los profesionales de la salud en el primer nivel de atención y la promoción del cambio de roles con la demarcación de responsabilidades (3), sin embargo, el financiamiento asignado a los trabajadores de la salud es insuficiente en varios países, así como la distribución de estos profesionales en áreas rurales o áreas vulnerables que no siempre cuentan con la capacitación necesaria para trabajar con enfoque de derechos humanos, de interculturalidad y de género en los sistemas de salud.

En el caso de enfermería, se ha observado que la mayor parte de la fuerza laboral en el ámbito de la salud lo constituyen las enfermeras y enfermeros, por esta razón la educación de calidad es importante para formar líderes en enfermería que respondan a las necesidades de las personas, mediante la construcción de

conocimiento en los distintos niveles de posgrado y como comenta Ostiguín (4), de lo contrario la práctica de esta profesión puede ser cuestionada al no responder a favor de las necesidades de las comunidades en este nuevo contexto de avances científicos y tecnológicos.

A partir del déficit de recursos humanos de enfermeras así como de la crisis de los sistemas de salud, la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y el Consejo Internacional de Enfermería (CIE) proponen un nuevo rol educativo y profesional para América Latina, llamado “Enfermería con Practica Avanzada (EPA)”, el cual se refiere a un profesional de Enfermería con competencias clínicas avanzadas que brinda atención a las personas, grupos y comunidades.

En la Región de las Américas enfrentan dificultades para implementar el rol de la EPA, no existe regulación, ni la formación necesaria para las EPA en la Atención Primaria a la Salud (APS) y se ha observado que es un perfil que recién inicia con el proceso de investigación para conocer su factibilidad en el campo laboral y educativo. Desde hace más de 50 años, este rol profesional ha estado presente en algunos países como Estados Unidos, Canadá, Inglaterra y entre otros países desarrollados, mientras que en México, la EPA sigue en la etapa de investigación. Se espera que en los países de América Latina se implemente este rol con enfoque de APS a causa del aumento de enfermedades crónicas y de los cambios sociodemográficos que se esperan para el año 2030 y 2050, por lo que se requiere implementar la prevención primaria, secundaria y terciaria de los países en proceso de desarrollo.

En México, ha aumentado el número de Personas Adultas Mayores (PAM) debido al incremento de la esperanza de vida, por lo que se espera un aumento de enfermedades no transmisibles, especialmente las crónicas degenerativas y de este modo, el organismo presenta deficiencias y discapacidades para realizar las actividades de la vida diaria (5). Se sabe que México cuenta con una población total de 119, 938,473 y según datos estadísticos se menciona que hay más AM que niños

menores de 5 años (6). Este proceso de envejecimiento ha sido gradual y para el año 2050, se pronostica que el 30% de la población tendrá más de 60 años (7). Estas cifras no solo representan un futuro del cambio demográfico, también representan profundas consecuencias e implicaciones sociales, éticas, económicas, políticas, culturales, psicológicas, espirituales y de salud (3) que demandará este grupo de edad y que deben ser atendidas desde la Atención Primaria a la Salud.

Sin duda, la implementación de la EPA para el cuidado del adulto mayor es todo un reto, ya que debe desarrollar competencias avanzadas acordes al contexto del país, en donde se desarrollará para atender las demandas de salud de este grupo poblacional y lograr el acceso a la atención con enfoque de Atención Primaria de la Salud y por esta razón surge la siguiente pregunta de investigación.

1.1. Pregunta de investigación

¿Cuáles son las competencias de la Enfermería con Práctica Avanzada requeridas para el cuidado de las personas Adultas Mayores?

2. OBJETIVO GENERAL

Identificar las competencias de la Enfermería con Práctica Avanzada requeridas para la atención de las personas Adultas Mayores.

3. MARCO REFERENCIAL

3.1. MARCO CONCEPTUAL

3.1.1. Salud

La Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud de 1978 (8) reitera el concepto de salud "es el estado de completo bienestar, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades es un derecho humano fundamental".

3.1.2. Enfermería

Según la NORMA Oficial Mexicana NOM-019-SSA3-2013, para la práctica de enfermería en el Sistema Nacional de Salud (9), se conceptualiza a la Enfermería como una ciencia y el arte humanístico dedicada al mantenimiento y promoción del bienestar de la salud de las personas, ha desarrollado una visión integral de la persona, familia y comunidad y una serie de conocimientos, principios, fundamentos, habilidades y actitudes que le han permitido promover, prevenir, fomentar, educar e investigar acerca del cuidado de la salud a través de intervenciones dependientes, independientes o interdependientes.

3.1.3. Cuidado

En la actual NOM-019-SSA-2013 (9), refiere que el cuidado es la acción encaminada a hacer por alguien lo que no puede hacer la persona por sí sola con respecto a sus necesidades básicas, incluye también la explicación para mejorar la salud a través de la enseñanza de lo desconocido, la facilitación de la expresión de sentimientos, la intención de mejorar la calidad de la vida del enfermo y su familia ante la nueva experiencia que debe afrontar.

3.1.4. Enfermería de Practica Avanzada

Según el Consejo Internacional de Enfermeras (CIE), la Enfermería de Práctica Avanzada (en inglés: Advanced Practice Nurse, APN) es una enfermera registrada que ha adquirido la base de conocimiento experto, habilidades de toma de decisiones complejas y las competencias clínicas para la práctica expandida, cuyas características están determinadas por el contexto y / o el país en el que él / ella está acreditado para ejercer. El grado de Maestría es el nivel de estudios que se recomienda para poder obtener el título de EPA (10).

Para la Canadian Nurse Association, la APN es un término que describe un nivel avanzado de la práctica clínica de enfermería en donde su formación educativa es más profunda en los conocimientos de enfermería y adquiere experiencia para satisfacer las necesidades de salud de individuos, familias, grupos, comunidades y poblaciones (11).

La práctica de la EPA es la atención centrada en el paciente y posee una amplia gama de competencias para mejorar los resultados de salud de los pacientes y

poblaciones. La práctica avanzada de enfermería no es una práctica menor de la medicina. Es un rol propio de la Enfermería (12).

Para LeGrow K, et al (13), la EPA es aquella profesional de la salud que integran los principios y teorías de enfermería avanzada con conocimientos especializados para brindar una atención autónoma, independiente, responsable y ética.

3.1.5. Antecedentes de la Enfermería de Práctica Avanzada.

Morán (14), menciona que hace 60 años surgió el rol de la Advanced Practitioner Nursing (APN) (En español se traduce como Enfermería de práctica Avanzada) en países desarrollados, principalmente en Estados Unidos y Canadá, con el fin de atender la demanda de la población en materia de salud, por lo que considera que la EPA es profesional importante para el incrementar el acceso y la cobertura de los servicios sanitarios con un enfoque de Atención Primaria a la Salud (APS). Por otro lado, son pocos los artículos publicados en la Región de las Américas, que refieren información sobre la EPA, sin embargo, actualmente la OPS ha establecido el apoyo al desarrollo e implementación de la EPA en América Latina mediante la participación de actores dedicados a la formación de recursos en Enfermería Universitaria (15).

Estos profesionales han tenido una historia que abarca a mediados de los años 60's en países primer-mundialistas, como es el caso de Estados Unidos y Canadá, años después, fueron otros países como: Reino Unido, Finlandia, Francia, Bélgica, Singapur, Japón y China.

AMERICA

Parker J. (16) menciona que hace más de 40 años en Estados Unidos se ha contado con el rol de la enfermera practicante en donde se logró que estos profesionales obtuvieran una formación educativa y la certificación para ejercer de manera legal. Los roles avanzados de la APN en Estados Unidos fueron con las enfermeras parteras y anestesistas, que surgieron a partir de 1940. El primer programa de Certified Nurse Specialist (CNS) en psiquiatría se inició en 1954 en la Universidad de Rutgers. La nurse practitioner (PN) inició en 1965, con un programa piloto para dar respuesta a los costos de la atención médica, a la escasez del personal de salud y por la desorganización en los recursos sanitarios, este programa respondió a tales demandas, pero no siempre fue bien aceptado el nuevo rol. Se ha demostrado que las APN ayudan a mejorar los resultados clínicos y a la reducción de costos de la atención médica, mientras que las NP brindan una mejor atención en entornos ambulatorios (17). La formación educativa se estableció mediante capacitación en las áreas de trabajo y después se inició en las escuelas de enfermería a nivel maestría y la acreditación de los programas de la enfermera practicante (16).

Para Sheer (17), el desarrollo de la EPA ha evolucionado y se ha posicionado como una tendencia global en las últimas décadas (países primermundistas). En la Red Internacional de Prácticas Avanzadas de Enfermeras (INP/APNN) del Consejo Internacional de Enfermería reconocen que el desarrollo de la EPA depende de cada país al poseer a una población con distintas necesidades y contextos.

En el caso de Canadá, el concepto de la Advanced Practice Nursing (APN), fue creado por la Asociación de Practicantes de Ontario a principios de los años 70 y su práctica ha estado legislada y regulada a nivel territorial gracias al trabajo de la Asociación Canadiense de Enfermeras que se vincula con el gobierno para la regulación de la práctica avanzada. En Canadá también se ofrece la maestría en APN (17)

Los países de América Latina están esforzándose para evidenciar la importancia de los roles ampliados. En Puerto Rico se intentó introducir el programa de nurse practitioner (NP), pero no funcionó por la poca información para implementar el rol ampliado, así como ciertas barreras en las que se incluía la legislación, la educación y la aceptación del rol por parte de los demás profesionales de la salud (17).

EL CARIBE

En Jamaica se introdujo el rol de la NP a partir de 1970 a causa del déficit de médicos en áreas rurales y marginadas. El programa de estudios de la NP se ofreció en la Escuela de Enfermería University of the West Indies y en el año 2002 se convirtió en programa de maestría, sin embargo, la NP se ha encontrado con barreras como la negación para recetar medicamentos sin la supervisión del médico, así como la dificultad de su integración en el sistema de salud (18)

En la Escuela de Enfermería de Belice en 1992, se ofreció el programa de Certificado como Practicante Psiquiátrico de Enfermería, capacitando 16 NP en psiquiatría, tienen la oportunidad de solamente recetar medicamentos psicotrópicos. Solo se certifican como NP, no hay programa de maestría (18).

AUSTRALIA

Por otra parte, en Australia, las enfermeras practicantes surgen a partir de la escasez de los médicos en zonas geográficas vulnerables, como lo son las áreas rurales, por lo que se establecieron protocolos para la práctica de las enfermeras en estas zonas y así se dio la oportunidad de que ejercieran un rol autónomo. Los resultados de dichos protocolos indicaron que era factible y seguro el rol de las enfermeras practicantes. La formación educativa de estos profesionales comparte contenido curricular al de Estados Unidos y, por ende, solo se ofrece el título en niveles de posgrado (16). El primer programa de APN se da a conocer el año de 1990 (17).

ASIA

En el continente asiático (17), en China los primeros APN surgen a partir del año de 1995 en Taiwán, a causa de la escasez de médicos, el gobierno reconoce formalmente el rol de los APN, en el 2003, se da a relucir el plan de estudios y su regulación, en el año 2004, el Ministerio de salud de Taiwán establece la acreditación de los enfermeros practicantes y desde el año 2005, se establece que las APN solo se formarán por medio de estudios de posgrado. En Hong Kong, el rol de la APN inicia en la Universidad Politécnica de Hong Kong en el año de 1995 y han existido clínicas de enfermería. En China, no ha sido fácil el implementar el rol, principalmente por dos barreras, las cuales son: la existencia de un mayor número de médicos que de enfermeras y la regulación de la formación universitaria de enfermería.

En Singapur a partir del 2003 se inició con el programa de maestría y actualmente se espera que la cantidad de APN aumente a 200 profesionales, sin olvidar que, en el año 2005, se estableció registrar a las APN.

En Tailandia se introdujo el concepto de APN en el año 1998 y en el 2003 se certificó al primer grupo de enfermeros practicantes en cinco áreas: médica quirúrgica, pediatría, materno infantil, comunitaria y salud mental. El Consejo Nacional de Enfermería de Tailandia ha certificado a 4,100 enfermeras practicantes (17).

En Corea, la historia de la APN se da a partir de 1950 cuando las enfermeras parteras y enfermeras anestesistas fueron certificadas por la ley de enfermería y de salud (17). La enfermera practicante (NP) inicia desde 1973 con la certificación en las áreas: salud pública, anestesia y atención en el hogar. La Ley de Servicios médicos de Corea, acordó que la enfermera practicante (NP), y la especialista en enfermería clínica (CNS) se les llamaría "enfermería de práctica avanzada (APN). Existen 12 cursos de APN en un total de 13 áreas y a partir del 2012, se han abierto 105 cursos en 40 instituciones en donde se admitieron un total aproximado de 817 alumnos (19).

NUEVA ZELANDA

En Nueva Zelanda, en el año 2000 se introdujo el primer programa de formación de NP y ha sido regulado por el Consejo de Enfermería de Nueva Zelanda (2).

EUROPA

En el continente europeo, los países como Bélgica, Alemania, Países bajos y Suiza inician a proponer la práctica avanzada a partir del año 2000. En el Norte de Bélgica, el programa de maestría en APN inicia en la Universidad Católica de Lovaina y la primera generación egresó en el año de 1989. En Alemania no ha sido muy favorable la implementación de la APN porque la cantidad de médicos es mayor que en enfermería y sin embargo, existe un grado mínimo de apoyo a la implementación del rol de la APN. En los países Bajos, se inicia como una práctica hospitalaria en donde existen más de 2000 APN. Esto demuestra que mientras en Reino Unido tuvo una gran importancia, en Europa fue muy poco el avance en la implementación de la APN (17)

En Reino Unido en el año de 1991, Bárbara Stilwell desarrolló el primer programa de enfermera practicante (NP) el cual tomó importancia a la Atención Primaria a la Salud (APS), el título de APNR está regulado por el Consejo de Partería de Enfermería (17).

El rol de la Enfermería con Practica Avanzada ha demostrado una transición y queda como antecedente que la EPA ha sido mayormente desarrollada en países de primer mundo, y un ejemplo de ello es Estados Unidos que inició a desarrollar los roles ampliados y actualmente ofrece programas de posgrado para APN, la acreditación de los planes de estudios y la regulación legal de la práctica avanzada. La APN ha sido implementada por los países para resolver las demandas de la salud de sus poblaciones, así como de sus sistemas de salud en materia de recursos.

Los antecedentes han demostrado que América Latina inicia sus esfuerzos a partir del año 2000 (17) para implementar la Enfermería con Práctica Avanzada (EPA), sin embargo, existen diferentes barreras por lo que el desarrollo de estos roles

ampliados, se vuelve un proceso paulatino. En el 2018, la Organización Panamericana de la Salud publicó un documento llamado “Ampliación del rol de enfermeras y enfermeros en la atención primaria de salud” (2) en el cual se demuestra la importancia de las y los licenciados en enfermería deban actuar en el primer nivel de atención y con ello eliminar las barreras que impiden que las personas el acceso a la salud, también se explica que son un recurso humano importante para resolver la escasez del personal sanitario en algunas zonas geográficas.

Si bien, América Latina y el Caribe ha iniciado con investigaciones para concebir las competencias que requiere cada país para resolver las demandas según las necesidades de la población y su contexto nacional. A partir del año 2018 en la Ciudad de México, la Comisión Permanente de Enfermería (CPE) de la Secretaría de Salud, ha iniciado el proceso para implementación de rol ampliado en las enfermeras en México y por ello, ha establecido lo dominios y competencias de la EPA que se encuentran en el documento llamado “Marco Mexicano de Competencias de Enfermería con Práctica Avanzada (MMCEPA)”, se ha estado promocionando en diferentes espacios científicos de enfermería, como en congresos de investigación y más reciente en el 2da Reunión Nacional de Enfermería 2018 de la CPE que se llevó a cabo en el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER) (ANEXO 1).

3.1.6. Roles de la EPA

Desde 1960 surgen dos roles ampliados de enfermería (14). En Canadá se reconocen dos roles de la APN (EPA) que son: Clinical Specialist Nurse (CNS) y Practitioner Nurse (NP), lo cual se traduciría como Enfermera Clínica Especialista y Enfermera Practicante.

Las CNS brindan atención avanzada a las personas que necesitan un cuidado especializado y ofrecen consultas; deben contar con un grado de maestría o doctorado en enfermería, así como conocimientos, habilidades y experiencia en un área de especialidad (20).

En cambio, las NP brindan atención directa centrada en la promoción de la salud, así como del tratamiento, estas enfermeras están registradas (RN) y poseen competencias para diagnosticar, interpretar estudios y pueden prescribir fármacos bajo la normatividad de Canadá (21). La NP posee educación a nivel de posgrado y en América Latina no se cuenta con una figura profesional de este tipo (14). Ambos roles incorporan en su práctica: la investigación, la consulta, la educación para la salud, el liderazgo y el grado en maestría o doctorado.

3.1.7. Competencia

Proviene del latín “competere” que significa lo que le corresponde o compete a un sujeto. Es la capacidad en el que el sujeto se adapta y mantiene un desarrollo cognitivo conductual que da la oportunidad de responder y adaptarse a las demandas del entorno o contexto en el que se encuentra y se requiere de habilidades, conocimientos, sentimientos y pensamientos (22).

3.1.8. Competencias de la EPA

Entre las competencias de la EPA incluyen aquellas actividades que realiza para ofrecer cuidados avanzados de enfermería dirigidos a la persona, comunidad y

familia. La EPA utiliza competencias para el cuidado en todas las dimensiones de su práctica profesional, por ejemplo: aplica competencias para la colaboración interprofesional y para el liderazgo en su entorno (12). Las competencias de la EPA las establece cada país, según las autoridades correspondientes y según las necesidades de la población.

Para fines de esta investigación, se retoman las competencias que ha establecido la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Comisión Permanente de Enfermería (CPE) de la Secretaría de Salud de México (ANEXO 2).

3.1.9. Competencias de la EPA según la OPS.

La OPS ha manifestado que América Latina (AL) también puede implementar el rol de la EPA, por ello ha colaborado en mesas de trabajo con diferentes personalidades de la enfermería de AL y en el año 2018, se publica un documento llamado, “Ampliación del rol de las enfermeras y enfermeros en la atención primaria de salud” (2), en donde se mencionan las competencias centrales que debe poseer la EPA, divididas en 7 dominios con 64 competencias y a continuación se mencionan:

Dominio 1: Gestión del cuidado:

- a) Enfoque del cuidado, (tres competencias)
- b) Valoración y diagnóstico, (siete competencias).
- c) provisión del cuidado, (10 competencias).

Las competencias de este dominio van encaminadas a que el proceso enfermero sea ejecutado con competencias clínicas avanzadas para la atención de las personas, en donde para el cuidado se requiere que la EPA aplique conocimientos

sociales y culturales, así como de conocimientos anatómo-fisiopatológicos. En el proceso de valoración y diagnóstico se requieren de habilidades para el uso de los sistemas de tecnología, de habilidades para el manejo del sujeto de atención y de la familia, en donde debe de identificar los riesgos para la salud y riesgos psicosociales, también realiza y documenta exámenes físicos. Para la ejecución de cuidados, éstos deben ser aplicados según la mejor evidencia científica, respetando la cultura y creencias de la persona, aplica cuidados de calidad que salvaguarden la seguridad de la persona, también puede prescribir medicamentos (según la regularización legal de su país) y ejecuta intervenciones farmacológicas y no farmacológicas que puedan responder las necesidades de la persona y de la familia y, por último, también puede brindar cuidados paliativos (2).

Dominio 2: Ética, (cuatro competencias).

Las competencias de este dominio marcan que la EPA debe de actuar bajo principios éticos y promover entre la persona y su familia la libertad de discutir sus asuntos de salud y la toma de decisiones (2).

Dominio 3: Colaboración interprofesional (seis competencias).

Las competencias de este dominio muestran que la EPA puede colaborar y coordinarse con otros profesionales de la salud para el cuidado interprofesional que esté centrado en la persona, también actúa como un medio para la referencia de pacientes a otros profesionales, a la comunidad o a externos al sistema de salud (2).

Dominio 4: Promoción y prevención en salud (nueve competencias).

Las competencias de este dominio hacen referencia a que la EPA cuente con habilidades y conocimientos para la realización de programas de promoción de la salud (primaria, secundaria y terciaria) según la evidencia científica para empoderar a las personas, grupos y comunidad, con el fin de que adopten estilos de vida saludables y autocuidado (2).

Dominio 5: Práctica basada en evidencia (seis competencias).

Las competencias de este dominio van encaminadas a que la EPA puede realizar búsqueda, análisis e incorpora resultados de investigaciones que fundamenten sus cuidados, también actúa como agente de cambio para la salud de las personas y para el equipo de salud (2).

Dominio 6: Investigación (cinco competencias).

Las competencias de este dominio muestran que la EPA ejecuta el método de investigación cuantitativo o cualitativo para responder preguntas de investigación, por lo que puede diseñar proyectos de investigación de manera individual o con otros profesionales (2).

Dominio 7: Liderazgo (14 competencias).

Las competencias de este dominio mencionan que la EPA ejerce un alto nivel de autonomía y de independencia para proporcionar cuidados a la persona o a la comunidad, aplica el pensamiento crítico y reflexivo, formula políticas para el desarrollo de la EPA, también analiza la estructura organizacional para la provisión del cuidado (2).

3.1.10. Competencias de la EPA según la Comisión Permanente de Enfermería

La Comisión Permanente de Enfermería (CPE), como cuerpo colegiado y asesor de la Secretaría de Salud, que tiene por objeto conducir y analizar las acciones y actividades que se emprendan en materia de enfermería (23), en colaboración con líderes de la Enfermería en México, en el año 2018 ha creado el “Marco Mexicano de Competencias de Enfermería de Práctica Avanzada (MMCEPA)” (24) en donde

se presentan los 6 dominios y las 68 competencias que requiere la EPA en México, y a continuación se mencionan:

Dominio 1. Análisis de la situación de salud de su comunidad (10 competencias).

Las competencias de este dominio establecen que la EPA realiza un diagnóstico de salud de la comunidad para responder a sus necesidades, ejerce el liderazgo a nivel local, participar en espacios con otros profesionales de la salud, identifica las equidades del acceso de la salud, realiza la referencia y contra referencia en los servicios de salud de la comunidad (24).

Dominio 2. Gestión del cuidado (13 competencias).

Las competencias de este dominio marcan que la EPA aplica en proceso enfermero con habilidades clínicas avanzadas para brindar cuidados de calidad y basados en la evidencia científica, debe poseer conocimientos de fisiopatología, psicología y tecnologías para la valoración de la persona y de la familia con enfoque integral, prescribe medicamentos y brinda cuidados paliativos (24).

Dominio 3. Vigilancia y control de riesgos y daños en salud de su comunidad (15 competencias).

Las competencias de este dominio mencionan que la EPA identifica y actúa sobre los riesgos sanitarios y amenazas que presenta la comunidad, considerando principios éticos, culturales, género y derechos humanos, ejecuta el diagnóstico diferencial en enfermedades agudas, crónicas y de riesgo vital, participa en estudios de investigación, gestiona espacios con actores de salud y autoridades locales y estatales para planear acciones en caso de desastres naturales o contingencias epidemiológicas y realiza campañas de autocuidado para la población (24).

Dominio 4. Promoción de la salud y participación social de la comunidad (11 competencias).

Las competencias de este dominio mencionan que la EPA promueve la participación intersectorial y fomenta el empoderamiento de la comunidad y la participación de

actores de la comunidad para discutir e implementar estrategias de salud, también promueve estilos de vida saludables con la realización de programas o estrategias de salud (24).

Dominio 5. Planificación y gestión de la calidad en salud de la comunidad (10 competencias).

Las competencias de este dominio establecen que la EPA valora las necesidades de la comunidad, organiza, dirige y colabora con otros profesionales de la salud y con autoridades de la localidad para implementar programas de salud en la comunidad, convoca a reuniones regionales, jurisdiccionales o locales que permitan abordar los problemas de salud en la comunidad, resalta la equidad en el acceso y cobertura de salud, el trato digno de las personas, colectivos y comunidad antes y después del contacto de los profesionales de salud (24).

Dominio 6. Liderazgo y colaboración interprofesional (9 competencias).

Las competencias de este dominio hacen referencia a que EPA demuestra autonomía en su práctica, brinda cuidados independientes e interdependientes en las personas y su familia, promueve ambientes organizacionales saludables entre el equipo de salud para la distribución efectiva de funciones y prácticas colaborativas, y contribuye al desarrollo de la EPA (24).

3.2. PERSONA ADULTA MAYOR

En la NOM-031-SSA3-2012: Asistencia social, prestación de servicios de asistencia social a adultos y adultos mayores en situación de riesgo y vulnerabilidad, hace referencia que una persona adulta mayor es aquella que cuente con 60 años o más de edad (25).

3.2.1. Cambios anatomo-fisiológicos del envejecimiento

La naturaleza de los cambios en los AM sucede en el organismo, ya que con el paso del tiempo se modifican las funciones vitales resultantes de la disminución de oxidación y del aumento de radicales libres a nivel celular. Las manifestaciones clínicas del envejecimiento más frecuentes se producen en: el tejido conectivo en donde se reduce el tejido adiposo en la capa subcutánea así como de glándulas sudoríparas y la presencia de arrugas en la piel; en los huesos se pierde densidad ósea, en el musculo se pierde masa muscular; en la sangre hay perdida de glóbulos rojos que da como resultado a la fatiga física y la capacidad inmune de ciertos linfocitos produce vulnerabilidad a contraer infecciones; en el sistema cardiovascular existe una disminución de la frecuencia cardiaca; en el tracto digestivo intervienen los cambios dentales que afectan a la masticación y deglución de alimentos y puede haber presencia de estreñimiento; en el hígado se manifiesta la reducción de su tamaño y peso; en el riñón existe una disminución en la filtración de la creatinina; en el sistema endocrino se manifiesta la disminución de la función tiroidea; en los órganos reproductor existen manifestaciones distintas para hombres y mujeres, en los hombres existen cambios que afectan a la próstata, en las mujeres surgen cambios hormonales y atrofia en ovarios, útero y vagina; en el sistema nervioso se presenta la disminución de peso en el cerebro y de neuronas, esta descomposición afecta directamente en los órganos de los sentidos en donde se presenta la disminución en la función de los ojos, de los oídos, del gusto, del olfato y del tacto (26).

3.2.2. Adultos mayores en México

Según datos del año 2012, a nivel nacional existen 10, 055, 379 AM y el sexo femenino es predominante con un 53.5%, por otro lado, entre las tres principales enfermedades que padecen los AM son: hipertensión, diabetes e hipercolesterolemia. Entre más aumente la edad de los AM aumenta la posibilidad de la pérdida de la autonomía en sus actividades básicas de la vida diaria y actividades instrumentales de la vida diaria (27).

3.3. PROGRAMAS PARA LA ATENCIÓN DE LA PERSONA ADULTA MAYOR EN MÉXICO

Los cambios socio demográficos en el mundo y específicamente en México han demostrado una inversión en la pirámide poblacional; en más de 30 años nuestro país que está en constante cambio se verá obligado a responder la demanda demográfica y epidemiológica en donde aumentará el número de adultos mayores y la esperanza de vida. México ha tratado de implementar políticas públicas, a través de diferentes instituciones y creando programas para asegurar los derechos de los AM.

De acuerdo con la búsqueda que se realizó, se encontró que la mayoría de los programas que brindan apoyo a las personas mayores en México, son de tipo social y alimentaria. En último sexenio del gobierno de México, se crearon algunos programas y se siguió atendiendo a aquellos programas que previamente ya existían. Según datos de las páginas web de origen gubernamental, se encontraron que existen 26 programas que atienden la demanda de la población adulta mayor. La Secretaría de Desarrollo Social (SEDESOL y actualmente Secretaría de Bienestar) ha desarrollado 11 programas, el Sistema para el Desarrollo Integral de

la Ciudad de México (DIF) cuenta con 9 programas, el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) desarrolló la Política Integral de Atención al Adulto Mayor y por último el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) creó el programa de GeriatrIMSS (ANEXO 3).

Caro (2012) menciona que los problemas como el atraso en el desarrollo del conocimiento y la pobreza en la población mexicana, alteran y agravan las condiciones de vida en las que se desarrollan los adultos mayores (AM), por lo que sugiere al gobierno mexicano que ajuste su agenda pública para que se tomen adecuadamente las decisiones que garanticen una atención efectiva en los AM y que se retome al envejecimiento como un proceso que requiere atención integral (28), lo cual va muy relacionado al artículo 19, sobre el derecho a la salud ubicado en el texto de la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores, en el cual se menciona que los Estados Parte tienen la obligación de desarrollar e implementar políticas intersectoriales para la prevención, promoción de la salud, atención y rehabilitación de alteraciones en la salud así como brindar cuidados paliativos a los AM, a fin de que esta población desarrolle un envejecimiento saludable con servicios de salud integrales (29) aunque por desgracia, México aún no ha firmado este convenio establecido por la Organización de los Estados Americanos (OEA) (30).

Para fines de esta tesis, se han retomado solo dos programas institucionales, el de la Política Integral de Atención al Adulto Mayor del ISSSTE y GeriatrIMSS del IMSS, debido a que son los programas que darían mayor apertura para que la Enfermería desarrolle competencias avanzadas para la atención del AM y por el objetivo que tienen ambos programas al intentar ofrecer atención integral. A continuación, se explican ambos programas.

3.3.1. Política Integral de Atención al Adulto Mayor

El ISSSTE cuenta con 1,623,497 derechohabientes de 60 años o más (31), ante dicha cantidad se demuestra la importancia de ofrecer servicios que cubran la demanda de salud de esta población y por ello, decidió crear una serie de proyectos que están integrados en una política que en el año 2014, la Junta Directiva del ISSSTE decidió crear la Política Integral de Atención al AM, para lograr la mejora de la salud de su población derechohabiente y el empoderamiento de los mismos. Esta política cuenta con tres ejes rectores, los cuales son: envejecimiento saludable, desarrollo integral y promoción de los derechos humanos del AM. El objetivo de esta política es contribuir al buen desarrollo de los AM que son derechohabientes y su familia, promoviendo la participación de estos en la sociedad, en la cultura y la economía. Esta política ha desarrollado proyectos interdisciplinarios para que sus derechohabientes con edad avanzada tengan acceso a servicios que promuevan su desarrollo integral en los diferentes niveles de atención a la salud, principalmente en el primer nivel de atención, y actualmente existen los siguientes proyectos (32):

Envejecimiento Saludable:

En este programa se brinda atención integral personalizada al AM frágil, mediante la colaboración de un equipo multidisciplinario del área de la salud y esta atención se brinda en los 118 Módulos Gerontológicos que están ubicados en distintas partes del país. La atención busca que la funcionalidad del AM sea preservada y prevenir aquellas posibles repercusiones en la salud, así como fomentar el autocuidado en el AM, en los familiares o en el cuidador para que su calidad de vida sea favorable. En este programa, se menciona que la Enfermería forma parte del equipo interdisciplinario que brinda atención y que también busca la capacitación y actualización. Este programa funciona desde el año 2002 (32).

Prestaciones económicas

Ofrecen préstamos económicos a los jubilados y pensionados del ISSSTE (32).

Capacitación

Este programa va dirigido tanto para cuidadores de AM como para el personal de la salud. Se han creado dos plataformas en línea para ofrecer cursos específicamente para cuidadores informales y de manera gratuita pueden acceder al material que se encuentra en la web del Curso de Apoyo Para Cuidadores Informales de Personas Envejecidas (<https://bit.ly/1Y19neW>) (31) y también el Curso de Apoyo Para Cuidadores Informales de Personas Envejecidas Frágiles y con Demencia (<https://bit.ly/2qrHfe9>) (33) y con ello, los cuidadores puedan adquirir herramientas teóricas y desarrollar habilidades prácticas para el cuidado del AM y el autocuidado del cuidador. Por otra parte, el instituto busca que su personal cuente con conocimientos actualizados y por ello ha creado diferentes cursos y diplomados para ellos; y para Enfermería se ha creado el diplomado en Enfermería gerontológica (<https://bit.ly/2P6oqXT>) (32), quien también puede acceder a otros cursos de actualización.

Casas de día

Desde el año 2014 se da inicio a este proyecto y hasta el momento existen 21 Casas del Día en el país, con el fin de promover e integrar a los AM en la sociedad para reconocer el respeto y el trato digno que merece esta población adulta. En estas casas, los AM se relacionan con otras personas para realizar actividades recreativas, físicas y de aprendizaje para que mantengan en equilibrio su salud y de algún modo apoyar a la familia y/o cuidadores (34).

Programas Geriátricos y recreativos

Este programa va dirigido a los pensionados del ISSSTE para que accedan a servicios de recreación y convivencia al poder acudir a visitas programadas en el Centro de Convivencia para Jubilados y Pensionados (CONVIVE) (32).

DeporISSSTE

Programa que brinda una serie de actividades físicas exclusivamente para jubilados y pensionados del ISSSTE (32).

Grupos de Ayuda Mutua

En este programa, se reúnen AM para compartir experiencias y necesidades, en este grupo pueden acudir personas que padecen alguna afección en su salud (32).

Centro de estudios y apoyo al adulto mayor

En este Centro se ofrecen servicios de tipo educativo, de investigación y vinculación para promover la prevención, la procuración de la autonomía y desarrollo integral del AM mediante actividades educativas para que se integren al ámbito laboral. En este Centro, colabora la Universidad Nacional Autónoma de México (32).

Programa Iberoamericano de Cooperación sobre la situación de los Adultos Mayores en la región

El ISSSTE forma parte de este programa junto con el IMSS e INAPAM, quienes representan a México en dicho programa Iberoamericano. En este programa, el ISSSTE colabora para fomentar la capacitación en temas de AM, elaborar y difundir información y participar en el Observatorio Permanente de Adultos Mayores sobre la situación de los adultos mayores en la región (32).

De esto modo, se observa que el ISSSTE se está comprometiendo con la sociedad y con los nuevos retos demográficos, en especialmente con la población adulta mayor, en donde la participación y la inclusión del equipo interdisciplinario puede aportar a esta política. Enfermería es una profesión que está presente en dicha política y que se ve obligada a desarrollar competencias especializadas en la atención del AM, así como la oportunidad para que actualice sus conocimientos y demuestre que en su práctica puede desempeñar roles avanzados mediante la

constante adquisición de conocimientos y habilidades en áreas de hospitalización, comunidad y hogar.

3.3.2. GeriatrIMSS

Ante el aumento de la población adulta mayor, el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), decidió implementar el Plan Geriátrico Institucional GeriatrIMSS para brindar atención a esta población derechohabiente en unidades médicas.

GeriatrIMSS tiene el propósito de ofrecer servicios de calidad, así como el aportar positivamente en la calidad de vida de los AM y de su familia.

Su misión es proporcionar atención integral de calidad y calidez al AM, brindando atención humanizada y profesional de médicos, enfermería con especialidad, nutriólogos, terapeutas físicos, trabajo social, así como de los demás profesionales que intervienen en el área médica (35).

Las principales características de GeriatrIMSS como programa institucional, son: que los adultos mayores derechohabientes mantengan estilos de vida saludables y con ello, favorecer al mismo proceso de envejecimiento. Mediante las Unidades Médicas se busca implementar un modelo de atención integral y para esto, el instituto se responsabiliza de actualizar y capacitar a todos los profesionales de la salud que atienden al AM (enfermería está incluida en los programas de actualización) y, por último, la investigación clínica en AM se debe de reforzar para cumplir con el propósito de este plan (35).

Como parte de la atención integral al AM, se realiza una valoración especializada durante su estadía en el hospital, en donde se valoran los factores psicológicos, sociales, familiares, funcionales propios de la edad y nutricionales con el objetivo de prevenir y actuar oportunamente ante cualquier tipo de riesgo (35).

4. METODOLOGÍA

Se realizó un estudio documental con una metodología correspondiente a la revisión integrativa de la evidencia científica, fundamentada específicamente en 6 etapas: identificación del problema, búsqueda de la literatura, recolección de datos, análisis crítico de los estudios incluidos, discusión de los resultados y presentación de la revisión integradora (36).

Identificación del problema

La EPA es un rol aun poco estudiado en países de América Latina y en México es escasa la literatura existente en bases de datos y más aun tratándose de la EPA especializada en la atención de las personas adultas mayores, una población que cada vez va en aumento en este mundo globalizado en donde la Enfermería es un recurso humano y una estrategia para mejorar la salud de las poblaciones y para el acceso y cobertura de los servicios de salud, sin embargo, aún queda por visibilizar a esta profesión y posicionarla en puestos de liderazgo con un mayor grado de autonomía entre los equipos de salud así como el desarrollar competencias clínicas avanzadas. A partir de esto, surge la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuáles son las competencias de la enfermera con práctica avanzada requeridas para la atención de las personas adultas mayores?

Búsqueda de la literatura

Primero se realizó una búsqueda de información muy generalizada en la Biblioteca Virtual de la Universidad Nacional Autónoma de México (BidiUNAM), páginas web de la secretaría de Salud y del Seminario Universitario Interdisciplinario sobre Envejecimiento y Vejez (SUIEV) así como de documentos en línea, se seleccionaron documentos oficiales y publicados por organismos nacionales e internacionales de Enfermería. Se acudió a la Segunda Reunión Nacional de

Enfermería 2018 de CPE, en donde se presentó una sesión de “Enfermería de práctica avanzada (EPA) en el primer nivel de atención”, en donde se logró recolectar información acerca del tema y se adquirió el documento titulado Marco Mexicano de Competencias de Enfermería de Práctica Avanzada.

Durante el periodo de diciembre 2018 a marzo del 2019 se realizó una búsqueda del estado del arte en las bases de datos: Medline, Scielo, Scopus, Science Direct, Google Scholar, BidiUNAM.

Se consideraron los siguientes criterios de inclusión para la selección de la evidencia científica: artículos en idioma inglés y español, publicados entre el año 2009 al 2019 con los siguientes Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS) y Medical Subject Headings (MeSH): Advanced Practice Nursing, Nurse's Role, Nurse Practitioners, Nurse Practitioners, Geriatric Nursing, Aged, Frail Elderly. (ANEXO 4), se utilizó una estrategia de búsqueda entre los DeCS y MeSH en combinación con los siguientes operadores booleanos:

- Advanced Practice Nursing AND Aged AND Nurse's Role.
- Enfermería de Practica Avanzada AND Adulto mayor AND rol de la enfermera
- Advanced Practice Nursing AND Geriatric Nursing
- Advanced Practice Nursing AND Older people OR Aged
- Advanced Practice Nursing AND Frail Elderly
- Nurse Practitioners AND Aged AND Nurse's Role
- Nurse Practitioners AND Geriatric Nursing

Los criterios de exclusión se aplicaron en aquellas publicaciones que no tuvieran relación con el objetivo de este estudio.

Recolección de datos

Antes de extraer los resultados de esta investigación, se utilizó un instrumento para recolección de datos con metodología de revisión integrativa, publicada por la Red Internacional de Enfermería en Salud Ocupacional (RedENSO Internacional) (37), el cual fue de apoyo para organizar la información de los artículos seleccionados, estas tablas recogen datos de los artículos: identificación de autor, base de datos, datos relacionados con la publicación (tipo de publicación, título, año de publicación, revista, volumen, páginas, país de origen, idioma), población, muestra, objetivo de la investigación, diseño, instrumentos utilizados, análisis de datos, nivel de evidencia y principales resultados (ANEXO 5).

La búsqueda se realizó con el apoyo de la Biblioteca virtual de la UNAM para tener acceso libre a las diversas revistas de enfermería, se revisaron los artículos relacionados con algún DeSC o MeSH pero solo 10 artículos cumplieron con las características de inclusión para esta revisión integrativa.

Los artículos fueron publicados en las revistas científicas: Age and Ageing, International Journal of Nursing Knowledge, International Journal of Nursing Studies, The Journal for Nurse Practitioners, The Gerontologist, Journal of the American Geriatrics Society y American Association of Colleges of Nursing. Los países de origen fueron: Estados Unidos, España e Inglaterra. De acuerdo con el periodo de publicación se identificaron 2 artículos publicados en el año 2012, 1 en el año 2013, 2 en el 2015, 3 en el año 2016 y 2 artículos en el año 2018. Metodología de los artículos: 1 ensayo clínico aleatorizado, 3 de revisiones sistemáticas, 2 estudios cualitativos, 1 revisión retrospectiva, 1 estudio exploratorio descriptivo, 1 estudio de caso, 1 documento oficial (ANEXO 6).

Finalmente, para jerarquizar el nivel de evidencia (NE) de cada artículo, se realizó una tabla de clasificación compuesta por siete niveles de evidencias, propuesta por Melnyk y Fineout-Overholt (38). Se encontraron 4 artículos con NE 6, 3 artículos con NE 5, 2 artículos con NE 1 y 1 artículo con NE 7 (ANEXO 7).

Análisis crítico de los estudios incluidos

Los artículos encontrados en las bases de datos fueron leídos detalladamente y analizados, para ello se realizaron tablas de análisis de los resultados para ordenar la información y a la vez compararla con los 7 dominios de la “Ampliación del rol de las Enfermeras y enfermeros en la atención primaria de salud” publicado por la OPS, con el fin de categorizar los resultados de los 10 artículos científicos (previamente se hizo una análisis y comparación de los dominios que publicaron la OPS y la Comisión Permanente de Enfermería y se eligió retomar los 7 dominios de la OPS porque sus competencias se caracterizan por ser más generales y abiertos para su adaptación a distintos contextos).

4.1.2. Consideraciones éticas

La presente investigación con el título de “Competencias de la Enfermería con Práctica Avanzada (EPA) requeridas para la atención de las personas mayores” se considera como una investigación sin riesgo, con fundamento en la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, de la Secretaría de salud en México, disposiciones Generales, capítulo único, artículo 17, I, en donde se fundamenta que la investigación sin riesgo, se refiere a aquellos “estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquéllos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: cuestionarios, entrevistas, revisión de expedientes clínicos y otros, en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta” (39).

5. RESULTADOS

5.1. Revisión del estado del arte

La EPA se ha estudiado e implementado a nivel internacional, principalmente en países desarrollados, hoy en día es relevante visibilizar su práctica profesional y desarrollar competencias que puedan satisfacer las nuevas demandas de salud que serán necesarias para prevenir enfermedades y promover la salud de las personas (40) (ANEXO 8).

Las EPA en la APS han demostrado que su práctica pareciera ser algo semejante a la práctica de los médicos, sin embargo, su práctica, es totalmente diferente, ya que se realiza en base a modelos de atención de enfermería, desde un enfoque holístico, integral, preventivo y centrado en la persona (2), ejerciendo su práctica con la metodología del proceso de atención de enfermería.

5.1.1. La EPA en la atención al AM

En Suiza, se realizó un ensayo clínico aleatorizado que realizó Lorenz Imhof, et al, con 471 adultos mayores (AM) de 80 años, en donde buscaron evaluar los efectos de la EPA en un programa de consulta de salud en el domicilio con AM, en el cual se observó que la EPA contribuye positivamente en el bienestar del AM y es un profesional capaz de crear y dirigir programas de atención a la salud en colaboración

interprofesional (41), sus conocimientos y habilidades avanzadas son de gran ayuda para brindar atención integral y de calidad.

5.1.2. Competencias de la EPA del dominio 1: gestión del cuidado para la atención al AM

En el año 2016, Goldberg et al, aplicaron un consenso mediante el proceso Delphi en donde participaron 31 expertos clínicos para definir el rol de la EPA para la atención de adultos mayores con fragilidad y resultaron 49 competencias clínicas avanzadas para la valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación de los cuidados al AM, también la competencia para prescribir medicamentos (42). En este mismo sentido, en Estados Unidos, la American Association of Colleges of Nursing publicó un documento en donde delinea las competencias de la EPA en la atención de adultos mayores en la APS y el cual refiere las competencias para valorar y brindar consulta clínica (43).

La revisión de la literatura reporta más sobre la participación de la EPA en la valoración de los factores de riesgo en las que se desarrolla la persona y la familia a comparación de la provisión del cuidado.

Valoración

En el año 2012, Bradway, et al, desarrollaron un estudio cualitativo exploratorio para identificar las barreras y las opciones favorecedoras que se vinculan en la atención de transición a los AM con discapacidad cognitiva. Las intervenciones de las EPA durante la hospitalización del paciente, refiere valoraba las necesidades, examinando el nivel de conocimientos del AM y del cuidador sobre la enfermedad

crónica, valoró sus constantes vitales y en caso necesario, realizó visita domiciliaria, así como llamadas telefónicas bajo la atención individualizada (44).

En el año 2016, en Estados Unidos, la American Association of Colleges of Nursing publicó un documento oficial en donde delinea las competencias de la EPA registrada en la atención de adultos y AM en la APS, se menciona que la EPA cuenta con competencias para la valoración clínica, valora a la persona y cuidadores e identifica los factores de riesgo (43), este último resultado es parecido al que menciona Chávez, et al, quienes realizaron una revisión de alcance en 6 bases de datos y se seleccionaron 56 estudios de investigación primaria de cuatro países y 23 revisiones sistemáticas, los artículos primarios fueron realizados en 3 distintos entornos como los es la atención en el hogar, atención a largo plazo y *atención de transición*, con el fin de identificar y resumir los entornos clínicos comunes y las intervenciones de la EPA especializada en la atención geriátrica, por lo que se encontró que este profesional evalúa riesgos en el entorno de la persona y valora según alteraciones en la salud de tipo agudas y/o crónicas así como las necesidades de la persona (45), así mismo, Simpson, et al, desarrollaron un estudio exploratorio descriptivo y encuestaron a 51 EPA que brindan atención a los usuarios del servicio de Medicare, en centros de salud comunitarios, en el cual se encontró que las EPA a través de la valoración identifican aquellos riesgos para la salud que pueden ser prevenidos en los AM (46).

En el año 2013, en California, Reuben (47), realizaron un estudio de caso con AM que padecían de algún tipo de afección como: caídas, incontinencia urinaria (IU), demencia y/o depresión. El objetivo fue determinar la efectividad del modelo Assessing Care of Vulnerable Elders (ACOVE-2) aplicado por el médico y una enfermera practicante, quien valora y brinda atención de manera continua en colaboración con el médico de APS, retomando las enfermedades crónicas. La enfermera practicante valoró el riesgo de caídas de los AM, y en colaboración con el medico brindaron atención.

Provisión del cuidado

En el año 2015, Deniger, et al, (48) realizaron un estudio de revisión retrospectiva, con el objetivo de determinar la causa de los reingresos en pacientes registrados en el Programa de Atención de Transición Geriátrica, en donde se demostró que las EPA realizan visita domicilia y llamadas telefónicas después del alta hospitalaria en donde se aprovechó para que la persona y familiares se involucraran en el cuidado con apoyo de la comunicación eficaz. Por otro lado, en Andalucía, Morilla, et al, realizaron una revisión sistemática en 16 bases de datos con un periodo de tiempo en la publicación desde el año 1990 al 2014, buscaron aquellos artículos en donde se consideraba como sujetos de estudios a AM en hospitalización con enfermedades crónicas, agudas, pacientes con atención ambulatoria y también a pacientes con demencia. Se buscó identificar y resumir el impacto de las intervenciones de la EPA en dichos entornos de atención y se incluyeron 15 estudios en donde se encontró que existen efectos positivos en los AM que fueron atendidos en entornos de atención a largo plazo y también se identificaron las intervenciones que la EPA aplicaba: evaluación geriátrica integral de acuerdo a las necesidades de la persona, brinda cuidados individualizados, da seguimiento a la persona, realiza el plan de alta y actúa como gestora de casos (49). Esto va de la mano con los resultados que da a conocer García, et al, en donde realizaron un estudio cualitativo a través de dos fases para identificar las intervenciones de la EPA para la atención del AM y con ello determinar los patrones de las intervenciones de estos profesionales, se utilizó el apoyo de la Clasificación de Procedimientos de Enfermería (NIC) y se identificó que las EPA brindan atención hospitalaria, realizan exámenes de salud y realizan estudios de caso. En este artículo se concluye que las intervenciones de la EPA son complejas, pero con el uso del NIC se puede facilitar su análisis en diferentes contextos (50).

5.1.3. Competencias de la EPA del dominio 2: ética para el cuidado para la atención del AM

De acuerdo con la American Association of Colleges of Nursing, la EPA cuenta con competencias para actuar con ética en sus cuidados para defender los derechos de la persona y familia en materia de salud (43). En este dominio se encontró escasa evidencia que describiera explícitamente los aspectos éticos en los que participa la EPA en la atención de AM.

5.1.4. Competencias de la EPA del dominio 3: colaboración interprofesional para la atención al AM

En los estudios encontrados en las bases de datos, se observó que en 6 artículos se menciona que la atención que brinda la EPA a los AM es en colaboración con un equipo multidisciplinario, integrado por médicos y médicos geriatras (44,42) y también de manera interprofesional (44,47,45) para desarrollar planes de atención individualizados basados en la evidencia (49) en donde colabora el médico de APS (45). Otra actividad realizada por la EPA es la referencia de pacientes a otros servicios (50). Por lo que la EPA mantiene su autonomía sin olvidar que la atención a las personas AM requiere de un trabajo interprofesional y multidisciplinario para brindar una atención integral.

5.1.5. Competencias de la EPA del dominio 4: promoción y prevención en salud para la atención al AM

En 5 artículos se menciona que las EPA cuentan con competencias para brindar atención primaria a la salud, principalmente en la comunidad y en los hogares. Los evidencian que este profesional cuenta con competencias significativas para la promoción de la salud, y la aplicación de estrategias para empoderar a las personas (41,47), identifica y satisface las necesidades educativas y de información de los pacientes y de los cuidadores sobre la enfermedad, cuenta con habilidades de comunicación avanzada y eficaz, que a su vez favorecen la comunicación con personas con discapacidades cognitivas (42). Por otro lado, los autores García, Simpson y Bradway mencionan que en el hogar, la EPA brinda atención, educación para la salud y seguimiento del estado de salud de la persona, también brinda cuidados transicionales mediante visita intrahospitalaria; cuidado ambulatorio a través de consejería, apoyo al cuidador y manejo de casos (50,46,44). Realiza visita domiciliaria después del alta hospitalaria y hace seguimiento mediante llamadas telefónicas (48). La EPA realiza la vinculación con recursos de la comunidad (47), con el fin de brindar atención integral a los pacientes y familia en el hogar (48).

5.1.6. Competencias de la EPA del dominio 5: práctica basada en evidencia para la atención al AM

Según Morilla, et al , señalan que la EPA cuenta con un alto enfoque basado en la evidencia en su práctica ya que hacen uso de guías clínicas, protocolos y otros métodos que brindan la mejor evidencia para la atención de las personas y su familia (49) y estos resultados son reforzados con lo que permea en el documento de la American Association of Colleges of Nursing, ya que a largo de todos los dominios

que señala, las intervenciones de la EPA son basadas en la evidencia científica (43) y a este dato se le suma, Imhof (41) al señalar que la EPA realiza intervenciones según la evidencia científica.

5.1.7. Competencias de la EPA del dominio 6: investigación para la atención al AM

Según la American Association of Colleges of Nursing, una de las competencias de la EPA es desarrollar investigación clínica (43) para responder a las demandas de salud de las personas mayores. En este dominio no se encontraron artículos que mencionen de manera explícita la competencia de investigación en la práctica avanzada de Enfermería.

5.1.8. Competencias de la EPA del dominio 7: liderazgo para la atención al AM

En 4 artículos se encontró que la EPA actúa con liderazgo en su entorno de desarrollo profesional. Goldber, et al, señalan que las EPA trabajan con un alto grado de autonomía y de autodirección, son líderes clínicos, sus intervenciones son basadas en las mejores prácticas y este profesional es una fuente de conocimiento experto para el equipo de la salud (42). Morilla , et al, mencionan que la EPA asesora a otros miembros del equipo o instituciones, demostrando autonomía y liderazgo

(49), a estas dos últimas afirmaciones, se le une Reuben (47) y la American Association of Colleges of Nursing, que señalan que la EPA posee competencias de liderazgo para planear y evaluar; uso de tecnologías para el cuidado, analizar y desarrollar estrategias para la atención del AM (43).

6. DISCUSIÓN

En relación a los dominios establecidos en el documento “Ampliación del rol de las enfermeras y enfermeros en la atención primaria de salud” publicado por la OPS (AREEAPS-OPS) (2) y el Marco Mexicano de Competencias de Enfermería de Práctica Avanzada de la Secretaría de Salud (MMCEPA-SS) (24) (ANEXO 9), uno de los dominios citado en ambos documentos es “Gestión de cuidado”, el cual concuerda con lo que plantea, Goldberg (42), Thomas (43), Bradway (44), Chávez (45), Simpson (46), Reuben (45), Deniger (48), Morilla (49) y García (50), estos autores reportan la participación de la EPA principalmente en la valoración avanzada de las necesidades de los AM y la familia identificando los factores de riesgo en el entorno de la persona y da seguimiento a la persona después del alta hospitalaria.

Las competencias anteriores son requeridas para la EPA desde el Plan GeriatrIMSS, la enfermera valora aquellas manifestaciones clínicas de las alteraciones de la salud en la persona y familia, según la etapa de vida y ciclo de vital de la familia, así como identifica los factores de riesgo y elabora el plan de cuidados en colaboración con la persona mayor para satisfacer sus necesidades e incorpora conocimientos de los determinantes sociales de la salud en el proceso enfermero y provee cuidados considerando los aspectos sociales y culturales de la persona. Estas dos últimas competencias no son consideradas en lo que plantean algunos autores (35).

Por otro lado, en la Política Integral de Atención al AM del ISSSTE, la enfermera requiere de competencias para identificar los factores de riesgo en la salud de las personas y familia, poseer conocimiento para valorar los aspectos biopsicosociales para realizar diagnósticos y formular su propio plan terapéutico que responda las necesidades de las personas y familia (32), estas competencias del dominio de Gestión del Cuidado son parecidas a las que menciona GeriatrIMSS, sin embargo,

se observa menor la cantidad de competencias requeridas en esta política del ISSSTE.

El dominio de colaboración interprofesional se encuentra en el documento de la AREEAPS-OPS, dominio 3 y en el MMCEPA-SSA, dominio 6 en donde comparte competencias de liderazgo. En las investigaciones revisadas se refiere a la colaboración multidisciplinaria e interprofesional como una de las competencias que realiza la EPA en la atención de los AM, manteniendo su autonomía para desarrollar planes de atención individualizados e integrales, también realiza referencia de pacientes a otros profesionales de la salud; esta última competencia forma parte de la consultoría de enfermería (42,44,45,47,49,50). Ambas competencias son requeridas por el profesional de enfermería en el programa de GeriatrIMSS (35) y en la Política de Atención del ISSSTE (32), sin embargo, se señala menor colaboración multidisciplinaria e interprofesional a nivel comunitario (32).

En el documento de la OPS se encuentra el dominio de promoción y prevención en salud, el cual es relativamente parecido al dominio Promoción de la salud y participación social de la comunidad del MMCEPA-SS. Desde los programas GeriatrIMSS y Política de Atención a AM del ISSSTE también se aborda la promoción de la salud y la prevención de enfermedades en AM. La enfermera que participe en alguna de las dos políticas requerirá competencias para empoderar a las personas y comunidades con el fin de que adopten hábitos saludables, también lo refiere Imhof (41). En ambas políticas la enfermera requiere competencias para desarrollar e implementar programas para la prevención y promoción de la salud (35,32), como bien lo señala García (50).

Simpson, et al (46), mencionan que la EPA debe dar seguimiento al estado de salud de la persona mediante cuidados transicionales, consejería y apoyo al cuidador de la PAM. En el programa de GeriatrIMSS la EPA, se requiere de competencias para valorar las necesidades de la persona, familia y cuidadores (35) lo cual concuerda también con los aportes de Goldberg (42) y Deniger (48).

Por otro lado, se señala que la EPA posee competencias para realizar vinculación con recursos de la comunidad (47), comunicación avanzada y eficaz que favorecen la plena comunicación con personas que padecen alguna discapacidad cognitiva (42) con el fin de brindar atención integral a los pacientes y familia en el hogar (48). Dichas competencias no se ven reflejadas en lo que se requiere de la enfermera en las dos políticas de atención al AM.

Las competencias que requiere una EPA desde el programa de GeriatrIMSS y la Política Institucional para la Atención Integral del AM del ISSSTE, se encuentran principalmente en 3 dominios: gestión del cuidado, colaboración interprofesional y promoción y prevención en salud, según los dominios de la OPS.

El primer programa muestra una mayor apertura para que las enfermeras con competencias avanzadas pueden colaborar e integrarse a dicho programa, esto se demuestra al observar que en GeriatrIMSS se requieren 20 competencias mientras que en la Política de atención al AM del ISSSTE, se requieren de 13 competencias (ANEXO 10). Los dominios de ética, práctica basada en evidencia, investigación y liderazgo no se consideran en ambas políticas de atención al AM, los 3 últimos dominios previamente mencionados.

7. CONCLUSIONES

Las competencias de la EPA que más enfatizan para el cuidado del adulto mayor y según la revisión de la literatura con relación al AREEAPS-OPS, se encuentran principalmente en los dominios de gestión del cuidado, colaboración interprofesional y promoción y prevención de la salud. En estos dominios se destacan aquellas competencias en donde la EPA realiza valoración clínica avanzada, considerando factores de riesgo evaluación geriátrica integral de la persona, consultoría, prescripción de medicamentos, cuidados domiciliarios, transicionales, ambulatorios, la capacidad de realizar juicio clínico y gestión de casos, establecer una comunicación estrecha y continua con el adulto mayor y familia para dar seguimiento al plan de cuidados, colaborar con un equipo multidisciplinario e interprofesional con la oportunidad de realizar referencia de AM a otros servicios, con el fin de brindar una atención integral, además muestra tener competencias para la promoción de la salud mediante la aplicación de estrategias para empoderar a las personas en donde se identifican las necesidades educativas de los AM y de los cuidadores, y realiza la vinculación con recursos de la comunidad.

En los dominios de ética, practica basada en la evidencia, investigación y liderazgo, las competencias que requiere la EPA son principalmente para ejercer el cuidado con sentido ético para defender los derechos de la persona y familia en materia de salud, en el caso de los AM, lo que menciona la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las personas mayores, declara la importancia para la sensibilización y capacitación de los profesionales que brindan algún tipo de atención a los AM, de este modo, la EPA tendría el compromiso de brindar cuidados con sentido ético, bioético, humanístico y con perspectiva de derechos humanos, sin discriminar a la PAM por su cultura o su género como mujer, hombre o comunidad LGBTTI; también se requieren competencias con un alto enfoque basado en la evidencia para ejercer el proceso enfermero y para el desarrollo de investigación clínica, sin olvidar que se necesita un alto grado de

autonomía y autodirección como líderes clínicos. Y, por último, se menciona que en la búsqueda del estado del arte se encontró poca evidencia que demuestre aquellas competencias de la EPA específicamente para el cuidado de las PAM.

Los documentos de la AREEAPS-OPS, el MMCEPA-SSA y específicamente el documento titulado Adult-Gerontology Acute Care And Primary Care NP Competencies de la American Association of Colleges of Nursing, constituyen referencias importantes para derivar los dominios y sus respectivas competencias de la EPA en México para el cuidado del AM.

El MMCEPA-SSA propone 3 dominios que se relacionan directamente con la AREEAPS-OPS y muestra tener un mayor énfasis en la práctica de la EPA en la comunidad, estas competencias se consideran en función de la normatividad establecida en México para la práctica de esta profesión, también, se observa que no se señalan directamente los dominios de ética, EVE e investigación, pero ciertas competencias permean dentro de los 6 dominios. Por otro lado, la AREEAPS-OPS propone competencias muy generales que fungen como eje rector para que los países de América Latina y el Caribe, las retomen y las adapten según los contextos y necesidades de salud de cada país.

Se encuentra que existen escasos programas públicos de salud para la atención del adulto mayor en los diferentes estados de la República Mexicana, caso contrario a lo que sucede en la Ciudad de México, ya que se encuentran mayores oportunidades y políticas públicas para la atención de la PAM.

GeriatrIMSS y la Política Integral de Atención al AM del ISSSTE son políticas de salud que constituyen un nicho de oportunidad para el ejercicio de la EPA en el cuidado del adulto mayor por lo que resulta urgente fortalecer y complementar las competencias de las profesionales de enfermería que ya ejercen el cuidado en el AM.

8. PROPUESTAS

8.1. Propuesta de una línea de investigación de la EPA en México

La EPA es considerada como un recurso humano que puede dar resultados favorables en la salud de las personas y comunidades, es un rol aun poco estudiado en países de América Latina, no regulado y acreditado en México, sin duda, es un rol que se enfrenta a distintas barreras para su desarrollo e implementación dentro del Sistema Nacional de Salud en México. Por lo que es necesario exista una línea de investigación específicamente de la EPA que defina su función y competencias desde distintos enfoques por su complejidad y capacidad de abarcar distintas áreas de la enfermería, también para que la EPA cuente con un plan de estudios a nivel de posgrado como lo recomienda el Consejo Internacional de Enfermería.

Es necesaria la realización de estudios experimentales aleatorios que proporcionen evidencia de las intervenciones de las EPA, sus beneficios en la salud de las personas y su rentabilidad, así como la realización de estudios cualitativos que identifiquen las experiencias de las PAM que han recibido cuidados por parte de este profesional.

Es necesario formar un grupo de enfermeras que aboguen con fundamento científico ante las distintas autoridades que regulan la práctica de la enfermería y esta sea reconocida con una normatividad jurídica que respalde la práctica autónoma y avanzada.

8.2. Fortalecimiento de las competencias avanzadas en las enfermeras para su incorporación en GeriatrIMSS y en la Política Integral de Atención al AM del ISSSTE

Las competencias que requiere la EPA para la atención de AM en GeriatrIMSS y en la Política Integral de Atención al AM del ISSSTE se ubican principalmente en los dominios de Gestión del cuidado, colaboración interprofesional y promoción y prevención en salud, en cambio, en los dominios de ética, práctica basada en evidencia, investigación y liderazgo se encontró un déficit de competencias para la práctica de las enfermeras en ambas políticas de atención al AM. Es entonces, que las enfermeras con un perfil profesional desarrollen, las competencias requeridas de los 7 dominios de la AREEAPS-OPS, con el objetivo de que las enfermeras que participan estas dos políticas se incorporen con un completo perfil de EPA.

Las competencias que debe poseer la enfermera con práctica avanzada desde los programas de GeriatrIMSS (35) y del ISSSTE (32) son de acuerdo con los siguientes dominios del AREEAPS-OPS (2):

Dominio gestión del cuidado: poseer conocimientos de diversidad cultural y determinantes de salud en el proceso enfermero, proveer cuidados respetando y promoviendo la diversidad cultural, incorporar el conocimiento de las manifestaciones clínicas de eventos normales de la salud o enfermedades, obtener y documentar la historia relevante de los clientes en cada etapa de la vida y del ciclo de vida familiar, identificar factores de riesgo de salud y psicosociales de clientes de todas las edades y familias, proveer cuidados respetando y promoviendo la diversidad cultural, determinar las opciones de cuidados y formula un plan terapéutico en colaboración con los clientes, integrar los principios de calidad y seguridad del paciente, monitorear el progreso del cliente, adaptar intervenciones para lograr responder a las necesidades de las personas y familias.

Dominio de ética: crear un ambiente terapéutico que de oportunidad a que la familia se integre al plan de cuidados mediante su análisis con la EPA y ejercer la práctica con sentido ético.

Dominio colaboración interprofesional: colaborar con el resto del equipo de salud en promover el cuidado interprofesional centrado en el cliente, actuar como un consultor aceptando referencias de los profesionales del equipo de salud, agencias de la comunidad y otros profesionales externos al sistema de salud, establecer una relación colaborativa con los proveedores de servicios de salud y los servicios comunitarios.

Dominio de promoción y prevención en salud: participar en el desarrollo e implementación de los programas de promoción de la salud en su localidad, empoderar a individuos, grupos y comunidades, valora las necesidades de los clientes y cuidadores para proveer cuidados personalizados, realizar entrenamiento al cliente y/o cuidador para lograr un cambio de comportamiento positivo, realizar entrenamiento e intervenciones educativas personalizadas sobre beneficios, interacciones e importancia de la adherencia al tratamiento, realizar intervenciones educativas personalizadas sobre respuestas personales a enfermedades, desarrollar materiales educativos apropiados al lenguaje y creencias culturales del cliente.

Dominio de práctica basada en evidencia: ejercer el cuidado mediante la búsqueda de la mejor evidencia científica que justifique la atención y se obtengan resultados favorables en la salud del AM.

Dominio de investigación: capacidad para identificar preguntas clínicas y desarrolla investigación individualmente o en colaboración con otros profesionales.

Dominio de liderazgo: su práctica se distingue del resto de los profesionales del equipo de salud e implementa estrategias de atención para el AM en colaboración de los demás profesionales de la salud.

La integración de las enfermeras en estas dos políticas de atención para el AM requiere que estas profesionales además de poseer competencias avanzadas para el cuidado de las PAM. Además, se requiere de la sensibilidad de los directores de estas dos políticas para integrar a enfermeras realmente capacitadas con un alto sentido humanístico, de autonomía y liderazgo para colaborar con los distintos profesionales de la salud en la creación de estrategias integrales que atiendan las demandas de salud de esta población adulta mayor que cada vez va en aumento con distintas comorbilidades de tipo crónico degenerativo.

9. ANEXOS

ANEXO 1

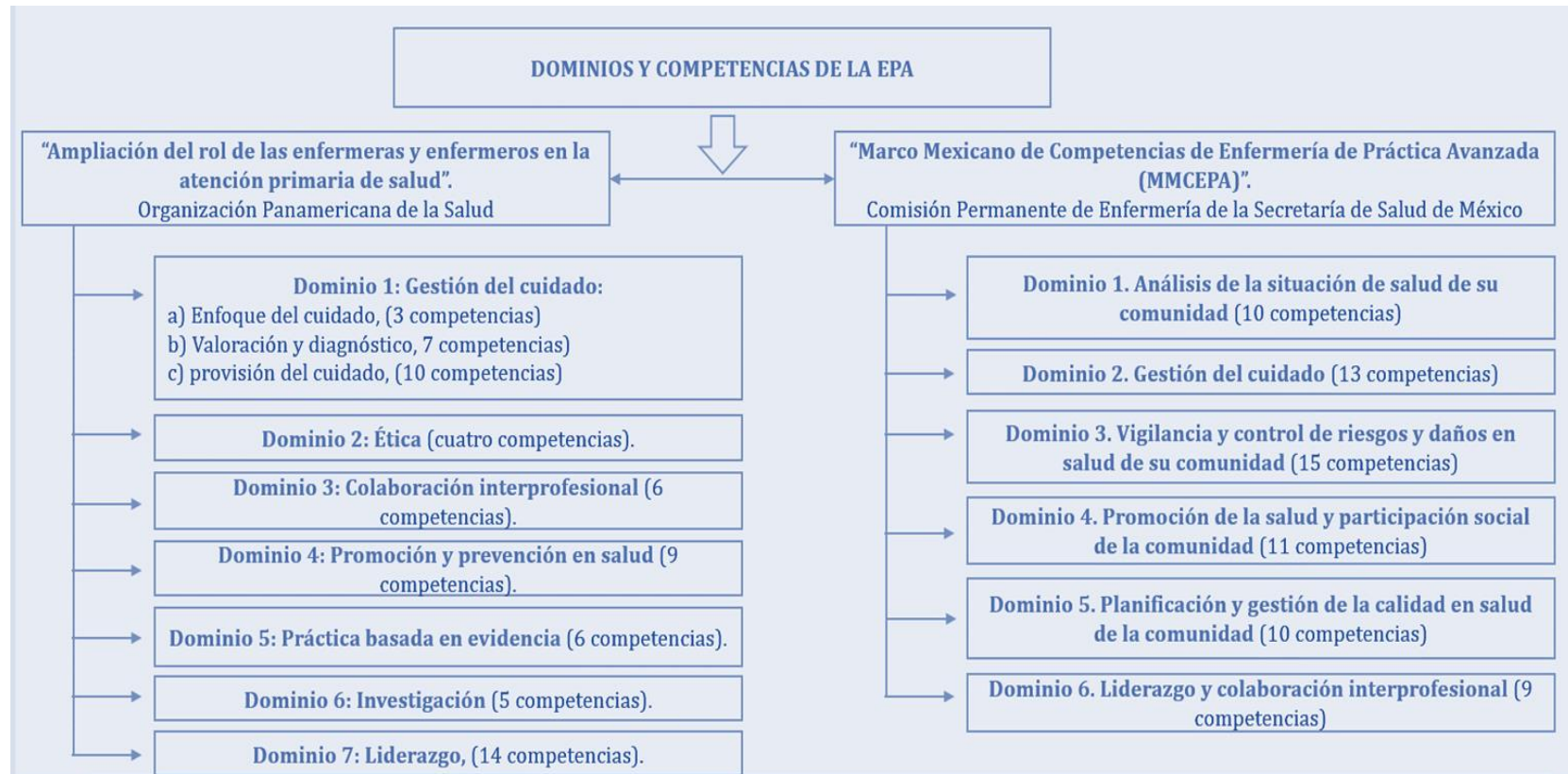
LÍNEA DEL TIEMPO DEL DESARROLLO DE LA ENFERMERÍA DE PRÁCTICA AVANZADA.

-  **1945 – EU** – Surge en respuesta a los costos de la atención médica, a la escasez del personal de salud y por la desorganización de los recursos sanitarios.
-  **1950 - Corea** – Se inicia con la certificación de las enfermeras parteras y anestesiistas.
-  **1970 - Canadá** - La práctica de la EPA ha estado legislada y regulada a nivel territorial gracias a la colaboración entre la Asociación Canadiense de Enfermeras y el gobierno.
-  **1970 - Jamaica** – La EPA se ha encontrado con barreras como la negación para recetar medicamentos
-  **1990 - Australia** – Surge a partir de la escasez de médicos en zonas vulnerables
-  **1991 - Reino Unido** – Bárbara Stiwel desarrolló el primer programa de enfermera practicante
-  **1992 - Belice** – Se ofreció el Programa de Certificado como Practicante Psiquiátrico de Enfermería, capacitando a 16 NP.
-  **1995 - Taiwan** – En el año 2005, el Ministerio de Salud establece que las APN solo se formarán por medio de estudios de posgrado
-  **1995 - Hong Kong** – El rol inicia en la Universidad Politécnica de Hong Kong
-  **1998 - Tailandia** – Se inicia certificando a enfermeras practicantes de cinco áreas: médico quirúrgica, pediatría, materno infantil, comunitaria y salud mental.
-  **2000 - Nueva Zelanda** - Se introdujo el programa de formación de NP y regulado por el Consejo de Enfermería de Nueva Zelanda.
-  **2000 - Bélgica, Alemania Países Bajos y Suiza** – En estos países, los avances de la EPA inician a partir del año 2000 con la implementación de programas de maestría.
-  **2003 - Singapur** – Se inicia con el programa de maestría y desde el año 2005 las EPA deben certificarse

Fuente: Elaboración propia

ANEXO 2

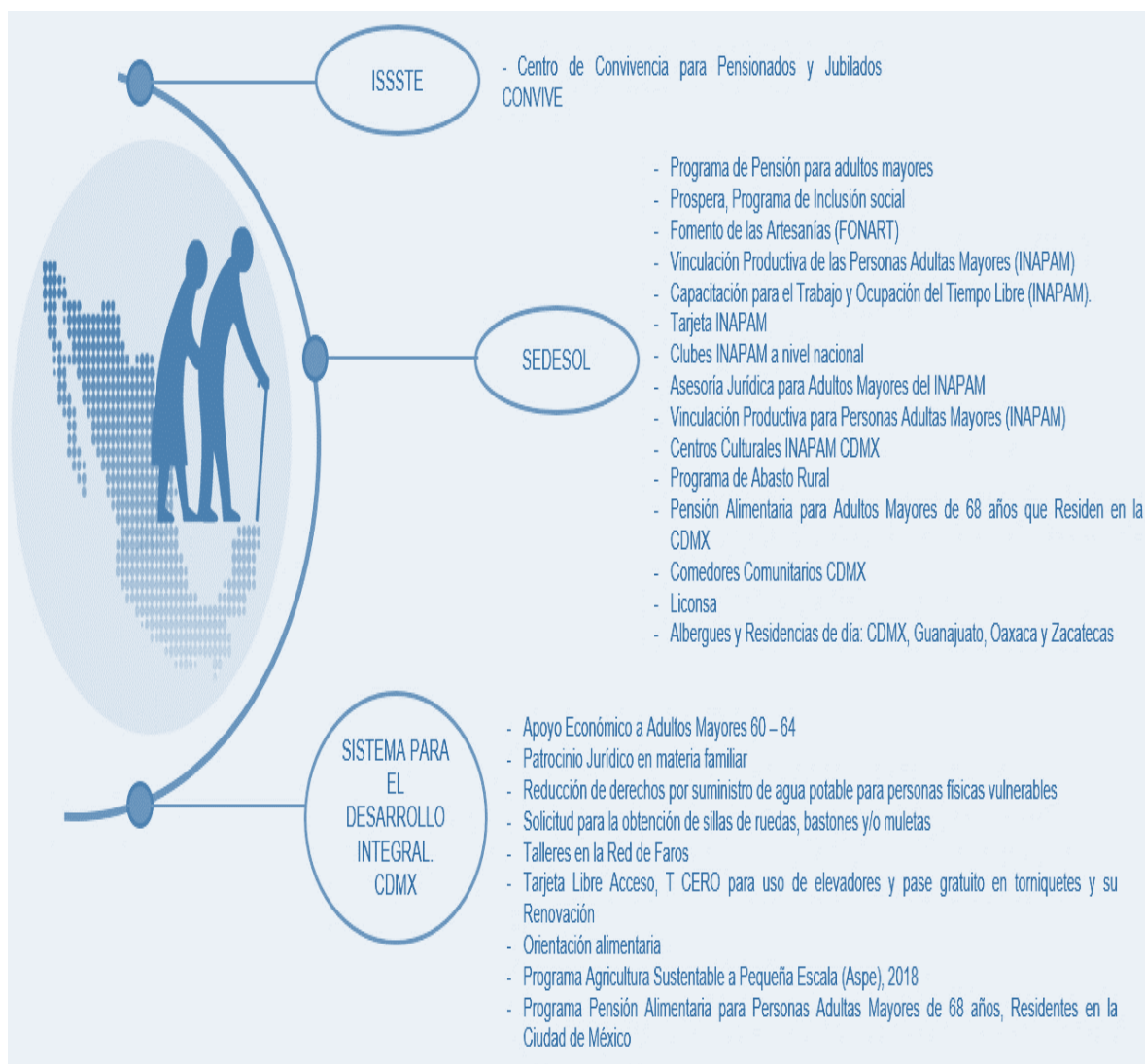
SINTESIS DE LOS DOMINIOS Y COMPETENCIAS DE LA EPA SEGÚN LA OPS Y CPE-SSA.



Fuente: Elaboración propia

ANEXO 3

PROGRAMAS DE ATENCIÓN AL ADULTO MAYOR 2014-2018



Fuente: Elaboración propia

ANEXO 4

DEFINICIÓN DE LOS DESCRIPTORES DeCS Y MeSH

Descriptores DeCS	Descriptor inglés:	Advanced Practice Nursing.
	Descriptor español:	Enfermería de Práctica Avanzada.
	Descriptor portugués:	Prática Avançada de Enfermagem.
	Definición español:	Enfermería, partería y atención sanitaria basada en la evidencia, fundada en la investigación y erudición. Los profesionales incluyen profesionales en enfermería, especialistas en enfermería clínica, enfermeras anestesistas y matronas.
	Descriptor inglés:	Nurse's Role.
	Descriptor español:	Rol de la Enfermera.
	Descriptor portugués:	Papel do Profissional de Enfermagem.
	Definición español:	Función esperada de un miembro de profesión enfermería.
	Descriptor inglés:	Nurse Practitioners
	Descriptor español:	Enfermeras Practicantes
	Descriptor portugués:	Profissionais de Enfermagem
	Definición español:	Enfermeras que están especialmente capacitadas para asumir un papel más amplio en la prestación de atención médica bajo la supervisión de un médico.
	Descriptor inglés:	Geriatric Nursing
	Descriptor español:	Enfermería Geriátrica
	Descriptor portugués:	Enfermagem Geriátrica
	Definición español:	

Cuidados de enfermería que se prestan a los pacientes de edad avanzada ya sea a domicilio, en el hospital o en instituciones especiales como sanatorios, instituciones psiquiátricas, etc.

Descriptor inglés: Aged
Descriptor español: Anciano
Descriptor portugués: Idoso
Definición español: Persona entre los 65 y 79 años de edad. Para una persona mayor de 79 años, puede consultar anciano de 80 o más años.

Descriptor español: Frail Elderly
Descriptor español: Anciano Frágil
Descriptor portugués: Idoso Fragilizado
Definición español: Adultos de edad avanzada o individuos ancianos que tienen falta de fuerza general y son inusualmente susceptibles a enfermedades o a otros achaques.

Descriptores	Descriptor inglés:	Advanced Practice Nursing
MeSH	Descriptor español:	Enfermería de práctica avanzada
	Definición español:	Enfermería basada en la evidencia, partería y atención médica basada en investigación y becas. Los profesionales incluyen enfermeras profesionales, enfermeras clínicas especializadas, enfermeras anestesistas y enfermeras parteras.

Fuente: Elaboración propia

ANEXO 5
INSTRUMENTO PARA RECOLECCIÓN DE DATOS DE REVISIÓN INTEGRATIVA

Instrumento	
<p>1. Identificación de autor Nombre: Profesión autor principal: Nivel de formación autor principal: Nº total de autores:</p> <p>2. Base de Datos</p> <p>3. Acceso publicación de la investigación completa</p> <p>4. Datos relacionados con la publicación Tipo de publicación: Título: Revista: Año de publicación: Vol. - Nº.: Páginas: Disponible en: País de origen del artículo: Idioma:</p> <p>5. Población</p> <p>6. Muestra</p> <p>7. Lugar de realización de la investigación</p> <p>8. Objetivo(s) de la investigación</p> <p>9. Diseño metodológico</p> <p>10. Instrumentos usados Nombre: Validado para cuales idiomas</p> <p>11. Análisis de los datos (test, referencial)</p> <p>12. Nivel de evidencia del estudio</p> <p>13. Principales resultados:</p>	

Fuente: Red Internacional de Enfermería Ocupacional (37).

ANEXO 6

DATOS DE LOS ARTÍCULOS SELECCIONADOS

	Título del artículo	Revista	Año de publicación	Idioma País
1	Effects of an Advanced Practice Nurse In-Home Health Consultation Program for Community-Dwelling Persons Aged 80 and Older	Journal of the American Geriatrics Society	2012	Inglés Estados Unidos
2	Development of a curriculum for advanced nurse practitioners working with older people with frailty in the acute hospital through a modified Delphi process	Age and Ageing	2016	Inglés Reino Unido
3	Description of Advanced Practice Nurses Interventions Through the Nursing Interventions Classification in Different Care Settings for Older People: A Qualitative Study	International Journal of Nursing Knowledge	2015	Inglés España
4	A systematic review of the effectiveness and roles of advanced practice nursing in older people	International Journal of Nursing Studies	2016	Inglés Reino Unido
5	International practice settings, interventions and outcomes of nurse practitioners in geriatric care: A scoping review	International Journal of Nursing Studies	2018	Inglés Reino Unido

6	Annual Medicare Wellness Visit: Advanced Nurse Practitioner Perceptions and Practices	The Journal for Nurse Practitioners	2018	Inglés Estados Unidos
7	Geriatric Transitional Care and Readmissions Review	The Journal for Nurse Practitioners	2015	Inglés Estados Unidos
8	A Qualitative Analysis of an Advanced Practice Nurse–Directed Transitional Care Model Intervention	The Gerontologist	2012	Inglés Reino Unido
9	The Effect of Nurse Practitioner Co-Management on the Care of Geriatric Conditions	Journal of the American Geriatrics Society	2013	Inglés Estados Unidos
10	Adult-Gerontology Acute Care And Primary Care NP Competencies	American Association of Colleges of Nursing (AACN)	2016	Inglés Estados Unidos

Fuente: Elaboración propia

ANEXO 7

TABLA DE LOS NIVELES DE EVIDENCIA DE LOS ARTÍCULOS SELECCIONADOS.

Nivel de evidencia del estudio		Artículos seleccionados
Nivel 1	Revisión sistemática y metaanálisis de ensayos controlados aleatorios; Guías clínicas basadas en revisiones sistemáticas o metaanálisis.	2
Nivel 2	Uno o más ensayos controlados aleatorios	
Nivel 3	Ensayo controlado (no aleatorización)	
Nivel 4	Estudio de casos y controles o cohorte	
Nivel 5	Revisión sistemática de estudios descriptivos y cualitativos	3
Nivel 6	Estudio descriptivo o cualitativo único.	4
Nivel 7	Opinión de los expertos.	1

Fuente: Melnyk y Fineout-Overholt E (38).

ANEXO 8

SÍNTESIS DE LOS RESULTADOS DE LA EVIDENCIA

Autor	Tipo	NE	Resultados
Imhof L, et al.	Ensayo clínico aleatorizado.	I	Promoción de la salud, empoderamiento, gestión de casos e <i>intervenciones</i> centradas en la persona.
Goldberg E, et al.	Revisión sistemática de estudios descriptivos	V	Evaluación geriátrica integral, interpretación de las pruebas de diagnóstico, diagnóstico diferencial, prescripción de medicamentos, planificación de la atención y la coordinación de las altas del paciente.
Garcia S, et al.	Cualitativo	VI	Educación para la salud, gestión de casos, referencia, colaboración interprofesional, consejería y apoyo al cuidador.
Simpson V, et al.	Estudio exploratorio descriptivo	VI	Autonomía, identificación de los riesgos para la salud, planes de cuidados centrados en la persona y vistas domiciliarias.
Morilla J, et al.	Revisión sistemática	II	Evaluación geriátrica integral, alto enfoque basado en la evidencia en su práctica, educación al paciente y familia, evaluación física, social y psicológica, trabajo interdisciplinario, consultoría, gestión de casos,

			autonomía, plan de atención individualizado, seguimiento periódico de los participantes por teléfono, elabora el plan de alta.
Chávez K, et al.	Revisión sistemática de estudios descriptivos	VI	Cuidados transicionales, cuidados ambulatorios y cuidados geriátricos agudos (hospitalización), valoración avanzada, educación y promoción de la salud, colaboración interprofesional,
Deniger A, et al.	Revisión retrospectiva	VI	Valoración de síndromes geriátricos, factores de riesgo y factores psicosociales, seguimiento con visita domiciliaria, atención integral a la persona y familia,
Bradway C, et al.	Estudio cualitativo exploratorio	VI	Cuidados de atención de transición, juicio clínico avanzado, seguimiento del estado de salud con visitas domiciliarias, colaboración interprofesional y multidisciplinaria y educación para la salud.
Reuben D, et al.	Estudio de caso.	IV	Colaboración interprofesional y promoción y prevención para la salud
Thomas A, et al.	Documento oficial	VII	Práctica basada en evidencia, liderazgo, prever la seguridad del usuario, valoración clínica, uso de tecnologías para el cuidado, herramientas para formular políticas de atención al AM, ética para defender los derechos de la persona y familia en materia de salud, autonomía para la atención de

pacientes con enfermedades complejas, agudas o crónicas, gestión del cuidado e investigación.

Fuente: Elaboración propia

ANEXO 9

COMPARACIÓN DE DOMINIOS Y COMPETENCIAS DE LA EPA.

EPA OPS	EPA SS México	Plan Geriátrico Institucional GeriatrIMSS	Política Institucional para la Atención Integral de los Adultos Mayores. Envejecimiento saludable.
D1.Gestión del cuidado (20C)	D2.Gestión del cuidado (13C)		
<p>a) Incorpora conocimientos de diversidad cultural y determinantes de salud en la valoración, diagnóstico y manejo terapéutico de los clientes y en la valoración de resultados. D1, C1</p> <p>c) Provee cuidados respetando y promoviendo la diversidad cultural. D1, C12</p>	<p>Cuidar a la persona desde un enfoque integral utilizando el PAE, considerando la diversidad cultural, de género, los determinantes sociales y ambientales de la salud. D2, C1</p> <p>Analizar la situación, patrón y determinantes de la salud de la población y detectar y caracterizar las necesidades y los riesgos sanitarios en la comunidad para identificar inequidades en el acceso a los servicios en los resultados de salud. D1, C4</p>	<p>Implementar una atención integral del Adulto Mayor en unidades médicas.</p> <p>Favorecer el envejecimiento saludable</p>	

<p>a) Incorpora el conocimiento del desarrollo y de las etapas de la vida, fisiopatología, psicopatología, epidemiología, exposición medioambiental, enfermedades infecciosas, ciencias del comportamiento, demografía y procesos familiares, al realizar valoración, al hacer diagnósticos y al proporcionar manejo terapéutico. D1, C2</p>	<p>Contar con los conocimientos necesarios acerca de las diferentes etapas de la vida, fisiopatología, psicopatología, epidemiología, exposición medioambiental, enfermedades transmisibles y no transmisibles, ciencias del comportamiento, demografía y procesos familiares y la ciencia del cuidado. D2, C2</p>		<p>Desarrollo Integral Gerontológico</p>
<p>a) Incorpora el conocimiento de las manifestaciones clínicas de eventos normales de la salud, enfermedades/lesiones agudas, enfermedades crónicas, comorbilidades y emergencias en salud, incluyendo los efectos de múltiples etiologías en la valoración, diagnóstico y manejo terapéutico de los clientes y en la evaluación de resultados. D1, C3</p>	<p>Realizar el diagnóstico de salud de la comunidad, utilizando una metodología predefinida que incluya el perfil epidemiológico, daños a la salud, factores determinantes y recursos y servicios en la comunidad, focalizado por gestión de casos para personas con afecciones crónicas (ambulatorios, o complejos en el hogar), afecciones agudas leves y manejo de fármacos bajo protocolo así como otros aspectos sociales y culturales. D1, C1</p>	<p>El personal de geriatría realiza una valoración integral especializada, que incluye aspectos médicos, psicológicos, sociofamiliares, funcionales, nutricionales y problemas propios de la edad, con el fin de limitar las</p>	

	Implementar acciones con base en los registros vitales de la población (carga de la enfermedad, tasa de mortalidad, morbilidad, etc) para definir acciones en salud adecuadas a grupos etarios, con énfasis a grupos de riesgo. D3, C2	consecuencias de la enfermedad.	
b) Usa habilidades de valoración avanzada para diferenciar lo normal, las variaciones de lo normal y hallazgos anormales. D1, C4	Realizar valoración clínica avanzada y documentar de manera precisa la historia clínica de las personas centrándose en las diferentes etapas de la vida y del ciclo de vida familiar. D2, C4		
b) Usa sistemas tecnológicos para capturar datos de variables para la valoración del cliente. D1, C5	Utilizar tecnologías y métodos del cuidado de enfermería para las diferentes etapas de vida y en los procesos salud enfermedad en la zona de influencia. D2, C3		
b) Obtiene y documenta, de manera precisa, la historia relevante de los clientes en cada etapa de la vida y del ciclo de vida familiar, usando información colateral, si es necesario. D1, C6	Realizar valoración clínica avanzada y documentar de manera precisa la historia clínica de las personas centrándose en las diferentes etapas de la vida y del ciclo de vida familiar. D2, C4	El personal de geriatría realiza una valoración integral especializada, que incluye aspectos médicos, psicológicos, sociofamiliares,	

		funcionales, nutricionales y problemas propios de la edad.	
b) Realiza y documenta con exactitud los exámenes físicos apropiados o centrados en los síntomas de los clientes de todas las edades (incluyendo tamizaje del desarrollo y conductuales, examen físico y evaluaciones de salud mental). D1, C7	Realizar y documentar con exactitud los exámenes físicos y diagnósticos centrados en las necesidades de las personas. D2, C5		
b) Identifica factores de riesgo de salud y psicosociales de clientes de todas las edades y familias en todos los estadios del ciclo de vida familiar. D1, C8	Identificar riesgos sanitarios ambientales, sociales y o físicos de la población y establecer los mecanismos para reducir sus posibles impactos negativos, teniendo en cuenta la temporalidad y tendencias. D3, C5 Establecer los indicadores de riesgos sanitarios detectados en la población, considerando cuestiones interculturales, de género y derechos humanos. D3, C7	Se cuenta con personal especializado como lo es enfermería geriátrica para valorar	Preservar la funcionalidad y limitar las repercusiones individuales, en la familia y sociedad
b) Determina diagnóstico diferencial para condiciones	Determinar el diagnóstico diferencial para condiciones		

<p>agudas, crónicas y de riesgo vital. D1, C9</p>	<p>agudas, crónicas y de riesgo vital. D3, C4 Detectar oportunamente a la población o grupos de vulnerabilidad y riesgo. D1, C2</p>		
<p>b) Planea estrategias de tamizaje y diagnóstico realizando un uso apropiado de la tecnología como herramienta, considerando los costos, riesgos y beneficios para los clientes. D1, C10</p>	<p>Realizar un mapa de los problemas de salud a partir del enfoque de riesgo sustentados en marcos y modelos referenciales disciplinares e interdisciplinares y metodologías de la obtención de información e incorporando el uso de tecnologías sanitarias. D1, C7 Realizar y/o participar en la toma de muestras y tamizaje en donde no se cuenten con las facilidades necesarias, considerando los costos, riesgos y beneficios. D3, C12</p>		
<p>c) Provee cuidados consistentes de acuerdo con lo establecido en las guías clínicas y protocolos. D1, C11</p>	<p>Proveer cuidados de calidad utilizando protocolos o guías clínicas basadas en evidencia y Normas Oficiales Mexicanas. D2, C6 Utilizar herramientas teórico-metodológicas (modelo de cuidado y PAE) que permitan orientar las intervenciones de</p>		

	enfermería hacia la mejoría de calidad de servicios de salud y la reducción de brechas de inequidades en salud, dando especial énfasis a la población vulnerable y a los grupos de riesgo. D5, C8		
c) Provee cuidados respetando y promoviendo la diversidad cultural. D1, C12	Utilizar la información cultural del diagnóstico de salud de la comunidad para identificar las necesidades de aprendizaje de acuerdo con el nivel de alfabetización en salud y las estrategias para fomentar la retención de información. D4, C1	Se brinda atención integral	El proyecto Casas de Día, con el objetivo que los adultos mayores sanos puedan permanecer en promedio 8 horas diarias, realizando actividades que fortalezcan su cuerpo, mente, autoestima y diversas expresiones artísticas, espacios para que pueda comer y convivir con sus amigos, registro médico, apoyos psicológico y nutrimental, además de la elaboración de productos que apoyen su economía.
c) Comunica de manera efectiva abordando los hallazgos clínicos, el	Comunicar en diferentes escenarios y audiencias los resultados relevantes del		

diagnóstico y las intervenciones terapéuticas. D1, C13	diagnóstico de la situación de salud de la comunidad, incluyendo a la población, formadores de recursos humanos en salud y otros profesionales del área. D1, C6		
c) Determina las opciones de cuidados y formula un plan terapéutico en colaboración con los clientes considerando sus expectativas y creencias, la evidencia disponible y el costo efectividad de las intervenciones. D1, C14	Determinar las opciones de cuidado y formular un plan de cuidados en colaboración con las personas y familias de la comunidad y en su caso con otros miembros del equipo de salud, considerando elementos como expectativas, cultura, creencias, religión, la evidencia disponible, así como el costo-efectividad de las intervenciones. D2,C7	Se busca promover el envejecimiento saludable	Envejecimiento activo y productivo
c) Integra los principios de calidad y seguridad del paciente en la práctica clínica. D1, C15		Se busca evitar complicaciones en la salud del AM	
c) Inicia un plan terapéutico realizando intervenciones farmacológicas y no farmacológicas, tratamientos o terapias. D1, C16	Implementar el plan de cuidados individualizado o colectivo, incluyendo intervenciones farmacológicas y no farmacológicas. D2,C8		

<p>c) Prescribe medicamentos dentro de su ámbito de acción (regulaciones y protocolos/programas nacionales). D1, C17</p>	<p>Prescribir medicamentos dentro de su ámbito de acción aplicable a la normatividad establecida en la General de Salud. D2,C9</p>		
<p>c) Monitorea el progreso del cliente, evaluando y ajustando el plan terapéutico de acuerdo a sus respuestas. D1, C18</p>	<p>Evaluar si se ha conseguido el alcance de las metas establecidas, verificando efectos o impacto en la población, con base en indicadores. D2, C11</p> <p>Identificar las situaciones de salud prioritarias que deben ser monitoreadas de manera continua para el diseño de un sistema de vigilancia de las personas y familias en todos los estadios del ciclo de vida, considerando los enfoques de derechos humanos, interculturales y de género. D3, C3</p>	<p>Se valora al AM para evitar complicaciones</p>	
<p>c) Adapta intervenciones para lograr responder a las necesidades de las personas y familias en el envejecimiento, en las transiciones de la vida, en situaciones de comorbilidad,</p>	<p>Replantear las actividades e intervenciones a realizar de acuerdo con los cambios en los datos del diagnóstico de salud de la comunidad y valoración en el plan de cuidados, reprogramando nuevas metas,</p>	<p>Busca atender las necesidades de los usuarios.</p>	<p>Casas de Día para los Adultos Mayores, donde se realizan actividades culturales, literarias, deportivas, de capacitación y terapia ocupacional, para</p>

psicosocial y financieras. D1, C19	diagnósticos e intervenciones. D2, C12		mantener su salud física, mental y emocional. Fortalecer las acciones de sensibilización sobre el valor social y económico del trabajo de cuidados - ISSSTE en Tu Casa busca acercar los servicios de salud de primer nivel a los adultos mayores con imposibilidad de acudir a sus unidades médicas de adscripción.
c) Realiza un plan de cuidados paliativos y del final de la vida, de manera apropiada. D1, C20	Desarrollar el plan de cuidados incluyendo cuidados de largo plazo, cuidados paliativos e intervenciones al final de la vida. D2, C10		
D2. Ética (4C)			
Crea un ambiente terapéutico que permite que los clientes discutan libremente sus asuntos de salud. D2, C1	Promover ambientes saludables en los que la familia y las personas sean partícipes en la toma de decisiones en salud, integrando principios		Programas de Recreación para Pensionados y Jubilados del ISSSTE: -Convive

	<p>éticos en el cuidado a la salud, marcos legales. D4, C2</p> <p>Promover estilos de vida saludables a través de la articulación de programas comunitarios de ayuda mutua, tomando en cuenta prácticas culturales comunitarias, que fomenten ambientes terapéuticos que permita enmarcados en la interculturalidad que permita que las personas discutan libremente sus asuntos de salud. D4, C3</p>	<p>-Gerriátrico -Recreativo El Centro Recreativo y Cultural ISSSTEhuixtla en éste se llevan a cabo los programas Geriátrico y Recreativo. El jubilado o pensionado viaja con un grupo de personas que comparten inquietudes e intereses. Los usuarios pueden participar en talleres ocupacionales y culturales, aprender a fabricar algún producto, clases de baile y Tanatodanza, conferencias sobre envejecimiento activo y saludable y de eventos recreativos y culturales como noches bohemias, obras de teatro o visitas para nadar en el Centro Recreativo y Cultural</p>
--	---	---

			<p>ISSSTEhuixtla, además de realizar activación física diaria.</p> <p>-Talleres de Terapia Ocupacional para Pensionados y Jubilados: herramienta para promover la ocupación mental y física del pensionado, que puede al mismo tiempo ofrecerle la oportunidad de un ingreso extra.</p>
Facilita que la familia pueda tomar sus decisiones en salud. D2, C2		Se busca disminuir complicaciones y mejorar la calidad de vida del AM y la de su familia.	Coadyuvar en el logro de una mejor calidad de vida tanto de quien recibe cuidados como de los cuidadores.
Integra principios éticos en la toma de decisiones. D2, C3			Ha visibilizado a todas aquellas personas que, sin ser derechohabientes, apoyan a quienes lo necesitan y, por supuesto, requieren apoyo institucional.

<p>Reconoce dilemas morales y éticos, y actúa de manera apropiada si es necesario. D2, C4</p>	<p>Con base en el diagnóstico de salud de la comunidad y la priorización de las necesidades de salud, identificar y actuar sobre los riesgos potenciales y las amenazas que tiene la población, considerando cuestiones éticas y culturales, de género y derechos humanos. D3, C1</p>	<p>Se ofrece atención con sentido humanista.</p>	
<p>D3.Colaboración interprofesional (6C)</p>	<p>D6.Liderazgo y colaboración interprofesional (9C)</p>		
<p>Colabora con el resto del equipo de salud en promover el cuidado interprofesional centrado en el cliente. D3, C1</p>	<p>Promover y apoyar la práctica interprofesional en el desarrollo de las intervenciones y actividades del plan de cuidados. D2, C13</p> <p>Involucrar a los recursos humanos del equipo de salud que estén disponibles en la planeación, articulación e implementación de programas y estrategias de salud en la comunidad. D5, C4</p>	<p>Los profesionales se especializan y demuestran un trabajo interdisciplinario. Valoración geriátrica integral: psicológica, biológica y social por enfermeras especialista en medicina de familia, estomatólogo, nutricionistas dietista y trabajo social. El médico familiar brinda atención domiciliaria (pacientes con discapacidad y dependencia).</p>	

<p>Promueve espacios de aprendizaje entre los miembros del equipo de salud para optimizar el cuidado del cliente. D3, C4</p>	<p>Convocar a diferentes actores del ámbito académico y de salud o regional a reuniones periódicas para tratar asuntos sobre el sistema de vigilancia y generar propuestas de mejora de abordaje de los problemas de salud. D3, C10</p> <p>Convocar y participar activamente en reuniones regionales, jurisdiccionales o locales que permitan abordar las problemáticas de salud de la comunidad, convocadas periódicamente por otros profesionales o autoridades regionales. D5, C7.</p>		
<p>Actúa como un consultor aceptando referencias de los profesionales del equipo de salud, agencias de la comunidad y otros profesionales externos al sistema de salud. D3, C2</p>	<p>Identifica las redes integradas de servicios para promover y difundir en su ámbito de competencia la articulación de las unidades para la referencia y contra referencia de servicios en su comunidad. D1, C3</p>	<p>Atención geriátrica en UMF y Hospitales del Seguro Social, mediante el Modelo Interconsultanta de Atención geriátrica.</p> <p>Programa Estratégico para la Atención Integral del Anciano en Unidades de Tercer Nivel.</p>	

<p>Coordina equipos interprofesionales en la provisión de cuidados al cliente. D3, C3</p>	<p>Organizar y dirigir al equipo de salud en la comunidad para operar los programas y estrategias en salud necesarias. D5, C5</p>		
<p>Establece una relación colaborativa con los proveedores de servicios de salud y los servicios comunitarios. D3, C5</p>	<p>Generar un fuerte vínculo desde su ámbito de competencia entre las diferentes autoridades locales (jurisdiccionales, municipales, de la sociedad civil, etc), con el objetivo de fortalecer el Sistema de Salud (SILO). D2, C8</p> <p>Desarrollar y consolidar redes de apoyo en salud para la población vulnerable y la población en riesgo de padecimientos sanitarios, con autoridades locales y jurisdiccionales, organismos de la sociedad civil y líderes comunitarios, entre otros. D4, C7</p>	<p>Capacitar en el área de Geriatría a los diferentes profesionales de la salud que intervienen en la atención del Adulto Mayor</p>	<p>Creación de cursos como Formación de Promotores Voluntarios de Derechos Humanos de las Personas Adultas Mayores.</p>
<p>Consulta y/o refiere a los clientes a otros proveedores de servicios de salud, en cualquier momento del continuo del cuidado, cuando la condición del</p>	<p>Actuar como enlace con los diversos subsistemas que componen el sistema de salud, a fin de facilitar la gestión adecuada de pacientes y</p>		

cliente no está dentro de su ámbito de acción. D3, C6	recursos en el nivel local. D6, C9 Realizar la referencia y contra referencia de personas con los diferentes miembros del equipo de salud entre las unidades de primer, segundo y terceros niveles para la atención oportuna en emergencias o riesgos y seguimiento de pacientes. D5, C6		
D4.Promoción y prevención en salud (9C)	D4.Promoción de la salud y participación de la comunidad. (11C)		
Participa en el desarrollo e implementación de los programas de promoción de la salud en su localidad. D4, C1	Realizar campañas innovadoras de educación para la salud para la población, con énfasis en el autocuidado. D3,C8 Ejercer un liderazgo efectivo con las autoridades locales para implementar las estrategias y programas que impacten en la salud de la población. D4, C9	Capacitación de AM en UMF con la estrategia de envejecimiento activo saludable del PREVENIMSS.	Para preservar la funcionalidad y limitar las repercusiones individuales, en la familia y sociedad, Haciendo corresponsables y participes de autocuidado al familiar y los cuidadores de estos pacientes, para mejorar calidad de vida y su bienestar.

<p>Selecciona, implementa y evalúa estrategias basadas en la evidencia para la promoción de salud y la prevención primaria, secundaria y terciaria. D4, C2</p>			<p>Brindar atención integral personalizada a las personas adultas mayores frágiles en el primer nivel de atención. -Semana de Salud para Gente Grande que se realiza del 24 al 30 de octubre, tiene como eje principal la prevención de patologías y se efectúan pláticas educativas e informativas por profesionales médicos orientados a fomentar en los adultos mayores y familiares el conocimiento sobre los riesgos de salud más frecuentes, su prevención y control. - Febrero, mes de la salud del hombre 2019 para promover una cultura de prevención en el cuidado de la salud</p>
--	--	--	--

			de los varones y aumentar la detección temprana de las principales causas de muerte y enfermedad.
Actúa para empoderar a individuos, grupos y comunidades, con el fin de que adopten estilos de vida saludables y el autocuidado. D4, C3	Fomentar iniciativas comunitarias para el empoderamiento de la comunidad en el cuidado de su salud, promoviendo tecnologías, métodos y modelos de Enfermería. D4, C4	Autonomía de los AM y el autocuidado de la salud, mediante la educación participativa en los centros de seguridad social.	Promoción del envejecimiento saludable. Capacitación de adultos mayores, así como la formación de sus cuidadores, para empoderarlos con información que les permita tomar decisiones para mejorar su calidad de vida y propiciar estados de bienestar
Interpreta información técnica y científica de salud de manera apropiada para las diferentes necesidades de los clientes. D4, C4			
Valora las necesidades educacionales de los clientes y cuidadores para proveer cuidados de salud personalizados y efectivos. D4, C5		Impulso de medidas de prevención y promoción de la salud de AM con algún grado de dependencia	Acciones de capacitación encaminadas a salvaguardar el bienestar integral de la persona que requiere cuidados y

			de quien proporciona dichos cuidados.
<p>Realiza entrenamiento al cliente y/o cuidador para lograr un cambio de comportamiento positivo. D4, C6</p> <p>Realiza entrenamiento e intervenciones educativas personalizadas sobre beneficios, interacciones e importancia de la adherencia al tratamiento, así como recomendaciones para su seguimiento y automanejo. D4, C7</p>	<p>Propiciar la participación social de la comunidad y líderes sociales en la atención sanitaria para lograr cambios positivos en la salud de los individuos. D4, C5</p>	<p>Capacitación y sensibilización del cuidador primario. Se busca favorecer el envejecimiento saludable</p>	<p>Programa Nacional de Formación de Cuidadores de Adultos Mayores que incluye cursos de capacitación presenciales sobre cuidado, cursos en línea de apoyo a formadores de cuidadores.</p> <p>-Creación del Centro de Estudios y Apoyo al Adulto Mayor "CEAAM", cuyo objetivo es promover acciones transversales enfocadas a la prevención y procuración de desarrollo integral, impulsar la participación activa y la capacitación y actividades que les</p>

			permite incursionar en nuevas oportunidades de trabajo remunerado.
Realiza entrenamiento e intervenciones educativas personalizadas sobre respuestas personales a enfermedades, trastornos, condiciones de salud, lesiones y factores de riesgo, incluyendo cambios en los estilos de vida e intervenciones terapéuticas. D4, C8	Promover estilos de vida saludables a través de la articulación de programas comunitarios de ayuda mutua, tomando en cuenta prácticas culturales comunitarias, que fomenten ambientes terapéuticos que permita enmarcados en la interculturalidad que permita que las personas discutan libremente sus asuntos de salud. D4, C6	Favorecer el envejecimiento saludable	Realizan intervenciones anticipatorias al impacto que tienen las enfermedades sobre los adultos mayores
Desarrolla materiales educativos apropiados al lenguaje y creencias culturales del cliente. D4, C9	Utilizar la información cultural del diagnóstico de salud de la comunidad para identificar las necesidades de aprendizaje de acuerdo con el nivel de alfabetización en salud y las estrategias para fomentar la retención de información. D4, C1	Guía de sesiones educativas para el envejecimiento saludable del PREVENIMSS	Cursos en línea sobre el cuidado y el cuidador, cuidados físicos, cuidados psicológicos y sociales, cuidados ambientales, cuidados espirituales y cuidados del cuidador.

D5. Práctica basada en la evidencia (6C)

Incorpora resultados de investigación y otras formas de conocimiento para mejorar los procesos y resultados de la práctica. D5, C1

Desarrollar la investigación clínica en este ámbito y transitar a una atención diferenciada en el Adulto Mayor. Programa Maestro para la formación y capacitación en investigación clínica geriátrica

Busca la mejor evidencia para mejorar los resultados de salud. D5, C2

Analiza guías clínicas para aplicarlas individualmente en la práctica. D5, C3

Atención con fundamento de las Guías de Práctica Clínica y con valoración multidimensional sistemática.

Implementa algoritmos, guías clínicas y vías de acción basados en la evidencia. D5, C4

<p>Actúa como agente de cambio a través de la implementación del conocimiento trasnacional y la disseminación del nuevo conocimiento, lo que puede incluir presentaciones formales, publicación, discusiones informales y el desarrollo de las mejores prácticas clínicas y políticas. D5, C5</p>	<p>Aplicar los enfoques teóricos y políticos establecidos en el plan sectorial de salud y en las estrategias gubernamentales federales y estatales con el objetivo de participar en el desarrollo de los objetivos planteados. D5, C1</p>		
<p>Usa estrategias efectivas para cambiar la conducta profesional y del equipo de trabajo, promoviendo así la adopción de prácticas e innovaciones basadas en la evidencia en el desempeño de la atención de salud. D5, C6</p>		<p>Capacita a personal que asiste al AM</p>	<p>Capacitación en línea dirigido al personal que integra el equipo de salud con el propósito de sensibilizarlos y actualizarlos sobre la importancia de promover el respeto entre los derechohabientes</p>
<p>D6. Investigación (5C)</p>			
<p>Identifica preguntas clínicas que pueden ser resueltas a través de la investigación. D6, C1</p>			

Selecciona estrategias de investigación adecuadas a la naturaleza del problema a estudiar, tanto cualitativas como cuantitativas. D6, C2		Desarrollar la investigación clínica en este ámbito y transitar a una atención diferenciada en el Adulto Mayor	
Diseña proyectos de investigación que respondan a criterios establecidos por agencias de financiación. D6, C3	Gestionar la obtención y utilización de recursos financieros, entre otros para implementar programas y estrategias que impacten positivamente en la salud de la población. D4, C10		Esta política incluye un programa compuesto por diversos proyectos como son los Módulos Gerontológicos y ElegISSSTE Crecer con servicios de carácter preventivo y multidisciplinarios, además de la Red de atención a las Personas Adultas Mayores (PAM) en segundo y tercer nivel en salud; la asesoría jurídica en todos los ámbitos que lo requieran los jubilados y pensionados; así como los importantes

			programas a cargo de PENSIONISSSTE, FOVISSSTE, TURISSSTE y SUPERISSSTE.
Realiza investigación, individualmente o en asociación con otros. D6, C4	Proponer y participar en estudios de investigación inter y multi-profesional en coordinación con universidades sobre temas relacionados con la problemática en la localidad o jurisdicción sanitaria. D3, C10	Desarrollar la investigación clínica en este ámbito y transitar a una atención diferenciada en el Adulto Mayor	
Disemina la evidencia de la investigación a diversas audiencias usando las modalidades oportunas. D6, C5			
D7.Liderazgo (14C)	D6.Liderazgo y colaboración interprofesional (9C)		
Distingue el ámbito de su práctica del resto de los profesionales del equipo de salud. D7, C1	Demostrar autonomía en el ámbito de su práctica y sus funciones ampliadas en relación con los otros profesionales del equipo de salud para evitar la duplicidad de funciones. D6, C1	Las enfermeras son especialistas en la atención del AM	
Ejerce de manera autónoma e independiente manejando pacientes con diagnóstico o aún sin diagnosticar. D7, C2	Aplicar cuidados de manera autónoma, independientes e interdependientes en el cuidado de las personas y		

	familias de su ámbito de competencia geográfica. D6, C2		
Documenta todos los aspectos de los cuidados entregados a los pacientes de acuerdo con el marco legal existente. D7, C3	Gestionar e implementar sus intervenciones acordes a la regulación local, municipal y jurisdiccional para lograr una adecuada cohesión con la comunidad. D5, C2		
Implementa estrategias para integrar y optimizar los procesos de atención al paciente en los equipos de salud dentro del sistema. D7, C4			
Realiza abogacía para crear ambientes organizacionales que apoyen la seguridad de los pacientes, la práctica colaborativa y el crecimiento profesional. D7, C5	Promover ambientes organizacionales saludables entre los profesionales que integran el equipo de salud para estimular las prácticas colaborativas y una distribución de efectiva de funciones. D6. C4		
Impulsa la formulación de políticas y estándares que contribuyan al desarrollo de la práctica de la EPA. D7, C6	Alimentar los sistemas de información automatizado o manual con los resultados de las intervenciones e indicadores que contribuyan a mejorar el desempeño de los servicios de salud y del impacto del rol ampliado de enfermería		

	en la salud de la población. D6, C3		
Demuestra habilidad de pensamiento crítico cuando se enfrenta a situaciones clínicas complejas. D7, C7			
Demuestra capacidad de influencia utilizando un pensamiento crítico y reflexivo, y defendiendo sus decisiones de manera estructurada y fundamentada. D7, C8	Demostrar capacidad de influencia y un actuar reflexivo, aplicando el pensamiento crítico, juicio clínico y toma de decisiones cuando se enfrente a situaciones clínicas complejas. D6, C6		
Evalúa la relación entre acceso, costo, calidad y seguridad y su influencia en el cuidado de la salud. D7, C9		Se busca que la persona tenga una mejor calidad de vida y evitar riesgos en su salud	Coadyuvar en el logro de una mejor calidad de vida tanto de quien recibe cuidados como de los cuidadores.
Analiza la estructura organizacional, funciones y recursos para mejorar la provisión del cuidado. D7, C10	Identificar la estructura organizacional, funciones y recursos para proponer mejoras en los servicios de salud en concordancia con los sistemas de acreditación vigente y aplicable. D6, C7		
Identifica las necesidades de mejora en la provisión de la atención de salud. D7, C11			

<p>Identifica brechas y oportunidades y elabora recomendaciones basadas en evidencia para mejorar procesos y prácticas. D7, C12</p>			
<p>Trabaja con las comunidades identificando necesidades y abogando por servicios de salud que sean capaces de satisfacerlas. D7, C13</p>	<p>Establecer prioridades de salud pública que respondan a las necesidades de la población de acuerdo al diagnóstico de la situación de salud de la comunidad. D1, C5</p> <p>Convocar de manera programada a los diferentes actores de la comunidad para discutir la implementación de estrategias y programas de salud, así como la evaluación continua de los resultados obtenidos para mejorar las respuestas locales a problemáticas sanitarias. D4, C11</p>		<p>El ISSSTE reitera su compromiso con la población derechohabiente adulta mayor promoviendo el envejecimiento activo y procurando mejorar su calidad de vida.</p>
<p>Diseña e implementa estrategias de gestión del conocimiento para mejorar el cuidado de la salud utilizando las tecnologías apropiadas. D7, C14</p>			

	Transferir conocimientos y experiencias para el análisis de la situación de salud a través de un programa de capacitación en servicio y educación permanente de los profesionales del equipo de salud. D1, C8		Capacitación gerontológica.
	Ejercer un liderazgo ejecutivo a nivel local que permita el reconocimiento de la Enfermera con rol ampliado ante las autoridades locales y líderes de la comunidad. D1, C9		
	Elaborar informes diversos locales, regionales y sectoriales sobre el diagnóstico y prioridades de salud de la comunidad. D1, C10		
	Vigilar y mantener bajo control los riesgos sanitarios detectados en la población, considerando cuestiones interculturales, de género y derechos humanos. D3, C6		
	Gestionar el apoyo de servicios y laboratorios de salud pública para la vigilancia y control de riesgos sanitarios en		

	padecimientos específicos. D3, C11		
	Participar en conjunto con las autoridades locales y estatales en la estimación del riesgo de desastre de acuerdo a la temporalidad, así como en la planeación de estrategias e implementación de programas e preparación, respuesta y la mitigación de los daños de la población. D3, C13		
	Participar de manera activa con el equipo de salud y las autoridades intersectoriales para proveer atención y educación sanitaria a la comunidad, con el fin de reducir el impacto sobre la población en caso de desastre natural o contingencia epidemiológica. D3, C14		
	Participar con el equipo de salud para la provisión de servicios en la etapa de reconstrucción posterior a la contingencia epidemiológica o pos desastre. D3, C15		

	<p>Medir los resultados clínicos en salud (control de la presión arterial, índice glucémico, etc) de la población antes y después de las intervenciones de enfermería de rol ampliado en la comunidad. D4, C8</p>		
	<p>Realizar valoración inicial (triage) de las personas para proveer una atención oportuna e incrementar la capacidad resolutive de la unidad de salud y la referencia pertinente. D5, C3</p>		
	<p>Resaltar a través de difusión continua los principios de equidad en el acceso y utilización de los servicios de salud, así como el trato digno de las personas, colectivos y comunidad y respeto a su privacidad y a la confidencialidad de su información antes, durante y después del contacto con el personal sanitario. D5, C9</p>		<p>Ha visibilizado a todas aquellas personas que, sin ser derechohabientes, apoyan a quienes lo necesitan y por supuesto, requieren apoyo institucional.</p>
	<p>Evaluar los indicadores establecidos en el marco metodológico de este proyecto, así como aquellos establecidos en los diferentes programas de</p>		

	salud, para utilizarlos y adaptarlos al contexto y necesidades de salud de la comunidad. D5, C10		
	Responsabilizarse de un territorio geográfico (localidad, AGEB, municipio) y una población (ya sean familias, viviendas o personas) a su cargo, en concordancia al ordenamiento territorial de la jurisdicción sanitaria). D6, C5		

Fuente: Elaboración propia

ANEXO 10

RESULTADOS Y COMPARACIÓN DE LAS COMPETENCIAS ENTRE LOS PROGRAMAS: GERIATRIMSS Y POLÍTICA INST. DE ATENCIÓN INTEGRAL AL AM DEL ISSSTE.

DOMINIOS DE LA EPA-OPS	COMPETENCIAS: GERIATRIMSS	COMPETENCIAS: POLÍTICA INST. DE ATENCIÓN INTEGRAL AL AM DEL ISSSTE.
Dominio 1	10 competencias	5 competencias
Dominio 3	3 competencias	1 competencias
Dominio 4	7 competencias	7 competencias

Fuente: Elaboración propia

10. REFERENCIAS

1. Organización Panamericana de la Salud. Autoridades de salud de las Américas trazan un camino hacia el acceso y la cobertura universal de salud [Online]. Washington, D.C; 2014 [cited 2018 Noviembre 16]. Available from: <https://bit.ly/2UGOKtC>.
2. Organización Panamericana de la Salud. Ampliación del rol de las enfermeras y enfermeros en la atención primaria de salud [Online]; 2018 [cited 2018 Noviembre 20]. Available from: <https://bit.ly/2rBGyOS>.
3. Ham R, González C. Demografía del envejecimiento [Online]. 2013 [cited 2018 Octubre 22]. Available from: <https://bit.ly/2PdMI4M>.
4. Ostiguín RM. Perspectivas de la práctica profesional. Revista Enfermería Universitaria ENEO-UNAM [Online]. 2009 Julio. [cited 2019 Marzo 27]; 6(3): 7. Available from: <https://bit.ly/2MHS7jN>
5. Audiffred V, Leitón Z. El cotidiano del cuidador familiar del adulto mayor con dependencia: reconfigurando el espacio. Enfermería Neurológica [Online]. 2010. [cited 2019 Marzo 25]; 13(2): 82. Available from: <https://bit.ly/2zij8Bt>
6. Instituto Nacional de Geografía y Estadística. Encuesta intercensal 2015 [Online]. 2015. [cited 2018 Oct 23]. Available from: <https://bit.ly/2ivmWpH>
7. Espinoza ZE. El envejecimiento saludable y el bienestar: un desafío y una oportunidad para enfermería. Enfermería universitaria [Online]. 2016. [cited 2018 Octubre 22]; 13(3). Available from: <https://bit.ly/2CxI8IS>
8. Organización Mundial de la Salud. ALMA ATA 1978, Atención Primaria de Salud. Ginebra: Organización Mundial de la Salud [Online]. Ginebra; 1978. [cited 2019 Enero 24]. Available from: <https://bit.ly/2HDe7dU>

9. Secretaría de Salud. NORMA Oficial Mexicana NOM-019-SSA3-2013, Para la práctica de enfermería en el Sistema Nacional de Salud [Online]. Ciudad de México; 2013. [cited 2018 Diciembre 28]. Available from: <https://bit.ly/19XehWV>
10. International Council Of Nurses. ICN-Nurse Practitioner/Advanced Practice Nursing Network [Online]. [cited 2019 Enero 17]. Available from: <https://bit.ly/1Xnat6x>.
11. Canadian Nurses Association. Advanced Practice Nursing A Pan Canadian Framework [Online]. Ottawa: 2019 [cited 2019 Marzo 21]. 13p. Available from: <https://bit.ly/2umLjwT>
12. Fran M, O Grady E. Hamric and Hanson's Advanced Practice Nursing: An Integrative Approach [Online]. Missouri: 2018 [cited 2019 Marzo 21] 66-68p. Available from: <https://bit.ly/2OfYecl>
13. LeGrow K, Hubley P, McAllister M. A Conceptual Framework for Advanced Practice Nursing in a Pediatric Tertiary Care Setting: The SickKids' Experience. Nursing Leadership [Online]. 2010 Junio [cited 2019 Marzo 21]; 23(2). Available from: <https://bit.ly/2HBjijL>
14. Moran L. La Enfermería de Práctica Avanzada ¿qué es? y ¿qué podría ser en América Latina? Enfermería Universitaria [Online]. 2017 Octubre [cited 2019 Marzo 18]; 14(4): 2,3. Available from: <https://bit.ly/2TzARoG>
15. Cassiani S, Zug E. Fomentando el papel de la Práctica Avanzada de Enfermería en América Latina. Revista Brasileira de Enfermagem [Online]. 2014 septiembre [cited 2019 Marzo 18]; 67(5): 677-678. Available from: <https://bit.ly/1PNiFKQ>
16. Parker J, Hill M. A review of advanced practice nursing in the United States, Canada, Australia and Hong Kong Special Administrative Region (SAR), China. International Journal of Nursing Sciences [Online]. 2017 [cited 2018 Noviembre 30]; 4(2): 196-204. Available from: <https://bit.ly/2Ny4Jtk>

17. Sheer B, Kam F. The development of advanced nursing practice globally. Journal of Nursing Scholarship [Online]. 2008 [cited 2018 Diciembre 4]; 4(3): 204-211. Available from: <https://bit.ly/2KWAdYg>
18. Zug K, Cassiani S, Pulcini J, Garcia A, Aguirre F, Park J. Advanced practice nursing in Latin America and the Caribbean: regulation, education and practice. Revista Latino Americana de Enfermagem [Online]. 2016 [cited 2018 Diciembre 31]; 24:1-9. Available from: <https://bit.ly/2ck4WzL>
19. Sim J. The current situation of nurse practitioner education focusing on clinical. Nursing science research [Online]. 2016 Septiembre [cited 2018 Diciembre 28]; 14: 43-47. Available from: <https://bit.ly/2LE5lup>
20. Canadian Nurses Association. Clinical Nurse Specialists [Online]. Canadá; 2019 [cited 2019 Enero 3]. Available from: <https://bit.ly/2CPvCDn>.
21. Canadian Nurses Association. Nurse Practitioners [Online]. Canadá. [cited 2019 Enero 3]. Available from: <https://bit.ly/2MMgJrc>.
22. González B, Hernández M, Castrejón V. Estilos de aprendizaje para el desarrollo de competencias en estudiantes de la Licenciatura en Enfermería. Revista Iberoamericana de Investigación y Desarrollo [Online]. 2018 Junio [cited 2019 Febrero 14]; 8(16). Available from: <https://bit.ly/2KTX3zQ>
23. Secretaría de Salud. Acuerdo por el que se crea la Comisión Permanente de Enfermería [Online]. Ciudad de México; 2007 [cited 2018 Diciembre 23]. Available from: <https://bit.ly/2JjfQAM>
24. Secretaría de salud. Marco Mexicano de Competencias de Enfermería de Práctica Avanzada (MMCEPA). Ciudad de México: Secretaría de Salud, Comisión Permanente de Enfermería; 2018.
25. Secretaría de Gobernación. NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-031-SSA3-2012, asistencia social, prestación de servicios de asistencia social a adultos

y adultos mayores en situación de riesgo y vulnerabilidad. Ciudad de México: Secretaría de Gobernación; 2012.

26. Arce I, Ayala A. Fisiología del Envejecimiento. Revista de Actualización Clínica [Online]. 2012 Julio [cited 2019 Marzo 18]; 9(3): 813-818. Available from: <https://bit.ly/31UJ4z8>
27. Manrique B, Salinas A, Moreno K, Acosta I, Sosa A, Gutiérrez L, et al. Condiciones de salud y estado funcional de los adultos mayores en México. Salud Pública México [Online]. 2013 enero [cited 2019 Abril 4]; 55(2): S323-S331. Available from: <https://bit.ly/2UdIXk2>
28. Robledo LM, Kershenobich D. Envejecimiento y salud, una propuesta para un plan de acción. 2nd ed. México: UNAM; 2012. Sobre la necesidad de una perspectiva transversal en las políticas públicas para el envejecimiento; 71-77.
29. Organización de los Estados Americanos. Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las personas mayores [Online]. [lugar desconocido]; 2015 [cited 2019 Julio 20]. Available from: <https://bit.ly/2j6zd8n>
30. Comisión Nacional de los Derechos Humanos. Los derechos humanos de las personas mayores [Online]. México: Comisión Nacional de los Derechos Humanos; 2018 [cited 2019 Julio 20]. Available from: <https://bit.ly/2j6zd8n>
31. Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado. Curso de Apoyo Para Cuidadores Informales de Personas Envejecidas [Online]. México: ISSSTE; [cited 2019 Marzo 16]. Available from: <https://bit.ly/1Y19neW>.
32. Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado. Política Institucional para la Atención Integral de los Adultos Mayores [Online]. México: ISSSTE; [cited 2019 Marzo 16]. Available from: <https://bit.ly/2P6oqXT>.

33. Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado. Curso de Apoyo Para Cuidadores Informales de Personas Envejecidas Frágiles y con Demencia [Online]. México: ISSSTE; [cited 2019 Marzo 16]. Available from: <https://bit.ly/2qrHfe9>.
34. Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado. Casas de Día. [Online] México: ISSSTE; 2018 [cited 2019 abril 12]. Available from: <https://bit.ly/2OrvRYS>.
35. Instituto Mexicano del Seguro Social. GeriatrIMSS. Por una Atención Integral del Adulto Mayor [Online]. México: Instituto Mexicano del Seguro Social; 2015 [cited 2019 abril 19]. Available from: <https://bit.ly/1Ms4l9o>
36. Souza MT, Silva MD, Carvalho RD. Integrative review: what is it? How to do it? Einstein (São Paulo) [Online]. 2010 marzo [cited 2019 Marzo 18]; 8(1). Available from: <https://bit.ly/2EwbdnB>
37. Red Internacional de Enfermería Ocupacional. Instrumento para recolección de datos revisión integrativa [Online]. 2015 [cited 2019 Febrero 26]. Available from: <https://bit.ly/2tBSXTx>.
38. Melnyk, Fineout-Overholt E. In Evidence-based practice in nursing & healthcare: A guide to best practice [Online]. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2015 [cited 2018 Diciembre 14]. 11 p. Available from: <https://bit.ly/2Ez6x0b>
39. Comisión Nacional para la protección de los sujetos humanos de investigación biomédica y comportamental. Principios y guías éticos para la protección de los sujetos humanos de investigación [Online]1979. [cited 2018 Noviembre 7]. Available from: <https://bit.ly/2SnQkDE>
40. Cassiani S, Boza F, Hoyos M, Barreto M, Moran L, Mackay M, et al. Competencies for training advanced practice nurses in primary health care. Acta Paulista de Enfermagem [Online]. 2018 Abril [cited 2019 Marzo 11]; 31(6): 582-584. Available from: <https://bit.ly/2ZpKDrv>

41. Imhof L, Naef R, Wallhagen M, Schwarz J, Mahrer R. Effects of an Advanced Practice Nurse In-Home Health Consultation Program for Community-Dwelling Persons Aged 80 and Older. Journal compilation. The American Geriatrics Society [Online]. 2012 Noviembre [cited 2019 Febrero 15]; 60(12): 2223-2231. Available from: <https://bit.ly/2TvaVWa>
42. Goldberg S, Cooper J, Blundell A, Gordon A, Masud T, Moorchilot R. Development of a curriculum for advanced nurse practitioners working with older people with frailty in the acute hospital through a modified Delphi process. Age and Ageing [Online]. 2016 enero [cited 2019 Febrero 15]; 45(1): 48–53. Available from: <https://bit.ly/2TtsFRL>
43. Thomas A, Stanley J. Adult-Gerontology Acute Care And Primary Care NP Competencies [Online]. Washington: American Association of Colleges of Nursing; 2016 [cited 2019 Febrero 17]. Available from: <https://bit.ly/2lemuwN>
44. Naylor, Bradway C, Trotta R, Bixby B, McPartland E, Wollman C, et al. A Qualitative Analysis of an Advanced Practice Nurse–Directed Transitional Care Model Intervention. The Gerontologist [Online]. 2012 Junio [cited 2019 Febrero 16]; 52(3): 394–407. Available from: <https://bit.ly/2SjMxlZ>
45. Chavez K, Dwyer A, Ramelet A. International practice settings, interventions and outcomes of nurse practitioners in geriatric care: A scoping review. International Journal of Nursing Studies [Online]. 2018 Febrero [cited 2019 Febrero 16]; 78: 61-75. Available from: <https://bit.ly/2Ztkns0>
46. Simpson V, Edwards N, Berlin K. Annual Medicare Wellness Visit: Advanced Nurse Practitioner Perceptions and Practices. The Journal for Nurse Practitioners [Online]. febrero 2018 [cited 2019 Febrero 16]; 14(2): e45-e48. Available from: <https://bit.ly/2KVGvaF>
47. Reuben D, Ganz D, Roth C, McCreath H, Ramirez K, Wenger N. The Effect of Nurse Practitioner Co-Management on the Care of Geriatric Conditions.

- Journal of the American Geriatrics Society [Online]. 2014 Junio [cited 2019 Febrero 17]; 61(6): 857-867. Available from: <https://bit.ly/2ZpGRhB>
48. Deniger A, Troller P, Kennelty K. Geriatric Transitional Care and Readmissions Review. The Journal for Nurse Practitioners [Online]. 2015 Febrero [cited 2019 Febrero 15]; 11(2): 248-252. Available from: <https://bit.ly/2STaENh>
49. Morilla J, García S, Martín F, Kaknani S, León A, Bautista J, et al. A systematic review of the effectiveness and roles of advanced practice nursing in older people. International Journal of Nursing Studies [Online]. 2016 Enero [cited 2019 Febrero 16]; 53: 290-307. Available from: <https://bit.ly/2TL0tpd>
50. García S, Morilla J, Cuevas M, Gallego F, Villa F, Porcel A, et al. Description of Advanced Practice Nurses Interventions Through the Nursing Interventions Classification in Different Care Settings for Older People: A Qualitative Study. International Journal of Nursing Knowledge [Online]. 2015 Marzo [cited 2019 Febrero 15]; 27(2): 79-86. Available from: <https://bit.ly/2KXpXz7>