



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

PROGRAMA DE MAESTRÍA EN ENFERMERÍA

**EXPERIENCIAS DE ENFERMERAS DE PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN EN EL
CUIDADO DEL ADULTO MAYOR**

TESIS

QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE
MAESTRA EN ENFERMERÍA
CIENCIAS SOCIOHUMANÍSTICAS

PRESENTA:
PAULA ANDREA CUARTAS VELÁSQUEZ

TUTOR: DRA. VIRGINIA REYES AUDIFFRED
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

Ciudad de México
Marzo 2021



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

Tabla de contenido

Abreviaturas.....	6
RESUMEN.....	7
INTRODUCCIÓN.....	8
CAPÍTULO 1.....	11
1. Planteamiento del problema.....	11
1.1 Revisión de la literatura.....	15
1.2 Objetivo General.....	22
CAPÍTULO 2.....	23
2. Referente conceptual.....	23
2.1 Adulto mayor.....	23
2.2 Cambios biopsicosociales en el adulto mayor.....	23
2.3 Cambios anatomo-fisiológicos en el adulto mayor.....	24
2.4 Cambios psicológicos y sociales en el adulto mayor.....	26
2.5 Enfermedades crónicas.....	28
2.6 Enfermera de rol ampliado (ERA) y Enfermera de práctica avanzada (EPA).....	29
2.7 Profesional de enfermería.....	30
2.8 Cuidado.....	31
2.9 Enfermera de práctica avanzada (EPA).....	32
2.10 Ampliación del rol de las enfermeras y enfermeros en la atención primaria de salud.....	35
2.11 Organización del Sistema de Salud en niveles de atención.....	37
2.12 Atención primaria a la salud.....	39
2.13 Educación para la Salud.....	39
2.14 Teoría sociológica fenomenológica de Alfred Schütz.....	41
CAPÍTULO 3.....	44
3. Metodología.....	44
3.1 Diseño metodológico.....	44
3.2 Participantes.....	44
3.3 Características de las participantes.....	45
3.4 Técnica de selección de los participantes.....	45
3.5 Técnica de recolección de datos.....	46
3.6 Análisis de los datos.....	48
3.7 Tratamiento de los resultados.....	50
3.8 Criterios de rigor metodológico.....	50
3.9 Triangulación.....	52
3.10 Consideraciones éticas.....	52
3.11 Contexto del estudio.....	54

3.12 Presentación de las participantes.....	56
CAPÍTULO 4.....	59
4. Hallazgos y discusión	59
4.1 Gestión del cuidado de enfermería.....	60
4.1.1 Valoración avanzada.....	61
4.1.1.1 Primera consulta.....	61
4.1.1.2 Identificación de riesgos	66
4.1.1.3 Por medio de escalas.....	69
4.1.1.4 Registro de enfermería	71
4.1.2 Modelos y teorías.....	73
4.1.3 Empleo de la EBE.....	77
4.1.4 Identificación de redes de apoyo.....	79
4.1.4.1 Formales	80
4.1.4.2 Informales	82
4.2 Acciones educativas de enfermería para el adulto mayor y su familia	86
4.2.1 Adherencia al medicamento y la influencia de la situación cultural	87
4.2.2 Promover la participación familiar	92
4.2.2.1 Para fortalecer hábitos en la alimentación y actividad física.....	93
4.2.2.2 Cuidado personal y cuidado de la piel.....	99
4.3 Promover la práctica interprofesional	101
4.3.1 Médico	102
4.3.2 Trabajador social	108
CAPÍTULO 5.....	113
5.1 Consideraciones finales y conclusiones	113
5.2 Aportes a la Disciplina de enfermería	117
5.3 Limitaciones	118
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	119
ANEXOS	132

AGRADECIMIENTOS

Agradecimiento al Programa de Maestría en Enfermería de la UNAM, por la formación y el apoyo recibido.

A la Dra. Virginia Reyes Audiffred, por compartir conmigo su gran conocimiento, orientación y ejemplo. Gracias por motivarme y tenerme paciencia, llevándome siempre de la mano y ofreciéndome su apoyo incondicional, además, con sus palabras siempre de ánimo para enfrentar tantos momentos de desesperación.

Agradecimiento especial a la Dra. Ghandy Ponce por creer en mí y en mis capacidades para enfrentar de manera muy positiva este proceso de formación. Igualmente, a Tere Garin y Gema Sticker por el apoyo en todo este caminar, siempre con una sonrisa y afectuoso apoyo.

A los docentes, por su paciencia y enseñanzas para que mi proceso de formación fuese significativo.

Al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT), por la beca que me otorgó para dedicarme por completo a mis estudios.

Investigación realizada gracias al Programa de Apoyo de Investigación e innovación Tecnológica (PAPIIT) de la UNAM IN306819: Diseño y evaluación de un modelo de formación en Práctica Avanzada de Enfermería para la atención primaria a la salud en el cuidado de personas adultas mayores con enfermedad crónica (DM, HTA) con enfoque de familia: Fase Diagnóstica. A su vez, este proyecto se realizó con el patrocinio de la Fundación Gonzalo Río Arronte

A las enfermeras, por su disposición y su ánimo para participar en esta investigación.

DEDICATORIA

A Dios, por brindarme la oportunidad de cumplir este sueño tan anhelado, a fin de contribuir como ser humano y profesional al cuidado de las personas.

A mi madre, hermana y sobrina, quienes, a pesar de la distancia, con su motivación y cariño facilitaron que yo disfrutara este proceso.

A mi padre, aunque ya no está físicamente conmigo, le dedico este logro tan grande. Sé que estaría muy orgulloso de mí. Donde estés, mi adorado padre, te mando un enorme beso de agradecimiento por educarme con el fin de ser una persona valiosa para este mundo.

A mi maravilloso y gran hijo, por reírse conmigo, abrazarme y ayudarme a mantener la calma. Gracias por ser partícipe de este proceso de aprendizaje, que sin duda aportó a ambos. Aprendimos que la dedicación y el amor por lo que hacemos tendrá los mejores frutos para nuestras vidas.

Mi adorado esposo, gracias por tu apoyo incondicional, por prepararme café y acompañarme en tantas noches de desvelo, con paciencia y con ese amor tan limpio que me hizo más llevadera todas las situaciones por las que pasé

A mis compañeros, por enseñarme sobre su lindo país, México, por las risas, celebraciones y discusiones interesantes sobre nuestro proceso de formación.

A Dani Rodríguez, quien, a pesar de la distancia, siempre me hablaba en las noches, con el propósito de animarme y apoyarme. Gracias por estar ahí.

A mis compañeras Dafne y Ana María, por su apoyo y su linda disposición para ayudarme.

Abreviaturas

EPA	Enfermera de práctica avanzada
ERA	Enfermera con rol ampliado
AM	Adulto mayor
APS	Atención primaria en salud
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONU	Organización de las Naciones Unidas
OPS	Organización Panamericana de la Salud
RHE	Recursos Humanos de Enfermería
CPE	Comisión Permanente de Enfermería
SS	Secretaría de Salud
LE	Licenciado en Enfermería
LEO	Licenciado en Enfermería y Obstetricia
UMF	Unidades de Medicina Familiar

RESUMEN

Introducción: La morbilidad y mortalidad se han incrementado en las personas de 60 años y más, debido a los hábitos poco saludables en etapas anteriores de su vida. Esto a su vez ha impactando los sistemas de salud por lo que es urgente implementar estrategias que fortalezcan la prevención y promoción de la salud en la población de adultos mayores a través de profesionales de enfermería que ejercen el rol ampliado en el primer nivel de atención. **Objetivo:** Describir las experiencias de las enfermeras de primer nivel de atención en el cuidado del adulto mayor.

Metodología: Investigación cualitativa. Las participantes fueron 5 profesionales de enfermería, sexo femenino, con edades entre los 32 y 63, con experiencia mínima de 5 años en el primer nivel de atención, con énfasis en el AM. La información se recolectó por medio de la entrevista a profundidad, la observación y notas de campo.

Hallazgos: Los datos se analizaron bajo la propuesta de Souza Minayo y la teoría de Alfred Schütz. Emergieron tres categorías: 1) Gestión del cuidado de enfermería con las subcategorías: valoración avanzada, modelos y teorías, empleo de la enfermería Basada en la Evidencia (EBE), y la identificación de redes de apoyos; 2) Acciones educativas de enfermería para el adulto mayor y su familia con las subcategorías: adherencia al medicamento y la influencia de su situación cultural, promover la participación familiar, para fortalecer hábitos en la alimentación y actividad física, cuidado personal y cuidado de la piel; y 3) Promover la práctica interprofesional con las subcategorías: médico, y trabajador social.

Conclusiones: Las enfermeras aplican el juicio crítico y ejercen la autonomía profesional mediante intervenciones como realizar la valoración avanzada, el empleo de modelos y teorías, el uso de la EBE, así como el apoyo al adulto mayor y su familia para mejorar sus estilos de vida. También fomentan el trabajo colaborativo con actores sociales como el médico y trabajador social con la intencionalidad de evitar la duplicidad en las funciones y visibilizar las competencias y habilidades.

Palabras clave: Adulto mayor, Enfermera con Rol Ampliado, Primer Nivel de Atención.

INTRODUCCIÓN

El cuidado de enfermería con énfasis en el adulto mayor ha requerido profesionales que se encuentren en constante capacitación para poder realizar intervenciones de cuidado que realmente tengan un efecto positivo en este grupo de personas. Las acciones tienen la intencionalidad de lograr un empoderamiento en ellos, brindando herramientas de cuidado para fortalecer sus habilidades de cuidado en el hogar y mejorar sus hábitos de vida, incentivando su conservación, mantenimiento y fortalecimiento en su proceso salud – enfermedad.

Para dar cumplimiento a los objetivos anteriores, se considera que es el profesional de enfermería quien cuenta con competencias necesarias, las cuales se enmarcan con su experiencia profesional y su proceso educativo constante, en relación con todos los cambios biopsicosociales de los AM. En este sentido, estos atributos están directamente relacionados con los de la enfermera (o) con Rol Ampliado en el Primer Nivel de Atención, contribuyendo al mejoramiento de la calidad y disminución de las brechas en la prestación de los servicios de salud.

El presente trabajo se divide en cinco capítulos. En el primero, se da a conocer el planteamiento del problema, revisión de la literatura y el objetivo general. La literatura permitió conocer la necesidad de abordar el cuidado de los AM, por medio de herramientas educativas basadas en Educación para la Salud, en vista que se puede lograr el empoderamiento efectivo, siendo indispensable que se cuenten con competencias como el liderazgo, la gestión del cuidado del AM y su familia, el trabajo constante con otros profesionales del área de la salud, con el objetivo de ejecutar intervenciones holísticas que integran el padecimiento propio y todos los factores que se encuentran alrededor del AM, como el aspecto psicológico, fisiológico y aquellos relacionados con el medio, es decir, conocer sus redes de apoyo familiares y aquellas formales a nivel comunitario y de las Instituciones de salud.

Por lo tanto, el objetivo del presente trabajo busca conocer las experiencias de las enfermeras que brindan cuidado al AM en el contexto del Primer Nivel de Atención. En el segundo capítulo se dan a conocer los referentes conceptuales, como la descripción de las competencias de la Enfermera de Práctica Avanzada (EPA) así como la de Rol Ampliado. Allí se describen las particularidades de cada planteamiento y de qué manera es aplicada considerando las necesidades en la República Mexicana.

En este sentido se aborda el concepto de adulto mayor y los cambios biopsicosociales que presenta, así como la definición de enfermedad crónica, igualmente se revisa el concepto de profesional de enfermería y su vinculación con todas las competencias que se requieren, comparando las competencias específicas tanto de la EPA como de la Enfermera con Rol Ampliado (ERA), con el ánimo de sintetizar las competencias de las profesionales. Se hace la revisión sobre la organización de los Sistemas de Salud, para esclarecer las actividades que se llevan a cabo en cada uno de los niveles de atención, así como la participación de enfermería en cada uno. Por último, se aborda la fundamentación de la teoría sociológica fenomenológica de Alfred Schütz para rescatar las experiencias de las participantes.

En el tercer capítulo se describe la metodología cualitativa, se señalan los criterios y características de las participantes, así como la descripción del contexto y las técnicas utilizadas para la obtención y análisis de los datos, criterios de rigor metodológico y las consideraciones éticas para el desarrollo del trabajo.

Los hallazgos y discusión se presentan en el cuarto capítulo, se conservan los testimonios de las participantes, los cuales contribuyeron a encontrar las experiencias alrededor del cuidado del AM en el Primer Nivel de Atención y cómo ejecutan sus acciones y las relaciones intersubjetivas con los diferentes actores sociales involucrados, asimismo se logró conocer algunas de las competencias que se encuentran enmarcadas para el desarrollo del Rol Ampliado de enfermería, en voz de las participantes.

Los hallazgos concuerdan con diferentes estudios de corte cualitativo y otros cuantitativos, realizados en diferentes países de América Latina, Estados Unidos y Europa que reconocen algunas competencias necesarias para brindar cuidado del AM en el Primer Nivel de Atención, por ejemplo, la educación constante y con significado, con el objetivo de responder a uno de los ejes primordiales en este nivel de atención, la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad.

Se hace mención que, esta educación se basa en el conocimiento de todos los cambios de este grupo de edad, al considerar este primer acercamiento, es posible abordar algunas temáticas en relación con la adherencia medicamentosa, la alimentación, el cuidado de la piel e higiene personal, la actividad física y el involucrar la familia en todo el proceso y de otros profesionales del área de la salud para complementar las acciones de cuidado. En muchos de los estudios analizados, los autores concuerdan en que es posible generar cambios, cuando se cuenta con profesionales de enfermería con amplio conocimiento, lo que les facilita ejecutar una adecuada gestión del cuidado en el Primer Nivel de Atención, promoviendo y visualizando al profesional, en el cual se pueden observar otras características determinantes, como lo es el empleo de la evidencia científica y el cuerpo teórico de la disciplina, para sustentar su acciones con el AM y su familia.

Por último, en el quinto capítulo se encuentran las consideraciones finales y conclusiones, donde se aprecian las principales experiencias de las participantes que responden a la pregunta de investigación, así como al cumplimiento del objetivo. Por último, se abordan las limitaciones en relación con la contingencia epidemiológica COVID-19, al igual de no considerar participantes de otras zonas geográficas de la Ciudad de México.

CAPÍTULO 1

1. Planteamiento del problema

En México, el incremento de la población mayor se relaciona con el aumento de la esperanza de vida. Se estima que en el año 2030 sea de 74.64 años para los hombres de y 79.41 para las mujeres. Lo anterior implica un crecimiento en las causas de mortalidad en este grupo de edad, como la hipertensión, con un 40%; la diabetes, con un 24.3%; la hipercolesterolemia, con un 20.4%; las neumonías, con un 3.3%, y los padecimientos mentales, con un 17.6%. Dichos padecimientos o complicaciones son atribuidos, en gran medida, a la edad. Sin embargo, muchos de ellos se vinculan con los hábitos poco adecuados que se llevaron durante etapas anteriores de la vida, lo cual impacta en el estado de salud. ^{1, 2}

Es importante considerar que el aumento de la población adulta mayor y el deterioro de su estado de salud genera un impacto en el sistema de salud, en vista que, al paciente geriátrico se le identifica como aquel que presenta numerosas patologías, riesgos y dependencias, lo que aumenta el consumo en los servicios médicos en un 96.8% con respecto a los servicios preventivos, con un 3.2%. Este fenómeno da como resultado el incremento de los reingresos, las estancias hospitalarias prolongadas, la prescripción de medicamentos y las ayudas diagnósticas. ^{3, 4}

Por lo antes expuesto, el tema del envejecimiento de la población mexicana se debe considerar una prioridad de salud pública; por lo tanto, es importante implementar estrategias que fortalezcan el enfoque de la prevención, así como procurar el empoderamiento del cuidado de la salud fomentando estilos de vida saludable de la población, específicamente en los adultos mayores. Con estas medidas, se obtendría una disminución y mitigación de las enfermedades crónico-degenerativas y sus complicaciones.

Aunado a lo anterior, se desprende la necesidad de contar con profesionales de enfermería especializados con alta respuesta resolutive, con la capacidad de traspasar la práctica rutinaria y con un enfoque de cuidado preventivo. Se destaca el rol particular del profesional de enfermería en la Atención Primaria de la Salud (APS), específicamente en el primer nivel de atención; allí, el profesional puede abordar con eficiencia, por medio del equipo interprofesional, las necesidades individuales del adulto mayor y de su familia, lo que mejoraría el acceso a los servicios en salud.

Por esta razón, se destaca el informe de la OMS sobre la situación actual de la enfermería y la obstetricia. Allí se resalta la necesidad de formar nuevos profesionales de enfermería, con un enfoque más especializado. En septiembre de 2013, la OPS hizo caso de esta recomendación, con la Resolución CD 52.R13, donde se menciona la inclusión de la profesión de enfermería con prácticas avanzadas como parte de una estrategia global a fin de aumentar la fuerza de trabajo de atención primaria de la salud en América Latina.^{5, 6}

La enfermera de práctica avanzada (EPA) es el profesional idóneo para brindar dicha atención, ya que cuenta con un conjunto de conocimientos que se han ido adquiriendo y transformado a través de su formación académica y su experiencia profesional, como lo menciona el Consejo Internacional de Enfermería (CIE). Es la enfermera registrada que ha adquirido la base del conocimiento experto, las habilidades de toma de decisiones complejas y las competencias clínicas para la práctica expandida, cuyas características se hallan determinadas por el contexto del país en que se encuentra acreditada para ejercer. Estos profesionales de enfermería fortalecerán la cobertura de los servicios de salud para la población, asegurarán la calidad en la atención y demostrarán ser un costo efectivo para el sistema sanitario.^{7, 8}

En la actualidad, México cuenta con programas académicos de enfermería tanto de nivel licenciatura como de especialidad, maestría y doctorado, lo que ha significado un avance importante de la disciplina en el país. Actualmente, se cuenta con el 79.76%

de profesionales de enfermería con nivel licenciatura (LE o LEO). El 2.3% representa el nivel de maestría y únicamente el 0.1% el nivel de doctorado.^{8,9}

Con respecto a las áreas de desempeño ocupadas por los profesionales de enfermería, si se considera el informe del estado actual de dicha disciplina en México, es interesante destacar que, en el caso del primer nivel de atención —un área primordial de los sistemas de salud, por su importancia en las acciones de prevención, promoción de la salud, participación de la población y cantidad de talento humano—, **representa solo el 20.37% del total de la fuerza de trabajo de enfermería**. Quienes son responsables de llevar a cabo la detección de una gran variedad de padecimientos en los adultos mayores, el 64.72% del personal de enfermería es nivel auxiliar, técnico o postécnico; el 35.35% tiene nivel de licenciatura, y solo un 2.93% cuenta con nivel de posgrado.⁹

Lo anterior se contrapone con las recomendaciones emitidas por la CIE, la OMS y la OPS, que sugieren como indispensable insertar profesionales de enfermería con competencias avanzadas en la APS, dado su nivel de complejidad; además, porque allí se gestan los procesos de educación para la salud de los adultos mayores y se busca su empoderamiento y el de su familia. A fin de visibilizar dicho objetivo, nace la importancia de contar con las EPA, con objeto de liderar la APS de las instituciones de salud. Aun cuando en el país no se cuenta con cursos o diplomados específicos para formar las EPA, se cuenta con diferentes especialidades para adquirir diferentes competencias de enfermería, con predominio del área clínica y hospitalaria, que han dado respuesta a la necesidad del modelo actual de atención del país. No obstante, los retos existentes actuales, con el incremento de adultos mayores y padecimientos crónicos no transmisibles, requieren mayores esfuerzos en el primer nivel de atención.

10, 11

Ahora bien, a pesar de que la mayoría de los profesionales ubicados en el primer nivel de atención no cuentan con la preparación formal de EPA en el país, también es cierto que algunos profesionales poseen competencias y habilidades de enfermeros de

práctica avanzada o con Rol ampliado, ya que han realizado diversos cursos, diplomados o especialidades y han complementado su formación con varios años de experiencia laboral; en consecuencia, realizan valoraciones avanzadas de los adultos mayores y de sus familias, ejecutando juicios y reflexiones críticas de manera autónoma. Lo anterior les permite tomar decisiones efectivas de cuidado, en conjunto con otros profesionales del área de la salud. Sin embargo, no se encontró evidencia publicada de dichas experiencias en México.

Por todo lo antes señalado, es importante conocer cuáles son las experiencias de las enfermeras de práctica avanzada en la atención del adulto mayor, en el primer nivel de atención, lo que facilitará saber cuáles son las prácticas que les ayudan a fortalecer esas habilidades y competencias. Esto favorecerá y potenciará la atención de enfermería. Por ello, surge la pregunta de investigación: ¿Cuáles son las experiencias de enfermeras de primer nivel de atención en el cuidado del adulto mayor?

1.1 Revisión de la literatura

Se realizó una revisión de la literatura científica en diferentes bases de datos. La pregunta establecida para conducir el proceso metodológico fue la siguiente: ¿Cuáles son las experiencias de las enfermeras de primer nivel de atención en el cuidado del adulto mayor?

Para realizar el proceso de búsqueda, se utilizaron las siguientes palabras clave a partir de la pregunta de investigación: Enfermera de práctica avanzada, primer nivel de atención, adulto mayor. Se ubicaron los descriptores de Ciencias de la Salud (DeCS): enfermería de práctica avanzada, experiencia, adulto mayor, primer nivel de atención, Atención Primaria en Salud (APS), así como los Medical Subject Headings (MeSH): Advanced Practice Nursing, Caregivers, Aged, Chronic Disease, Nurse Practitioner.

Se realizaron 10 combinaciones para la estrategia de búsqueda en las bases de datos de Scielo, Science Direct, Google Scholar, Bidi UNAM, PubMed y The Cochrane Library PLUS. En la búsqueda se tuvieron en cuenta los siguientes criterios de selección: artículos académicos completos con un intervalo de tiempo de publicación de 2003 a 2020, escritos en los idiomas inglés, español y portugués; metodología de investigación cualitativa, cuantitativa y revisiones sistemáticas de la literatura.

La búsqueda inicial generó 150 artículos. Luego de su análisis, se procedió a eliminar los artículos duplicados y aquellos que no señalaban claramente las competencias. También se consideraron criterios de exclusión, como el periodo de tiempo y el contenido que aportarán a la pregunta de investigación. La pesquisa quedó con un número final de 27 artículos. Los resultados se agruparon en las siguientes categorías: gestión del cuidado, de la cual se derivan subcategorías en relación con la valoración, el empleo del PAE y la EBE; seguidamente, la categoría de la educación al adulto mayor; por último, la práctica interprofesional.

Gestión del cuidado

En su estudio, Torres y colaboradores utilizaron la técnica Delphi con la intención de determinar las funciones de las enfermeras en el primer nivel de atención. Entre las principales, encontraron el área administrativa, percibida como un área para planificar y controlar los procesos de cuidado en este nivel de atención, con el objetivo de diseñar estrategias para conocer a la comunidad y realizar intervenciones considerando sus necesidades puntuales, así como favorecer espacios de discusión relacionadas a la APS y la participación oportuna de diferentes actores de la comunidad.¹²

Por su lado, Boza y otros autores reconocen que para el desarrollo de esta competencia de gestión considerada como una de las piezas medulares de las EPA en el primer nivel de atención, necesariamente requiere otras variantes que aportan significativamente. Entre ellas, se encuentra la formación profesional inicial, más la experiencia clínica de por lo menos 2 años en este nivel; además, si cuenta con el conocimiento preciso de su comunidad, específicamente aquel concerniente al adulto mayor. Dichos elementos aportan al profesional, el desarrollo y el empleo del juicio crítico, así como el ejercicio autónomo para brindar un cuidado holístico al AM, que redunde en el impacto positivo, manifestado en la reducción de las complicaciones y en la disminución en las estancias hospitalarias de este grupo de edad.^{13, 14, 15}

Valoración

En el mismo sentido de la competencia relacionada con la gestión, diferentes autores concuerdan que de allí se derivan otras competencias; entre ellas, la valoración avanzada del AM. En sus estudios, Goldberg, Colbs y otros autores identificaron algunas habilidades. Encontraron que las enfermeras que ejercen su rol como EPA llevan a cabo una valoración geriátrica integral (VGI), considerando aspectos relacionados con las comorbilidades y las necesidades de su salud mental, incluidos problemas conductuales y psicológicos, así como la inclusión de la exploración física, que resultó imprescindible; el conocimiento detallado de los datos y antecedentes

personales; la funcionalidad de la familia y su relación con el paciente. Realizar la VGI les facilitó definir las prioridades y la personalización de los cuidados, así como cuantificar las primeras detecciones para dar continuidad a una valoración más específica. ^{12, 16, 17}

Otros autores mencionaron el impacto que obtuvieron en los AM y la ejecución de la valoración multidimensional en su domicilio; se favorecieron algunos aspectos, como la disminución en las caídas, un descenso en hospitalizaciones y en las consultas en los servicios de urgencias. El valor otorgado a la visita domiciliaria como estrategia indispensable para ser implementada en el primer nivel de atención facilita a los profesionales observar, detectar, analizar y describir las situaciones presentes en el núcleo familiar y brinda la oportunidad de llevar a cabo acciones para promover la participación y el empoderamiento, así como contar con herramientas que facilitaron tomar decisiones posteriores de cuidado. ^{18, 19, 20, 21}

Considerando lo anterior, otra habilidad que desarrolla una EPA que ejerce su rol ampliado (ERA) con respecto a la valoración, es la identificación de riesgos en el AM. De acuerdo con Margañón, Rodríguez y otros autores determinaron que es imperante conocer al paciente y su entorno mediante la valoración guiada por la observación, la cual va mejorando con la experiencia y lo dota de ciertas habilidades, facilitándole comprender las potencialidades saludables de las personas, así como de su entorno familiar. Es la manera de disponer de una fotografía de la persona y de sus relaciones, proporcionando componentes que encuentran en su medio, con el fin de determinar la existencia o prevalencia de alguna situación de riesgo, como el abandono, el maltrato y las caídas constantes. En este sentido, para dar más significado a la identificación de riesgos, considerando los resultados de sus estudios, se recomienda el empleo de escalas específicas para valorar al AM. A fin de desarrollar intervenciones, el profesional de enfermería especialista en AM debe utilizar una serie de instrumentos especializados que aporten los datos necesarios para analizar y así planear actividades para la atención multidimensional en el cuidado eficiente de las personas mayores ^{12, 22, 23}

La valoración ejecutada por enfermeras con rol ampliado en el primer nivel de atención se menciona en algunos estudios. Es considerable que este profesional realice un vínculo con las redes de apoyo del AM, en vista de que estas últimas ayudarán al empoderamiento de este para el cuidado de la salud. El rol de la enfermera en la búsqueda de las redes de apoyo tiene un efecto positivo para el apoyo emocional y de información con el objeto de lograr, en conjunto, el envejecimiento exitoso. Estas habilidades solo se ejercen cuando el profesional cuenta con el liderazgo que influye directamente en la creación y en el sostenimiento de dichas redes tanto en el ámbito institucional como en el familiar ^{12, 24}

Empleo del plan de atención de enfermería y la enfermería basada en la evidencia

En diferentes estudios, se menciona la eficiencia en el empleo del PAE y herramientas como NIC-NOC como material de apoyo para realizar la valoración del adulto mayor, con la finalidad de determinar intervenciones y facilitar el acercamiento a las personas, en la búsqueda de problemas para priorizar las acciones de intervención a ejecutar; estas funciones se describen como parte de las competencias de la enfermera de práctica avanzada en la atención del adulto mayor. Al desarrollar las etapas del proceso de enfermería, se evidencia la importancia de sus pasos para entregar un cuidado de calidad logrando integrar la teoría y la práctica. ^{25, 26, 27}

En el mismo sentido, en este proceso es transversal el empleo de teorías y de modelos. En el caso del AM, se sugiere considerar el modelo de Marjorie Gordon, que determina que la valoración posee consideraciones especiales, como datos que se rescatan a través de la historia clínica, los cuales son relevantes para conocer el entorno y facilitan así el análisis. La implementación de los planes considerando este modelo tuvo un impacto positivo en el proceso de valoración a fin de obtener un panorama más amplio para la identificación de problemas que deben ser priorizados. ^{15, 19, 25, 26}

Por otro lado, hay autores que determinaron que algunos profesionales de enfermería en el primer nivel de atención desarrollaban su autonomía cuando empleaban protocolos, guías de atención y cuando realizaban búsqueda de intervenciones con alta calidad científica, lo que les brindaba los elementos para la toma de decisiones que redundaría en la calidad y en la alta gestión en el cuidado de sus servicios ^{15, 27}

Educación al adulto mayor y su familia

Autores como Soto y Colbs, entre otros, mencionan en las conclusiones de sus estudios la importancia en que las actuaciones proactivas de enfermería deben direccionarse para poner en marcha medidas de prevención y promoción al adulto mayor con enfermedades crónicas, la cuales son directamente equiparables a la educación para la salud. Cuando el profesional de enfermería cumple con este papel educativo en cualquier nivel de atención, fortalece los sistemas de salud mediante un cuidado de calidad, incluidos el paciente sano y el enfermo, así como a todo el conjunto familiar. ^{24, 28, 29}

Con respecto al temario empleado para educar al AM en el primer nivel de atención, se encontró que prevalece la adherencia al tratamiento, en vista de que este grupo de personas suele estar polimedica por los múltiples padecimientos con los que cuenta. Considerando la situación, algunos estudios emplean la entrevista motivacional por parte de los profesionales de enfermería y concluyen que el grupo de pacientes acompañados por las enfermeras, contaron con mayor adherencia al tratamiento farmacológico dado que lograron establecer acciones mediante la conversación abierta, la comunicación eficaz, la actitud positiva, la disponibilidad y la calidad en el servicio prestado. Estos factores son determinantes en la adherencia de los pacientes y sus familiares. La idea es suscitar algunos cambios en todo su contexto familiar.

Por otra parte, hay autores que insisten en la importancia de los apoyos familiar y social como soportes para el paciente. En lo emocional, son aspectos que facilitan una

adecuada continuidad en el tratamiento y en las recomendaciones que debe seguir; por tanto, constituye un factor fundamental que exista la correcta interrelación enfermera-paciente a fin de garantizar la confianza y la credibilidad.^{12, 30, 31, 32, 33}. Varios estudios sugieren otro aspecto fundamental en cuanto a la educación del AM: contar con la participación y la capacitación activa de los familiares. Lo anterior se refleja en un resultado positivo respecto del empoderamiento para la mejora de los hábitos de vida saludables y del desarrollo de la autonomía de los adultos en la vida diaria; asimismo, refleja un alto grado de satisfacción de todo el grupo familiar respecto de las intervenciones realizadas por las enfermeras en este nivel de atención, específicamente en la educación de alimentación y de actividad física, lo que demuestra una autonomía en su papel educativo, que sin duda fortalece la atención de este grupo poblacional.^{34, 35}

Práctica interprofesional

Diferentes autores consideran el impacto positivo cuando se puede llevar a cabo la práctica interprofesional con actores como el médico y el trabajador social en el primer nivel de atención. Los hallazgos se enfocan al mejoramiento de valoraciones en conjunto, lo que les facilita la identificación oportuna de diferentes afecciones crónicas en el AM. Se coincide en que este trabajo mancomunado tiene el propósito de contar con guías de atención individualizada con objeto de facilitar la educación y el seguimiento de los pacientes y de sus familias, en especial con los adultos mayores frágiles, así como evitar la duplicidad en las funciones. Esta coordinación en el cuidado mejora el acceso a los servicios de salud y la continuidad del proceso de atención de las personas en este nivel de atención. De la misma manera, permite definir mejor su rol en el equipo de salud y potenciar su desarrollo.^{19, 36, 37, 38}

En estos modelos de atención, cuando se establece una relación interprofesional, se tienen más probabilidades de que todos participen en la evaluación de las necesidades sociales por medio de reuniones formales con cuidadores informales para el empoderamiento conjunto. En tal sentido, la enfermera desempeña un papel esencial

en la coordinación de la atención durante las transiciones de la atención, que consisten en compartir experiencias clínicas, documentación y consejos sobre los arreglos del trabajo diario de su práctica cotidiana. ^{19, 36, 37, 38}

1.2 Objetivo General

Describir las experiencias de enfermeras de primer nivel de atención en el cuidado del adulto mayor.

CAPÍTULO 2

2. Referente conceptual

2.1 Adulto mayor

Se estipula que los adultos mayores (AM) son aquellas personas que, debido al proceso de los años, se encuentran en una etapa de cambios a nivel físico y psicológico. Por ello, la primera asociación al concepto se configura por la definición cronológica. En este sentido, se considera al AM como aquella persona que se encuentra en la última etapa de la vida. En general, son aquellas personas que superan los 70 años. Sin embargo, tanto las Naciones Unidas (ONU) como la Organización Mundial de la Salud (OMS) consideran AM a toda persona mayor de 65 años para los países desarrollados y de 60 para aquellos en vía en desarrollo. En México se considera un AM a partir de los 60 años.^{38, 39}

2.2 Cambios biopsicosociales en el adulto mayor

El envejecimiento poblacional en la actualidad es un reto inminente para el Sistema de Salud en la República Mexicana, a causa del incremento sustancial de personas mayores de 60 años. El problema no es el concepto de cronología, sino el hecho de que radica en las problemáticas de salud que trae consigo, como el incremento de enfermedades crónicas degenerativas y el aumento de dependencia.^{1, 2, 39} Entre los nuevos retos del sistema sanitario respecto de esta población, se encuentran el mantenimiento de la funcionalidad de los AM, la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad. Por ello, para enfrentar dichas situaciones, es imperante reconocer el papel que sostiene el profesional de enfermería en el primer nivel de atención, en tanto participante clave en el equipo de salud, por su potencial de respuesta y por la capacidad en la toma de decisiones con acciones de intervenciones eficientes.⁴⁰

Con el panorama anterior, el profesional de enfermería de primer nivel de atención posee la necesidad imperiosa de ampliar sus conocimientos con lo que respecta al

grupo poblacional de AM. Debe empezar por interrogar y comprender el concepto de adulto mayor y sus derivaciones, así como analizar los contextos biopsicosociales y epidemiológicos y los cambios sujetos a ellos, con la intención de orientar el conocimiento que redunde en intervenciones de cuidado específicas con un impacto en su proceso.

2.3 Cambios anatomo-fisiológicos en el adulto mayor

En el contexto del cuidado de enfermería, al tener el panorama completo, se contará con las herramientas necesarias para identificar de manera oportuna el nivel de riesgo en que se encuentra el AM. Para ello, es indispensable conocer los cambios naturales que se dan en él.

El envejecimiento es parte normal del ciclo vital. Los cambios anatómicos y fisiológicos desempeñan un papel crucial para disminuir la reserva fisiológica y la capacidad funcional. De acuerdo con el punto de vista biológico, los cambios giran alrededor de tres perspectivas: molecular, celular y sistémica, las cuales pueden traducirse en pérdida celular, declinación fisiológica y pérdida de la vida.^{41, 42}

En la piel claramente se observa una disminución en su grosor y elasticidad, lo que le da un aspecto arrugado y flácido a la cara, al cuello y a los brazos. El cabello se torna gris o blanco, debido a una reducción del número de melanocitos funcionales y a la sustitución del pelo pigmentado por otro no pigmentado. El número de papilas gustativas de la lengua disminuye, lo que genera una pérdida en la capacidad de degustar y una disminución en la función salival. El fenómeno anterior produce una excesiva sequedad de la mucosa bucal.^{41, 42}

Con respecto a la visión, se da una disminución de la agudeza visual, lo que provoca un descenso de la capacidad para leer y discriminar los colores; asimismo, se produce una atrofia de las glándulas lagrimales y, en consecuencia, resequedad en los ojos. El

envejecimiento genera una pérdida gradual de la audición bilateral que aparece con frecuencia entre los 50 y los 60 años. ^{42,43}

En cuanto a los cambios específicos del sistema cardiovascular, se resalta la hipertrofia miocárdica con el aumento del tamaño tanto de las células musculares del miocardio como de las válvulas cardíacas, que se vuelven rígidas debido a la fibrosis y a la calcificación. La función renal en un adulto de 85 años se reduce a tan solo el 50% de la de una persona de 28 años. Con el envejecimiento se producen transformaciones en la respuesta sexual, aunque vale la pena mencionar que sí se presenta respuesta y actividad sexual en el AM. Tanto en hombres como en mujeres, el cambio principal relacionado con la edad es el tiempo. Resulta necesario mayor tiempo para conseguir excitación sexual y para completar las relaciones. ^{42, 43}

En el sistema musculoesquelético, varios estudios han considerado que el hueso se endurece, se debilita y se vuelve más quebradizo. La pérdida de estatura media es de 1 a 2 cm cada dos décadas. Dicho cambio se debe a diversos procesos que producen el acortamiento de la columna vertebral. Cuando el AM entra en la década de los 80 y 90 años, se observa una disminución más rápida en la altura vertebral debido al hundimiento osteoporótico de las vértebras. El resultado es un acortamiento del tronco. A los 75 años, la mayoría de las personas pierde la mitad de la masa muscular esquelética, proceso conocido como *sarcopenia*. La fuerza muscular disminuye con lentitud y se aprecia una disminución de la resistencia física. El cartílago hialino que recubre las articulaciones se erosiona y desgarrar con la edad avanzada. Esto último hace que los huesos entren en contacto entre sí, dando lugar a un malestar constante y retardo en el movimiento de la articulación. ^{42, 43}

Dos problemas endocrinológicos de máxima importancia para ser considerados en el cuidado de la población AM son la diabetes mellitus y la enfermedad tiroidea, frecuente muchas veces sin diagnóstico, pero que puede tratarse fácilmente en personas de todas las edades. Su diagnóstico precoz evita la incapacidad y la pérdida de función. Con respecto a la diabetes mellitus, se considera una enfermedad crónica que se

caracteriza por cambios en los niveles de glucemia debidos a alteraciones de la producción, la acción —o ambas— de la insulina. La regulación de los niveles de glucemia puede minimizar las complicaciones vasculares y neurológicas que se producen con frecuencia. En cuanto al sistema nervioso central, el peso cerebral disminuye, pero dicha disminución parece selectiva. Hay una mayor pérdida cortical y subcortical; el flujo sanguíneo cerebral disminuye entre 15 y 20%, de manera proporcional. Se aprecia mayor pérdida en la corteza, en el cerebelo y en el hipocampo.^{42, 43}

A nivel histológico cerebral, se nota una disminución de interconexiones dendríticas y en el número de dendritas totales, lo que conlleva la aparición de lesiones neurofibrilares. En cuanto al aspecto bioquímico, se aprecia una disminución en la producción de neurotransmisores. Esto último se traduce en una disminución en la capacidad de memorización, menor atención y concentración; no obstante, los requerimientos cognitivos de la vida independiente se mantienen intactos en ausencia de enfermedad.^{42, 43}

2.4 Cambios psicológicos y sociales en el adulto mayor

El envejecimiento de las personas trae como consecuencias un aumento en las alteraciones orgánicas asociadas a la edad, así como transformaciones en el nivel psicológico, de las cuales se destacan cambios o pérdidas a nivel intelectual, afectivo-emocional, de interés o motivacional. Conocer dichas modificaciones contribuirá de modo significativo en la valoración de la enfermera que ejerce su papel ampliado en el primer nivel de atención, y facilitará comprender al AM a quien brinda su cuidado.^{43, 44}

Aspecto cognitivo: el nivel de escolarización tiene estrecha relación con el deterioro cognitivo. En el AM hay disminución de algunas habilidades y del cúmulo de conocimientos. Parece que el aprendizaje actúa como potencializador para el desarrollo cerebral. Algunos estudios han encontrado que cuanto menor es la

capacidad lingüística en etapas tempranas de la vida, mayor será la presencia de alteraciones cognitivas en edades avanzadas. ^{43, 44}

Lenguaje: La expresión verbal no se ve afectada; sin embargo, existe una menor capacidad para asimilar conceptos nuevos, que no se logran enlazar con información con la que ya se contaba, con la denominación o con la comprensión de mensajes largos o complejos. ^{43, 44}

Afectividad: hay un aumento en la aparición de signos y síntomas que sugieren cuadros de depresión y/o ansiedad. Algunos autores mencionan que se pueden relacionar con cambios fisiológicos en combinación con otros factores externos, como la pérdida del compañero (a), la jubilación, la soledad (percibida por el abandono paulatino de muchos integrantes de la familia, como hijos, entre otros). ^{43, 44}

Capacidad motivacional y autonomía: se presentan características como la falta de interés para realizar actividades y como el incremento de sentimientos de independencia. Aunque algunos adultos mayores se encuentren físicamente en buenas condiciones, otros buscan la ayuda de sus hijos para tomar decisiones e incluso pueden depender de ellos para las tareas diarias y el apoyo financiero. Si los ancianos se enferman o son frágiles, sus hijos pueden enfrentarse al manejo de la vida de sus padres. Es probable que el AM pierda motivación y se vea disminuida su autonomía. Vale la pena mencionar que no existe un repliegue social o familiar cuando los AM se encuentran en condiciones normales. ^{43, 44}

Familia: la mayoría de los AM sostiene una relación satisfactoria con los hijos y mantiene un contacto frecuente. Si bien existe una reorganización respecto de los roles del grupo familiar, que en muchos casos es adoptada por los hijos o cónyuges cuando desempeñan el papel de cuidadores y figuras de soporte, los adultos en algunas ocasiones pierden autoridad y asumen así un papel más dependiente y menos activo. A pesar de lo anterior, también existen AM que asumen el rol de mantenimiento de las familias o el del cuidador de los nietos durante el horario laboral. ^{43, 44}

Amigos: es frecuente que, durante la vejez, la interacción social con los amigos y conocidos disminuya. Se reduce el deseo de acercamiento con los otros. Esto se relaciona con las pérdidas en sus grupos habituales o por alguna incapacidad física. Aunque es posible que los AM dispongan de menos relaciones cercanas que las personas más jóvenes, tienden a sentirse bien con la presencia de amistades de mucho tiempo. Aun cuando sea posible que vean a las personas con menos frecuencia, las relaciones personales continúan siendo relevantes, quizá incluso más que antes.^{43, 44}

Por consiguiente, la enfermera que cuenta con competencias necesarias para desarrollar su rol ampliado en el primer nivel de atención puede contribuir a fomentar la confianza de los AM en sí mismos o fortalecerla, de acuerdo con las posibilidades de cada individuo, mediante acciones acertadas de intervención. En primera instancia, es necesario conocer el panorama complejo respecto de los cambios físicos, familiares, psicológicos y sociales de los AM. En tal sentido, se podrá avanzar en el conocimiento de los padecimientos más frecuentes. Ya con dichas herramientas, la enfermera podrá proceder con el diseño de sus intervenciones, con justificación y apoyando su argumentación en la literatura.

2.5 Enfermedades crónicas

Las enfermedades crónicas se refieren a un trastorno orgánico y funcional. Se vinculan principalmente a la población de AM. Son atribuidas a los estilos de vida mantenidos con anterioridad, que contribuyen al desarrollo de estos padecimientos. La Organización Mundial de la Salud (OMS) señala que las enfermedades crónicas son aquellas entidades de larga duración y de progresión lenta, por lo que modifican el estilo de vida. Se requieren entonces largos periodos de cuidado, tratamiento paliativo y control. Lo anterior genera repercusiones en el sistema de salud, en la familia y en la persona que padece la enfermedad.^{45, 46}

En el AM, entre las principales enfermedades crónicas no transmisibles reportadas por la OMS, las de mayor impacto son la obesidad, la diabetes, la hipertensión arterial y los padecimientos cardiovasculares, que se han caracterizado por factores de riesgo, como el tabaquismo, el sedentarismo y los estilos nutricionales inadecuados (45,46). En México, existe un 40% de AM con hipertensión; 24.3% con diabetes; 20.4% con hipercolesterolemia; 3.3% con neumonías, y 17.6% con padecimientos mentales.^{2, 45, 46, 47}

A partir de la percepción anterior, el profesional de enfermería es consciente de los aspectos normales del proceso de envejecimiento. El conocimiento sobre los aspectos patológicos del AM constituye una herramienta. La enfermería es, sin dudas, el área profesional del equipo de salud que más impacta en la atención de los AM. El trabajo que realiza en el primer nivel de atención se complementa cuando se tiene conocimiento de todos los grupos de edad. Considerando la complejidad de los ancianos y de sus familias, lo anterior facilita ejecutar una valoración avanzada. Con este marco, la enfermería podrá realizar acciones de promoción y prevención, así como aplicar medidas especiales a fin de prevenir o hacer lentas las enfermedades crónicas no transmisibles, con objeto de que el AM se mantenga como una fuerza activa y productiva para sus familias y la comunidad.

2.6 Enfermera de rol ampliado (ERA) y Enfermera de práctica avanzada (EPA)

Para abordar las nociones de EPA y enfermeras con rol ampliado que ejercen en el primer nivel de atención, es necesario vincular algunos conceptos sustanciales, los cuales son transversales al ejercicio profesional. Si bien los antes mencionados son fundamentales para definir algunas competencias esenciales en el cuidado del adulto mayor, los que a continuación se presentan se enlazan para considerar su práctica extendida en el primer nivel.

2.7 Profesional de enfermería

La evolución histórica de la enfermería ha permitido que esta actividad se consolide como disciplina que cuenta ya con un cuerpo de conocimientos específicos adheridos a una filosofía centrada en el ser humano, lo que se traduce en un cuidado humanizado centrado en la persona y en la comunidad. Su objetivo es empoderarlos en su propio cuidado, que se puede evidenciar en las intervenciones ligadas a la promoción de estilos saludables mediante acciones educativas a fin de evitar complicaciones y/o evitar la aparición de enfermedades.

La enfermería cuenta con un marco de conocimientos basados en la evidencia científica para llevarlos a la práctica, con el ánimo de desarrollar habilidades para la toma de decisiones, facilitar la empatía con las personas y la vinculación de otros profesionales de la salud. El Consejo Internacional de Enfermeras establece que la profesión de enfermería precisa de una formación específica, que debe ser básica además de continuada. De este modo, se podrá ejercer dicha profesión de manera competente en el ámbito de la práctica profesional.⁴⁸ Lo anterior permitirá la búsqueda de mejores estrategias para brindar un cuidado de calidad, dotado con un alto compromiso y liderazgo. El profesional de enfermería tendrá como función principal establecer al igual aplicar normas aceptables de práctica clínica, gestión, investigación y formación, y contribuirá activamente al desarrollo de un núcleo de conocimientos profesionales basados en la investigación.⁴⁸

La profesión de enfermería ha estado constantemente definiendo sus objetivos y su alcance en el cuidado. En el caso de las EPA o enfermeras con rol ampliado, el reto yace en demostrar el nivel de experiencia profesional, el cual se vincula de modo directo con los conocimientos adquiridos y específicos para cumplir dicho rol, y en concreto, la atención a los pacientes AM con enfermedades crónicas, escenario caracterizado por su alta complejidad, donde la necesidad consiste en contar con profesionales que asuman el ejercicio, que tengan alta capacidad resolutoria y liderazgo, atributos que apoyarán el cuidado centrado en la persona y en la comunidad,

con el propósito de emprender acciones en el marco de la educación para la salud, promoviendo el fortalecimiento de los hábitos de vida saludable.

2.8 Cuidado

Desde el punto de vista disciplinar, el cuidado es el objeto de conocimiento de la enfermería. Hablar de cuidado es reconocer que las experiencias de vida del ser humano son un punto de partida para explicar los comportamientos individuales y aceptar su dimensión objetiva e intersubjetiva. En la práctica de la enfermería, este concepto ha estado inmerso por más de cien años. Sin embargo, no se trata de una actividad privativa de las profesionales de enfermería, sino de una actividad de los seres humanos, según lo expresa De la Cuesta.⁴⁹

Aunado a lo anterior, Leninger reconoce que cada cultura posee conocimientos y prácticas sobre los cuidados genéricos (profanas, tradicionales o indígenas). Normalmente son conocimientos y prácticas profesionales que varían de una cultura a otra y de un individuo a otro.⁵⁰ La enfermería apoyada en esta corriente, centrada en el desarrollo de la salud, tiene como razón de su ejercicio profesional ofrecer cuidados esenciales que sean universalmente accesibles a todos los individuos, familias y comunidades, con plena participación y a un coste razonable para la comunidad y para el país; es decir, los cuidados poseen una dimensión social y una dimensión para el desarrollo de las personas.⁵⁰

En el presente estudio, el concepto de *cuidado* se entiende de manera universal, considerando diferentes aspectos que rodean a las personas. Es indiscutible que el profesional de enfermería dispone de otros elementos que responden a la adaptación de intervenciones de acuerdo con las necesidades de los individuos, las familias y la comunidad. Por ello, el cuidado en este sentido se transforma de manera más específica, y se centra en las necesidades puntuales y no en un cúmulo de problemas por identificar, con la intención de resolver aquellos priorizados y continuar con la educación para la salud de manera continua.

2.9 Enfermera de práctica avanzada (EPA)

De acuerdo con lo planteado por el CIE, la EPA es una enfermera que ha logrado un conocimiento experto que le ha permitido desarrollar habilidades para la toma de decisiones clínicas complejas, características sujetas al contexto y la necesidad del país; por ello se requiere un nivel académico de maestría.⁵¹

En los últimos años, se han desarrollado estrategias en conjunto con la OPS, ALADEFE y otros sectores, con la finalidad de definir las competencias centrales de la enfermería como práctica avanzada. No obstante, se encontraron dificultades para definirla, puesto que ha sido definida de manera diferente en el ámbito mundial; por ejemplo, *enfermera practicante*, *clínicas especialistas*, *anestesiólogas* son términos ligados a las necesidades del país y, por supuesto, a la cultura de formación de dichas profesionales. Pese a lo anterior, el objetivo es el mismo: fortalecer el sistema de salud, disminuir las brechas respecto del acceso a los servicios y fortalecer la Atención Primaria de la Salud, específicamente en el primer nivel de atención.⁵¹

Vale la pena mencionar que, si bien la EPA es un profesional acreditado, con experiencia asistencial y con estudios de posgrado, puede ejecutar su desarrollo profesional en diferentes campos, lo que extiende el papel de estos profesionales. Se han considerado distintos ámbitos en algunas experiencias de países de Europa, Estados Unidos y Canadá, que comprenden los cuidados a las personas con ostomías, con problemas oncológicos, con heridas crónicas y complejas, así como a pacientes con padecimientos crónicos, que requieren cuidados intensivos, entre otros. La práctica, por lo tanto, no se limita. La diferencia radica en que existen competencias relacionadas no solo con la especialización a la que se vinculan, sino que se suman otros elementos que fortalecen el sistema sanitario.

En la actualidad, en México, se cuenta con un documento elaborado por la Secretaría de Salud (Comisión Permanente de Enfermería), denominado Marco Mexicano de Competencias de Enfermería de Práctica Avanzada (MMCEPA). Allí se indican las

competencias necesarias para los profesionales de enfermería con rol ampliado, para ser aplicadas en el primer nivel de atención, ya que se consideran conceptos para una práctica extendida, tanto intramuros como extramuros. El marco se encuentra organizado por 6 dominios y 68 competencias, las cuales se describen a continuación.

52

- **Dominio 1: Análisis de la situación de salud de su comunidad**

Se constituye por 10 competencias para ser realizadas en el ámbito comunitario, con un enfoque en los DSS (Determinantes Sociales de la Salud). Consiste en llevar a cabo estudio objetivo del nivel de salud de la comunidad, mediante el análisis de los problemas y necesidades, así como de los factores que influyen en sus procesos de salud-enfermedad, detectando riesgos o situaciones de vulnerabilidad, lo que facilita tener un panorama general e integral de la comunidad para priorizar las necesidades de la población y realizar acciones de planeación con un enfoque interprofesional, con el empleo de diferentes tecnologías en salud; todo esto, apoyado con el liderazgo del profesional de enfermería.

- **Dominio 2: Gestión del cuidado**

Se compone por 13 competencias. En este apartado, se establece que la enfermera ejerce su cuidado con liderazgo, empleando elementos disciplinares como el proceso de atención de enfermería, sustentado en los conocimientos esenciales sobre la fisiopatología, la epidemiología, la demografía y los procesos familiares en todas las etapas de la vida, así como en el uso adecuado de las tecnologías del cuidado, al emplear la valoración avanzada como herramienta para identificar las necesidades de cada persona y dar así continuidad de su cuidado con acciones educativas basadas en la evidencia científica y en colaboración con el equipo interprofesional. Estas acciones permiten un cuidado individualizado, y si fuese el caso, prescribir medicamentos de acuerdo con la Ley General de Salud y las indicaciones relacionadas con los exámenes de laboratorio.

- **Dominio 3: Vigilancia y control de riesgos y daños en salud de su comunidad**

Se integra por 15 competencias. En este dominio, se considera indispensable que el profesional de enfermería realice un diagnóstico a la comunidad con objeto de conocer los riesgos potenciales existentes para definir las acciones de salud óptimas que deben implementarse para reducir los impactos negativos, empleando campañas de educación para la salud en la comunidad, y realizando pruebas de tamizaje. Todo esto, en conjunto con diferentes entes institucionales y autoridades tanto estatales como locales.

- **Dominio 4: Promoción de la salud y participación social de la comunidad**

Está constituido por 11 competencias dirigidas a la identificación de necesidades de aprendizaje de la comunidad, a fin de fomentar ambientes saludables y el empoderamiento de la población en el cuidado de su salud. Se trata de consolidar redes de apoyo para la población vulnerable, mediante un liderazgo efectivo de enfermería con autoridades locales que favorezcan la implementación de dichos programas.

- **Dominio 5: Planificación y gestión de la calidad**

Se compone de 10 competencias. Gestiona e implementa las intervenciones de acuerdo con la comunidad, por medio de la valoración inicial con todo el equipo de profesionales de la salud, utilizando herramientas teórico-metodológicas para brindar un cuidado de calidad, que redunde en la equidad en los servicios de salud.

- **Dominio 6: Liderazgo y colaboración interprofesional**

Este dominio es transversal. Allí, la enfermería ejerce su práctica con autonomía e independencia, con el fin de brindar cuidados a personas, familias y comunidades, promoviendo la práctica colaborativa, con la intención de proponer mejoras en los servicios de salud, por medio de la práctica en colaboración.

La enfermera de práctica avanzada es el profesional idóneo para cumplir con los ejes principales de la APS, en vista de que, en la actualidad, hay un incremento significativo

de personas, y muchos más adultos mayores con enfermedades crónicas; por ende, existe la necesidad de constituir un perfil de enfermería que cuente con diferentes competencias que cooperen en la consolidación del sistema de salud para disminuir así las brechas en el acceso a los servicios de salud. Se trata de fomentar la participación y la inclusión de la comunidad, estableciendo vínculos con instituciones públicas y privadas para que se realicen acciones que favorezcan la salud de la población.

2.10 Ampliación del rol de las enfermeras y enfermeros en la atención primaria de salud

En 2018, la Organización Panamericana de la Salud difundió el documento para la ampliación del rol de las enfermeras y enfermeros en la Atención Primaria de la Salud. Dio a conocer a la enfermera de práctica avanzada como una profesional con formación de posgrado, que se integra al equipo interprofesional de los servicios de primer nivel de atención de salud y contribuye a la gestión de los cuidados de las personas con enfermedades agudas y crónico-degenerativas, con las directrices de los protocolos y las guías clínicas.^{53, 54}

Considerando que la intención de este rol se extiende en el marco de la Atención Primaria de la Salud, en él se considera la ampliación de dicho ejercicio en el primer nivel de atención. El concepto de APS es aplicado en todos los niveles de atención, pero su aplicabilidad es diferente por la diversidad en los niveles, específicamente en esta propuesta de la OPS, que promueve la participación de profesionales de enfermería que, mediante la formación y la regulación adecuada, podría ser una medida en apoyo para lograr el acceso universal a la salud, ya que estos profesionales poseen una formación en niveles avanzados, además de habilidades y conocimientos basados en la evidencia, necesarios para promover la salud, la prevención y el control adecuado de las enfermedades transmisibles y no transmisibles.⁵³

En este documento se presentan los perfiles para los profesionales de enfermería con rol ampliado, a través de 7 dominios y 64 competencias.⁵³

- **Dominio: Gestión del cuidado**

Enfatiza particularmente el enfoque de cuidado guiado por la valoración especializada y el diagnóstico, con el propósito de brindar un cuidado holístico y cultural, considerando las guías clínicas y los protocolos. Lo anterior permite planear las intervenciones adecuadas para las personas y las familias en las diferentes etapas de la vida.

- **Dominio: Ética**

La importancia de generar un ambiente terapéutico facilita que los individuos y las familias participen de forma activa en la toma de decisiones sobre su salud, mediante la integración de principios éticos a fin de proceder de manera adecuada en las acciones.

- **Dominio: Colaboración interprofesional**

Promueve la vinculación de diferentes profesionales de la salud, con objeto de promover la continuidad del cuidado de las personas por medio de la coordinación con los equipos de salud para promover el aprendizaje y el empoderamiento del cuidado de las personas y las comunidades, estipulado por las relaciones colaborativas.

- **Dominio: Promoción y prevención en salud**

Destaca la relevancia de la creación de programas de promoción de la salud, para implementar estrategias basadas en la evidencia, con el fin de empoderar a la población acerca de su salud, tomando en cuenta su entorno y las diferentes capacidades de aprendizaje, de esta manera, implementar las intervenciones educativas personalizadas.

- **Dominio: Práctica basada en la evidencia**

Promueve las intervenciones educativas basadas en la evidencia científica con el fin de mejorar la práctica y consolidar la autonomía del profesional de enfermería.

- **Dominio: Investigación**

Trata de resolver preguntas clínicas y de comunidad, con la ayuda de la investigación, así como el diseño y la ejecución de proyectos de investigación individual y colectivamente.

- **Dominio: Liderazgo**

Realza la práctica de enfermería sobre otras profesiones, por medio de la autonomía e independencia en sus acciones de cuidado.

2.11 Organización del Sistema de Salud en niveles de atención

Se define niveles de atención como un sistema de organización que da cuenta de qué manera se establece el contacto con las personas y las comunidades con el sistema de salud. También define objetivos específicos para cada nivel, considerando su grado de complejidad. La OMS señala que el sistema de salud abarca todas las organizaciones, instituciones y los recursos de los que provienen iniciativas con la principal finalidad de mejorar la salud de las personas, las familias y las comunidades.

55, 56

Un sistema de salud se puede comprender en relación con sus actores principales, que pueden ser el gobierno, los equipos de trabajo conformados por el personal profesional y técnico que estructuran y regulan el sistema, la población que, en su condición individual o colectiva, paga por el sistema de salud, ya sea a través de impuestos u otros mecanismos, y que recibe los servicios.

Asimismo, los sistemas de salud pueden definirse por sus funciones principales: administración, financiamiento y prestación o provisión de servicios. La prestación de

los servicios de salud se puede organizar de diferentes formas y se denomina habitualmente sistema de atención de salud. Surge de la necesidad del Estado de optimizar y priorizar las asignaciones de los recursos. Dicho sistema debe organizarse en función de los objetivos planteados. Una de las formas tradicionales de organización es en niveles de atención, que se definen considerando la capacidad de resolución de todos los entes prestadores de servicios de salud, y se clasifican de acuerdo con su infraestructura, su talento humano y el aspecto tecnológico. El Sistema Nacional de Salud se compone de 3 niveles de atención.^{55, 56}

- **Primer nivel de atención:** en el ámbito mundial, representa el primer contacto con las personas y permite un acercamiento para identificar los procesos determinantes de la salud de un individuo, su familia y la comunidad. Por ende, se considera el primer nivel de atención como el principal escenario donde se gestan y se ejecutan los procesos de promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, con el concepto de educación para la salud, lo que permite el fortalecimiento y el empoderamiento de las personas.
- **Segundo nivel de atención:** brinda las especialidades básicas en hospitales generales o de especialidad, y cuenta con servicios de apoyo diagnóstico de imagenología y laboratorio.
- **Tercer nivel de atención:** es especializada, de mayor complejidad y aunada a actividades de investigación clínica y básica; en este grupo se encuentran los Institutos Nacionales de Salud.

2.12 Atención primaria a la salud

En la Conferencia Alma-Ata, celebrada en 1978, se define como “La asistencia sanitaria esencial, basada en métodos y tecnologías prácticas científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un coste que la comunidad y el país puedan soportar”. ^{57, 58, 59}

El concepto de APS establece y ratifica la definición propuesta por la OMS; la concibe como un estado completo de bienestar físico, mental y social. Por ello, la OMS formuló una definición más uniforme basada en los siguientes componentes:

- Tratar los problemas de salud de las personas mediante una asistencia integral de promoción, protección, prevención, curación, rehabilitación y cuidados paliativos en el curso de la vida, priorizando estratégicamente los servicios de salud cruciales del sistema destinados a las personas y las familias a través de la asistencia primaria.
- Abordar sistemáticamente los determinantes más amplios de la salud; entre ellos, las características y comportamientos sociales, económicos y ambientales, así como los culturales.
- Fomentar la autonomía de las personas, familias y comunidades para optimizar su salud, como promotores de las políticas que fomentan y protegen la salud y el bienestar, como copartícipes en los servicios de salud y sociales, y como cuidadores de sí mismos y de otras personas. (59)

2.13 Educación para la Salud

El proceso educativo es un proceso de interacción entre participantes y está en gran medida determinado por ellas. Las acciones por las que se lleva a cabo la enseñanza y el aprendizaje son acciones comunicativas y, por tanto, en ellas intervienen los deseos, los intereses, las motivaciones, las expectativas y las intervenciones de los

participantes. La práctica educativa de la enfermería tiene lugar, por tanto, en espacios comunicativos donde las interpretaciones son múltiples y a menudo conflictivas. Sin embargo, se trata de espacios donde la interacción mediada por la comunicación se convierte en un proceso educativo para fortalecer y empoderar el cuidado.⁵⁹

Según Lawrence W. Gordon, la educación para la salud es toda aquella combinación de experiencias de aprendizaje planificadas, destinadas a facilitar cambios de comportamiento saludables. Tiene una función preventiva y correctiva, y exige por parte de la persona, la familia y otros grupos sociales los conocimientos necesarios para la prevención de ciertas enfermedades. Su principal finalidad no radica en evitar la enfermedad, sino en promover estilos de vida saludables, con un contenido positivo de ayuda y de empoderamiento, para fomentar la participación y la gestión de su propia salud y poder desarrollarse en un proceso de salud integral.^{60, 61}

La misión de la estrategia de la APS es generar un cambio en todos los niveles de atención, así como promover el trabajo interprofesional, estimular la participación comunitaria y el diseño de estrategias a fin de aumentar la calidad de vida de la población, que redunde en la ampliación de la accesibilidad al sistema sanitario. Emplear dicha estrategia en los tres niveles de atención facilitará dar continuidad al cuidado de las personas. Para llevar a cabo lo anterior, es pertinente considerar algunas acciones de salud. En otras palabras, se inicia en el primer nivel de atención cuando se establece el primer contacto con las personas; allí se gestan las acciones de intervención alrededor de la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad. Una vez que la condición de la persona lo requiera, se continúa con la atención asistencial ambulatoria primaria, con el fin de aumentar según la complejidad y especialización de la atención requerida.

En este marco, se da una continuidad en el cuidado y, por ende, una mejora en la respuesta y en la calidad en la atención. Vale la pena mencionar que, alrededor de toda esta propuesta, la educación para la salud también comparte el mismo protagonismo. Sus objetivos se dirigen a la optimización en el proceso de

comunicación entre el individuo, la familia y la comunidad, y en identificar estrategias que favorezcan conductas protectoras y la modificación de comportamientos no saludables.

2.14 Teoría sociológica fenomenológica de Alfred Schütz

Para rescatar las experiencias de las enfermeras en el presente estudio, se consideró la sociología fenomenológica de Alfred Schütz. Uno de los conceptos principales de dicho teórico es la experiencia definida como el conocimiento, la vivencia de haber realizado algo una o más veces, y que se va afianzando con el tiempo mediante la construcción o el empleo de más experiencias.^{62, 63}

De acuerdo con la perspectiva de Schütz, hay relación con el criterio que los individuos van aprendiendo de la realidad, que se va formando a partir de las relaciones establecidas con los demás y con el entorno. Estos elementos se encuentran en construcción permanente y aportan al repositorio de conocimientos. (62,63). En este sentido, Kant había comprendido el concepto de experiencia de manera similar a Schütz. En concreto, la experiencia indica la referencia del conocimiento a partir de la cual tiene que elaborarse, adecuarse y corresponder; de la que tiene que dar razón o incluso de la que ha de ser su contenido. En otras palabras, aparece como resultado de la actividad cognoscitiva y ayuda a apoyar la subjetividad humana. Por ello el conocimiento del individuo empieza con su experiencia.⁶⁴

El concepto de experiencia, en el mundo de la vida de las personas, según Schütz, se construye cuando se funda una relación entre sujetos, lo que deriva en un proceso de socialización donde se establece una interacción-comunicación ente actores. Esto alcanza una relación intersubjetiva. Cada actor es protagonista de su experiencia y se generan acciones con un impacto o cambio en cada uno de ellos o en ambos.^{65, 66}

Fundamentación de su propuesta

Con la finalidad de descubrir las estructuras y la significación del mundo, del sentido común y de la experiencia, para Schütz es indispensable conocer el conjunto de condiciones en que un actor social se desenvuelve. Lo anterior permite entenderlo a él de manera individual y en lo colectivo, donde el sujeto está implicado en la construcción de la realidad, y se convierte entonces en el elemento central del fenómeno: el sujeto y la interacción constante con su medio y con los demás se relacionan con *el sentido común*, definido como ese conjunto de saberes que se van acumulando generacionalmente y que facilitan el ingreso al sistema cultural. Esto nos lleva a la producción del contacto con los demás en la sociedad, por lo que se le atribuye un conocimiento *intersubjetivo* en el mundo cotidiano. El mundo del sentido común es la escena de la acción social. Allí, los individuos entran en mutua relación y tratan de entenderse unos a otros, así como a sí mismos; es decir, se crea una constante relación intersubjetiva. ^{65, 66}

La persona va adquiriendo su experiencia a partir de ese cúmulo de relaciones intersubjetivas, y se van integrando otros elementos que enriquecen el sentido de experiencia, la autobiografía o la situación biográfica. La biografía, según Schütz, es una combinación de herencias y de aprendizajes que se acumulan a lo largo de la existencia de las personas, quienes son determinadas por esa autobiografía. Es la forma en que cada individuo se conceptualiza en su realidad de manera específica; es decir, son elementos que definen la vida del individuo. Algunos pueden ser controlados y otros no, pero le permiten tener un espacio en el ahora, construido a partir de las propias experiencias. Esto aumenta su repositorio para construir su acervo de conocimientos y comprender diferentes fenómenos, sin la necesidad de iniciar un proceso de reflexión, en vista de que ya existe una construcción inicial. ^{65, 66}

Siguiendo con las distinciones y principales conceptos para la construcción de la experiencia, es necesario traer a colación lo que define Alfred Schütz como acción social: se ejecuta una acción a la que se le da un significado, la cual es mediada por

la relación intersubjetiva para otorgarle un valor de interpretación mutua, donde la acción pretende influir en la conducta del otro. La intersubjetividad entonces no es más que el intercambio entre actos y acciones, para llevar a cabo propósitos, objetivos y metas. Por su parte, el acto puede ser algo realmente cumplido en el pasado, o bien la idealización de algo concretado en el futuro. Es una vivencia instalada en el repositorio de conocimiento disponible de algo concretado, sea real o imaginario. El Actor es responsable de definir el sentido de su acto y de la situación de la cual forma parte, de acuerdo con su subjetividad la que corresponde a su situación biográfica; por ello la acción nunca está aislada, desvinculada de otra acción, tiene sus horizontes relacionados con la realidad social de las personas ^{65, 66}

CAPÍTULO 3

3. Metodología

3.1 Diseño metodológico

La presente investigación es de metodología cualitativa, con enfoque fenomenológico, empleando la teoría de Alfred Schütz. Según Taylor y Bogdan, la metodología cualitativa es aquella que produce datos descriptivos: desde las propias palabras de las personas, habladas o escritas, hasta la conducta observable; pretende comprender fenómenos y su causa ^{67, 68}. Facilitando el acercamiento directo con su objeto de estudio, el cual era, conocer las experiencias de enfermeras de primer nivel. En este sentido, la metodología planteada, facilitó fortalecer las relaciones sociales de su entorno para identificar fenómenos, conceptos y lenguajes que contribuyeron al proyecto⁶⁷ El abordaje cualitativo permitió dar respuesta a la pregunta de investigación: ¿Cuáles son las experiencias de las enfermeras de primer nivel de atención en el cuidado del adulto mayor?

El investigador obtiene una visión de las personas y de su entorno a partir de una perspectiva holística, ya que considera su todo con el propósito de identificar significados, experiencias y dar validez a cada instante. Los métodos cualitativos nos permiten permanecer próximos al mundo empírico, para asegurar un estrecho ajuste entre los datos y lo que la gente realmente dice y hace.

3.2 Participantes

El interés es comprender el fenómeno y obtener la mejor información en el menor tiempo posible, de acuerdo con las circunstancias concretas que rodean tanto al investigador como a los sujetos. ^{69, 70} Se contó con cinco enfermeras con rol ampliado en el primer nivel, lo que facilitó conocer sus experiencias relacionadas con su práctica de enfermería, en el contexto de la atención primaria en salud, con énfasis en el adulto mayor, y al mismo tiempo destacar esas competencias y habilidades desarrolladas en su vida profesional.

La selección de los participantes se llevó a cabo considerando el propósito de la investigación. Por ello, antes de la recolección de los datos, se definieron las características y su estructura.⁷¹

3.3 Características de las participantes

Para indagar acerca del fenómeno de estudio, se consideraron enfermeras con nivel académico de licenciatura, que contaran con especialidad, diplomado o Maestría con énfasis en el adulto mayor o en geriatría, con experiencia mínima de 5 años en el primer nivel de atención, interesadas en participar en el proyecto y que hayan leído y firmado el consentimiento informado. (ANEXO 1)

La selección de los participantes se realizó en una Institución de salud de carácter público, en la zona sur de la Ciudad de México, Alcaldía Coyoacán, que cuenta con los tres niveles de atención. El estudio se llevó a cabo en el primer nivel de atención, denominado institucionalmente UMF (Unidades de Medicina Familiar). Allí se ofrecen servicios de promoción de la salud, prevención de la enfermedad y detección oportuna de enfermedades crónico-degenerativas; asimismo, se brinda cuidado integral a los adultos mayores, con una atención centrada en enfermería especialista en salud pública. Para seleccionar a los participantes, se contó con el apoyo de las personas que laboran en la Institución y coordinan la atención de adultos mayores, quienes desempeñaron el papel de porteros y facilitaron el acceso al campo para captar a las participantes y así concertar las entrevistas.

3.4 Técnica de selección de los participantes

El propósito de la investigación cualitativa es explorar con profundidad el fenómeno de estudio. El investigador debe seleccionar con cuidado a quien pueda caracterizar y así aclarar el objeto de estudio. Por lo tanto, se eligió a conveniencia, en vista de que las participantes fueron seleccionadas de manera intencional, con características

específicas y que fueran accesibles al investigador, lo que facilita el abordaje del fenómeno de estudio y ofrece calidad y riqueza de datos.^{70, 71}

3.5 Técnica de recolección de datos

Para la recolección de la información, se utilizó la entrevista a profundidad, que se puede entender como una conversación que facilita la interacción con el otro, a fin de conocer lo que siente o piensa frente a su experiencia como enfermera en la atención del adulto mayor en el primer nivel de atención.⁶⁹

Para lograr la obtención de los datos por medio de la entrevista a profundidad, se diseñó una guía con preguntas detonadoras, que facilitaron la conversación abierta con la intención de que las participantes transmitieran verbalmente todas sus experiencias de cuidado alrededor del adulto mayor.⁷² (ANEXO 2)

El contacto con las participantes fue de manera presencial, con dos encuentros. El primero tuvo la intención de explicar el objetivo de la investigación y proceder a concertar fecha, hora y lugar de la entrevista. Para asistir a los encuentros y facilitar el *rapport*, se visitó de manera informal y se empezó con una conversación abierta, lo que permitió a las participantes expresar sus experiencias de manera espontánea y así lograr confianza y empatía.

Al inicio de cada entrevista, se le explicó de nuevo el motivo del proyecto al participante y se solicitó el permiso para ser grabada digitalmente; al mismo tiempo, se dio a conocer el consentimiento informado y se le solicitó firmarlo^{73, 74, 75}. Se efectuaron 5 entrevistas en el periodo de noviembre de 2019 y febrero de 2020, con una duración promedio de 60 minutos. Cada entrevista fue grabada en un dispositivo de grabado de voz Sony y guardada como archivo de audio. Posteriormente, las entrevistas se guardaron en una memoria USB personal, con objeto de ser transcritas.

Las transcripciones fueron realizadas por la investigadora principal en las 24 horas siguientes a su realización y el audio fue reproducido en iTunes por lo menos en cuatro ocasiones, con la finalidad no solo de transcribir, sino también de darle sentido al escrito con las puntuaciones hechas por los participantes y para corregir posibles errores de transcripción. Por último, se hizo un paso de verificación donde se escuchó nuevamente el audio completo y se hizo lectura de la transcripción para comprender el sentido completo y verificar la fidelidad del texto.

Estos archivos transcritos se almacenaron como documentos de Microsoft Word con el código de las participantes: el número de la entrevista y la terminación “transcripción” (Chocó-1 transcripción); posteriormente, se creó un segundo archivo donde fue editada cada entrevista con el fin de hacerla más coherente en términos de pronunciación y sintaxis, tanto de las participantes como de la investigadora. Este archivo se denominó con la misma lógica del anterior, pero con la terminación “limpia” (E01-1 limpia). A partir de este archivo se realizó el primer proceso de análisis.

De la misma manera, se consideró la observación no participante, que permitió realizar una descripción del entorno, donde se pueden ver y escuchar fenómenos que se desean estudiar, según Bonilla y Rodríguez, lo que permite focalizar la atención de manera intencional sobre algunos segmentos de la realidad que se estudia, tratando de captar sus elementos y el modo como interactúan entre sí, con el propósito de reconstruir la dinámica de la situación.⁷⁶ Lo anterior se apoyó con las notas del diario de campo, donde se detalló información recolectada de las observaciones y las impresiones de las entrevistas de manera detallada y precisa, facilitando la integración de los discursos y considerando la descripción de diario de campo. Este registro permitió ordenar el cúmulo de información recopilado de forma que su recuperación fuera ágil y eficiente.

3.6 Análisis de los datos

Para analizar los datos y rescatar las experiencias de las enfermeras, se consideraron algunos conceptos del fenomenólogo social Alfred Schütz, con la finalidad de reflexionar sobre el vínculo de estos en la vida diaria común de las participantes, lo que favoreció la recreación de la construcción de la experiencia continuada de las participantes.^{65, 66} Asimismo, las experiencias de las participantes se enmarcaron en la propuesta de la OPS para ampliar el rol de las enfermeras y enfermeros en el primer nivel de atención y en el Marco Mexicano de Competencias de Enfermería de Práctica Avanzada (MMCEPA). Esto último, con la intención de comprender y analizar los dominios y competencias con los que debe contar este profesional de enfermería, que son aplicados de acuerdo con las necesidades de cada territorio.

Desde el punto de vista metodológico, el análisis de los datos se realizó con la propuesta de Souza Minayo, y se optó por el análisis temático⁷⁷, que pretende describir de manera objetiva el contenido de los discursos ofrecidos por los participantes. En tal contexto, se consideraron las tres fases propuestas por la autora: preanálisis, exploración del material y tratamiento de los resultados.

Preanálisis

Consiste en interrogarse sobre las relaciones entre las etapas y elaborar indicadores para comprender el material y realizar una interpretación final. Es la elección de los documentos por analizar, considerando en todo momento el objetivo de la investigación. Esta etapa se desarrolla en tres sentidos:

a) **Lectura fluctuante:** Contacto directo e intenso con el material. La dinámica entre las hipótesis y teorías relacionadas con el tema tornarán la lectura progresivamente.

b) **Constitución del corpus:** Responde a normas de validez.

-Exhaustividad: Se contemplan aspectos relevantes.

-Representatividad: Se contienen las características esenciales.

-Homogeneidad: Se obedece a los criterios de elección.

-Pertenencia: Se elaboran documentos adecuados para responder a los objetivos.

c) Formulación-reformulación de hipótesis y objetivos:

-Se retoma la etapa exploratoria (parámetros: interrogantes iniciales).

-Se valorizan los procedimientos exploratorios.

-Se reformula corrigiendo los rumbos interpretativos y abriendo nuevas interrogantes.

Posteriormente, se realizó la transcripción y la limpieza de las entrevistas a profundidad, manteniendo el anonimato de las participantes e identificando cada entrevista de la siguiente manera: seudónimo asignado, número de la entrevista y fecha de su ejecución. Se hizo lectura en diversas ocasiones para lograr la familiarización con los testimonios a fin de identificar elementos relacionados con la experiencia. En cada lectura se tuvo presente el objetivo de la investigación para delimitar los párrafos y su relación con el objetivo.

Los párrafos fueron ordenados en una tabla para asignar un número a cada uno. Al frente de cada uno, se asignó una palabra clave para identificarlo. Luego de esta categorización, se leyeron de nuevo los textos con el fin de sumar más palabras clave para dar significado. Finalmente, se lograron identificar todas las palabras de toda la entrevista con el propósito de concentrarla en un cuadro de frecuencias de palabras clave, lo que permitió identificar la frecuencia de aparición destacada de esas palabras.

Exploración del material

Se trata de una operación clasificatoria para alcanzar el núcleo de comprensión de texto. Se comenzó con la clasificación de términos para comprenderlo, considerando las siguientes etapas:

- **Categorización:** se reduce el texto a palabras y expresiones significativas, recortándolo en unidades de registro.
- **Elección de las reglas de conteo**

- **Clasificación y agregación de los datos:** se seleccionan las categorías teóricas o empíricas de la especificación de los temas.

En esta fase se buscaron palabras significativas a fin de asignar las primeras etiquetas que se presentaron con mayor frecuencia y relevancia, y que aludan al fenómeno de estudio. Posteriormente, se realizó la agrupación y reagrupación, para dar más sentido a las etiquetas y proseguir con la designación de las primeras categorías y subcategorías.

3.7 Tratamiento de los resultados

Los resultados son sometidos a operaciones para poner en relieve las informaciones obtenidas. Se propusieron inferencias y se llevaron a cabo interpretaciones interrelacionándolas con el marco teórico. Se realizó un cuadro donde se concentraron todos los testimonios de las participantes. Allí pudieron observarse las categorías y subcategorías encontradas y su relación con la teoría sociológica de Alfred Schütz. Se realizaron nuevamente ajustes. Al tener definidas las categorías y subcategorías finales, se procedió a seleccionar los testimonios y agruparlos por categorías y subcategorías. Posteriormente, se inició la elaboración de la descripción de cada una para luego finalizar con la discusión.

3.8 Criterios de rigor metodológico

Credibilidad

Es el valor de la verdad. Permite evidenciar los fenómenos y las experiencias humanas tal y como son percibidos por los sujetos. Busca que el investigador deje a un lado las conjeturas y se centre en la realidad estudiada. Esto se logra cuando los hallazgos son conocidos como reales o verdaderos por los individuos que participaron en el estudio.⁷⁸

Para tal fin, el análisis de la información en esta investigación estuvo siempre enfocado en destacar y hacer emerger la experiencia de las enfermeras de primer nivel de atención en el cuidado del AM. Lo anterior se logró en primera instancia reconociendo

mi experiencia como enfermera, declarando mis presuposiciones y conocimientos previos para que, al tenerlos claros, pudiera reflexionar sobre el fenómeno sin que mi experiencia interfiriera en mi labor investigativa. Además, los hallazgos estuvieron siempre en discusión en diferentes espacios académicos.

En este sentido, se cumplió con este criterio, al enviarles a las participantes —por correo electrónico— la transcripción de las entrevistas textuales, con objeto de corroborar que corresponde a lo que ellas querían exponer. Sin embargo, no se pudo regresar al campo para revisar algunos datos particulares, debido a la contingencia epidemiológica COVID-19, al confirmar el primer caso en febrero de 2020 en la República Mexicana

Confirmabilidad

Se refiere a la habilidad de otro investigador para seguir la pista o la ruta de lo que el investigador principal ha hecho. Para considerar lo anterior, fue necesario el registro y la documentación completa de las decisiones e ideas que el investigador tuvo en relación con el estudio. Dicha estrategia permite que otro investigador examine los datos y pueda llegar a conclusiones iguales o similares a las del investigador original siempre y cuando tengan perspectivas similares.⁷⁸

Para cumplir con lo anterior, se describieron las características de las participantes y su proceso de selección; asimismo, se realizaron las transcripciones fieles de las entrevistas. En diversos momentos durante los procesos de recolección y de análisis, los resultados parciales fueron sometidos a la evaluación de varios expertos en investigación y en enfermería. También se tomaron en cuenta diversas presentaciones académicas en el marco de la maestría. Dichas revisiones, así como el acompañamiento constante de la directora de tesis, enriquecieron la visión del fenómeno.

Transferibilidad

Este criterio se refiere a la posibilidad de aplicar los hallazgos a otros contextos. Se logra con la descripción exhaustiva de los participantes y de su contexto. Se presenta el perfil de las enfermeras: características sociodemográficas relacionadas con su formación, actualización académica y su experiencia laboral. De igual manera, se realiza la descripción institucional respecto de su estructura física y sus cualidades intangibles, como los servicios ofrecidos en la institución. Por otro lado, se describen los consultorios de enfermeras especialistas en el servicio de medicina familiar, donde ejercen sus prácticas profesionales de enfermería en relación con la atención del adulto mayor. Esto facilitó identificar las herramientas con las que cuentan en este nivel de atención.⁷⁸

3.9 Triangulación

Es una estrategia que soporta la validez de la investigación mediante la convergencia de diferentes métodos de recopilación de los datos sobre el mismo fenómeno. Para realizar la triangulación, se utilizaron, en primera instancia, las entrevistas a profundidad, la observación del contexto y las notas de campo con cada una de las enfermeras. Lo anterior facilitó un análisis más condensado del fenómeno de estudio.⁷⁹

3.10 Consideraciones éticas

Para llevar a cabo el proceso de recolección y análisis de la información, se tuvieron en cuenta las consideraciones éticas, con la intención de velar por la confidencialidad de las entrevistas de las participantes, a través del anonimato de los datos personales (información que solo será utilizada por personas autorizadas).

A cada participante se le dio a conocer el objetivo, la intención de la investigación y la manera como se mantendrá la confidencialidad de sus datos e información. Se le aseguró que la investigación no representará riesgo alguno para él, disposición que se

considera en el **Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud Capítulo 1, Disposiciones generales, artículo 17 – I.**⁸⁰

Asimismo, se solicitó el consentimiento informado, que se explicó de manera clara y completa, acerca de los objetivos y la justificación de la investigación; se veló por el respeto de suspender su participación si lo consideraran pertinente, lo que responde al **Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud Capítulo 1, Disposiciones generales, artículo 21.**⁸⁰ La formulación del consentimiento informado se realizó teniendo en cuenta las disposiciones del Reglamento antes mencionado (ANEXO 3)

Se grabaron las entrevistas en un entorno que favoreció el respeto de la intimidad de los participantes, aspecto que se corresponde con el **Reglamento de la Ley General de Salud, Capítulo 1, Disposiciones generales, artículo 16.**⁸⁰ para lograr la confidencialidad, se asignaron seudónimos con nombres de la República de Colombia, a fin de no revelar su identidad.

Aunado a las consideraciones y disposiciones anteriores, se consideró el Informe de Belmont, donde se aseguran los principios básicos para la investigación con humanos: respeto por la persona, beneficio y justicia; asimismo, se tuvo en cuenta la Declaración de Helsinki, en busca de la protección de la dignidad, la integridad, el derecho a la autodeterminación, la intimidad y la confidencialidad de la información personal de los participantes de esta investigación.^{81, 82}

De igual manera, se consideraron los principios de **Beneficencia no maleficencia**, que aseguran el respeto de las decisiones del participante y sus condiciones, así como el trato ético durante todo el proceso al no realizar juicios de valor ante las respuestas dadas.⁸³

Con respecto al principio de autonomía, se tuvo en cuenta las disposiciones legales acerca del consentimiento informado, donde se exponen los objetivos y la justificación

del proyecto; se aclararon dudas durante el proceso y se respetó el derecho de los participantes a que tomaran la decisión de participar libremente y de retirarse en el momento que lo consideraran, sin represalia alguna.⁸³

3.11 Contexto del estudio

Coyoacán es una de las 16 Alcaldías en las que se divide la Ciudad de México. Se ubica en el centro al suroeste de la cuenca de México; cubre una superficie de 54.4 kilómetros cuadrados, que representa el 3.6% del territorio.⁸⁴ La alcaldía cuenta con 608.479 habitantes, de los cuáles el 18% corresponde al grupo de edad de personas mayores de 60 años. Con respecto a los servicios de salud, son derechohabientes el 77.81%. El 48.24% pertenece al Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), el 19.69% al Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSTE) y el 19.33% cuenta con Seguro Popular.^{84, 85}

El sitio geográfico donde se llevó a cabo el estudio es la Colonia Coapa, donde se ubica la Unidad de Medicina Familiar (UMF) las cuales pertenecen al IMSS. Dicha colonia se encuentra en los asentamientos, en la alcaldía de Coyoacán. Está delimitada al sur por Periférico y por la Glorieta de Vaqueritos; al norte, por Avenida Santa Ana; al este, por Avenida Canal Nacional, y al oeste, por Calzada de Tlalpan. Cuenta con una población de 2931 personas con acceso a varias escuelas, universidades públicas y privadas, y a más de 27 unidades médicas. De estas últimas, 6 son de tercer nivel de atención y hay 3 Unidades de Medicina Familiar (UMF).⁸⁶

Las UMF son una iniciativa para el período 2013-2018, y se encuentran alineadas a los objetivos y a las líneas de acción establecidos en el Plan Nacional de Desarrollo, donde se establecieron cinco metas nacionales para garantizar el ejercicio de los derechos sociales de los mexicanos, así como la disminución de las brechas de desigualdad.⁸⁶ En este sentido, dio énfasis a proveer una red de protección social que garantice el derecho a la salud, gestando las UMF para el primer nivel de atención, que son las unidades de primer contacto que tienen los pacientes, donde se brinda

atención ambulatoria, prevención y promoción de la salud, y se ejecuta la referencia y contrarreferencia institucional de acuerdo con la necesidad de los pacientes, según su valoración médica y de enfermería.⁸⁶

Este estudio se llevó a cabo en la UMF N.º 163, que fue inaugurada el 11 de abril de 2017, con el fin de brindar atención de primer nivel a la población de la alcaldía de Coyoacán y aledañas. Cuenta con 14 consultorios de medicina familiar, con 32 médicos y con 7 consultorios de enfermería especializada. Por cada dos consultorios se encuentra uno de medicina familiar. También cuenta con 17 enfermeras en dos turnos y con 95 personas de apoyo administrativo. Ofrece servicios de laboratorio, rayos X, nutrición, trabajo social, farmacia, almacén, sala de procedimientos y servicio de epidemiología.⁸⁶

La Unidad se ubica en el ala derecha del Hospital General de Zona número 32, primer piso, y cuenta con servicio de estacionamiento para los empleados, además de servicio de vigilancia tanto al ingreso como a la entrada de la Unidad Familiar. En el acceso principal de la Unidad, se encuentra el vestíbulo, donde está el módulo de atención y orientación al derechohabiente; a mano derecha, se ubican los baños para hombres y mujeres.

En el fondo se encuentra el módulo de consulta básica, que cuenta con el área de las asistentes médicas, quienes llevan las agendas diarias para el registro de las citas y dan información acerca de los servicios ofrecidos en la institución; revisan la cartilla de salud e ingresan los datos al expediente electrónico; asimismo, programan las nuevas citas e inician los procesos de referencia y contrarreferencia de los pacientes de acuerdo con la indicación de los médicos de familia.

En esta misma área se encuentra el archivo, la oficina del jefe del departamento clínico, el cubículo de ultrasonido, el área de red fría, los servicios de apoyo, las áreas de ropería y el cuarto de aseo. En la misma sala de consulta básica, hay 14 consultorios. Por cada dos de ellos se cuenta con cubículo de enfermería especialista, donde se

ejecutan las valoraciones y las acciones de PrevenIMSS. En estos consultorios se tiene una primera área con un escritorio y su silla, un computador con todas las guías y protocolos institucionales, así como una carpeta con presentaciones, además de las guías técnicas para la atención integral al adulto mayor, teclado y conexión a Internet. Se pudo observar algunas cajoneras donde se resguardan los formatos que se diligencian en la valoración y cartillas de vacunación. En la segunda área, separada por una cortina de color blanco no translúcida, se encuentra una camilla con escalerilla, un carro con insumos para curaciones y la administración de medicamentos, como algodón, gasas, abata lenguas, algunos apósitos, alcohol, recipiente para desechos punzocortantes, guantes limpios, cinta adhesiva, tijeras y otros elementos, como tensiómetro, pesa, lámpara cuello de cisne, equipo de órganos y sentidos y espacio de lavamanos.

En la parte posterior del consultorio de la enfermera especialista, se encuentra una puerta que se intercomunica con los consultorios del médico, lo que facilita consultar con ellos alguna alteración encontrada en la valoración del paciente. El médico pasa al consultorio de la enfermera y ambos analizan la situación para tomar decisiones. Hay otros consultorios en esta área, utilizados por las enfermeras generales para la vacunación y la toma de muestra de citologías vaginales.

3.12 Presentación de las participantes

A continuación, se realiza una descripción de cada participante. Cada una se nombrará con el seudónimo asignado. Basados en los criterios de selección, las participantes fueron:

- **Medellín:** enfermera de 44 años, casada, egresada de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia de la UNAM, graduada en el año de 1995. Cuenta con una experiencia profesional de 21 años en el primer nivel de atención y de 10 años en el ámbito docente, en la formación de especialistas de enfermería en salud pública y en el postécnico de Gestión y educación en enfermería. Con respecto a su formación de posgrado, cuenta con Maestría en Docencia, que

realizó en el TEC Milenio. Obtuvo allí su grado en el año de 2015; además, realizó su especialización en Salud Pública en la ENEO-UNAM. Respecto de la educación continua, cuenta con un Postécnico de Gestión del cuidado de enfermería, en la ENEO-UNAM. Allí obtuvo su título en 2018. De la misma manera, ha participado en cursos de APS y en el cuidado integral del adulto mayor.

- **Envigado:** enfermera de 42 años, soltera, egresada del Instituto Politécnico Nacional, graduada en el año 2000, Cuenta con experiencia profesional de 12 años en el primero y segundo niveles de atención; además, con dos años de experiencia en el campo de la docencia en la formación de licenciadas en Enfermería en su Institución. Tiene una especialización en Salud Pública por la ENEO-UNAM, donde obtuvo su grado en 2012. En la actualidad, se encuentra cursando la Maestría en alta dirección en el Centro de posgrados del Estado de México, y cuenta con un Diplomado de envejecimiento saludable en el Instituto Nacional de Geriatria.
- **Chocó:** enfermera de 41 años, casada, egresada de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia de la UNAM. Se graduó en el año 2000. Cuenta con una experiencia profesional de 12 años en el primer nivel de atención, de 3 años en docencia en cursos de reanimación cardiopulmonar y primeros auxilios, y de 2 años como enfermera en el cuidado del AM en el hogar. Respecto de su formación a nivel posgrado, tiene una especialización en Salud Pública en la ENEO-UNAM, culminada en 2011. En cuanto a la educación continua, tiene el Diplomado de envejecimiento saludable en el Instituto Nacional de Geriatria.
- **Antioquia:** enfermera de 63 años, soltera, egresada de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia de la UNAM, graduada en 1984. Cuenta con una experiencia profesional de 34 años en el primer nivel de atención, de 10 años en docencia en formación de licenciados en enfermería, y de 5 años de

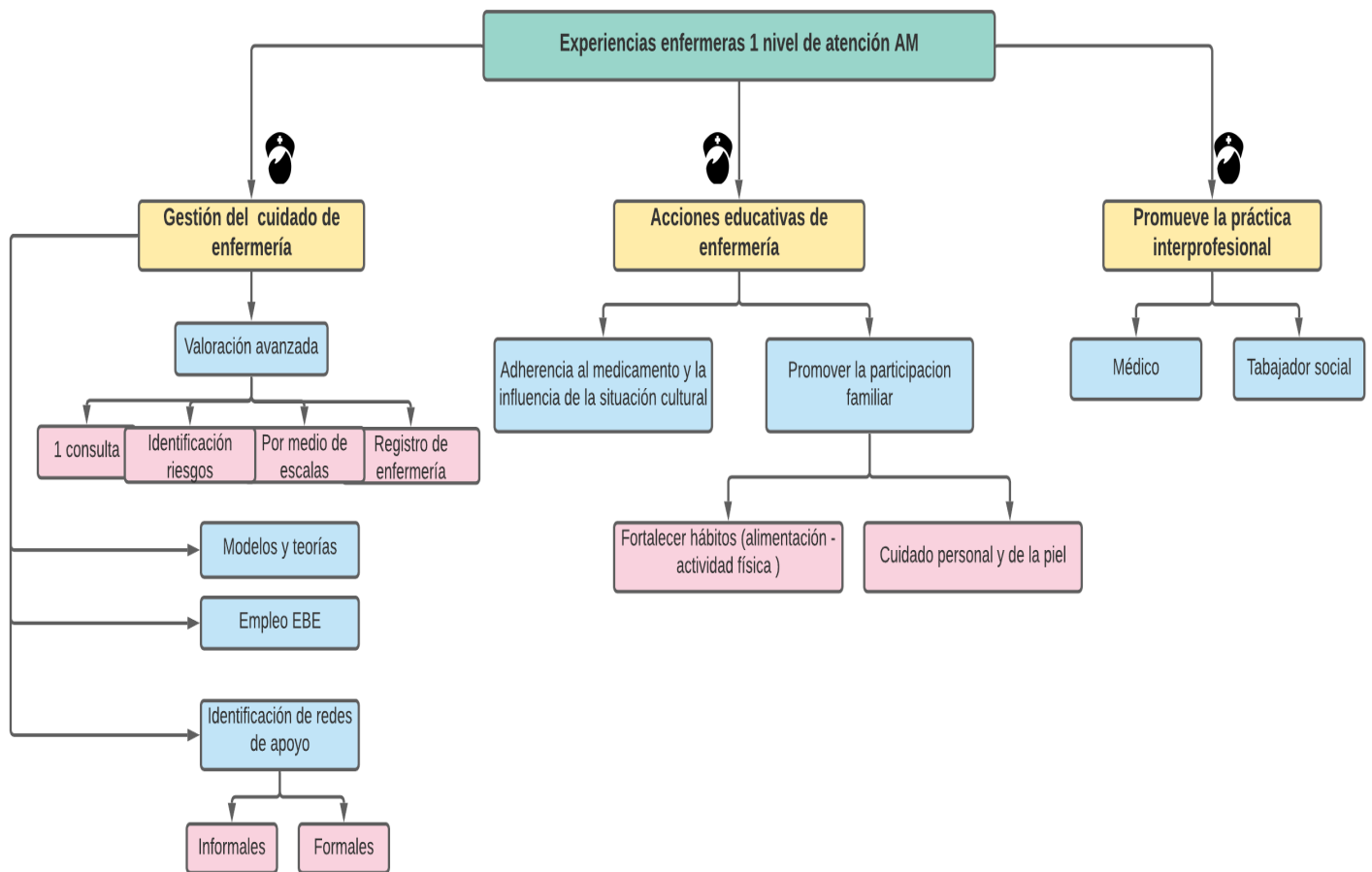
enfermera en el cuidado del AM en el hogar. En la actualidad, labora de manera independiente en el desarrollo de programas para la recreación del AM. Respecto de su formación a nivel posgrado, cuenta con especialización en Salud Pública, y con una Maestría en Rehabilitación funcional del Anciano, en la Universidad en la Escuela Internacional de Dietética, Nutrición y Salud Barcelona, culminada en 2006. En relación con la educación continua, cuenta con un Diplomado en enfermería geriátrica.

- **Buenaventura:** enfermera de 32 años, casada, egresada de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia de la UNAM, graduada en 2006. Cuenta con una experiencia profesional de 11 años en el primer nivel de atención, y de 3 años en docencia en formación de licenciados en enfermería de su misma Institución. En cuanto a su formación a nivel posgrado, tiene una especialización en Salud Pública en la ENEO-UNAM, culminada en 2011. Respecto de la educación continua, cuenta con diplomados en gestión de enfermería, manejo de heridas crónicas en el AM y manejo del paciente con diálisis peritoneal.

CAPÍTULO 4

4. Hallazgos y discusión

Esquema de categorías



**Elaboración propia*

4.1 Gestión del cuidado de enfermería

La gestión de los cuidados de enfermería consiste en asegurar la prestación de atención de calidad a los pacientes. En este rubro, el profesional desempeña un papel preponderante para impulsar la adaptación de los sistemas de salud, la organización de los recursos humanos, los materiales y el equipamiento. Asimismo, centra su actividad de gestión para promover el cuidado, que se facilita por la interacción entre la persona y el entorno, con el propósito de crear espacios favorables para el cuidado de las personas, con un enfoque holístico, considerando todos los aspectos de los individuos, desde el fisiológico y psicológico hasta su entorno.

De esta manera, la gestión de enfermería permite la aplicación del juicio profesional a fin de ejecutar el cuidado de manera sistemática mediante diferentes herramientas; entre ellas, encontramos la valoración avanzada.⁸⁷ Este proceso se inicia con la primera consulta, que facilita la obtención de datos generales de la persona, como el peso, la estatura, Índice de Masa Corporal (IMC), signos vitales, etc. Continúa con el empleo de formatos y/o escalas acordes con el AM, con el fin de identificar riesgos y algún grado de vulnerabilidad. Para sustentar y sistematizar el proceso, todo este panorama es guiado por modelos y teorías enfermeras, las cuales proporcionan elementos para direccionar dicha valoración.

Todo lo anterior conduce a la reflexión de los actos como enfermeros, validados por la experiencia y el acervo de conocimientos construido por medio de la actualización y la búsqueda de la evidencia científica en enfermería, abarcando una construcción significativa de todos los cambios, tanto fisiológicos como mentales, del AM, y así poder estructurar su valoración y condensarla en la nota enfermera en el expediente clínico y dejar sustento práctico de la ejecución de dicha acción.

Estos elementos participan de modo esencial para tomar las decisiones adecuadas con la persona y con su familia. Sin duda, dichos factores participan de lo que describen algunos autores en relación con las competencias de las EPA y de quienes

ejercen su rol ampliado en el primer nivel de atención. Se ha considerado que, para el desarrollo de la competencia de la gestión, los profesionales cuentan con algunos componentes; entre ellos, la experiencia y la formación continuada, lo que crea la habilidad de aplicar el juicio crítico y clínico, con objeto de diseñar estrategias y favorecer espacios de discusión para la participación de los diferentes actores sociales.¹²

4.1.1 Valoración avanzada

La valoración es un acto multidimensional y multidisciplinario, destinado a determinar los hallazgos normales y anormales.⁸⁸ Es un procedimiento que realizan las enfermeras con rol ampliado en colaboración con otros profesionales de la salud, por medio del examen físico y la aplicación de escalas, que les permite identificar y registrar las situaciones de vulnerabilidad y riesgo. Todo esto, con la intención de ejecutar acciones integrales de atención para mejorar la calidad de vida del adulto mayor y su familia.

Realizar la valoración avanzada brinda a las ERA (Enfermeras con Rol Ampliado) un panorama más ampliado tanto del adulto mayor como su familia, lo que coincide con los lineamientos del Marco Mexicano y del documento de la OPS: Ampliación del rol de enfermeras y enfermeros en la atención primaria de la salud.^{52, 53} Señalan como una de las competencias, realizar la valoración avanzada. Dichos lineamientos aluden a una competencia intrínseca para abordar el dominio de gestión del cuidado, brindando los elementos necesarios para diferenciar los hallazgos normales y anormales en las personas.

4.1.1.1 Primera consulta

Para desarrollar la etapa de valoración, se realiza un examen físico de aparatos y sistemas en una primera consulta. Esta acción permite al profesional de enfermería obtener datos objetivos que se puedan observar y medir. En el adulto mayor

derechohabiente de la institución se completa el formato denominado institucionalmente “envejecimiento activo”, el cual es derivado de la propuesta “PrevenIMSS”. Se trata de una estrategia que realiza actividades de promoción de la salud, prevención y detección oportuna del cáncer, a fin de evitar el incremento de casos de las enfermedades crónico-degenerativas.⁸⁹

En la primera consulta con la enfermera especialista en las Unidades de Medicina familiar, se diligencia el formato institucional, que comprende los apartados de identificación, datos sociodemográficos, antecedentes personales y familiares, estado del esquema de vacunación, así como datos relacionados con peso, talla e IMC.^{71,72} Dicha información es indispensable en el primer acercamiento con el adulto mayor, con objeto de obtener un panorama general de problemas de salud, como disminución de peso u obesidad. Así se muestra en los siguientes discursos:

*Cuando se vienen a dar de alta, desde que entregan sus hojitas... ahí empezamos con el **chequeo PrevenIMSS**: primero es el chequeo de vacunas, peso, talla e identificar problemas. (Buenaventura)*

*Se les hace el chequeo para escribir todos los datos de un examen físico, como peso, talla, tensión arterial, todo eso, lo normal que se realiza, se hacía por **sistemas**. (Antioquia)*

*La **primera consulta**... es una valoración para conocer de manera **general** cómo está, para saber cuándo **le voy a volver a citar**, dependiendo de lo que note **en su peso**. Se lleva un **formato**: allí se hace la **detección de todas las necesidades** que va a tener el paciente y la familia. (Medellín)*

*Nosotros **les hacemos la valoración, lo medimos, lo pesamos, vemos si está bajo de peso o con sobrepeso**... Tenemos un **formato institucional para la valoración**, que es del adulto mayor... vemos padecimientos crónicos degenerativos y voy verificando que no estén tan alterados. (Chocó)*

A partir de estos datos, las enfermeras pueden identificar que se encuentra alterado el esquema de vacunación e identifican enfermedades crónicas, como diabetes e hipertensión. Con esta información, la enfermera determina si es pertinente iniciar un proceso de seguimiento, vinculando a la persona al programa de pacientes con enfermedades crónicas. Se empieza entonces a gestar una relación entre estos dos actores con ese sentido crítico de la profesional, quien inicia la gestión de exámenes de laboratorio necesarios, ya que por su condición de especialista en medicina familiar lo puede solicitar.

Con estos resultados, ejecuta sus actos en acciones, cuando ya realiza la canalización del AM con el médico familiar o se refiere a un segundo nivel de atención. Así se puede apreciar en los siguientes testimonios:

*...Checamos **glucosa, presión arterial, peso, talla, IMC**. Si vemos que están alterados, es **cuando los captamos para hacerles un seguimiento...** si es diabético... los **mandamos a hacer laboratorios** para ver realmente cuánto tiene de azúcar en sangre. **(Envigado)***

*En la primera cita nosotros decimos que es un sospechoso diabético, le saco el peso y el IMC, **le mando a hacer los laboratorios como especialista...** le sacó de una vez la cita con su médico familiar... los valoramos, empezamos con la actualización de su esquema de vacunación. **(Buenaventura)***

*Los **veo la primera vez...** que vienen por alguna vacuna, en ese momento... si detecto algún problema, que **probablemente se me vuelva hipertenso, diabético**, entonces yo les hago un seguimiento... le checo su glucosa de manera casual; si veo que me sale alterada, hago el seguimiento para que ese riesgo no se me complique... Si detectamos alguna alteración, entonces los citamos en un mes y ya fortalecemos esas alteraciones, esos riesgos, ya sea la marcha o la alimentación. **(Chocó)***

También en la primera consulta, las participantes para realizar una valoración inicial al adulto mayor utilizan la aplicación institucional *chécate en línea*, instrumento que facilita dar puntuación de riesgo. La aplicación es referida como un apoyo para dar de alta a los adultos que llegan a consulta por primera vez en la Unidad de Medicina familiar.

En su casa, el adulto mayor responde un cuestionario en línea. La aplicación le sugiere una puntuación (baja, media o alta). Inmediatamente se le envía una alerta para que visite a la enfermera especialista. En el consultorio, la enfermera especialista comprueba el puntaje de riesgo que se obtuvo en el cuestionario realizado en línea, es corroborado con su valoración presencial y así se verifica si es un riesgo real. Así se muestra en los siguientes testimonios:

*Tengo una herramienta que me sirve... una aplicación para los pacientes que se llama **chécate en línea**. Son **formularios que nos siguen llevando de la mano, nos ayudan a hacerle preguntas al adulto mayor...** si tiene familia que haya tenido problemas con la próstata, eso está en el **formulario en línea**; vamos marcando por puntuaciones... **de bajo riesgo, alto riesgo**; este es un ejemplo del tipo de valoración... Cuando se dan de alta en la clínica, **lo primero** es hacer este cuestionario. Se puede llenar **en tu casa**. Si en el cuestionario sale **alto riesgo de hipertensión**, sale una alerta: **por favor visite a su enfermera especialista...** Ellos solitos vienen aquí; **llenamos el cuestionario juntos**; aquí es donde empiezo a **identificar cuáles son los factores de riesgo**; por ejemplo, de **cáncer de mama**. Entonces inmediatamente yo le mando a hacer la mastografía; yo no puedo esperar, yo me ideo para adelantar... ya lo derivo más rápido, yo no espero. (Buenaventura)*

En cuanto a los formatos de valoración que se diligencian en el ámbito institucional, denominados PrevenIMSS, las participantes aclaran que son diligenciados solo por el profesional de enfermería, ya que el médico cuenta con un espacio reducido para poder ejecutar este acto. De ese modo se evidencia en el siguiente testimonio:

*El 100 por ciento del formato de valoración es llenado por enfermería; nosotras somos las que empezamos a hacer este cuestionario; **al médico**, en sus 15 minutos de consulta, **no le va a dar tiempo**, pero nosotros sacamos el tiempo para llenar este formulario. (Buenaventura)*

Una de las participantes tuvo la oportunidad de realizar algunas visitas domiciliarias. Allí empleó los formatos iniciales de “PrevenIMSS” y realizó un estudio familiar, la identificación de roles que cumplen las personas, como el cuidador principal, el que suministra el aporte económico y las condiciones del hogar. Así se puede apreciar en su siguiente testimonio:

*Para realizar **la valoración propiamente de enfermería**, llegamos al domicilio, **hacemos un estudio de familia**, **identificamos** quién es el **cuidador primario**, **quiénes dan la aportación económica**, **si hay redes de apoyo**, **condiciones del hogar**, con qué **recursos cuentan** para la **atención al adulto mayor**. (Medellín)*

En la visita domiciliaria, se utilizan dos tipos de formatos para las valoraciones: uno breve y otro extenso. En el primero, se detalla la identificación del paciente, padecimientos actuales, antecedentes personales y familiares; en el extenso, se cuenta con información de todo el entorno familiar, las redes de apoyo, los regímenes de seguridad social de los integrantes, el tipo de vivienda, el proveedor económico, los cuidadores primarios, y si cuenta con algún vínculo de seguridad social. Así se muestra en este testimonio:

*Para realizar la valoración del adulto mayor, **contamos con una cédula de valoración geriátrica integral**. De esa modalidad, **tenemos dos**: una **valoración breve** y otra que es una **valoración extensa**; en la valoración geriátrica **breve**, vienen los **datos generales** del paciente, enfermedad o comorbilidad, y en la **extensa**, es la **valoración sociofamiliar** donde viene el **estado civil**; es **tipo de familia**; si hay un **aislamiento social**, quién es el **cuidador principal**, la **red social**; si está institucionalizado, si es **miembro de una asociación X**, **tipo de vivienda**. (Medellín)*

Utilizar un formato o instrumento de valoración geriátrica general por las enfermeras participantes coincide con lo que refieren diferentes autores en sus estudios, que señalan como imprescindible considerar de manera detallada los datos personales en un formato de valoración que incluya todos los antecedentes y los datos de su entorno, como la funcionalidad de la familia y su relación con el paciente, así como especificaciones de su cuidador familiar o acompañante. Todo esto es para individualizar los cuidados y dar continuidad a una valoración más específica. De igual manera, se demostró su efectividad para la identificación oportuna de las primeras prioridades y dar continuidad a la fase de la valoración avanzada de enfermería. ^{12, 16, 17}

4.1.1.2 Identificación de riesgos

El juicio crítico de las enfermeras y el vínculo establecido con ese actor, el adulto mayor, tiene inmersa una relación subjetiva, que le hace pensar en las acciones correctas que puede propiciar a su paciente. Por medio de la entrevista y la observación, se puede percatar que su higiene está descuidada, que no convive con sus familiares, específicamente con sus hijos, lo que ofrece un riesgo potencial del anciano y puede obstaculizar su bienestar. De este modo se manifiesta en los siguientes testimonios:

*... Como enfermera, con el familiar, **uno dice: éste si lo cuida, éste si sabe, te das cuenta** en el adulto mayor, **porque vienen limpios, con las uñitas cortas, se ve que realmente lo cuidan; hay otros que sí se ven muy descuidados. Ahí es donde vemos que están como solitos, con más riesgos.** (Envigado)*

*Ya muchos de sus hijos están en el extranjero; entonces ellos están acá **solitos**; entonces ellos **no se cuidan**... eso es lo que yo **siempre veo cuando los valoro, cuando hablo con ellos.** (Buenaventura)*

***Si encontramos datos de violencia, hemos llegado a encontrar que el paciente ha sido violentado, porque se desaparecen los cuidadores.** (Medellín)*

La observación facilitada por su experiencia y conocimientos en este grupo de edad le permite ir un poco más allá, al ver el riesgo de complicación derivado de los padecimientos crónico-degenerativos, como la diabetes. Ella observa que algunos adultos mayores continúan utilizando un calzado descubierto, que no es recomendado, en especial, en aquellos que padecen diabetes, ya que tienen mayor propensión de infecciones generadas por lesiones provocadas por golpes. Por ende, se recomienda el calzado adecuado para evitar posibles accidentes.

En este sentido, al contar con el conocimiento específico de este actor social y utilizar la observación, se distinguen diferentes riesgos; por ejemplo, el empleo no adecuado de aditamentos para la marcha, o la evidencia de caídas que se manifiesta en lesiones. A esto se encuentra expuesto el AM en la vida diaria. Todo lo anterior conduce a la enfermera a tener un pensamiento crítico de la situación para relacionar las diferentes situaciones encontradas. Así se muestra en los siguientes testimonios:

*Hay muchos abuelitos que han llegado **con golpes**; yo sé que se han caído, yo **identifico** eso; **veo que usan bastón**, pero no lo saben usar o no es el adecuado. Entonces les explico qué tipo o cómo usar el bastón... qué tipo... pueden comprar... (Buenaventura)*

*Cuando valoro a los ancianos, **yo tengo que verificar si utilizan algún accesorio** para el desplazamiento; eso les pasa mucho; **no saben utilizarlo** y nadie les ha explicado. Por eso ese **anciano tienen el riesgo de caerse** por las escaleras o cuando sale de su casa, y podría llegar con una lesión muy delicada al servicio de urgencias. Si yo como enfermera no observo esas situaciones, no estoy valorando, no estoy viendo riesgos. (Antioquia)*

***Yo miro los zapatos** y, más que todo, los guarachitos. Los adultos mayores que vienen por ejemplo de Xochimilco, **se pueden dar un golpe**; usted no se va a dar cuenta entonces... **es un riesgo para él** y ya le explico qué tipo de zapatos debe comprar. (Chocó: 24)*

Aspectos relacionados que les impide ir a su consulta mensual son el trayecto de su domicilio a la UMF (largo y costoso), sumado a la condición física del AM. Las enfermeras gestionan las citas. Al conocer la ubicación de su hogar y las dificultades de índole económica, toman decisiones autónomas para ofrecer alternativas al adulto mayor a fin de facilitar y propiciar que acuda a la consulta. Así se muestra a continuación en este testimonio:

*Nuestras citas con los adultos mayores **deben de ser mensuales...** tenemos pacientes con muy **bajos recursos económicos**; por ejemplo: vienen de Xochimilco. Ese paciente te dice: “Yo **no puedo venir cada mes**”. **Uno sabe que no tienen los recursos económicos** para el desplazamiento; yo sé que el taxi le cobra más o menos 500 pesos. Entonces eso yo lo valoro y tomo la decisión, y les doy la cita, por ejemplo, cada dos meses. (Buenaventura)*

Las participantes en la valoración pueden identificar cualquier tipo de alteración o riesgo; por ejemplo, una complicación derivada de la hipertensión arterial. Emplean su juicio crítico profesional para tomar la decisión de derivar al AM al servicio de urgencias en su condición de enfermeras especialistas. Esta condición les permite llevar a cabo dicha acción. Lo anterior se puede verificar en el siguiente testimonio:

*Generalmente, **cuando identifico alguna alteración, yo como enfermera especialista, tengo la posibilidad de mandarlos a urgencia**, o lo podemos derivar inmediatamente con el médico. Si la presión arterial, por ejemplo, la checo y sale alta, entonces empezamos con una rutina para checar su presión durante toda una semana... (Chocó)*

Sumado a lo anterior, se mencionan la escucha y la confianza como elementos que apoyan la valoración para identificar todo tipo de riesgos. Esto lleva a la enfermera de primer nivel de atención a reflexionar para iniciar la identificación y pensar en el siguiente paso para abordar al adulto mayor. Así lo expresa el siguiente testimonio:

*Cuando **escuchas**, te enteras de muchas cosas, de cómo vive, con quién vive, si sufre o si tiene algún problema con su familia; si es maltratado... **además, tienen la confianza** y te cuentan que está sucediendo; por ejemplo, cuando tienen dificultad para orinar, que van más de cinco veces al sanitario en la noche. **Solo con saber escuchar**, te cuentan toda su vida, y ya **me sirve para identificar** qué le pasa... (Antioquia)*

Se puede concluir que las enfermeras especialistas del primer nivel de atención realizan una valoración general del adulto mayor, donde identifican datos de peso, talla, IMC, para realizar sus primeras intervenciones; por ejemplo, la solicitud de exámenes de laboratorio con el fin de argumentar sus problemas prioritarios identificados.

Aunado a lo anterior, para dar continuidad a esa valoración inicial, se incluyen la observación y el empleo de la entrevista para identificar otras situaciones de riesgo, como las heridas complejas, la soledad, el riesgo de abandono y el riesgo de caídas. Con estos factores, el profesional cuenta con más elementos para iniciar acciones de intervención e ir mejorando el acercamiento y la relación intersubjetiva con el AM. Lo anterior concuerda con hallazgos de otros estudios, donde se identificaron la observación como componente para conocer al paciente y su entorno, mediante la valoración guiada por esta herramienta, la cual se vuelve más aguda con la experiencia. Es la manera de disponer de una fotografía de la persona y de su entorno, como parte de los elementos definitorios para iniciar el proceso en la elaboración de sus acciones y continuar con el siguiente paso de la valoración.^{14, 90}

4.1.1.3 Por medio de escalas

En la valoración de enfermería se deben considerar aspectos importantes incluidos en los formatos institucionales, los cuales se rigen por la Norma 004-SSA3-2012 del expediente clínico. Allí el personal de salud debe realizar los registros correspondientes a la valoración e intervenciones.⁹¹ Son herramientas que apoyan la

valoración inicial, para brindar suficiente información y tomar decisiones inmediatas, que conduzcan a ejecutar acciones enfermeras con el adulto mayor. Se emplean los formatos institucionales, donde se encuentran las escalas, aplicadas de acuerdo con el padecimiento del AM. Así se evidencia en el siguiente testimonio:

*Para realizar la valoración, contamos con **formatos**; allí vienen **las escalas**. Dependiendo del diagnóstico, **llevamos nuestra hoja de visita**, la cual redactas; **se van llenando cuadros, ya viene diseñado**; uno va llenando todo y en algunas operaciones **ya vamos poniendo qué es lo que se va a hacer**. (Medellín)*

Para realizar una valoración avanzada de la condición de salud y los riesgos del adulto mayor, incluida su familia, se adicionan escalas según la normatividad institucional. Algunas de ellas son escalas de funcionalidad: Katz, Barthel y Lawton para la valoración de actividades básicas de la vida diaria; MMSE y MiniCOG para estado mental; Yesavage, para la depresión. Para valorar úlceras por presión, las escalas de Bárbara Braden y Nancy Bergstrom. Downton para el riesgo de caídas y Tinetti para la marcha y el equilibrio. Dichas herramientas se encuentran insertas en el formato de la valoración (PrevenIMSS). Allí se vincula toda la información con la intención de tener un panorama completo y así identificar problemas y priorizar las futuras acciones de cuidado del adulto mayor, tal como se puede observar en el siguiente testimonio:

*... En esa **primera valoración**, con el formato de la institución... se hace **una valoración mental y psicoactiva**, en donde detectamos si hay depresión a través de una escala de **valoración de Hamilton**; otra que utilizamos [es] la escala de **mini mental** de **Folstein**; utilizamos el índice de las actividades diarias (**AVD**), la de **Barthel**; usamos también la escala de **Downton** y la de **Tinetti**, que es para la marcha y el equilibrio, por ejemplo. (Medellín)*

*Yo, para hacer la valoración, tengo **en cuenta las bases que me da la institución**, que son **los formatos**... me ayudan mucho; así **soy más precisa para encontrar algún problema**... dentro de esos **formatos me aparecen escalas**... que la **Tinetti**,*

Katz, Barthel, son como de las principales. Ya voy viendo si puedo aplicarles otras, pero ya voy teniendo un panorama de qué problemas hay. (Antioquia)

*En cuanto a la **valoración** con el paciente, se hace una detección en **cuanto a úlceras**, al **estado cognitivo**; se **aplican escalas en ambas**. También vemos qué **tratamiento** está llevando... **voy mirando si tienen algún riesgo** para empezar a priorizar. (Medellín)*

Los hallazgos anteriores concuerdan con los resultados de algunos estudios, que recomiendan el uso de escalas por parte del profesional de enfermería, para la valoración del AM, pues permiten sistematizar la información, unificar los datos y definir los problemas encontrados de manera objetiva, facilitando el desarrollo de intervenciones específicas para el beneficio del AM. Igualmente, esta herramienta les facilitó la detección oportuna de grandes síndromes geriátricos y su evaluación evolutiva, incrementando la objetividad del profesional, optimizando la valoración enfermera ^{12, 22, 23}

4.1.1.4 Registro de enfermería

El registro de enfermería es la prueba documental sobre los actos y acciones, donde queda guardada toda la información sobre las actividades enfermeras referentes al paciente en cuanto a la valoración, el tratamiento y la evolución. Así lo menciona Carpenito y la Joint Commission. La administración del cuidado de enfermería y los registros clínicos deben cumplir con las normas de la profesión para que se demuestre con evidencia el resultado de las intervenciones, buscando evaluar la calidad del cuidado y velar por la seguridad del paciente. ^{92, 93}

Para dar continuidad al proceso de valoración, luego de plasmar todos los datos básicos, medidas antropométricas y aplicación de escalas —todo a partir de un juicio crítico muy minucioso—, se prosigue con diligenciar los formatos en otro apartado. Por otro lado, las enfermeras utilizan el expediente electrónico. Allí deben registrar en la hoja de control (diabéticos, hipertensos) los signos vitales, el examen físico, la nota de

enfermería; por ejemplo, brindar información sobre la alimentación saludable y el cuidado básico, la higiene y su nota de enfermería. Allí dejarán el testimonio registrado de su valoración, decisiones e intervenciones por realizar.

Además, en el expediente clínico electrónico institucional, las enfermeras deben realizar el registro en caso de solicitar canalizar a otros profesionales, como el médico y el trabajador social. Estas acciones ya realizadas deben quedar registradas en el formato de nota médica, así denominado en la institución. No se han realizado los cambios pertinentes para denominarlo *nota de enfermería*. Por ello, las enfermeras anotan en el encabezado “nota de enfermería”. Así se muestra en los siguientes testimonios:

*Tenemos el expediente electrónico y ahí le hacemos nuestra nota médica que viene **siendo la nota de enfermería**; se escribe **signos vitales, examen físico cefalocaudal** y se prosigue escribiendo la orientación o intervención higiénica o dietética se la ponemos también... Se debe realizar la nota y llenar todo lo de la valoración y cada uno de los formatos y escalas para el adulto mayor. Ahí **quedan registradas** todas las escalas. (Envigado)*

Además de identificar algunos datos de somatometría y exploración física que la enfermera encuentra en los formatos institucionales, los debe sustentar con su nota de enfermería para dar cuenta de las acciones ejecutadas y las detecciones que obtuvo con el adulto mayor, como los niveles glicémicos y de tensión arterial. De esta manera, toma decisiones para derivar al paciente con el médico, tal y como se puede apreciar en el siguiente testimonio:

***Para llenar los formatos de la valoración**, tenemos que hacer las notas de enfermería. Explicamos **los padecimientos**... nuestra **exploración física**... todas las detecciones, como **datos de glucosa, de hipertensión, signos vitales**... Todo eso lo lleno con los formatos que tenemos aquí en el sistema... Si detecté una alteración, hacemos una nota más, donde dice a dónde lo derivamos: con el médico; ya le mando*

las cifras con las que detecté y se lo mando por escrito; entonces, con esa hojita de derivación, ya pasa con su médico. (Chocó)

Todas las participantes emplean los formatos ofrecidos en sus instituciones, que completan de manera manual. También utilizan la aplicación en línea. Utilizan estas herramientas para apoyar y fundamentar las detecciones anormales y normales que encuentran en sus pacientes. Las acciones anteriores llevan a la enfermera a contar con un juicio crítico y clínico a partir de sus observaciones, conversaciones y mediciones. Su visión de los adultos mayores se vuelve más amplia. Dichos actos les permiten reflexionar para guiar de manera más oportuna las acciones de intervención con los adultos.

Estos hallazgos están de acuerdo con los planteamientos de algunos autores, quienes han determinado que la eficacia de las notas de enfermería es indispensable para coadyuvar a la calidad de la documentación del cuidado, a la fundamentación y al apego a la normatividad. Sin embargo, la baja disponibilidad limita su funcionalidad dentro del expediente clínico. Pese a lo anterior, se encontró que la adherencia en el registro de la valoración les evitó la posibilidad de visibilizar sus cuidados y el reconocimiento de su autonomía, lo que redundaba en la calidad del cuidado.^{94, 30}

4.1.2 Modelos y teorías

Los modelos y teorías de enfermería están fundados en principios de índole filosófico ético y científico. Permiten crear un pensamiento y un lenguaje compartido para definir las actividades o intervenciones enfermeras.⁵⁰ En la gestión, los modelos y teorías proveen una estructura sistemática que permite observar e interpretar, con juicio crítico y reflexivo, las situaciones de cuidado con el adulto mayor, lo que refuerza su contribución como parte del equipo interprofesional y de los servicios de salud. Por lo tanto, sirve para unificar los métodos, dirigir la práctica profesional y promover la toma de decisiones, favoreciendo la planificación, la ejecución y la evaluación del cuidado.

En tal sentido, las participantes cumplen con dicha característica, dado que emplean en la valoración modelos o teorías; en este caso, el modelo de Marjory Gordon, por decisión propia, puesto que en el ámbito institucional no se establece el manejo de una teoría o modelo en particular. Sus formatos cuentan con un espacio destinado para describir el utilizado en su proceso. Sólo una de las participantes contó con la oportunidad de conocer las teorías y modelos durante los estudios de especialización de enfermería en geriatría. Las demás participantes no tuvieron oportunidad, ya que aun no se contaba con este tipo de acercamiento. Por ello, refieren que se les ha complicado, aunque reconocen que utilizan el modelo de **Marjory Gordon**, que aprendieron a utilizar. Así se muestra en los siguientes testimonios:

En el primer nivel, al paciente geriátrico no le voy a aplicar la de Roy de manera personal. Yo aplico a Marjory Gordon para hacer todo el plan o el proceso de atención en el paciente geriátrico. A nivel institucional, como enfermera, no dice “usted debe seguir a tal; la institución te da la libertad de que desarrolles esa parte. (Medellín)

*Aquí, en el Instituto, se nos permite hacer diagnóstico y todo lo del plan de atención de enfermería. En nuestra nota ya está incluido. **No podemos ponerte diagnósticos médicos.** Siempre todos tienen que ser diagnósticos de enfermería. Ya cuando miro las teorías, ya es cada uno. (Buenaventura)*

*Sólo cuando hice la especialización, **conocí los modelos de enfermería. Creo que son complicados** cuando quieres aplicarlos. **Cuando yo estudiaba enfermería, ni habían llegado.** Sólo estaban en Estados Unidos. Entonces **estar con ellos es complicado...** Yo aprendí con **Marjory Gordon.** Con ella me fue más fácil aprender. (Antioquia)*

Para realizar la valoración en el adulto mayor, las participantes utilizan diferentes herramientas, como los formatos, que les permiten tener un panorama más general del paciente y de su entorno. En este sentido, emplean el formato institucional, que se realiza de acuerdo con lineamientos internos. Lo anterior obedece al dominio 5 del

Marco Mexicano: planificación y gestión de la calidad. El profesional desarrolla la competencia número 8, relacionada con la utilización de herramientas teóricas de la disciplina, que le facilitarán integrar la valoración y obtener una orientación eficiente de las intervenciones de enfermería.⁵²

Los criterios para la construcción del formato se basan en las cinco etapas del Proceso Atención de Enfermería, con la inclusión del plan de cuidados. Se inicia como valoración o formato inicial. Allí, las enfermeras señalan los datos de identificación del paciente, los signos vitales, los antecedentes personales y la valoración de riesgos. Todo esto se integra al formato de notas y registros clínicos de enfermería. En relación con este aspecto, se encontró la eficiencia en el empleo del PAE y herramientas como NIC-NOC, como material necesario para realizar la valoración del adulto mayor, funciones que se describen como parte de las competencias de la enfermera de práctica avanzada. Al desarrollar las etapas del proceso de enfermería, quedan sustentadas todas las acciones para cumplir estándares de calidad y, por supuesto, para considerar la visibilidad de la disciplina al lograr integrar la teoría y la práctica.^{25, 26, 27}

Entre los diagnósticos de enfermería, se pueden observar los más utilizados en el primer nivel de atención, como riesgo de disminución de la perfusión tisular cardiaca, exceso de volumen de líquidos, desequilibrio nutricional, etc. Estos elementos le ayudan a la enfermera a dejar evidencia de las acciones ejecutadas. Así se menciona en los siguientes testimonios:

*Para realizar **la valoración**, te voy a mostrar las hojitas. **En estos formatos** están los **diagnósticos de enfermería**; los relacionados, por ejemplo: hipertensión arterial, diabetes mellitus, insulino dependiente, pacientes sin complicación: Z 340, N51... Todo estos me ayudan a que haga bien la valoración y para que quede registrado.*
(Buenaventura)

No obstante, la siguiente participante afirma que no les encuentra utilidad a los modelos y teorías de enfermería. Menciona que no utiliza ninguno. Realiza su valoración sólo con la guía institucional, ya que cuenta con el diseño completo de valoración; incluso contiene algunos diagnósticos enfermeros más utilizados en la unidad donde labora. De esta manera se evidencia en el siguiente testimonio:

*Yo conozco que para el adulto mayor se trabaja mucho con **Marjorie Gordon**, pero yo no lo utilizo, **ni a ella ni a ninguna de las teorías, ni modelos de enfermería**. Yo solamente hago mis intervenciones y mi valoración de acuerdo con los formatos institucionales, pero no utilizo ninguna teoría, ningún modelo. Yo, personalmente, siento que no me sirven; no ayudan. Lo que sí ayuda son las intervenciones que hago. **(Chocó)***

La teoría de Virginia Henderson puede ser aplicada al adulto mayor, puesto que se refiere a personas de 60 años en adelante, quienes pueden tener cambios fisiológicos, nutricionales, del comportamiento, de las funciones intelectuales, así como cambios sociales, y los sentidos tienden también a disminuir; hay problemas que pueden ser identificados al realizar la valoración de las 14 necesidades del paciente para después satisfacerlas para que, de esta manera, se le ayude a adquirir independencia lo más rápido posible.^{95, 96}

La teoría de Dorothea Orem promueve el autocuidado, que define como las acciones que permiten a las personas mantener la salud y el bienestar para responder a sus necesidades y así apoyarlas a que se empoderen y sean protagonistas de la toma de decisiones con respecto a su salud. No obstante, en el siguiente testimonio, se menciona que hay una inclinación por el empleo de la teoría de Dorothea Orem por voluntad propia:

*Yo utilizo mucho **la teoría de Orem**. Me gusta mucho. La puedes aplicar en hospital, en clínica, en casa y con el adulto mayor. Es con la que me he acomodado. También **Virginia, con sus necesidades**, pero **me acomodo más con Orem**.*

Siento que con ella puedo tener una orientación y mejor contacto con el adulto mayor. (Envigado)

Para Medina y otros autores, el empleo de teorías y modelos de enfermería fortalece tanto el proceso como la ejecución de las acciones, y aun más cuando se brinda cuidado al AM. Esto fue evidente al emplear el modelo de Marjorie Gordon, que se consideró propicio para este grupo de edad los AM en vista de que se obtuvieron datos muy relevantes, lo que facilitó el análisis con instrumentos de la valoración básica geriátrica. El impacto que se obtuvo fue la complementariedad con la información, de manera que no se desacoplara con los datos que se obtuvieron durante el examen físico, por ejemplo. ^{15, 19, 25, 26}

4.1.3 Empleo de la EBE

En todo momento, el cuidado de enfermería requiere la articulación de los conocimientos científicos, la experiencia obtenida mediante el quehacer cotidiano y una atención centrada en el paciente que promueva la atención con calidad. En los últimos años, el desarrollo de la práctica clínica basada en la evidencia ha revolucionado el mundo sanitario con sus planteamientos. ⁷⁹

La aplicabilidad de la EBE se basa en la utilización de la evidencia científica disponible para la toma de decisiones sobre el cuidado de las personas respecto de intervenciones validadas en la comunidad científica. Utilizar este tipo de herramientas posibilita contar con elementos sólidos para la toma de decisiones en relación con las intervenciones por ejecutar, derivadas de la utilización crítica y consciente de los resultados de investigación. Collière afirmaba: "dime qué conocimientos aplicas y te diré qué clase de cuidados das". ⁹⁷

En este sentido, el profesional de enfermería transforma su práctica en una tarea exigente, con disciplina, creatividad y juicio clínico, que redunde en el bienestar de las

personas. Las experiencias de las participantes denotan la aplicación de la EBE a través del uso de guías, protocolos y artículos que les ofrecen elementos de argumentación para brindar cuidado en cuanto a patologías físicas y mentales. Así se expone en los siguientes testimonios:

*Yo tengo que **estar bien documentada acerca del adulto mayor. Consulto las guías de práctica clínica para no inventar**, porque el adulto mayor te cree todo lo que le digas. Son una herramienta con la que dispongo para darle sentido a la educación. (Envigado)*

*Yo **sí me documento mucho. Utilizo internet. Leo algunos artículos** para documentarme **acerca del adulto mayor**. Ya te comenté que son un poco complicados; tienen muchas **patologías físicas y de nivel emocional**. Entonces tengo que leer mucho; por ejemplo, las guías de práctica clínica en la atención mental del adulto mayor. Entonces me toca estar leyendo **para poder hacer las intervenciones con ellos** en mi consulta. (Buenaventura)*

La construcción del acervo de conocimiento se forma a partir de las experiencias cotidianas con origen social; es decir, es adquirido en los procesos de socialización en un determinado momento de la biografía de los individuos. Las enfermeras de primer nivel de atención pueden obtener, de manera parcializada, un pensamiento crítico y reflexivo cuando se da por medio de su formación académica y su experiencia en la práctica.

Las enfermeras utilizan herramientas tecnológicas como el computador con conexión a internet para realizar la búsqueda de evidencia científica, como protocolos y guías. Afirman consultar lineamientos y normas en el ámbito nacional, así como directrices en el ámbito internacional, de la OMS y OPS. De este modo obtienen un sustento bibliográfico para sus intervenciones y así demuestran que cuentan con argumentación fundamentada para brindar un cuidado más calificado. Así se evidencia en los siguientes testimonios:

*La enfermera **tiene que estar cercana a la tecnología**, tener **conocimiento actualizado... leer más para poder realizar intervenciones más eficientes con el paciente adulto mayor.** (Buenaventura)*

*Afortunadamente contamos **con la ventaja de internet; contamos con normas, lineamientos y guías de práctica clínica**, pero a veces no encontramos todo; entonces **me voy a la OMS, a la OPS**, que me puedan dar la información de lo que yo estoy buscando. Yo le tengo que demostrar a mi paciente... qué hay en la evidencia científica. (Antioquia)*

Para Pereira y otros autores, estos hallazgos se relacionan con temas que desarrollaron en sus trabajos; describieron que para el gremio de enfermería son herramientas que se debería utilizar a menudo en su práctica diaria. Sin embargo, hay una necesidad de capacitación en este asunto, ya que en enfermería se suele comprender únicamente como la búsqueda de información derivada de protocolos institucionales, en comparación con otros profesionales, que sí llevaron a cabo la búsqueda de literatura científica en diferentes bases de datos. Ambos, lograron desarrollar algunas intervenciones considerando la información, detallando que este proceso les permitió llevar a cabo acciones de cuidado con calidad. Por otro lado, determinaron que, utilizar la EBE en el primer nivel de atención, desarrollaban su autonomía, cuando empleaban guías de atención, proporcionando elementos para la toma de decisiones. ^{12, 15, 27}

4.1.4 Identificación de redes de apoyo

Las redes de apoyo tienen un importante significado para la calidad de vida de los adultos mayores, tanto en el plano físico como en el emocional. Constituyen la base sobre la que se dan las ayudas que las personas requieren; estructuran y hacen que adquieran sentido los papeles sociales; contribuyen al sentimiento de pertenencia y generan la integración social. En edades avanzadas, la generación de estas redes

evita el aislamiento y cobran importancia en la calidad de vida de las personas mayores.⁹⁸

Las redes de apoyo se clasifican en formales y en informales. Las primeras se refieren a las que tienen la denominación redes de apoyo institucional y son reconocidas de forma oficial; las segundas son aquellas en las que existe un vínculo interpersonal o familiar.⁹⁹ Ahora bien, las enfermeras de primer nivel de atención, dado que cuentan con la competencia de gestión y liderazgo, facilitan la búsqueda activa de redes, muy importantes para proteger a las personas con más vulnerabilidad, como es el caso del adulto mayor con enfermedades mentales o físicas.

4.1.4.1 Formales

Las redes de apoyo formales son aquellas que están conformadas por organizaciones del sector público y privado, las cuales cumplen funciones de orientación, información, capacitación, promoción y atención a la salud de toda la población. Es importante mencionar que dichas redes son indispensables para las personas mayores, pues a medida en que avanza la edad, estas personas se vuelven dependientes y se van ubicando en una situación de alto riesgo.¹⁰⁰

Por ello, estas organizaciones promueven la participación de los adultos e impactan positivamente en su salud. La enfermera establece esta relación con una entidad educativa que forma diferentes profesionales; entre ellos, fisioterapeutas y geriatras, que se encuentran en su fase de servicio social y ofrecen sus servicios de acupuntura, fisioterapia, odontológico y atención psicológica. Ofrecen estos auxilios de manera individual para aquellos adultos mayores derivados por la enfermera a su Clínica Universitaria. En la gran mayoría de los casos, esta atención es gratuita para ese grupo de adultos mayores. Así se evidencia en el siguiente testimonio:

*Yo vivo mucho en **comunicación con el tecnológico de Ecatepec**. Es una escuela donde se preparan **fisioterapeutas y geriatras**. Ellos cuentan con una*

*clínica y los alumnos que están haciendo **el servicio social** a muy bajo costo e incluso hasta gratuito les dan atención a los **adultos mayores en fisioterapia, acupuntura, atención psicológica y odontológica**. Yo hago coordinación con la Universidad para que atiendan a un paciente en específico. Es de manera muy individual, porque ya los grupos los ve trabajo social. (Medellín)*

Las enfermeras recalcan que no son ellas sino el profesional de trabajo social asignado para cumplir la función de educador para la salud en los grupos de personas que asisten a la unidad. A continuación, se puede leer en estos testimonios:

*Una red del instituto es el **envejecimiento activo**. Entonces **yo me pongo en contacto con trabajo social**. Él es el que maneja los grupos y los educa. Entonces ese programa es liderado por trabajo social... En el flujograma dice que nosotros somos los que educamos, pero en la realidad no se nos permite; sólo lo puede hacer trabajo social. (Buenaventura)*

*En realidad, las **redes de apoyo con las que se cuenta son las institucionales**. Contábamos con el **programa de promoción de la salud para el envejecimiento activo**; veíamos más que todo la prevención, vacunación; se les daba información sobre alimentación y ejercicio, pero en grupos, por la trabajadora social. Yo debía derivar a todos mis ancianos a ese grupo. (Antioquia)*

*Trabajo social es el que tiene **los grupos de apoyo a nivel institucional**; son grupos donde se juntan los adultos mayores aquí en la unidad para hacer ejercicio. Yo siempre los debo canalizar con trabajo social para que ingresen a ese grupo. Yo busco otra unidad en el instituto donde sí tienen ese tipo de actividades. (Chocó: 36)*

Con respecto a estos hallazgos, se consideran algunos manuales de procedimientos de algunas Instituciones públicas de México, acerca de las funciones que realiza el trabajador social.¹⁰¹ Se encuentra que les es asignada la identificación de redes de apoyo de los pacientes y sus vínculos sociales, mediante una entrevista familiar, con

objeto de integrar otras redes que mejoren el bienestar familiar. Lo anterior se corresponde con las experiencias de las enfermeras de este estudio. Es el trabajador social el que lidera los grupos de apoyo destinados a la educación en salud en la Unidad de Medicina Familiar, además de contar con la asignación en la identificación de redes de apoyo de los pacientes que la enfermera le deriva para que realice la búsqueda de las redes de apoyo tanto de carácter formal como informal.

Todo esto concuerda con los autores que afirman que son los trabajadores sociales quienes desempeñan funciones específicas cuando ejercen su profesión en el área de geriatría; son los que facilitan información y articulan las redes sociales del AM. En su disciplina, cuentan con diferentes modelos teóricos y metodológicos que avalan sus acciones en instituciones sanitarias o en otros ámbitos. Entre ellas, se encuentra el trabajo social en red (intervención comunitaria). Aquí el profesional cuenta con la capacidad de realizar intervenciones con redes de apoyo sociales, que van desde las informales, como las asociaciones de vecinos, hasta las ONG. Este enfoque facilita que el profesional cuente con la capacidad para identificar las redes de apoyo y direccionar al adulto mayor. ^{102, 103}

4.1.4.2 Informales

El adulto mayor se considera una persona con un alto grado de vulnerabilidad. Sobre todo, la situación de vivir solo se transforma en riesgo. Comienza a experimentar situaciones de abandono en cuanto al aseo personal y de la vivienda, que se vuelve difícil realizar, así como alimentarse adecuadamente. Para evitar en gran medida este tipo de complicaciones, las enfermeras de primer nivel emprenden la búsqueda activa de las redes de apoyo informales-familiares con objeto de iniciar acciones de intervención tanto con el adulto mayor como con los integrantes de la familia. ^{99, 100}

En el caso de pacientes encamados o con alguna discapacidad, solo serán visitados por el médico y el trabajador social. Este aspecto podría limitar las acciones de las enfermeras en el primer nivel de atención, ya que, entre sus competencias, es

necesario que su valoración se complete en el domicilio para observar la dinámica familiar y social. Las enfermeras cuentan con la ayuda de trabajo social para identificar las redes de apoyo tanto del adulto mayor como de sus cuidadores familiares y así poderlos ubicar a fin de que acompañen al adulto mayor a su consulta. Así se muestra en los siguientes testimonios:

*...Yo hablo mucho con **trabajo social** para saber cómo está su familia, si tiene **algún riesgo**... Ella ve cosas que yo a veces no. Por ejemplo, **cómo está su casa, en qué condiciones está**. Lo hacíamos los dos y así yo ya iba pensando qué abordar con ese paciente en primera. (Antioquia)*

*Entonces **requerimos atención psicológica en redes**; se hace la nota de enfermería... “Espero que trabajo social nos proporcione información para **localizar redes de apoyo** para el paciente X”. Es la intercomunicación con todas las áreas que se necesitan para ese paciente. (Medellín)*

*Ya me apoyó con trabajo social para ir identificando **esa red de apoyo familiar**. Entonces ya hablo con él y le digo que este adulto mayor está **viniendo solo**. Entonces ya trabajo social me ayuda **para ubicar a un familiar o al cuidador** y ya **lo llamamos y les explicamos que el paciente no puede venir solo**; les explicamos que puede **tener un accidente**; entonces es **mucha comunicación con trabajo social**. (Buenaventura)*

En las visitas familiares, en el hogar, se identifican varios aspectos; entre ellos, las redes de apoyo informal, como el cuidador familiar. Esto, con el objetivo de reconocer las acciones de cuidado que realiza con su adulto mayor en el domicilio. Igualmente, se detecta riesgos en el familiar al reconocer que requiere atención psicológica, lo que lleva a la enfermera a ejercer su liderazgo con trabajo social y gestionar redes de apoyo formal para que se brinde atención al cuidador. De tal manera se evidencia en este testimonio:

*En la visita domiciliaria también **yo identifico quién es el cuidador, que necesita un pase con psicología; hablamos con trabajo social** porque vimos que **no hay redes de apoyo**. Se le da una **orientación en coordinación con otras instituciones** [que] pueden ser particulares, de la Secretaría de Salud y del ISSSTE, para que tenga la **atención psicológica el cuidador.** (Medellín)*

Distintas investigaciones concuerdan con el valor de la visita domiciliaria como estrategia que se implementa en el primer nivel de atención, pues permite al profesional de enfermería observar, detectar, analizar y describir las situaciones presentes en el núcleo familiar, lo que brinda la oportunidad de llevar a cabo acciones que permitan a los miembros apropiarse de su propio cuidado mediante el desarrollo de habilidades para mejorar el estado de salud, liderado por el profesional a cargo. Afirman que al brindar un cuidado enfermero en su ambiente, se genera un espacio de confianza y se individualiza y humaniza el cuidado, despertando interés no solo por las enfermedades, sino también por su contexto. ^{19, 20, 21, 24, 104}

Por su lado, la OMS manifiesta que existen varios factores que limitan la adopción de herramientas y prácticas que permitan efectuar intervenciones de impacto en la población adulta mayor; entre ellas, se encuentra la falta de compromiso político y de determinación de las instituciones de salud para la implementación de estrategias que favorezcan el cuidado eficiente de estas personas. Un aspecto importante en la prestación de servicios son las visitas e intervenciones domiciliares. Se ha demostrado que poseen un efecto positivo en las familias; incluso en la comunidad. ¹⁰⁵

Las participantes en la entrevista que sostienen con los adultos mayores durante su consulta mensual buscan identificar cuál es la red de apoyo familiar que ayuda a cubrir las necesidades básicas del adulto mayor. No obstante, se ha identificado que cuenta con otras redes de apoyo informales, como los vecinos, quienes le brindan los alimentos y, en algunas ocasiones, le ayudan en quehaceres del hogar. Así lo muestra el siguiente testimonio:

*Cuando llega el adulto mayor, le digo: recuérdame el teléfono de su casa, **con quién vive, quién lo cuida, quién le hace de comer**. Empezamos a platicar y ya empiezo a identificar una red de apoyo; me dice: “es que, señorita, es mi vecinita; ella me apoya cuando puede; me ayuda en la casa y me prepara de comer en su casa. **(Buenaventura)***

Si bien durante la entrevista en la consulta con el adulto mayor, las enfermeras identifican redes de apoyo informales no relacionadas con su familia, han considerado importante que su paciente cuente con esa red familiar, de tal forma que proceden a ejercer su iniciativa y liderazgo para ubicar a su cuidador familiar. Esto coincide con lo planteado por Hernández y Colbs: el rol clave para integrar las redes de apoyo informal, para fortalecer las intervenciones educativas en los servicios de primer nivel de atención, sustentadas por la iniciativa y el liderazgo en la búsqueda activa de esas redes. Al encontrarlas, se busca su consolidación y mantenimiento para así brindar educación en un entorno de acompañamiento con el AM. ²⁴

Por otro lado, vale la pena destacar que, entre las especificaciones de perfil de trabajo social, la institución establece que una de sus funciones consiste en ubicar las redes de apoyo de todos los pacientes. Sin embargo, es también el profesional de enfermería quien cumple la función de buscar las redes de apoyo de los pacientes. En este caso, es evidente el trabajo en equipo que se lleva a cabo con los dos profesionales, con objeto de buscar estrategias de apoyo para el adulto mayor, como lo expresa el siguiente testimonio:

*Le pregunto el número de teléfono de alguno de sus hijos; **no me espero con trabajo social; yo les llamo inmediatamente**. Le digo: “mire, yo soy la enfermera del señor...”, que **yo lo necesito para la próxima consulta... Yo ya lo canalizo con trabajo social**. Hace su nota... “**no cuenta con red de apoyo familiar**”. Ya trabajo social es el único que puede decidir si realiza una visita familiar para identificarlos. **(Buenaventura)***

Existen impedimentos para realizar la búsqueda de redes de apoyo, formales e informales. Es evidente que, a través de su liderazgo y la colaboración interprofesional, la enfermera logra cumplir con el objetivo de velar por el bienestar del adulto mayor, aunque su práctica no se extiende a otras entidades que se encuentren fuera de la institución, distintas de las redes familiares. En contraposición con el Marco Mexicano de Competencias de Enfermería de Práctica Avanzada, refieren que es el profesional de enfermería quien identifica las redes de apoyo en salud para la población más vulnerable, con autoridades locales y jurisdiccionales y líderes comunitarios. Lo anterior es considerado para una enfermera de primer nivel de atención que ejecuta su labor extendida y avanzada en el ámbito comunitario.⁵²

4.2 Acciones educativas de enfermería para el adulto mayor y su familia

La OMS ha considerado, dentro de su estrategia y plan de acción mundial sobre el envejecimiento y la salud, establecer medidas para prevenir riesgos y complicaciones en este grupo de personas, por medio de la promoción y la educación para la salud, que se orienta a concebir la vejez como una etapa activa con total autonomía y autorrealización. Desde la perspectiva de la enfermería, el cuidado del adulto mayor debe enfocarse hacia la evaluación integral, la prevención del deterioro de la movilidad y la protección de la autonomía, sobre todo cuando se logran identificar tempranamente factores de riesgo o señales de deterioro, antes de que este ocurra o sea irreversible.¹⁰⁵

Para lograrlo, resulta fundamental la planificación de acciones educativas con un enfoque en la prevención, buscando la participación de los adultos mayores y de sus familias, con intervenciones enfermeras que fomenten un cambio benéfico para la salud no solo fisiológica, sino también funcional, psicológica y social.

En este sentido, el profesional idóneo es una enfermera con rol ampliado en el primer nivel de atención, debido a que cuenta con herramientas teóricas y metodológicas para

ejecutar intervenciones relacionadas con la educación en un ambiente de participación e interacción, lo que propicia una adecuada comunicación y relación intersubjetiva que tenga como resultado acciones que favorezcan la salud del adulto mayor y de su familia.

4.2.1 Adherencia al medicamento y la influencia de la situación cultural

Con respecto al cambio de hábitos que mejoren la adherencia a los medicamentos, la Organización Mundial de la Salud (OMS) la define como el grado en el que la conducta de un paciente en relación con la toma de medicación se corresponde con las recomendaciones acordadas con el médico y la enfermera. Las consecuencias asociadas a la falta de cumplimiento se refieren a la adherencia como un importante asunto para la salud pública en el ámbito mundial.¹⁰⁶

La falta de adherencia se ha asociado a una disminución de la calidad y de la esperanza de vida en los adultos mayores, lo que da lugar a una disminución en el control de la enfermedad e incrementa sus complicaciones. Lo anterior repercute en un aumento de las consultas, hospitalizaciones y pruebas complementarias. Precisamente, a fin de enfrentar esta situación, es esencial que la educación sea efectuada por un profesional de enfermería con objeto de generar este tipo de cambios.

Las enfermeras en el primer nivel de atención tienen como función brindar educación al adulto mayor, a la familia o al cuidador principal o primario. Consideran que en este nivel se gesta la educación basada en la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad. En el caso del adulto mayor que padece enfermedades crónicas, en gran medida su educación se centra en el manejo de sus medicamentos, dado que, normalmente, tiene dificultades para recordar o identificar todos los medicamentos que toma diariamente. Por ello, el papel de la enfermera es enseñar, educar y cambiar

formas de pensar acerca de los medicamentos, tal como se puede verificar en el siguiente testimonio:

*Definitivamente **la educación hace parte de mis actividades** y procedimientos clínicos; **es lo básico en un primer nivel con los adultos**. El acompañamiento con el cuidador en los procesos, la orientación al adulto de cómo es que debe manejar los medicamentos es un problema casi con todos los adultos; nadie les enseña cómo tomarlos. (Medellín)*

Desde su experiencia, la participante sostiene que hay una limitante para brindar la educación, y es la ausencia del familiar o cuidador, ya que ellos, como su red de apoyo, ayudan a su familiar con el manejo del tratamiento. Ahora bien, la enfermera no deja de brindar educación respecto de la adherencia al medicamento. El médico solo realiza la prescripción del medicamento, tal como se precisa en el siguiente testimonio:

*A veces, te dicen: “no me gusta vacunarme porque así me enfermo más”. **Entonces, para que cambien esos hábitos y formas de pensar, yo tengo que educarlos mucho con el manejo de medicamentos**; mucho más, pero necesitan el apoyo de un cuidador... ellos vienen solitos; **ahí se me limita**. Sí los ayudo aquí, en el consultorio, platicando con ellos y así me entienden cómo son los medicamentos, los tamaños. Nadie les enseña eso. El médico sólo les manda la orden para que vayan por el medicamento, pero yo me encargo de esa parte. (Buenaventura)*

Otro aspecto importante considerado por una de las enfermeras es que para que su paciente tenga una buena adherencia, resulta necesario conocer al adulto mayor y su medio. Esto último le facilita tomar decisiones para dirigir la educación de su paciente; por ejemplo, emplear el convencimiento para que no haya cambios importantes en el régimen terapéutico, que se puede ver alterado por creencias o por esa construcción biográfica del adulto, o por otras experiencias de familiares o vecinos que podrían alterar su padecimiento o provocar recaídas. Así se describe en el siguiente testimonio:

*Los pacientes se trabajan de mensual, depende de cómo encontramos a ese paciente, afianzamos temas educativos; como la **adherencia terapéutica**, una infinidad de cosas, pero con los adultos mayores hay que **educarlos mucho con la adherencia; son muy renuentes**. Entonces eso tengo que **reforzarlo para que no tengan recaídas**. (Medellín)*

Una enfermera de primer nivel de atención que brinda cuidados al adulto mayor debe contar con conocimientos específicos relacionados con los cambios fisiológicos, mentales y sociales de ese grupo de edad. Lo anterior le permite proporcionar orientación sobre la enfermedad que padece el adulto mayor, así como promover su comprensión acerca de su funcionamiento y el impacto que obtendrá, y si da un adecuado manejo de sus medicamentos. Así se expone en el siguiente testimonio:

*Enfermería tiene que dar **orientación** sobre su enfermedad para que sepa cómo es la medicación, para qué sirven los medicamentos, cómo se los debe tomar, qué beneficios tienen. (Envigado)*

Las participantes mencionaron que, en el ámbito nacional, se cuenta con el decreto por el que se adiciona un artículo 28 Bis a la Ley General de Salud.¹⁰⁷ Se determina que las licenciadas en enfermería pueden realizar prescripción de medicamentos cuando no se cuente con los servicios de un médico; de aquellos medicamentos del cuadro básico que determine la Secretaría de Salud.

Sin embargo, en el ámbito institucional esto no se tiene autorizado en ninguna circunstancia. Se subraya el enfoque de las intervenciones educativas de enfermería para lograr la comprensión del adulto mayor sobre el manejo de sus medicamentos. Prescribir no significa educar sobre el manejo de medicamentos. Así se evidencia en los siguientes testimonios:

*La orientación, educación más que nada, es lo que hago con el adulto mayor. Hasta **ahí es donde nosotros podemos llegar; como no podemos prescribir medicamentos**, entonces **mis intervenciones son solamente para educar y orientar***

al adulto mayor, de cómo tienen que tomar sus medicamentos y qué le va a pasar si no los toma. Es una intervención muy importante; ¿qué gano prescribiendo medicamentos, si ni le voy a explicar al paciente? Entonces mejor yo los educo para que se adhieran al tratamiento. (Envigado)

*Actualmente, ya como licenciados, la **norma nos da la apertura para poder dar un tratamiento**. Aquí en el instituto **no se nos tiene permitido**. Tiene que seguir mandando el médico el tratamiento. Lo único que yo sí puedo hacer es **notificar al médico** cómo va la adherencia o si la respuesta no está siendo la esperada. Esto sólo lo logro educando a ese adulto sobre cómo tomar (el medicamento) y las interacciones. (Medellín)*

Aspectos importantes que debe considerar la enfermera en la educación al adulto mayor son la polifarmacia, la interacción entre medicamentos y los efectos colaterales. En tal sentido, las enfermeras solo pueden identificar esta situación cuando cuentan con una construcción elaborada en su acervo de conocimientos formalizada con su experiencia profesional, que le ha brindado elementos para identificar algunas particularidades y conocer muy bien la farmacocinética y la farmacodinamia de los medicamentos. Con estas competencias, se le facilitará educar al adulto mayor, tal como se evidencia en los siguientes testimonios:

*Les hablamos **de lo que es la polifarmacia**. Es muy común en el adulto mayor. Les explicamos **qué es un fármaco, qué es un medicamento, cuál es la diferencia entre los medicamentos y las interacciones...** Se les tiene que aclarar conceptos: qué es **el fármaco, qué es el medicamento**, los **principios de esos medicamentos**, las **reacciones secundarias mientras se adaptan**; ejemplo: “el enalapril le puede dar tos en los primeros meses; puede tener diarrea por la metformina”. Entonces poco a poco vamos trabajando sobre los medicamentos. (Medellín)*

*También los educo acerca de la **aplicación de la insulina**: si está **llevando el control de la dosis** de la insulina, para que no se vaya a una hipoglucemia. Entonces en todo eso yo los educo en la consulta. (Buenaventura)*

Se encontró, de manera similar en diferentes estudios, algunos de los factores que más predominaban en el aumento de los reingresos hospitalarios y complicaciones en los padecimientos de los adultos mayores, entre ellos se encontró la polimedicación y la presencia de diferentes enfermedades crónicas, lo que dificulta falta de adherencia al medicamento y dificultades en la administración. Se evidenció en estos estudios que, al controlar estos factores, por medio de la educación por parte de los profesionales del área de la salud, facilitarían la adherencia. ^{12, 30, 31, 32, 33}

Las experiencias promueven la adherencia al medicamento, considerando las prácticas culturales, lo cual evidentemente está estrechamente relacionado con esas costumbres previas del adulto mayor y que amplían su situación biográfica. Ahora bien, sólo la enfermera que cuenta con el conocimiento específico de este grupo de edad y su práctica cultural podrá determinar los factores que pueden influir de manera positiva o negativa en las decisiones del paciente en cuanto al manejo de su terapia; por ejemplo, el empleo de plantas medicinales. Su creencia radica en que estas pueden aportar más, tal vez el mismo efecto que el medicamento, sin provocar reacciones secundarias como las ocasionadas por las medicinas alópatas. Así se evidencia en el siguiente testimonio:

*El adulto mayor **es muy dado a las yerbas**; que se va a **comer mucho el nopal**; dice que le va a regularizar la glucosa; entonces **dejan de tomar la metformina** "porque me está cayendo mal". (Medellín)*

Otro aspecto se relaciona con la situación biográfica o experiencias previas del adulto. La enfermera expresa que los adultos mayores piensan que las vacunas no son muy efectivas. Entienden sus reacciones normales como un daño que se ocasiona en todo su sistema. Ahora bien, cuando las enfermeras cuentan con el conocimiento sobre las actitudes del AM, se les facilita explicar por qué son necesarias, por ejemplo, dando a conocer cuáles son las reacciones normales y anormales. Así se evidencia en el siguiente testimonio:

*Cada vacuna **tiene una reacción**. Les explicamos porque no les gusta vacunarse. Por ejemplo, la de neumococo le puede dar un poco de gripa; **se les explica** que es algo normal, pero hay que advertirles, enseñarles complicaciones. Si continúa con mucha fiebre o con mucho resfriado, tiene que venir. (Chocó)*

El adulto mayor adopta un comportamiento diferente respecto de las enfermedades. Es posible que, por su contexto histórico y situación biográfica, haya aprendido a utilizar medicina tradicional o "mágica", como lo expresa la participante. Por ende, la enfermera debe contar con elementos importantes de comunicación para educarle. Entonces se llegan a acuerdos para combinar la idea del adulto mayor y cómo complementarla con el medicamento sintético actual. Así se evidencia en este testimonio:

*El anciano se adhiere muy diferente a los medicamentos. A medida que vamos creciendo, **queremos buscar recetas mágicas** para eliminar cualquier enfermedad. Así es el anciano. **Aquí es donde se complica**, porque **tú, enfermera, debes saber cómo llegarle y educarlo** para que complementes su receta mágica con el medicamento. Es llegar a acuerdos. (Antioquia)*

Varias investigaciones concuerdan en que el profesional que cuida al adulto mayor necesita algunos componentes esenciales de comunicación para llevar a cabo la eficiente entrevista motivacional. Se pudo observar que con este acercamiento hubo mejoría con la adherencia al tratamiento con múltiples fármacos. Se concluye que el grupo de pacientes acompañados por las enfermeras tuvieron mayor aceptación al tratamiento farmacológico. Esta profesional resultó la más indicada y competente para establecer acciones que resultaron con mejor adhesividad al cuidado establecido. ^{28, 29, 30}

4.2.2 Promover la participación familiar

Para dar continuidad a sus acciones de vinculación con ese actor social, relacionadas con los cambios de hábitos, se pudo identificar que en la práctica diaria el profesional de enfermería implementa acciones en busca de generar un cambio sustancial. Por

ello, propone que se fortalezcan los hábitos relacionados con la alimentación, con el cuidado personal y con el de la piel. Es común que este grupo de edad sea renuente y se nieguen con facilidad. Por lo anterior, es fundamental el papel de las enfermeras a fin de promover la participación familiar o del cuidador. De esta forma, se obtiene como resultado un impacto positivo, con la intención de ejercer cambios de empoderamiento familiar para el cuidado holístico del anciano en el hogar. ¹⁰⁸

Varios estudios reportan que la Educación para la Salud es uno de los elementos más importantes en el cuidado de enfermería, sobre todo en el primer nivel de atención, donde ésta se gesta como eje fundamental para generar los cambios o fortalecimiento en los hábitos de la vida saludable. Asimismo, los resultados indican que, cuando se dirige al AM con enfermedades crónicas, contribuye a mejorar la percepción sobre su enfermedad, así como al empoderamiento para su autocuidado. ⁹⁷

4.2.2.1 Para fortalecer hábitos en la alimentación y actividad física

En las consultas, el cuidador familiar es muy importante para las participantes, pues es considerado como un apoyo para emprender los actos posibles de intervención en relación con los cambios de hábitos relacionados con la alimentación. Lo anterior se convierte en acciones en busca del objetivo de motivar un cambio sustancial, tanto con el adulto como con toda su familia, y poder llevar a cabo su “labor de convencimiento” y así obtener resultados positivos para todos los integrantes. Esto resulta evidente en los siguientes testimonios:

*Cuando identifico **que está acompañado**, me gusta, porque **nos puede apoyar para hacer cambios de hábitos, para reafirmar**. Es muy importante **recalcar que siempre asista** y así poder **enseñar a su cuidador**; no es aislar al paciente y decir: “es que él es el que debe comer pollo”, no, es la familia la que debe comer pollo **para que todos cambien de hábito**. (Medellín)*

*Siempre **estamos pendientes** de que tienen que venir con un **familiar o con la persona que los cuida**, para poderles explicar cómo pueden **hacer la dieta**. Es labor de*

*convencimiento por parte mía como enfermera; es decirle al familiar: “mire, a usted le conviene porque van a adelgazar todos”; van a **comer muy sanamente**; todos van a cambiar su alimentación. (Buenaventura)*

Lo anterior concuerda con Jijón y Ramos, quienes en su trabajo expusieron una guía de atención al adulto mayor y la capacitación a familiares y a cuidadores, lo que les permitió identificar un efecto positivo respecto del empoderamiento en cuanto a los hábitos de vida saludables, donde se incorporan temas relacionados con la adecuada alimentación, el ejercicio físico y sobre diferentes patologías de los AM. Como resultado, obtuvieron un destacado resultado con respecto a la satisfacción de los adultos y sus familias, y en cuanto a la intervención realizada por la enfermera.³³

Las participantes concuerdan en que la capacidad funcional del adulto se percibe modificada por su proceso normal del envejecimiento, lo que le imposibilita cubrir algunas necesidades como la alimentación. Esto promueve la participación del familiar como “**trabajo en conjunto**”. La familia se convierte en el apoyo que necesita el adulto mayor para cubrir sus necesidades. De esta manera se muestra en los siguientes testimonios:

*Siempre tengo que **incluir a ese cuidador, a ese familiar**, porque el adulto ya no puede hacer cosas por sí solo; a ese cuidador yo le tengo **que enseñar sobre su alimentación, sobre la actividad física**; así el familiar **se involucra** y, por lo menos, su cuidador y el adulto harán esos cambios; les ayudará a los dos. (Antioquia)*

***Se tiene que orientar** no solamente al paciente, sino también **al familiar**, porque ya sabemos que ellos ya no son capaces **de llevar esos cuidados... ya no pueden preparar sus alimentos**. Ahora es en conjunto el paciente y la familia. (Chocó)*

La enfermera identifica que la familia del AM se preocupa porque él no desea alimentarse. Por lo tanto, direcciona la educación sobre la alimentación, los requerimientos diarios, el tipo de dieta blanda y la higiene bucal. Con estos cuidados,

también se debe sumar la actividad física. De esta forma se expone en los siguientes testimonios:

*Hay muchos adultos mayores **que vienen sin dientecitos; son de bajos recursos**. El cuidador familiar primario me dice: “Señorita, mi papá **no quiere comer**”. Le explico que cómo va a comer **si no tiene dientecitos**... Empiezo a educarle; les explico la alimentación blanda para **ellos, que no tienen dientes**: cómo tiene que ser su higiene dental, porque piensan que porque no tienen dientes entonces no se tienen que hacer higiene en su boquita. **(Buenaventura)***

*Si tienen problemas de **alimentación porque a veces no tienen sus piezas completas**; si tiene movilidad; si hace ejercicio; si está pasado de peso por su alimentación... **(Envigado)***

Dar orientación con su dieta**. La dieta de un adulto mayor no es igual que la de un niño. Además, si **son pacientes edéntulos, su dieta es diferente** y los requerimientos también... Les oriento para que implementen el ejercicio y la movilidad. **(Envigado)

Lo anterior coincide con otros estudios, donde las enfermeras implementan otras acciones educativas dirigidas a promover la participación familiar, con el ánimo de suscitar algunos cambios relacionados con la alimentación y el ejercicio físico. Consideran que, cuando todo el núcleo familiar se encuentra en la misma sintonía, el AM se siente participe de la dinámica familiar. Por ello, en las consultas, cada mes, la enfermera les brinda educación sobre la manipulación y preparación de alimentos y la adopción del ejercicio físico. ^{34, 35, 100}

La enfermera con conocimientos específicos de los AM y sus cambios desarrolla un papel fundamental y resulta ser específica en el tipo de dieta, en la alimentación blanda para mejorar la masticación y en los procesos gastrointestinales. La educación que ofrece incluye la preparación de los alimentos. Realmente plasma en las acciones de intervención todo su conocimiento adquirido en la experiencia académica y práctica. Cabe destacar que esta participante cuenta con 30 años de experiencia, por lo que su

acervo de conocimientos se encuentra en una consolidación importante para actuar de manera autónoma y con un juicio crítico que le facilita implementar de manera más eficaz las acciones de intervención.

Qué tipo de dieta; por ejemplo, la que es blanda; cómo el arroz blanco hervido, con verduras al vapor, le ayuda a la deglución y a su proceso digestivo. (Antioquia)

El adulto mayor se ha considerado una persona que puede padecer diferentes enfermedades crónicas. Entre las más comunes, se encuentran la diabetes y la hipertensión. Por ello, las acciones buscan la alimentación baja en sal y en azúcar, así como el ejercicio físico, con la finalidad de evitar futuras complicaciones. Así se expone en este testimonio:

*Vamos **orientando** sobre eso que encontramos; por ejemplo, a los que encontramos **hipertensos les hablamos de su dieta baja en sal; si es diabético, baja en sal y en azúcar.** Ambos tienen que **hacer ejercicio**... Son enfermedades de cuidados, que ya no son reversibles. (Envigado)*

Dando continuidad a las experiencias relacionadas con las acciones educativas, se busca involucrar a los AM para evitar cualquier complicación. La enfermera enseña la ejecución de la actividad física en el hogar, como las caminatas, las flexiones y las extensiones, con objeto de que haya un mantenimiento muscular adecuado. Vale la pena rescatar que la participante considera que solo es posible llevar a cabo este tipo de acciones educativas en el primer nivel de atención. A continuación, su testimonio:

*...Que tengan actividad física... que puedan caminar dentro de la casa, hacer flexiones, extensiones, para que sus articulaciones no se deterioren. Todo ese tipo de cosas se les puede dar aquí, **en el primer nivel.** En 2 y 3 nunca es posible. (Chocó)*

Si bien la siguiente experiencia no está sujeta a la actividad física, las participantes acogen otras formas de ejercicio, como la salida a lugares públicos como parte de la

inclusión del adulto tanto en el grupo familiar como en el social. En este caso, se educa a la familia para que se apoye en diferentes estrategias que favorezcan la recreación del AM a través de la visita al cine, al zoológico y a restaurantes, y contar con información de esos lugares. Así se evidencia en el siguiente testimonio:

Educar a la familia es muy importante, porque los adultos mayores ya no pueden caminar, pero sí pueden estar en una silla de ruedas, por lo que es importante explicarle a la familia que pueden salir a un restaurante. (Chocó)

En los cines dan la prioridad. Llamas y les dices: mi paciente tiene 90 años y usa oxígeno. Te dan un horario y te dan un lugar específico. El zoológico de Chapultepec, los martes, son para los adultos mayores. Te dan la atención. Hay que dar esa información a su familia. Eso es actividad física para el adulto. Así se involucran en toda nuestra vida cotidiana. (Chocó)

Otro aspecto destacable es que los AM acepten su enfermedad. Para ello, se les debe dar a conocer su proceso natural. Así tendrán como meta la adaptación con su padecimiento para evitar recaídas. De esa forma se puede observar en el siguiente testimonio:

Les explicamos que, si se cuidan, pueden llevar muy bien su enfermedad. El diabético tiene que combinar el ejercicio y la alimentación. Al menos evitamos las complicaciones. El paciente diabético es muy renuente a su enfermedad. Entonces es darle esa aceptación, explicarle sobre ella, para que acepte su enfermedad, y enseñarle cómo la deben sobrellevar, y así hará todo lo que le digo, de su alimentación y el ejercicio. (Envigado)

En las consultas, el cuidador familiar es muy importante para las participantes. Es considerado un apoyo para emprender los actos posibles de intervención en relación con los cambios de hábitos relacionados con la alimentación. Lo anterior se convierte en acciones, debido a que la enfermera tiene como objetivo motivar un cambio

sustancial tanto con el adulto como con toda su familia. Así se expone en los siguientes testimonios:

*Los adultos mayores **siempre requieren alguien más; siempre deben venir acompañados**, para dar las indicaciones a **los familiares**, para que **apoyen** a su adulto mayor... Él debe estar aquí y así ayudarle a su paciente a cambiar **ciertas cosas de su vida diaria**. (Envigado)*

La enfermera, segura de sus conocimientos y de su experiencia, facilita una comunicación más eficiente con el paciente y con su familia, a fin de poder llevar a cabo su “labor de convencimiento”, con objeto de que todo el grupo familiar se involucre en los cambios de hábitos alimentarios. Esta acción enfermera tendrá resultados positivos para todos los integrantes, lo que resulta evidente en los siguientes testimonios:

*...No es solamente el adulto mayor, el diabético. También hay que incluir a la familia. La finalidad es que, como enfermera, **yo logre integrar a esa familia**, y así el adulto mayor se va a **sentir integrado en la familia**. (Buenaventura)*

*El adulto mayor **se vuelve el centro de la familia**. **Toda la familia tiene que centrarse en esa persona**. Se vuelve muy pesado para ellos. Entonces se tiene que ver **de manera social**. Uno trabaja con ellos y le **cambia la vida a toda la familia**. Uno **tiene que involucrar a la familia**. Todos se involucran y todos ganan... (Chocó)*

Las acciones educativas de enfermería son consideradas la columna vertebral del cuidado integral de alta calidad en todos los niveles de atención. Sin embargo, existen barreras o limitaciones para proporcionar la educación, algunas relacionadas con las estructuras institucionales o políticas del país, así como con el poco interés de los pacientes y de sus familias. Ahora bien, asimismo se encuentran elementos facilitadores. Se puede encontrar el acompañamiento constante de los cuidadores a las consultas de enfermería y factores relacionados con el conocimiento de los

profesionales que cuentan con herramientas efectivas de comunicación para involucrar a todo el núcleo familiar en sus acciones educativas.

Es una limitante la **falta de presencia del familiar o cuidador**. Lo anterior obstaculiza las acciones educativas a todo el núcleo familiar. No obstante, la enfermera no deja de lado esta acción; por ello, toma la decisión de educar solamente al adulto mayor sobre su alimentación, su higiene y su padecimiento crónico, como la diabetes y la hipertensión. Así se puede evidenciar en el siguiente testimonio:

*Si no va el cuidador familiar a la consulta, se **puede abordar** al adulto mayor para **darle la orientación y cuidarlo**, desde **la alimentación, la higiene...** Sí son limitantes que no vaya la familia, pero hay que abordarlo de todos modos. **Ellos deben saber su enfermedad para poder abordarle la educación de todo esto.** (Envigado)*

4.2.2.2 Cuidado personal y cuidado de la piel

Uno de los cambios significativos en el AM es el adelgazamiento de la piel, por lo que se vuelve más frágil y pierde la amortiguación, lo que aumenta el riesgo de desarrollar traumatismos y la aparición de equimosis en manos, brazos y piernas, así como el aumento de sequedad. Por ello, se sugiere un cuidado específico en la lubricación de la piel, a fin de evitar lesiones o heridas. Por otro lado, el cuidado personal involucra el cuidado del pelo y la boca, el corte de uñas y la regulación de la temperatura, en vista de que la disminución en la secreción del sudor dificulta la regulación en la temperatura.^{42, 43}

En la práctica de la enfermería en el primer nivel de atención, el profesional busca promover la participación de la familia con la finalidad de desarrollar y alcanzar objetivos relacionados con el cuidado personal y la piel. Mediante la colaboración, se apoya a los cuidadores para que reconozcan los cambios del AM relacionados con el cambio en la elasticidad y la disminución en la dermis y la necesidad de educar acerca

de la hidratación de la piel y el cuidado de los pies. Así se evidencia en los siguientes testimonios:

El anciano tiene unas necesidades diferentes, más que todo... cómo cuidar su piel, porque presenta más fragilidad y se pueden dar fácilmente las heridas. Yo lo educo a él y a su familia acerca de cómo hidratar la piel y cada cuánto... (Antioquia)

*Depende de cómo encontremos a ese paciente. **Empezamos con temas educativos: ...el cuidado de los pies.** Se busca que ellos comprendan y no tengan recaídas. (Medellín)*

Las participantes realizan sus intervenciones basadas en la observación que realizan del adulto mayor cuando asiste a su consulta mensual. Allí, la enfermera valora la necesidad de integrar al familiar, para que él brinde cuidados básicos de higiene personal, básica para el mantenimiento de una vejez saludable. La participante genera un **ambiente de “confianza”**, lo que posibilita una mejor comunicación con el familiar y así poder explicar el cuidado de las uñas, el baño y el cambio de ropa diario. Así lo expresa el siguiente testimonio:

*Los adultos **viven con mucho frío** porque van perdiendo la termorregulación. Les **explico** cómo tienen que traer al adulto mayor para que no se vaya a enfermar. También les explico **el cuidado de las uñas, el cambio diario de ropa, el baño...** Ya no les gusta bañarse. **Yo intervengo.** Ya creé **confianza...** para que se den los **cuidados básicos de la vejez, el de la higiene personal.** (Buenaventura)*

Se utiliza una estrategia para “llegar a acuerdos” con el cuidado y para que el AM mejore los hábitos relacionados con la higiene personal. Así se muestra en el siguiente testimonio:

*Ellos **tienen que venir cada mes.** Yo los cito. Les digo que tienen que traer al señor, porque necesito checar la glucosa, **pero es una disculpa.** Yo voy a ver **si se están haciendo esos cambios,** si el familiar sí me entendió; **si lo rasuró, si le cortaron las***

*uñas. Llego a acuerdos con ellos. Si continúan haciendo lo que yo les digo, los voy a citar cada dos meses, y **eso significa mucho para ellos.** (Buenaventura)*

En relación con lo anterior, **la motivación** se dirige para mejorar el hábito de la higiene personal del adulto mayor, ya que su capacidad de nivel funcional está disminuida, lo que imposibilita realizar sus acciones de higiene. Por lo tanto, requiere apoyo de su familiar. Por ello, la enfermera permite su participación, con el fin de que se vayan generando cambios. Así lo explica el siguiente testimonio:

*Siempre estoy buscando a la familia del adulto, **para poderlos motivar para que cuiden a su adulto.** Ellos ya no se pueden cuidar solos. A veces llegan con el adulto muy descuidado, muy sucio. Entonces **ese hábito hay que mejorarlo.** Entonces les explico para que eso mejore, y el adulto se va a sentir mejor. (Antioquia)*

Concordando con el estudio cualitativo investigación-acción de López y Colbs, se concluye que la educación del adulto mayor implica retomar sus creencias para involucrarlo en su cuidado, al igual que a sus cuidadores. Lo anterior se logra por medio de programas educativos en el primer nivel de atención, con metodología de educar para la salud, motivando y acompañando en este proceso. Se trata de elementos que ayudan a la toma de conciencia del propio cuidado: desde el manejo de la patología hasta el mantenimiento de la higiene y la apariencia física.¹⁰¹

4.3 Promover la práctica interprofesional

La colaboración y la relación interprofesional se entienden como aquellas en que los profesionales actúan de forma integrada, compartiendo objetivos y situando al adulto mayor y a su familia en la centralidad del proceso de cuidado.⁷ Esto presupone un esfuerzo mutuo, un diálogo y el compartir informaciones y acciones, teniendo en vista la solución de los problemas de salud.¹⁰¹

4.3.1 Médico

La colaboración interprofesional con el médico es un vínculo establecido por el reconocimiento de ambos. Se comparten códigos y espacios, lo que conduce a un proceso intersubjetivo para así dar un significado compartido en la atención con el adulto mayor y con su familia. El médico, como parte del grupo de profesionales del área de la salud, aporta para que se brinde una atención centrada en el paciente, favoreciendo la planificación del cuidado, en la búsqueda de potencializar el empoderamiento de las personas. ¹⁰¹

En este sentido, la enfermera da a conocer cuáles son sus actividades como profesional. Así facilita una distribución adecuada de las funciones, como la educación del adulto mayor. En el caso de la prescripción de medicamentos, es función exclusiva del licenciado en medicina, ya que, en México, en algunas instituciones, aun no se cuenta con la aprobación para atribuir dicha actividad a la enfermera.

El profesional de enfermería “vende su producto”; es decir, da a conocer todas las funciones y acciones que puede ejecutar un profesional de enfermería; por ejemplo, la educación y el seguimiento de los pacientes. Debe dejar entrever ese reconocimiento que se establece en esta relación intersubjetiva, con objeto de disminuir la duplicidad de funciones y, obviamente, se obtenga como resultado una atención con calidad del adulto. Así se expone en el siguiente testimonio:

*Para **poderme comunicar** con **el médico** yo le hice de la siguiente forma: **vendí mi producto**... Mire, **a usted le va a disminuir el tipo de consultas diarias**, ya no va a tener que estar viendo al paciente cada mes; **yo lo veré cada tres meses**, yo le voy reportando lo que voy encontrando en el paciente; **lo voy a educar**; yo le voy a consultar a usted si tengo alguna duda con el tratamiento y si se necesita cambiar algún medicamento. (Medellín)*

En este mismo sentido, se reconoce que “**poco a poco**” se va construyendo el vínculo comunicativo intersubjetivo entre el médico y la enfermera, el cual consiste en un

proceso que se gesta en su relación diaria de trabajo. Las acciones educativas en el consultorio siempre serán lideradas por la enfermería. Cuando ambos profesionales (enfermera y médico) establecen una relación intersubjetiva, se presupone que existe un compartir recíproco en que se **establecen funciones individuales**. Con lo anterior, se obtiene un resultado positivo en la salud del adulto mayor, como se muestra a continuación:

*Poco a poco y diario nos toca trabajar con el médico. Para **poder comunicarnos**, yo le digo: “nos toca este paciente; **usted qué opina, cómo podemos trabajar**; usted con la parte de **medicamentos y yo con seguimiento y educación**; más que todo, con los adultos mayores. Así tengo que estarme comunicando y poder trabajar con los adultos, y que tengan un buen resultado de las intervenciones que hacemos en conjunto. (Medellín)*

Aunado a todo lo anterior, dicha relación intersubjetiva se fortalece con el cúmulo de experiencias y de significados que se van construyendo en la interacción con los demás. El profesional de enfermería enfatiza la importancia de establecer una adecuada relación interprofesional basada en la comunicación efectiva, en vista de que les ha facilitado a los médicos no hacer duplicidad en las funciones.

En este momento, es evidente una relación intersubjetiva entre actores sociales (médico-enfermera). Resulta pertinente difundir cuáles son los papeles de la enfermera en el primer nivel de atención; por ejemplo, cuentan con las competencias para realizar una adecuada valoración avanzada y ejecutar la detección de riesgos y padecimientos crónicos, como la diabetes y la hipertensión arterial. Con estos elementos, el médico ya cuenta con información importante y necesaria, a fin de realizar **acciones** de impacto en los demás, basadas en el trabajo en equipo. De esta forma se puede observar en el siguiente testimonio:

*La **comunicación y el trabajo en equipo** ha mejorado mucho; desconocían qué actividades hacíamos nosotros. **Ellos habían trabajado solitos**. Ahorita ya estamos*

en conjunto. Antes, ellos tenían que detectar la diabetes, la hipertensión. Ya ahorita, nosotros les llegamos con una nota de antecedentes; ya van con los laboratorios, no van en blanco, cuando llegan con ellos; ya tienen más de dónde sacar información; ya van directamente al tratamiento con los medicamentos y así no hacemos dos cosas iguales a la vez... (Antioquia)

Las acciones que realizan tanto el médico como la enfermera son actividades individuales que se dan en la consulta que brindan al adulto mayor. En el caso de las enfermeras, se aclara qué actividades —como la educación— son acciones autónomas. Estas actividades les permiten ubicarse en el primer nivel de atención, que se corresponden con el Marco Mexicano, al considerar que los profesionales de enfermería abarcan cuidados autónomos y en colaboración. Si se detecta algún riesgo durante la valoración, como hipertensión o diabetes, es ahí cuando ambos profesionales se comunican, con la intencionalidad de buscar una solución con el paciente, es decir, se ejecuta una solución de intervención en conjunto, al sumar los datos obtenidos en sus respectivas valoraciones. Así se señala es el testimonio siguiente:

Todo es separado. Él tiene sus citas, yo tengo mis citas, pero cuando ellos detectan un adulto mayor diabético o hipertenso, lo refieren conmigo porque requieren que le orientemos y lo eduquemos. Él controla los medicamentos y yo me encargo de educar. (Envigado)

Una de las funciones de la enfermera o enfermero es ser un líder que mantenga y mejore los canales de comunicación con el equipo de salud. La relación interprofesional continuada busca generar acciones que repercutan positivamente en el AM y en su familia. El actuar del profesional de enfermería se basa, por ejemplo, en la identificación de problemas relacionados con la adherencia, la aplicación y los esquemas de los medicamentos. Así se muestra en el siguiente testimonio:

Me comunico con el médico; le digo: “fíjese que este pacientito tiene su esquema de insulina mal, pero es porque no viene ningún familiar con él”. El médico en su

*expediente tiene algunos contactos que yo no tengo, para hablar con su familia. **Tenemos que estar en comunicación para buscar a su familia** y no venga el adulto solito... Cuando **el médico ve a los pacientitos**, me dice: “sabes qué, este paciente **no se sabe administrar la insulina**” ... Entonces yo le llevo el **seguimiento**, como control de diabetes o hipertensión. Entonces siempre le hacemos así. Me pide apoyo y yo a él. Ni él ni yo dejamos a los pacientes solo con laboratorios. Entre los dos hacemos seguimiento y yo les enseño. **(Buenaventura)***

Una de las participantes menciona a las asistentes médicas en el ámbito institucional. Ellas son quienes cumplen con la función de primer contacto con la población derechohabiente para el consentimiento de la atención, proporcionar orientación sobre el uso de los servicios de la Unidad de Medicina Familiar, agendar y distribuir las citas médicas, la toma de signos vitales y el diligenciamiento de formatos de referencia y contrarreferencia, entre otros. Ellas establecen el primer contacto con la enfermera especialista, le otorgan informes generales de los pacientes que van llegando y, si es posible, alguna atención prioritaria. Sin embargo, es la enfermera quien realiza la toma de los signos vitales y realiza una detección inmediata de alguna alteración.

La asistente médica es un apoyo y un filtro entre la enfermera especialista y el médico para derivar a aquellos pacientes que necesitan iniciar el seguimiento. Este proceso les facilita planear las acciones de intervención, en las que se resalta que estas son acciones autónomas de enfermería, y que la parte de medicamentos es asunto del médico. De esa manera se menciona en el siguiente testimonio:

*Trabajo mucho con las **asistentes médicas**. Por ejemplo, los pacientes [a los] que les falta **esquema de vacunas**, ellas me los mandan. **Si ven que alguno no se siente muy bien, se hace ese filtro**. Ellas tienen que estar en comunicación conmigo, para que me empiecen a mandar a todos los pacientes que no hemos visto, a los que van llegando **para hacer seguimiento y detectar**. Entonces ahí, con ese filtro y en conjunto con el médico, planeamos estrategias de capacitación para los adultos que tienen ya padecimientos crónicos. Empezamos a planear y ya yo educo y él [receta los] medicamentos. **(Buenaventura)***

La comunicación es la clave de la atención centrada en el adulto mayor con el fin de desarrollar estrategias en conjunto. Para establecer una relación intersubjetiva, es necesario el reconocimiento mutuo entre el binomio enfermera-médico. Esta relación se fundamenta en la comunicación efectiva y en las actitudes que las enfermeras encuentran en los médicos, y se convierte en un proceso dinámico para la toma de decisiones de forma oportuna y así poder brindar calidad en los cuidados enfermeros. El siguiente testimonio permite clarificar un poco más esta idea:

*Yo tengo **dos doctoras y es súper buena la comunicación**, porque **son bien humanas, se preocupan mucho y hasta lloran a veces por el paciente; por eso me llevo mejor con ellas.** (Buenaventura)*

Las enfermeras describen dos factores importantes para llevar a cabo la colaboración interprofesional con el médico. La comunicación y el liderazgo son elementos indispensables para lograr el ideal de las intervenciones con el adulto mayor. El liderazgo es un componente crucial en las instituciones y permite al profesional tomar iniciativa en el cuidado y poder justificar las intervenciones con la participación del médico a fin de lograr la seguridad en la atención y los resultados favorables en el paciente, tal como se evidencia en el siguiente testimonio:

*Además, ellas **ya confían en mí**; ellas **no se limitan**, se quedan con tal de ver a los pacientes que nosotros les digamos; me apoyan. Si yo identifiqué que necesito un antígeno prostático, ellas solamente me firman, y así vamos adelantando intervenciones con el paciente. (Buenaventura)*

Las participantes resaltan que existen acciones autónomas en las que el médico cumple funciones relacionadas con los medicamentos y la enfermera realiza funciones de seguimiento, solicitud e interpretación de ayudas diagnósticas y, por supuesto, las intervenciones educativas. A este trabajo en colaboración lo han denominado **grupo de apoyo del adulto mayor**. De esta manera lo expresa el siguiente testimonio:

*Si me sale diabético y es una cifra fuerte, en ese momento **yo lo canalizo con el médico** para que empecemos a trabajar como **grupo de apoyo** de ese paciente para que el médico le mande medicamentos, y yo con los laboratorios y seguimiento de educación. (Chocó)*

La enfermera, al realizar la valoración física de un adulto mayor, detectó que presentaba epistaxis, cefalea y alteración visual; además, contaba con una cifra tensional significativa (200/140). La enfermera tomó la decisión inmediata de realizar su anotación de enfermería para dar cuenta de cómo se encontraba su paciente y solicitar análisis de laboratorio. Seguidamente, accedió a uno de los consultorios, lo comentó de forma rápida con el médico y él solo firmó un documento físico, que sirvió de apoyo para poder ingresar al adulto mayor al servicio de urgencias, ya que contaba con una encefalopatía hipertensiva. Esta observación se puede sustentar de la misma manera con los siguientes testimonios:

*Cuando **identifico algún riesgo** en el paciente, yo **personalmente** paso donde el médico, por **esta puerta que nos intercomunica**; le comento que el adulto mayor viene con una cifra de glucosa o de muy alta de presión y de una vez **lo derivo a urgencias**, para que se le dé la atención inmediata. **Nada más le aviso al médico**, para que él también haga una nota y lo puedan atender de inmediato en urgencias. (Chocó)*

*Yo estoy en el consultorio dos. Cuento **con dos médicos**. Estamos **intercomunicados**. Cualquier cosa **que necesito de mis pacientes**, directamente **hablo con los médicos**; vienen ellos y me los valoran aquí, o yo se los paso directamente... **Yo veo algo** y **ellos vienen y nos apoyan**. Si ellos ven algo, me hablan y yo voy para allá, y ya **me lo derivan para acá**. **Es una comunicación constante que me facilita realizar mis intervenciones de enfermería**. (Chocó)*

Las enfermeras aluden a su habilidad en el primer nivel de atención al ejercer su **autonomía** en el vínculo de la colaboración interprofesional con el médico, la cual se evidencia en el momento de establecer acuerdos relacionados con la atención del

paciente. Todo esto se considera un conjunto de **actos** que se establecen en esa relación intersubjetiva con el otro (médico), lo que apoya a la toma de decisiones, que se convertirán en **acciones**. En este caso, se establecen la diferencia en las funciones. El médico es quien prescribe y la enfermera aporta con su acto de solicitud de exámenes de laboratorio, y finaliza con la **acción educativa** con el adulto mayor. Esto tendrá un impacto, como se evidencia en el siguiente testimonio:

***Yo adelanto la atención del adulto mayor.** Los mando a hacer sus laboratorios. **Yo sola tomo la decisión**, y después **el médico valida lo que hago**. Ya adelantamos. Nos ponemos de acuerdo los dos, porque yo no puedo mandar medicamentos. Pero me encargo de laboratorios y de educación. Así vamos adelantando y el adulto no se nos complica. (Chocó)*

De manera similar con otros estudios, así como con el Marco Mexicano, se indica que para evitar la duplicidad en las funciones las enfermeras profesionales, en su consulta, educaban a los pacientes y realizaban la derivación al médico en la institución. Esta coordinación en el cuidado podría mejorar el acceso a los servicios de salud y la continuidad del proceso de atención de las personas en este nivel de atención. De la misma manera, permitirá definir mejor su rol en el equipo de salud y potenciar su desarrollo. ^{19, 35, 36, 52}

4.3.2 Trabajador social

Trabajo Social es una disciplina que se ha caracterizado por utilizar una metodología de intervención. Contribuye al conocimiento y a la transformación de los procesos sociales basándose en el contacto personal, en la comprensión y el soporte emocional de las personas que pasan por un proceso de enfermedad, mediante un trabajo de ayuda para la reubicación de sus circunstancias personales y familiares, debido a los cambios sufridos como consecuencia de la enfermedad o de la muerte. ¹⁰³

En el caso de los trabajadores sociales en el ámbito sanitario, es indispensable que cuenten con elementos actitudinales para establecer vínculos de comunicación efectiva y de trabajo en equipo con los demás profesionales del área de la salud, y aun más con enfermería en el primer nivel de atención. Estos dos profesionales deben realizar un trabajo en equipo interprofesional, cada uno en su campo, pero a la vez con un mismo objetivo, que es el bienestar integral de los adultos mayores.

Se promueve la práctica interprofesional con el trabajador social cuando hace parte de la valoración para indagar sobre datos familiares, el nivel económico y las redes. Se trata de elementos que les brindan a las enfermeras información importante para tomar decisiones y direccionar sus intervenciones en conjunto. Así se menciona en los siguientes comentarios:

*Regularmente, cuando **es la cita por primera vez**, hablo con **trabajo social** para que ellos valoren también y capten al paciente, y si requiere ser integrado a algún grupo o si requiere la orientación mensual; además, ellos verifican todo su nivel socioeconómico, cuál es su red de apoyo familiar. Con eso ellos ya saben cómo vamos a trabajar con ese adulto mayor. (Envigado)*

Las participantes valoran el acompañamiento de trabajo social. Consideran que el complemento con otro profesional facilita realizar una observación más objetiva del entorno y de la funcionalidad familiar, como la adecuación de la vivienda y del acompañamiento familiar con el que se cuenta. De tal forma se muestra en los siguientes comentarios:

*Se verifica si hay escaleras en la casa, pero el anciano tiene andadera; que nada **más trabaja una hija** con la que vive; eso pasa muchas veces; siempre **es un hijo** o la hija la que los cuida, pero ya con trabajo social, ella me ayudaba a identificar todos esos aspectos... (Antioquia)*

***Hacemos de valoración con trabajo social**; llegan los pacientes, hacemos aquí nuestra historia clínica y vemos todos **sus antecedentes de la familia**... Vemos la*

situación de vivienda... para nosotros poder iniciar con nuestro seguimiento. Ya vemos qué recomendaciones les podemos ofrecer para su domicilio. (Chocó)

En el consultorio de las enfermeras, ellas ejecutan acciones educativas que se realizan de manera individualizada para fortalecer las pláticas brindadas por trabajo social o con otros asuntos necesarios que deberán abordarse con el adulto mayor. Las participantes sostienen que se trata de un trabajo “**en conjunto**”. Así se muestra a continuación, en los siguientes testimonios:

*Si se encuentra alguna alteración en la valoración, ya **le sacamos la cita con el médico o con trabajo social**. Yo educo en mi consultorio a los adultos, pero trabajo social me apoya con sus pláticas de alimentación y el ejercicio. Aquí ya trabajamos en conjunto. (Envigado)*

*Trabajo social **tiene mucha carga de trabajo**. Es él solo para toda la clínica, pero nos ayuda a identificar alguna situación en el adulto mayor. **Trabajamos en conjunto**. Se dirige a mi consultorio y me dice: “oye, ese paciente está como raro”. Entonces me dice que si lo puedo ver... Entonces inmediatamente, **por la puertecita de atrás**, yo se lo pasó al médico y lo vemos los dos entonces. Sí hay muy buena comunicación. Hay mucho trabajo en equipo. Siempre nos estamos informando de los pacientes para dar una atención oportuna. (Buenaventura)*

Por otro lado, las participantes mencionaron que se lleva a cabo trabajo en colaboración con trabajo social. Deben realizar como “**una obligación**”, un reporte del estudio social, donde se menciona el estilo de vivienda, el nivel socioeconómico, el proveedor económico familiar y el cuidador primario. El trabajador social recolecta los datos en el domicilio. Este estudio facilitará a la enfermera tomar decisiones acerca de lo que debe trabajar con la familia y con el adulto, tal como se muestra en el siguiente testimonio:

*Ellos tienen la obligación de pasar el reporte; ellos tienen que informar para que quede asentado en el expediente: **qué fue lo que se hizo en la visita domiciliaria**,*

confirmando los datos encontrados y que se le hizo su estudio social. Esa es su función. Así verificamos lo que hizo trabajo social y trabajamos sobre eso. (Medellín)

En cuanto a su descripción de la colaboración interprofesional, tanto con el médico como con trabajo social resaltan siempre la comunicación como eje fundamental en esa relación intersubjetiva con el ánimo de idear intervenciones para los adultos mayores, que impacten de manera positiva. Al mantener el contacto y la comunicación efectiva entre los actores, se facilita fortalecer el tema educativo, además de encontrar cuál es la necesidad más importante para brindar educación y, en su caso, alimentación, como se evidencia en el siguiente testimonio:

*Edgar, el de **trabajo social**, siempre **me dice, me comunica**, es muy importante estar en constante comunicación, y más con los adultos mayores. Son **más comprometidos y con más patologías**. Entonces él siempre me informa si están funcionando las pláticas, y así miramos qué tenemos que fortalecer, como siempre es la alimentación. (Buenaventura)*

Entre los procesos sustantivos de la institución, no se le permite a la enfermera brindar educación a todo el conjunto de adultos mayores. Esta es una función específica para trabajo social. La enfermera especialista del primer nivel de atención solo realizará una educación individualizada en su consultorio. Allí fortalece las cuestiones abordadas en grupo con trabajo social, como la alimentación, el ejercicio y el cuidado de pies y boca. Lo anterior se fortalece con el siguiente testimonio:

*Este grupo **es liderado totalmente por trabajo social**. Entonces yo capto a los adultos mayores en mi consulta y se los mando a trabajo social para que les den sus pláticas de cuidado de los pies, de la boca, de su alimentación. Todo eso ayuda para yo terminar de fortalecer aquí en la consulta. (Buenaventura)*

Las enfermeras en su institución no brindan educación a los grupos de adultos mayores, ellas sólo ejecutan las intervenciones educativas de manera individual en su consulta; el profesional encargado de brindar esta educación grupal es el trabajador

social. La enfermera siempre está en comunicación con este profesional para hacer seguimiento de sus pacientes, lo que le posibilita idear qué temas debe fortalecer en su consulta, como se evidencia en el siguiente testimonio:

*Con **trabajo social** llevamos muy **buena comunicación**; se hace el seguimiento y siempre le preguntamos: “oye, cómo va el señor tal” y ya me cuenta que ya lo integró. Entonces así nos vamos llevando la comunicación con trabajo social para saber cómo van los adultos mayores, y así terminar de capacitar cuando vuelvan con nosotras.*
(Buenaventura)

Los hallazgos anteriores concuerdan con otros estudios en que la colaboración interprofesional que se establece entre actores como el médico y el trabajador social, como consecuencia se obtienen valoraciones en conjunto mejor ejecutadas y con más elementos identificados, considerando las diferentes perspectivas, direccionando de manera eficiente la educación, en especial con los adultos mayores frágiles. De la misma manera, mejora el acceso a los servicios de salud y la continuidad del proceso de cuidado. ^{19, 36, 37, 38}

CAPÍTULO 5

5.1 Consideraciones finales y conclusiones

- Existen algunas directrices en la Institución donde laboran las participantes, en la que se indica la búsqueda activa de las redes de apoyo formales, es decir, aquellas redes extrainstitucionales. Sin embargo, no cuentan con la posibilidad de promover el cuidado ni otra actividad de manera extramural.
- Las participantes identifican redes de apoyo familiar, con el objetivo de ubicar al cuidador familiar. Con respecto a la búsqueda de las redes formales institucionales, ellas ubican o conocen sólo aquellas que se encuentran en su Institución, donde integran a sus pacientes a las pláticas con grupos de envejecimiento saludable, impartidas por trabajo social.
- Las participantes, en su proceso de valoración, expresan que utilizan algunos modelos y teorías enfermeras; entre ellos, se encontró el empleo de las 14 necesidades de Virginia Henderson, la teoría del autocuidado de Dorothea Orem y el Modelo de la adaptación de Callista Roy. No obstante, consideran que la más aplicada al AM es la de Marjory Gordon y sus patrones funcionales, con el fin de facilitar el proceso.
- Se encontró una barrera en el ámbito institucional respecto de las visitas domiciliarias, que son plausibles cuando las personas se encuentran imposibilitadas física o mentalmente para asistir a las consultas. Los profesionales destinados para ejecutarlas son el médico familiar, la enfermera y el trabajador social.
- En cuanto a las acciones educativas, se integran elementos de educación para la salud, enfocados a la promoción de la salud y a la prevención de la

enfermedad. Hay un amplio campo de oportunidad para contribuir con el mejoramiento de la calidad del cuidado y de la práctica de enfermería, con la posibilidad de ampliar y mejorar la atención primaria en salud a través de la enfermería de práctica avanzada. Estos puntos de vista se relacionan con el Dominio 4. Se establece que la enfermera que ejerce su rol ampliado considerará emplear estas herramientas para empoderar a las familias con respecto al cuidado de su salud y al mejoramiento en los hábitos de vida saludable.

- La esencia de las acciones educativas fue considerada por las enfermeras como el encuentro entre dos actores y sus subjetividades; es decir, el contacto que establecen con los AM y la manera como perciben dicho vínculo. Las participantes emplean la entrevista como medio, a fin de llevar a cabo una labor de convencimiento para brindar la educación en sus consultorios.
- Se pudo observar que existe una motivación por parte de las participantes, para promover la participación familiar en las consultas mensuales. Allí se genera un ambiente de confianza con objeto de que todo el grupo familiar sea consciente de la importancia de generar cambios de hábitos en, por ejemplo, la alimentación, la actividad física y el cuidado de la higiene personal.
- La práctica interprofesional para las enfermeras de este estudio es una comunidad de aprendizaje. Mediante esta relación intersubjetiva con otros actores (médico y trabajador social), buscan plasmar un trabajo mancomunado. Por un lado, se encuentra la relación que mantienen con el médico para dar cuenta de cuáles son sus funciones como enfermeras especialistas, con el ánimo de apoyarse mutuamente. Así, ellas ejercen la educación para la salud con el AM y su familia.

- En el caso de trabajo social, las experiencias estimaron que existe colaboración. Cuando se detectan alteraciones en la valoración, se establece el vínculo para que los AM sean derivados a este actor social, en vista de que en el ámbito institucional los trabajadores sociales son delegados para brindar capacitaciones grupales sobre alimentación y ejercicio. En contraposición con lo anterior, se considera el manual de procedimiento para otorgar la atención en las UMF de la Institución donde laboran las participantes, y se analizan las funciones que debe llevar a cabo la enfermera especialista. Allí se pudo observar que la enfermera especialista es la destinada para desarrollar los temas educativos y propiciar la participación de los integrantes del grupo de trabajo.
- Para las enfermeras, es muy importante tener muy buena comunicación con el trabajador social. Eso les facilita la creación de un ambiente adecuado para el trabajo en equipo, que redunde en intervenciones que ayuden al bienestar del adulto mayor. Si bien este profesional lidera las acciones educativas grupales, las enfermeras lo visualizan como un aspecto que apoyará y fortalecerá las intervenciones educativas individuales en su consultorio. Se resalta nuevamente la importancia de contar con una estructura física para facilitar la colaboración interprofesional, como es el acceso interno a los consultorios médicos, y así consolidar en conjunto las acciones para el adulto.
- En cuanto a las características de las participantes de este estudio, todas cuentan con una experiencia mínima de 10 años en el servicio de primer nivel de atención y con especialidad en Salud Pública, además de cursos de educación continua. Al considerar este panorama, se puede afirmar que las características de las participantes cumplen con algunas de las mencionadas en el anterior estudio, y se alude igualmente a una competencia del Dominio 2

de la gestión del cuidado, tanto del Marco Mexicano como del documento del Rol ampliado de la OPS.

- El éxito del plan y de las acciones de intervención radica en la relación enfermera-AM, basada en la confianza y en el diálogo, lo que facilita la participación del paciente en la toma de decisiones. Todo esto, enmarcado en un acto terapéutico completo.

5.2 Aportes a la Disciplina de enfermería

- Dar a conocer las competencias o características del profesional de enfermería y su ejercicio de rol ampliado en el Primer Nivel de Atención, dará respuesta a la necesidad momento actual, en vista que se brindan algunos elementos para el modelo formativo de los principios filosóficos de la APS y las bases disciplinares de la profesión. Además de comunicar la propuesta del ejercicio de la EPA y de Rol Ampliado, proporcionando elementos a la disciplina para delimitar funciones y alcances de esta. Por ello es importante revisar a detalle estas características para que sean implementadas en la formación básica académica. Lo que redundará en un reconocimiento y visibilidad de la disciplina en diferentes contextos.
- Al propiciar espacios de discusión alrededor de las competencias tanto de la EPA como de Rol ampliado, se logrará el posicionamiento de la enfermería de atención primaria en el cuidado del AM en el sistema de salud.
- Conocer las acciones que ejecutan las participantes del presente estudio, aporta elementos para el fortalecimiento de los espacios de práctica académica en los diferentes contextos, generando escenarios de aprendizaje reales para los estudiantes, con el objetivo de que adquieran algunas habilidades para el cuidado holístico del AM.

5.3 Limitaciones

- No se tuvieron en cuenta participantes de diversas zonas geográficas, dado que el tiempo para el proceso investigativo fue limitado. Este aspecto —a causa de las diferencias en la estructura institucional, social, así como las opciones y necesidades— amerita un análisis riguroso que incluso podría realizarse de manera comparativa entre las dos poblaciones en otro proceso investigativo. Además, tampoco se consideraron otras instituciones de salud del área metropolitana de la Ciudad de México, ya que los tiempos fueron limitados por la contingencia epidemiológica de COVID-19.
- Es necesario destacar que cada uno de los temas descritos en los hallazgos es susceptible de profundizarse, debido a la riqueza ontológica de la experiencia vivida de las enfermeras que se encuentran en el primer nivel de atención. Esta profundización quizá no se logra de la manera deseada por las limitantes de tiempo definidas por los términos de cumplimiento del programa académico en el que se inscribe.
- En la presente investigación solo se contó con la participación de mujeres enfermeras, por lo que se sugiere, en futuros estudios, considerar participantes de ambos sexos. Es posible que haya diferencia en las experiencias de cuidado en el primer nivel de atención.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. PAHO/OMS. Informe Mundial sobre el crecimiento acelerado de la población adulta de 60 años y más de edad: Reto para la salud pública. [internet]. Washington; 2017 [Consultado junio de 2020]. Disponible en: https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/?post_type=post_t_es&p=314&lang=es
2. Rivera G, Rodríguez L Treviño G. El envejecimiento de la población mexicana. Rev. médica del instituto mexicano del seguro social. [Internet] México; 2018 [Consultado junio de 2020]; 56. Disponible en:https://www.redalyc.org/jatsRepo/4577/457754052023/html/index.html#redalyc_457754052023_ref1 Instituto mexicano del seguro social
3. Gobierno de la República de México. Instituto Nacional de las mujeres. Situación de las personas adultas mayores en México. [Internet] México; 2015. [Consultado junio 4 de 2020]. Disponible en: http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos_download/101243_1.pdf
4. Salcedo RA, Torres M, Zarza MD. Uso de servicios de salud por adultos mayores y calidad de la atención de enfermería. Rev. CONAMED [Internet]. México; 2010 [Consultado junio 2020]; 15(2): 92-98. Disponible en: 2010:15(2):92-98.
5. PAHO/OMS. Strategic Plan of the Pan American Health Organization. [Internet]. Washington; 2013. [Consultado junio de 2020]. Disponible en: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=8833:2013-52nd-directing-council&Itemid=40507&lang=en
6. OMS. Progress Report on Nursing and Midwifery, 2008-2012. [Internet]. Geneva; 2013. [Consultado junio de 2020]. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/118252/9789241505864_eng.pdf
7. International Council of Nurses. The Scope of Practice, Standards and Competencies of the Advanced Practice Nurse. [Internet]. Geneva; 2008. [Consultado junio de 2019]. Disponible en: <http://www.icn.ch/shop/en/publications/52-apn-scopeof-practice-standards-and-competencies.html>.
8. Bryant D, Valaitis R, Martin-Misener R, Donald F, Morán Peña L, Brousseau L. Advanced Practice Nursing: A Strategy for Achieving Universal Health Coverage and Universal Access to Health. Rev. Latino-Am. Enfermagem. [Internet]. 2017 [Consultado marzo de 2019]. Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v25/es_0104-1169-rlae-25-02826.pdf

9. Gobierno de la República Mexicana. Secretaría de salud. OPS, OMS. Estado de la enfermería en México. [Internet]. México; 2018. [Consultado 2019]. Disponible en: http://www.cpe.salud.gob.mx/site3/publicaciones/docs/estado_enfermeria_mexico2018.pdf
10. International Council of Nurses. Definition and characteristics for nurse practitioner/advanced practice nursing roles. [Internet]. Geneva; 2002 [Consultado junio de 2019]. Disponible en: www.icn.ch/es.
11. OMS/OPS. Ampliación del rol de enfermeras y enfermeros en la atención primaria de la salud. [Internet]. Washington; 2018. [Consultado mayo de 2020]. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/34958>
12. Torres Esperón M, Dandicourt T, Rodríguez A. Funciones de enfermería en la atención primaria de salud. Rev. Cubana Med Gen Integr. [Internet]. [Consultado mayo de 2019]. Disponible en: <https://instituciones.sld.cu/polmachaco/files/2016/06/Funciones-de-enfermer%C3%ADa-en-la-atenci%C3%B3n-primaria-de-salud.pdf>
13. Aguirre Boza F. El rol de la enfermería de práctica avanzada en atención primaria en Chile. Rev. Médica Clínica Las condes. [Internet]. 2018 [Consultado mayo 2019];29(3):334-46. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864018300646>
14. Vatnoy T, Karlsen T, Bjorg D. Exploring nursing competence to care for older patients in municipal in-patient acute care: A qualitative study. Rev Journal of Clinical Nursing [Internet]. 2019 [Consultado diciembre de 2020]; 28. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/jocn.14914>
15. Pereira J, Oliveira M. Autonomia da enfermeira na Atenção Primária: das práticas colaborativas à prática avançada. Acta paul. enferm. [Internet]. 2018 [Consultado diciembre 2020]; 31(6): 627-635. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010321002018000600627&lng=en. <https://doi.org/10.1590/1982-0194201800086>
16. Goldberg S y cols Cooper J, Blundell A, Lee A, Masud T, Moorchilot R. Desarrollo de un plan de estudios para enfermeras practicantes avanzadas que trabajan con personas mayores con fragilidad en el hospital de agudos a través de un proceso Delphi modificado. Rev. Age and Aging. [Internet]. 2016 [Consultado junio de 2020]; 45: 48-53. Disponible en: <https://doi.org/10.1093/ageing/afv178>
17. Vallejo M, Rodríguez M, Valverde María del Mar. Valoración enfermera geriátrica: Un modelo de registro en residencias de ancianos. Rev. Gerokomos [Internet]. 2007 [Consultado diciembre de 2020]; 18(2): 19-23. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134928X2007000200003&lng=es.

18. Imhof L. Efectos de un programa de consulta de enfermería de práctica avanzada en el hogar para personas que viven en la comunidad de 80 años o más. Rev. The American Geriatrics Society. [Internet] 2012 [Consultado mayo 2020]; 60(12): p. 2223-2231. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3557710/>
19. Parra-Giordano D., González-Molina D., Pinto-Galleguillos D. Proceso de enfermería en un estudio de familia de persona adulta mayor en atención primaria de salud. Enferm. Univ. [revista en la Internet]. 2017 Mar [citado 2021 Feb 01]; 14(1): 67-75. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632017000100067&lng=es. <https://doi.org/10.1016/j.reu.2016.11.003>
20. Solís, K, Guevara, G. Programa de visita domiciliaria del sistema de salud, costarricense: lineamientos para su mejora. Rev. Enfermería Actual en Costa Rica [Internet] 2017 [Consultado diciembre de 2020] 29... DOI: <http://dx.doi.org/10.15517/revenf.v0i29.19671>
21. Puchia C, Jara P. Enfermería y el cuidado domiciliario de los mayores en la era de la globalización. Rev. Enfermería universitaria. 2015. 12(4) <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S1665706315000597?token=3C4F080C8D4BBE6AE73FFCBE690968C9A2782A6DE14A02AAF4B3BB63B2A0DE22FF0412E8AB1BC8A9D410632EC313723>
22. Margañón S, Rodríguez N. Diseño y validación de contenido de un instrumento de evaluación de sobrecarga de la persona cuidadora de paciente dependiente. Rev. Metas de enfermería. [Internet] 2018 [Consultado diciembre de 2020]; 21(5):4. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6439260>
23. Guerrero JG, Can AR, Can AR, Morales L. La intervención gerontológica en un establecimiento de asistencia social permanente privado. Rev. Iberoamericana de las Ciencias de la Salud. [Internet] 2018 [Consultado enero 2021]; 7(14). Disponible en: <https://www.rics.org.mx/index.php/RICS/article/view/73/297>
24. Hernández J. Et al. Enfermería comunitaria y su incidencia en el cuidado y prevención de enfermedades en pacientes adultos mayores. Rev. científica dominio de la Ciencias. [Internet], 2018 [Consultado enero de 2021]; 4(4). Disponible en: <https://dominiodelasciencias.com/ojs/index.php/es/article/view/829/html>
25. Morrilla J, et al. A systematic review of the effectiveness and roles of advanced. International Journal of Nursing Studies. 2016; 53: p. 290–307.
26. Medina L. Proceso de Atención de enfermería a paciente con enfermedad de Alzheimer en atención primaria. [Internet]. 2018 [Consultado diciembre de 2020]. Disponible en: https://accedacris.ulpgc.es/bitstream/10553/41550/1/Medina_Garcia_Lara1.pdf

27. Molina J. Et al. Gestión de la calidad de los cuidados de enfermería hospitalaria basada en la evidencia científica. Rev. Índex Enferm [Internet]. 2016 [Consultado diciembre de 2020]; 25(3): 151-155. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S113212962016000200006&lng=es.
28. Soto P, Masalan P, Barrio S. The health education a central element of nursing care. Rev. Médica Clínica Los Condes. [Internet] 2018 [Consultado diciembre de 2020]; 29(3): 288-300. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-la-educacion-en-salud-un-S0716864018300543>
29. Quintero M, Figueroa N, García F, Suárez M. Educación sanitaria para la calidad de vida y empoderamiento de la salud de personas mayores. Rev. Gerokomos [Internet]. 2017 [citado 2020 Dic]; 28(1): 9-14. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134928X2017000100003&lng=es.
30. Moral RR, Torres LAP, Ortega LP, Larumbe MC, Villalobos AR, Garcia JAF, et alland. Effectiveness of motivational interviewing. to improve therapeutic adherence in patients over 65 years old with chronic diseases: a cluster randomized clinical trial in primary care. Patient Educ Couns [Internet]. 2015 [Consultado diciembre de 2020] ; 98 :977-83. Available from : <http://dx.doi.org/10.1016/j.pec.2015.03.008>
31. Rincón A, Gusñay N, Rodríguez V. Adherencia terapéutica en pacientes con enfermedades crónicas del club de adultos mayores de un centro de salud, Ecuador. Rev. anales de la real academia de farmacia. [Internet]. 2020 [Consultado enero 2021]; 86(2): 125-131. Disponible en: https://analesranf.com/articulo/8602_04/
32. Vicente S, et al. Adherencia al tratamiento en pacientes mayores de 65 años que sufren reingresos precoces. Rev. Far Hosp. [Internet]. 2018 [citado 2020 Dic]; 42(4): 147-151. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S113063432018000400147&lng=es. <http://dx.doi.org/10.7399/fh.10907> .
33. Jijón R, Ramos M. Mejoramiento del cuidado de la salud de adultos mayores en una unidad de atención gerontológica. Rev. Vinculación, Docencia y Gestión. [Internet]. 2018 [Consultado diciembre de 2020]; 3. Disponible en: <file:///Users//DialnetMejoramientoDelCuidadoDeLaSaludDeAdultosMayoresEnU-6538726.pdf>
34. Reuben D. Et al. The Effect of Nurse Practitioner Co-Management on the Care of Geriatric Conditions. Rev. J Am Geriatric Soc. [Internet] 2013 [Consultado mayo 2019]; 61(6): 857–867. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3694740/>

35. Harispe Estela, Cavalleri Fiorella, León Ima. Actividades de enfermería profesional en los equipos de primer nivel de atención de Uruguay. Rev. Méd. Urug. [Internet]. 2020 [citado 2020 Dic 30]; 36(1): 44-64. Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S168803902020000100044&lng=es. Epub 01-Mar-2020. <http://dx.doi.org/10.29193/rmu.36.1.3>.
36. Donelan K, Yuchiao C, Berrett J, Spetz J, Auerbach D. Care Management for Older Adults: The Roles of Nurses, Social Workers, And Physicians. Rev. Health Affairs. [Internet]. 2019. [Consultado enero 2021]; 38(6). Disponible en: <https://www.healthaffairs.org/doi/10.1377/hlthaff.2019.00030>
37. Chouinard V, Contandriopoulos D, Perroux M, Larouche C. Supporting nurse practitioners' practice in primary healthcare settings: a three-level qualitative model. Rev. Investigation BMC, Health Services. [Internet]. 2017. [Consultado enero 2021]; 17(437). Disponible en: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-017-2363-4>
38. Mujeres INdl. Situación de las personas adultas mayores en México. [Internet]. México; 2015 [Consultado octubre 2020]. Disponible en: http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos_download/101243_1.pdf
39. Abaunza CI., Mendoza MA, Bustos P, Paredes G, Enríquez KV, et al. Adultos mayores privados de la libertad en Colombia. [Internet]. Bogotá: Editorial Universidad del Rosario; Instituto Rosarista de Acción Social. 2014, pp. 60-98. [Consultado 2019]. Disponible en: <https://doi.org/10.7476/9789587385328.0007>.
40. OMS/OPS. Serie 59 Recursos humanos para la salud. Enseñanza de la enfermería en salud del adulto mayor. [Internet] 2012. [Consultado agosto de 2020]. Disponible en: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2012/nursing-salud-adulto-mayor-2012-spa.pdf>
41. Ballesteros Pérez E, García Hernández M, Torres Egea M. Guía de intervención rápida en enfermería geriátrica. 2º ed. España: Elsevier; 2005.
42. Jaeger C. Fisiología del envejecimiento. Kinesiterapia-Medicina física. 2018; 39(2): p.112.
43. Salech M, Jara R, Michea A. Cambios fisiológicos asociados al envejecimiento. REV. MED. CLIN. CONDE. 2011; 23(1): p. 1-12.
44. Jiménez S. Et al. Aspectos sociales y psicológicos del envejecimiento. Valoración geriátrica. Fundación Alcalá. [Internet]2017 . España [Consultado febrerod e 2021]. Disponible en: <https://www.faeditorial.es/capitulos/salud-mental-en-el-anciano.pdf>
45. OMS/OPS. Informe sobre la situación de las enfermedades crónicas no transmisibles [Internet]. Ginebra; 2014. [Consultado marzo 2020]. Disponible en:

- https://www.who.int/nmh/publications/ncd_report_summary_es.pdf OMS/OPS. Enfermedades crónicas. [Internet]. Ginebra; 2005 [Consultado marzo de 2019]. Disponible en: https://www.who.int/topics/chronic_diseases/es/
46. Sánchez B. El cuidado de la salud de las personas que viven situaciones de enfermedad crónica en América latina. Rev. Actual Enferm. [Internet]. 2012 [Consultado junio 2020]; 5: 13. Disponible en: <https://encolombia.com/medicina/revistasmedicas/enfermeria/ve51/enfermeria510elcuidado/>
47. Consejo Internacional de Enfermeras. Código deontológico para la profesión de enfermería. [Internet] Ginebra; 2006. [Consultado julio de 2019]. Disponible en: <http://castellon.san.gva.es/documents/4434516/5188103/Codigo+Deontologico+CIE.pdf>
48. De la Cuesta Benjumea C. Cuidado artesanal la invención ante la adversidad. Rev. Aquichan [Internet]. 2005 [consultado diciembre 2020]; 5(1): 153-153. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S16575997200500010007&lng=en
49. McFarland M. Teoría de la diversidad y universalidad de los cuidados culturales. En: Marriner Tomey A, Alligood MR. Modelos y teorías en enfermería. Barcelona: Ed. Elsevier; 2007. p. 472
50. International Council of Nurses. Definition and characteristics for nurse practitioner/advanced practice nursing roles. [Internet]. Geneva; 2002 [Consultado junio de 2019]. Disponible en: www.icn.ch/es
51. Secretaría de salud de la República Mexicana. Comisión Permanente de Enfermería. Marco Mexicano de Competencias de Enfermería de Práctica Avanzada (MMCEPA). México. 2018
52. OMS/OPS. Ampliación del rol de enfermeras y enfermeros en la atención primaria de la salud. [Internet]. Washington; 2018. [Consultado mayo de 2020]. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/34958>
53. Cassiani Silvia Helena De Bortoli, Silva Fernando Antonio Menezes da. Ampliación del rol de las enfermeras y enfermeros en la atención primaria de salud: el caso de Brasil. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]. 2019 [Consultado junio de 2020]; 27: e3245. Disponible en:

- http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010411692019000100206&lng=en. Epub Dec 05, 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.0000.3245>
54. Van der Stuyft Patrick, De Vos Pol. La relación entre los niveles de atención constituye un determinante clave de la salud. Rev. Cubana Salud Pública [Internet].2008 [Consultado diciembre de 2020]; 34(4). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086434662008000400014&lng=es
55. OPS/OMS. Sistemas y Servicios de Salud. [Internet]. Washington; 2017 [consultado octubre de 2019]. Disponible en:https://www.paho.org/mex/index.php?option=com_content.
56. Pontificia Universidad Católica de Chile. Atención primaria de la salud: El desafío de las enfermedades no transmisibles. Curso en línea. [Consultado diciembre de 2020]. 2017 Disponible en: <https://www.coursera.org/lecture/enfermedades-no-transmisibles/organizacion-del-sistema-de-salud-en-niveles-de-atencion-Y9SBQ>
57. PAHO/WHO. Atención primaria en salud. [Internet]. Washington; 2017[Consultado abril 2019]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/primary-health-care>
58. PAHO/WHO. Declaración de Alma-Ata. Conferencia. [Internet]. Washington; 1978 [Consultado junio de 2020]. Disponible en: http://www.paho.org/spanish/dd/pin/almaata_declaracion.htm
59. Perea R. La educación para la salud, reto de nuestro tiempo. Rev. EducaciónXXI. [internet]. 2014 [Consultado diciembre de 2020]; 4. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/706/70600403.pdf>
60. Medina JL, María Paz E. La complejidad del cuidado y el cuidado de la complejidad: un tránsito pedagógico de los reduccionismos fragmentantes a las lógicas no lineales de la complejidad. Texto contexto - enferm. [Internet]. 2006 June [Consultado diciembre de 2020]; 15(2): 312-319. Disponible en:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010407072006000200016&lng=en. <https://doi.org/10.1590/S0104-07072006000200016>

61. Ruiz M. Fenomenología – hermenéutica y enfermería. Rev. Cultura de los cuidados. [Internet] 2006 [consultado diciembre 2020]; 10 (19): 1-6. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/39435423_Fenomenologiahermeneutica_y_enfermeria
62. Schütz A. La construcción significativa del mundo social. Introducción a la sociología comprensiva. Barcelona. Ediciones Paidós; 1993.
63. Amengual G, El concepto de experiencia: de Kant - Hegel. Rev. Tópicos [Internet]. 2007 [Consultado septiembre 2019]; (15):5-30. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=28811907001>
64. Schütz A. The Internet Encyclopedia of Philosophy, [Internet]. [Consultado marzo 2020]. Disponible en: <http://www.iep.utm.edu/s/schutz.htm>
65. Schütz, Alfred El problema de la realidad social, Amorrortu editores, Maurice Natanson (comp.), Buenos Aires, Edición en castellano. 1993
66. Taylor S.J y Bodgan. Introducción a los métodos cualitativos de investigación. Editorial Paidós. Barcelona. 1992 pág. 20, 21,109, 55, 119,120, 161, 164
67. Creswell J. Research Design. Qualitative, Quantitative, and Mixed Methods Approaches. 4th edition. Thousand Oaks, 2014
68. Hernández S. Metodología de la Investigación. 6th Ed. México: Mc Graw Hill, 2014.
69. Ullin P, Robinson E, Tolley E. Capítulo 3. El diseño del estudio en investigación aplicada en salud pública. Métodos cualitativos. Washington. EUA: OPS- OMS; 2006:33-58
70. Vanegas B. La investigación cualitativa: un importante abordaje del conocimiento para enfermería. Rev. Colombiana de enfermería. [Internet] 2010 [Consultado junio de 2019]; 6(6). Pag 128-142. Disponible en: <file://Downloads/Dialnet-LaInvestigacionCualitativa-4036726.pdf>

71. Sousa MC. Capítulo 8. Construcción de los instrumentos y exploración de campo. En: Artesanía de la investigación cualitativa. Buenos Aires, argentina. Lugar editorial .2009: 156-165
72. Mejía R, Sandoval S. Tras las vetas de la investigación cualitativa: perspectivas y acercamientos desde la práctica. Ed 3. México: Teso; 2003. P- 145
73. Berenguera A, Fernández de Sanmamed MJ, Pons M, Pujol E, Rodríguez D, Saura S. Escuchar, observar y comprender. Recuperando la narrativa en las Ciencias de la Salud. Aportaciones de la investigación cualitativa. Barcelona: Institut Universitari d'Investigació en Atenció Primària Jordi Gol (IDIAP J. Gol), 2014.
74. Galeano ME, Sandoval C, Alvarado S, Vasco C, Vasco E, Luna MT. El proceso de recolección de información: técnicas e instrumentos. En: Construcción de los datos en la investigación en ciencias sociales: (modulo N° 3). Medellín: Centro internacional de educación y desarrollo humano [CINDE], Universidad de Manizales; 2007. p. 51 –80.
75. Bonilla E, Rodríguez. Más allá del dilema de los métodos: La investigación en ciencias Sociales. Bogotá: Edit. Norma, 1997.pag 48, 118
76. De Souza Minayo. Capítulo 11. Técnicas de análisis del material cualitativo. En: La artesanía de la investigación cualitativa. Buenos Aires Argentina. 2009. Pp. 249-294
77. Castillo, Edelmira, Vásquez, Martha Lucía, El rigor metodológico en la investigación cualitativa. Colombia Médica [Internet]. 2003; 34(3):164-167. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=28334309>
78. Carter N, Bryant D, Di Censo A, Blythe J, Neville A. The Use of Triangulation in. Qualitative Research. Rev. Oncology Nursing Forum. [Internet] 2014 [Consultado octubre de 2020]; 41(4). Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/265093899_The_Use_of_Triangulation_inQualitative_Research
79. Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud: Diario Oficial de la Federación; 1983. Disponible en: <https://bit.ly/1SBpqPT>

80. Informe Belmont. Principios y guías éticos para la protección de los sujetos humanos de investigación comisión nacional para la protección de los sujetos humanos de investigación biomédica y del comportamiento. [internet]. [Consultado julio de 2019]. Disponible en: <https://bit.ly/2sxfWOt>
81. Declaración de Helsinki de la asociación médica mundial. Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. [Internet]. [Consultado julio del 2019] 2008. Disponible en: <https://bit.ly/2JsXikL>
82. Beachamp y J Childress. Principios de ética biomédica. Ed Masson. 1999
83. INEGI. Dirección General de Estadísticas Sociodemográficas. Encuesta Intercensal 2015. [Internet]. [Consultado noviembre 2020]. Disponible en: www.inegi.org.mx.
84. INEGI. Anuario estadístico y geográfico de la Ciudad de México 2017. [Internet] [Consultado noviembre de 2020]. Disponible en: https://www.inegi.org.mx/contenido/productos/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/nueva_estruc/anuarios_2017/702825094683.pdf
85. Dirección de planeación estratégica institucional. Memoria documental. Iniciativas médicas prioritarias. [Internet]. 2018 Consultado noviembre de 2020]. Disponible en: <http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/pdf/transparencia/rendicion/2012-2018-MD-4-Iniciativas-Medicas-Prioritarias.pdf>
86. Morfi R. Gestión del cuidado en Enfermería. Rev. Cubana Enfermer [Internet]. 2010 Mar [Consultado 2020 Jul]; 26(1): 1-2. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086403192010000100001&lng=es87
87. Cruz-Rojas L., Cardoso-Gómez M.A. Significado de la valoración clínica en estudiantes de licenciatura en enfermería: Una costumbre. Rev. Enferm. univ [Internet]. 2018 [Consultado junio de 202]; 15(1): 79-89. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S166570632018000100079&lng=es. <http://dx.doi.org/10.22201/eneo.23958421e.2018.1.63275>

88. Instituto Mexicano del Seguro Social. Norma que establece las disposiciones para la aplicación de los programas integrados de salud PREVEIMSS. [Internet]. México; 2000. [Consultado agosto 2020]. Disponible en:<http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/pdf/manualesynormas/2000-001-019.pdf>
89. Margañón S, Rodríguez N. Diseño y validación de contenido de un instrumento de evaluación de sobrecarga de la persona cuidadora de paciente dependiente. Rev. Metas de enfermería. [Internet] 2018 [Consultado diciembre de 2020]; 21(5):4. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=643926>
90. Norma Oficial Mexicana NOM-004 -SSA3, Del expediente clínico. México; 201 [Internet] [Consultado octubre de 2020]. Disponible en: http://dof.gob.mx/nota_detalle_popup.php?codigo=5272787
91. Joint Commssion on Accreditation of Healthcare Organizations: Características de los indicadores clínicos. Control de Calidad Asistencial 1991; 6:65-74.
92. Carpenito LJ. Nursing diagnosis: Application to clinical practice. 14th. ed. Philadelphia: Lippincott-Williams & Wilkins; 2013.
93. Ruíz E, Domínguez V, Pérez J. Acevedo M. La eficacia de la nota de Enfermería en el expediente clínico. Rev. CONAMED. [Internet] 2017 [Consultado diciembre de 2020]; 22(2):82-86. Disponible en:<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6062916>
94. López I, Múnera E, Restrepo N. Necesidades del adulto mayor según el modelo de Virginia Henderson. [Internet] 2019 [Consultado octubre de 2020]. Disponible en : https://repository.ces.edu.co/bitstream/10946/4509/6/Necesidades%20del%20adult%20mayor%20seg%C3%BAn%20el%20mdelo%20de%20Virginia%20Henderson%2C%20Envidado2018_2020.pdf
95. Fergusson ME. Importancia de los modelos conceptuales y teorías de enfermería: experiencia de la Facultad de Enfermería de la Universidad de La Sabana. Rev. Aquichan, [S.I.], ISSN 2027-5374. [Internet]. [Consultado febrero de 2020] Disponible en:<https://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/58/121>

96. Colliere F. Promover la vida. Ed. Lidel; 1993
97. Guzmán, J. Huenchuan, S. Montes de Oca, V. Redes de apoyo social a las personas mayores. Marco conceptual. Reunión de expertos en redes de apoyo social a las personas mayores: el rol del Estado, la familia y la comunidad. Santiago de Chile. CEPAL – CELADE. noviembre 2002
98. Barrera L, Pinto N, Sánchez B. Cuidando a los Cuidadores: Un programa de apoyo a familiares de personas con enfermedad crónica. Rev. Índex Enferm [Internet]. 2006 [consultado junio 2019]; 15(53). Disponible en http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S113212962006000100012&lng=es .
99. Sirlin C. Redes de apoyo para adultos mayores. Asesoría general de seguridad social. [Internet] 2006 [Consultado agosto de 2020]. Disponible en: <https://www.bps.gub.uy/bps/file/1719/1/redes-de-apoyo-para-adultos-mayores.-c.sirlin.pdf>
100. Instituto Mexicano de Seguridad Social. Dirección de prestaciones médicas. Procedimiento para la intervención de trabajo social en unidades hospitalarias. [Internet] 2013. [Consultado septiembre de 2020]. Disponible en: <http://repositot.imss.gob.mx/normatividad/DNMR/Procedimiento/2660-003-028.pdf>
101. Abreu M, Mahtani V. Las funciones de los trabajadores sociales sanitarios en atención primaria de salud: evolución, redefinición y desafíos del rol profesional. Cuadernos de trabajo social. evolución, redefinición y desafíos del rol profesional, en Cuad. trab. soc. [Internet] 2018 [Consultado diciembre de 2020]; 31(2), 355-368. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6663590>
102. Osler W. La especialización de la Ciencias Sociales del Trabajo Social. Consejo Nacional del trabajo. [Internet] 2013. [Consultado noviembre de 2020]. Disponible en: <http://www.cgtrabajosocial.es/app/webroot/files/consejo/files/La%20especializaci%C3%B3n%20en%20Ciencias%20de%20la%20Salud%20del%20TS%202013.pdf>
103. Araujo E. Et al. Organizing integrated health-care services to meet older people's needs. Boletín OMS. [Internet] 2017 [Consultado diciembre 2020]. Disponible en: <https://www.who.int/bulletin/volumes/95/11/16-187617/en/>

104. OMS/OPS. Estrategia y plan de acción mundiales sobre el envejecimiento y la salud 2016 – 2020: hacia un mundo en que las personas puedan vivir una vida prolongada y sana. [Internet]. 2016. [Consultado diciembre de 2020]. Disponible en: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_ACONF8-sp.pdf
105. Organización Mundial de la Salud. Adherencia a los tratamientos a largo plazo. Pruebas para la acción. [Internet] Ginebra; 2004 [Consultado noviembre de 2020]:3. Disponible en: <http://www.paho.org/Spanish/AD/DPC/NC/adherencia-largo-plazo.pdf>
106. Ley General de Salud, para la prescripción de medicamentos. Acuerdo por el que se emiten los lineamientos que contiene el procedimiento y los criterios a los que deberán sujetarse los licenciados de enfermería, así como los pasantes en servicio social. Numerales 1 al 5 del artículo 28 Bis. [Internet]. 2017. [Consultado diciembre de 2020]. Disponible en: https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5475523&fecha=08/03/2017&print=true
107. Naranjo-Hernández Y, Concepción-Pacheco J. Importancia del autocuidado en el adulto mayor con diabetes mellitus. Revista Finlay [Internet]. 2016 [Consultado octubre de 2020]; 6(3): [aprox. 5 p.]. Disponible en: <http://www.revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/400/151>
108. Cardoso CML, Brito MJM, Pereira MO, Moreira DA, Tibães HBB, Ramos FRS. vivência do sofrimento moral na estratégia de saúde da família: realidade expressa em cenas do cotidiano. Invest Qual Saúde [Internet]. 2016 [Consultado mayo 2020]; 1:547-52. Disponible en: [Available from: http://proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2015/article/view/125/121](http://proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2015/article/view/125/121)

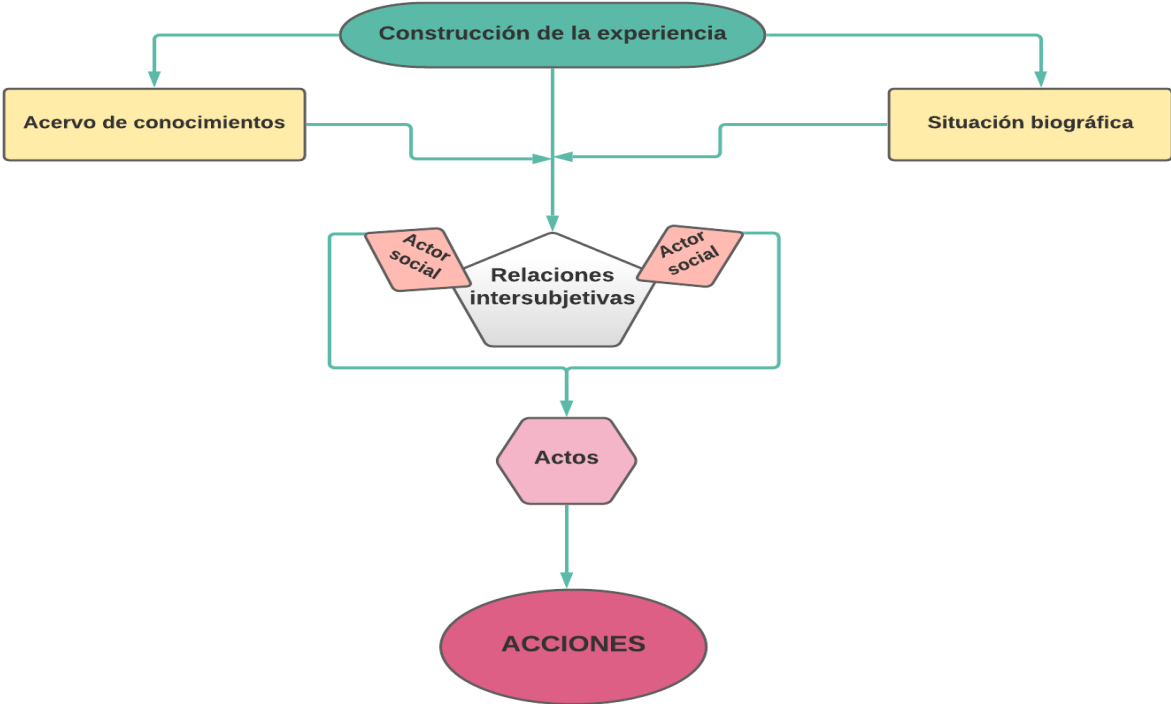
ANEXOS

ANEXO 1 Características de las participantes

Seudónimo	Medellín	Envigado	Chocó	Antioquia	Buenaventura	Itagüi
Edad	44	42	41	63	32	37
Experiencia laboral	21	12	12	34	11	12
Desarrollo profesional	1 er – docencia	1 y 2 nivel de atención	1 er - docencia - cuidado en el hogar	1 er - docencia- cuidado en el hogar – independiente (recreación AM)	1 er- docencia	1 er nive de atención Docencia
Nivel máximo académico	Maestría docencia Especialización: Salud pública y familia	Especialización: Salud pública y familia	Especialización: Salud pública y familia	Especialización: Salud pública y familia Especialización geriatría (España)	Especialización: Salud pública y familia	Especialidad en cuidado de enfermería a la familia y comunidad
Educación continua: cursos diplomados	* Postécnico: • APS • Gestión	* Diplomado: • Geriatría	* Diplomado: • Geriatría	* Postécnico: • APS • Gestión	* Postécnico: • Gestión • Manejo heridas AM • Manejo diálisis peritoneal AM	* Diplomado • Gestión • Cuidado familiar • APS • Cuidado al paciente geriátrico

ANEXO 2

FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA ALFRED SHÜTZ



ANEXO 3

GUÍA DE ENTREVISTA

Nombre de las investigadoras:

Paula Andrea Cuartas Velásquez. Enfermera Universidad de Antioquia. Medellín – Colombia.
Teléfono: 5536603283. Email: anax2000@gmail.com

Dra. Virginia Reyes Audiffred. Profesora de tiempo completo de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia, Universidad Nacional Autónoma de México. Teléfono: 5531780091.
Email: virginiara@gmail.com

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

NOMBRE (INICIALES, SEUDÓNIMO)
EDAD
SEXO
LUGAR DE RESIDENCIA O LABORAL
ESCOLARIDAD: licenciatura, especialidad, diplomado, maestría, diplomado
ANTIGÜEDAD LABORAL
EXPERIENCIA: Clínica, docencia, otros

PREGUNTAS DETONADORAS	
Práctica	¿Cómo defines tu práctica como profesional de enfermería (EPA)?

	<p>¿Qué significa para ti brindar cuidado al adulto mayor en el primer nivel de atención?</p>
	<p>¿Qué se le ha facilitado o dificultado en la atención del adulto mayor?</p> <p>¿Me podría contar cuáles son las habilidades, competencias o atributos con los que debe contar un profesional de enfermería en la atención del AM en el primer nivel de atención?</p>
<p>Gestión del cuidado</p>	<ul style="list-style-type: none">- ¿Cómo identificas necesidades del adulto mayor en su primera consulta, por ejemplo?- ¿En tu valoración de enfermería utilizas algún modelo conceptual enfermero, como guía del proceso de atención del AM? ¿O qué herramienta utilizas?- ¿Durante la valoración al AM identificas enfermedades o discapacidades del AM? ¿Cuáles y cómo las identificas?- ¿Cómo involucras al cuidador o familiar en la valoración del AM?- ¿Cómo utilizas y controlas el proceso de atención de enfermería y cómo la haces y qué tienes en cuenta?- Al realizar tu diagnóstico enfermero, ¿cómo realizas las intervenciones de las prioridades encontradas en el AM?- ¿Me podrías contar cómo haces seguimiento del adulto mayor con respecto a las necesidades que encuentras como profesional de enfermería?- ¿Qué tipo de tecnología utilizas para el cuidado o la atención del adulto mayor; cómo y cuándo las utilizas?- ¿Cómo documentas la valoración del AM, a dónde la envías, de qué manera te aporta para las intervenciones?- ¿Las intervenciones que realizas con el AM son de qué tipo: farmacológicas, no farmacológicas; qué tratamientos o terapias?

Liderazgo y colaboración interprofesional	<ul style="list-style-type: none">- ¿Me podrías contar quiénes laboran en este servicio y cuáles son sus funciones?- ¿Cómo describes la relación con los demás profesionales de enfermería que están en el servicio de atención al AM?- ¿Me podrías describir cómo es la relación con el médico y otros profesionales para brindar atención al AM?- ¿Cómo describirías las actividades más importantes como profesional de enfermería en la atención del adulto mayor en el servicio de primer nivel de atención? ¿Son actividades o funciones autónomas?- ¿Has trabajado con líderes comunitarios, juntas de vecinos u otras?- ¿De qué maneras facilitas al AM y su cuidador o familiar trámites administrativos para que se les brinde de manera oportuna los servicios?- ¿Cuéntanos acerca de alguna actividad o intervención que hayas hecho aquí en la institución o fuera de ella, dirigidas al AM?- ¿Qué significa para ti el trabajo interprofesional?
Análisis de la situación de salud	<ul style="list-style-type: none">- ¿De qué manera identificas las afecciones del AM? ¿Tienes en cuenta el panorama epidemiológico de los AM aquí en el sector?- ¿Has identificado factores de riesgo que estén presentes en la zona donde vive el AM. ¿Cómo cuáles?- ¿De qué manera identificas las necesidades de los AM que llegan a tu servicio? ¿Has realizado algún análisis de los adultos mayores del sector? ¿Cómo lo haces y para qué?
Vigilancia y control de riesgos	<ul style="list-style-type: none">- ¿Qué intervenciones realizas con el AM, tanto terapéuticas como no terapéuticas?- ¿Cómo detectas el deterioro cognitivo, funcional y físico del AM? ¿Qué haces?

	<ul style="list-style-type: none">- ¿De qué manera identificas las necesidades de los AM que llegan a tu servicio? ¿Has realizado algún análisis de los adultos mayores del sector? ¿Cómo lo haces y para qué?- ¿De qué manera has participado en el diseño o desarrollo de propuestas de investigación inter y multidisciplinaria en tu práctica, específicamente con el adulto mayor?- En tu experiencia, ¿qué se te ha facilitado u obstaculizado para identificar necesidades de investigación, especialmente con el AM?- ¿Me podrías describir de qué manera utilizas la evidencia científica para controlar o identificar riesgos en el AM? ¿Manejas guías de práctica clínica, protocolos u otros?- ¿Cómo aplicas la enfermería basada en evidencia para la atención del AM?
Promoción de la salud y participación social	<ul style="list-style-type: none">- ¿Qué estrategias utilizas para educar al AM y su cuidador? ¿Cómo fomentas la autonomía del AM para que realice actividades de la vida cotidiana?- ¿Has planificado o coordinado programas o intervenciones educativas para el AM? ¿Involucras al cuidador?- ¿Qué trabajos o intervenciones has realizado en la comunidad que ayuden a los adultos mayores, o de qué manera te involucras en los existentes?- ¿Fomentas o coordinas algún grupo de ayuda para el AM? ¿Conoces alguno que funcione en el sector?
Planificación y gestión de la calidad en salud	<ul style="list-style-type: none">- ¿Cuándo identificas que el AM requiere otro tipo de atención? ¿Qué haces? - ¿Cuáles profesionales involucra el cuidado del AM?

	<ul style="list-style-type: none">- Si detectas alguna problemática en el AM que debe ser atendida, ¿qué acciones realizas? - ¿Conoces qué redes de apoyo facilitan el acceso a los servicios del adulto mayor y su cuidador?
--	--

ANEXO 4

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Nombre de la investigación: Experiencias de enfermeras del primer nivel de atención en el cuidado del adulto mayor

Nombre de los investigadores:

E: E: Paula Andrea Cuartas Velásquez. Enfermera Universidad de Antioquia. Medellín – Colombia. Teléfono: 5536603283. Email: anax2000@gmail.com

Dra. Virginia Reyes Audiffred. Profesora de tiempo completo de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia, Universidad Nacional Autónoma de México. Teléfono: 5531780091. Email: virginiara@gmail.com

Objetivo General: Describir las experiencias de enfermeras del primer nivel de atención en el cuidado del adulto mayor

Propósito: Aportar a las instituciones y a la profesión de enfermería elementos que faciliten la interacción del profesional de enfermería con el contexto social, político y cultural de México, que favorecer un cuidado avanzado de enfermería con el adulto mayor

Yo _____ declaro que he sido informado(a) de los objetivos y fines del presente estudio, la forma como se realizará y la forma como se divulgarán los datos, estando conforme con los mismos, en forma libre y voluntaria acepto que la presente entrevista sea grabada, teniendo claro que estoy en libertad de interrumpirla o de no responder las preguntas que no considere pertinentes. No se utilizará mi nombre, en el caso de ser necesario para el informe se utilizará un código. Entiendo que esta entrevista será utilizada para los fines de la presente investigación y una vez terminada la misma será destruida.

Se me ha informado que existe un riesgo mínimo de tipo moral, emocional, y psicológico y que estos serán minimizados manteniendo la confidencialidad de la información, la privacidad de los participantes, de igual forma se me garantiza el cumplimiento de los principios éticos básicos como beneficencia, no maleficencia, justicia y respeto a la autonomía. No habrá remuneración económica ni de otro tipo por parte de los investigadores; como beneficio obtendré la posibilidad conocer cuáles son las habilidades y conocimientos de la enfermera de práctica avanzada para la promoción y prevención de la salud en el adulto mayor con enfermedad crónica.

He recibido información sobre mi derecho a realizar las preguntas que considere necesarias, las cuales deben ser respondidas a mi entera satisfacción, al igual que el respetar la decisión de retirarme del estudio en cualquier momento si así decidiera hacerlo.

Firma del entrevistado(a)

Firma Investigadora