



Fecha de recepción: diciembre 15 de 2022

Fecha de aceptación: marzo 13 de 2023

ARTÍCULO ORIGINAL

<https://dx.doi.org/10.14482/sun.39.03.700.468>

Colaboración interprofesional: Enfermería caminando hacia un trabajo en equipo en el cuidado del adulto mayor

Interprofessional collaboration: nursing moving towards teamwork in the care of the elderly

VIRGINIA REYES AUDIFFRED¹, ZOILA ESPERANZA LEITÓN-ESPINOZA²

¹ Dra. en Ciencias de la Enfermería, Profesora de tiempo completo, titular “B”. Orcid: <http://orcid.org/0000-0002-9366-9883>. CvLAC: https://scienti.minciencias.gov.co/cvlac/visualizador/generarCurriculoCv.do?cod_rh=0002068358. virginiar66@yahoo.com

² Universidad Nacional de Trujillo, Perú Profesor principal Facultad de Enfermería. 944470350. zoilaeleiton@gmail.com. Orcid: 0000-0001-5040-7042.

Correspondencia: Virginia Reyes-Audiffred. Avenida Calzada México-Xochimilco, sin número, Tlalpan, CP: 14370. Tel: 5556553181. Ext 201. virginiar66@yahoo.com

Lugar donde se realizó la investigación: Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia. Universidad Nacional Autónoma de México. Avenida Calzada México-Xochimilco, sin número, Tlalpan, CP: 14370.

RESUMEN

Objetivo: Describir e interpretar las experiencias de las enfermeras con rol ampliado en la colaboración interprofesional.

Materiales y métodos: Estudio descriptivo-cualitativo, exploratorio. Entre mayo y octubre 2019, previa firma del consentimiento informado, se realizaron entrevista a profundidad a 20 enfermeras de manera intencional con nivel académico mínimo licenciatura, con diplomados, cursos, especialidad y/o maestría, que ya estaban laborando mínimo 3 años en un servicio con atención al adulto mayor en instituciones de salud pública o privada de primero y tercer nivel de atención. Se transcribieron las entrevistas y se realizó el análisis de datos de contenido tipo temático propuesta por De Souza y método fenomenológico, apoyado del *software* Atlas Ti.

Resultados: Emergieron dos categorías: 1. Colaboración entre profesionales de enfermería: Garantizando la continuidad y la calidad del cuidado, donde la enfermera de rol ampliado colabora con enfermeras de diferentes niveles de competencia. 2. Colaboración interprofesional: caminando hacia un trabajo en equipo, es decir, colabora directamente con los profesionales de salud en la atención del adulto mayor cuando está integrada al equipo de geriatría. Por el contrario, es difícil establecer una colaboración interprofesional con los médicos internista y médicos generales.

Conclusiones: El profesional de enfermería va en camino de hacer visible su rol ampliado, sin tener que suplir o realizar actividades médicas, sino en función de sus competencias establecidas para trabajar de manera colaborativa.

Palabras clave: Enfermera de Práctica Avanzada, Enfermera con Rol Ampliado, Anciano, colaboración interprofesional y trabajo en equipo.

ABSTRACT

Objective: Describe and interpret the experiences of nurses with an expanded role in interprofessional collaboration.

Material and methods: Descriptive-qualitative, exploratory study. Between May and October 2019, after signing the informed consent, an in-depth interview was intentionally conducted with 20 nurses with a minimum academic level of bachelor's degree, with diplomas, courses, specialty and/or master's degree, who had already been working for a minimum of 3 years in a service with attention to the elderly in public or private health institutions of 1st and 3rd level of care. The interviews were transcribed and the thematic

content data analysis proposed by De Souza and the phenomenological method was carried out, supported by the Atlas Ti Software.

Results: Two categories emerged: 1. Collaboration between nursing professionals: Guaranteeing continuity and quality of care, where the expanded role nurse collaborates with nurses of different levels of competence. 2. Interprofessional collaboration: moving towards teamwork, that is, it collaborates directly with health professionals in the care of the elderly when it is integrated into the geriatrics team. On the contrary, it is difficult to establish an interprofessional collaboration with internists and general practitioners.

Conclusions: The nursing professional is on the way to make their expanded role visible, without having to replace or carry out medical activities, but based on their established competencies to work collaboratively.

Keywords: Advanced Practice Nursing, Aged, teamwork, inter-professional collaboration, clinical work.

INTRODUCCIÓN

La colaboración interprofesional (CI) es el proceso mediante el cual grupos de profesionales de la atención social y salud trabajan juntos para impactar positivamente en la atención (1). Implica la interacción periódica de conocimientos, habilidades y experiencia de profesionales expertos, todos participan en la toma de decisiones (2) con responsabilidad compartida de los resultados (3). Esto es importante para el adulto mayor (AM), dado que el proceso de envejecimiento, aunado a la presencia de enfermedades crónicas, origina múltiples necesidades complejas, que se agudizan a medida que avanza la edad y que necesitan ser atendidas de forma integral y efectiva por un equipo multidisciplinario que trabaje de manera colaborativa e interprofesional (4), estrategia que se está implementando a nivel internacional (5).

La Enfermera de Práctica Avanzada (EPA), según el Consejo Internacional de Enfermería (CIE)(6), es el profesional con “conocimientos de expertos, con habilidades para la toma de decisiones complejas y competencias clínicas para una práctica ampliada de la enfermería cuyas características se moldean según el contexto en el que están acreditadas para ejercer”. En 2018, la OPS publicó el Modelo de Ampliación del Rol de Enfermería en la Atención Primaria a la Salud (7), y en México, la Comisión Permanente de Enfermería (CPE)(8) su equivalente en el Marco Mexicano de Competencias para la Ampliación del Rol de Enfermería en el Primer Nivel de Atención; ambos señalan

a la CI como un dominio con competencias específicas con las que debe contar la EPA. Así mismo, se consideró, en lugar de la EPA, la figura de la Enfermera con Rol Ampliado (ERA), que según la CPE(8) es aquella enfermera que cuenta con posgrado en enfermería, cursos de capacitación, experiencia laboral, que le permite desarrollar un rol avanzado con mayor autonomía y participación dentro del equipo de salud”, marcos conceptuales considerados en este estudio.

La EPA realiza intervenciones de manera colaborativa e interprofesional en su quehacer cotidiano (9), logrando una mejor continuidad del cuidado, más personalizado y centrado en el AM, al mismo tiempo aumentando la seguridad de la atención(10) y reduciendo las admisiones y mortalidad en instituciones de salud (11,12). Sin embargo, en algunos países se ha visto afectada por problemas de autoridad, la comprensión limitada de los roles, responsabilidades de los demás y la fricción de los límites profesionales (9,13). En México se desconoce dicha situación, ya que a pesar de que se ha implementado la CI (4,14) aún son escasos los estudios. Valdez et al.(15) y Galicia-Aguilar et al.(16) realizaron estudios con enfermeras especialistas, que brindan consultoría al AM, pero solo mencionan que la enfermera participa en el equipo multidisciplinario. Por lo que el objetivo de este estudio es describir e interpretar las experiencias de la ERA mexicana en la CI para la atención del AM. Los resultados pretenden visibilizar la participación de la ERA para que los tomadores de decisiones implementen estrategias que favorezcan su integración en equipos multidisciplinarios impactando en la mejora de la atención integral centrado en la persona AM.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio cualitativo exploratorio-descriptivo (17). Las participantes fueron 20 enfermeras que cumplieron los criterios de inclusión: tener nivel académico mínimo licenciatura con diplomados, cursos, especialidad y/o maestría o doctorado, que estuvieran laborando mínimo 3 años en servicios públicos y/o privados de atención al AM. La técnica de muestreo fue intencional a través de los responsables de las instituciones de salud que cuentan con servicio al AM y después por bola de nieve(17). Se elaboró una lista de informantes, contactados por teléfono, para hacer la invitación a participar en el estudio explicando el objetivo del mismo.

La recolección de la información se llevó a cabo entre mayo y octubre de 2019 a través de la entrevista semiestructurada con las siguientes preguntas: ¿Cuáles son las actividades que realiza en su día a día en la atención al adulto mayor? y ¿Cuáles son las actividades que realiza con otros

profesionales? El lugar fue su centro de trabajo de las participantes durante su horario laboral, con una duración promedio de 90 min, fueron grabadas y transcritas. Los datos se guardaron con un seudónimo. También se observaron y se tomaron notas de situaciones significativas del fenómeno de estudio.

El análisis de datos fue de contenido tipo temático según De Souza(18) y simultáneamente se aplicó el método fenomenológico, en cuatro etapas: 1) previa, 2) descriptiva, 3) estructural y 4) discusión de los resultados (19). La etapa descriptiva y estructural se apoyó utilizando el *software* Atlas ti. 9(20).

En la etapa previa, el investigador realizó ejercicios de reflexividad. Etapa descriptiva: las entrevistas transcritas fueron importadas al *software* Atlas ti y se realizó lectura fluctuante en dos ocasiones. Después se realizó codificación libre para lograr la descripción protocolar de las experiencias vividas por las participantes. Etapa estructural: se realizó lectura transversal de cada código por informante, se elaboraron tablas de coocurrencia, diagramas de Sanki y redes semánticas para identificar la conexión entre códigos. Para identificar la saturación, se realizó una tabla cruzada de código y documentos, que permite visibilizar la recurrencia con la que se presenta cada código por participante. Finalmente, en la cuarta etapa, los hallazgos se relacionaron con el marco conceptual y se discutieron con otras investigaciones.

El rigor científico se cumplió con los criterios de credibilidad, confirmabilidad, auditabilidad y transferencia (17). En cuanto a las consideraciones éticas, se cumplió con lo estipulado en la Declaración de Helsinki(21), el informe Belmont (22) y con el Reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud (23). Se contó con el dictamen favorable del Comité de Investigación CI/ENEO/114 y con la firma del consentimiento informado de cada participante.

RESULTADOS

Participaron 14 enfermeras y 6 enfermeros entre 28 y 57 años, laboran en primero y tercer nivel de atención en áreas especializadas de geriatría, dos con práctica independiente y asistencial (tabla 1).

Tabla 1. Descripción de las enfermeras y enfermeros con rol ampliado

Participante	Edad	Género	Nivel máximo de estudios	Servicio en el cual trabaja	*Exp. Laboral (años)
1.NB	57	F	Especialidad de Enfermería del Anciano. Salud Pública	Asilo de AM, en Hidalgo. Asociación Civil. Directora	20
2.GRJ	46	F	Maestría Enfermería Gerontológica.	Consultorio privado. Centro de Salud ISEM-SSA: Grupos de la tercera edad. Grupo de ayuda de enfermedades crónicas.	3
3.IAAP	39	M	Maestría en Ciencias de la educación. Diplomado en enfermedades crónico degenerativas	Consultorio privado. Centro de Salud ISEM-SSA: Consultorio de Enfermedades crónicas	3
4.CAR	56	F	Diplomado en Geriátría Doctorado en Ciencias de la Enfermería.	Servicio de Enfermería Universitaria en el Hogar - ENEO. Agencia de Enfermería. CMN-Raza-IMSS	27
5.CC	48	F	Especialidad de Enfermería del Anciano. Maestría en administración de hospitales.	CMN-Raza-IMSS. Jefe de piso. En los servicios de neumología medicina interna, cirugía general, terapia, terapia cardiológica que son los principales para adultos mayores	18
6.CLRE	44	F	Especialidad de Enfermería del Anciano. Maestría.	CMN-Raza-IMSS. GERIATRIMSS	5
7.JAZ	36	F	Maestría	CS-T-III-A-Portales. Consultorio de Enfermedades crónicas	5
8.MD	47	F	Maestría en administración de los servicios de salud. Diplomado en Qi Gong para adultos mayores	CS-T-III-A-Portales. Responsable de Clínica de Diabetes con grupos de autoayuda de adultos mayores y otros servicios.	8
9.MGAC	35	M	Maestría en Gerontología.	Consulta de enfermería de Clínica de Medicina Familiar del ISSSTE. Tlalpan.	4
10.SRO	38	F	Especialidad de Enfermería del Anciano. Maestría.	Clínica de Enfermería Gerontológica Geriátrica-HGG	3

Continúa...

Participante	Edad	Género	Nivel máximo de estudios	Servicio en el cual trabaja	*Exp. Laboral (años)
11.HER	35	M	Especialidad de Enfermería del Anciano. Maestría.	Coordinación de Enfermería Clínica de Geriatria-INNSZ	10
12.DM	38	M	Especialidad de Enfermería del anciano. Maestría en Tanatología.	Sector 5 Geriatria-INNSZ.	7
13LHD	34	F	Especialidad de Enfermería del Anciano. Maestría.	Medicina Interna-Geriatria-HGM	6
14.ABM	31	M	Lic. Enfermería. Especialidad: Enfermería Neurológica	Clínica de enfermería de heridas-INNN.	9
15.MCF	38	F	Lic. Enfermería. Diplomado: Cuidame. Especialidad: Heridas. Estomas y quemaduras. Maestría.	Clínica de enfermería de heridas-INNN.	9
16.ALI	37	F	Lic. Enfermería y Especialidad de atención de enfermería en el hogar.	Clínica de enfermería de heridas-INR.	8
17.MSGR	53	F	Lic. Enfermería. Maestría	Jefe de Consultoría de Clínicas de catéteres, heridas y del adulto mayor-INR.	20
18.BET	46	F	Especialidad de Enfermería del Anciano. Maestría	Jefe de Servicio de Orto geriatria-INR.	20
19.MAR	48	F	Maestría.	Jefe de Enseñanza de Enfermería -INR.	25
20.ANC	27	M	Lic. Enfermería Diplomado en geriatría, cardiología y uno en investigación.	Clínica de Enfermería Gerontológica Geriátrica-HGG	3

Fuente: los autores, 2022

ISEM: Instituto de Salud del Estado de México; ENEO: Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia; CMN: Centro Médico Nacional; GeriatrIMSS: Programa de Geriatria del Instituto Mexicano del Seguro Social; CS-T-III-A: Centro de Salud T III A; SSA: Secretaría de Salubridad y Asistencia

*Exp. Laboral (años): Se refiere a los años en los que la ERA ha trabajado en la asistencia, docencia e investigación en la atención al adulto mayor, en algunos casos simultáneamente, en Instituciones de Salud y práctica independiente o ejercicio libre de la profesión.

El análisis de los datos dio lugar a dos categorías: 1) Colaboración entre profesionales de enfermería: Garantizando la continuidad y calidad del cuidado, y 2) Colaboración interprofesional: caminando hacia un trabajo en equipo.

1. Colaboración entre profesionales de enfermería: Garantizando la continuidad y la calidad del cuidado

La ERA en el tercer nivel de atención coordina enfermeras de diferentes niveles académicos y de experiencia, desde una técnica en enfermería hasta la jefa para dar continuidad y calidad al cuidado en problemas específicos de salud:

...si hay ingreso, lo valora Lázaro, que es el especialista... después, en colaboración, hacemos la entrevista al paciente y cuidador... y se consensa qué plan, se notifica a la jefa qué terapia se le dará... (LHD).

... si encontramos o llegamos a detectar que ese paciente, tiene delirium, nos referimos directamente con su enfermera y decimos especificidades. (DM).

También realizan referencia del AM a las clínicas de enfermería:

... existen clínicas [de Enfermería] de piel, catéteres, sí nosotros detectamos un paciente que requiere ese cuidado, entonces hacemos la referencia a la clínica... (SRO).

La consultoría es en enfermería neurológica, también está la de heridas y estomas... trabajamos en equipo, referimos pacientes. Nos enfocamos mucho en la prevención de lesiones por presión, es lo que más comúnmente daña a nuestros pacientes neurológicos. (ABM).

También actúan como consultores a solicitud de enfermeras no especialistas:

... las licenciadas [en enfermería], ... nos piden apoyo, dicen: "tengo un paciente con un delirium, otro que acaba de caerse, no sé qué hacer...". (HER).

2. Colaboración interprofesional: caminando hacia un trabajo en equipo

La ERA trabaja de manera colaborativa con diversos profesionales de salud, como especialista en el servicio de geriatría, en la práctica privada, en la Clínica de Enfermería o como miembro del equipo de geriatría.

Tanto en el primero como en tercer nivel de atención, la ERA en la Clínica de Enfermería o en la práctica privada con apoyo de estudios de laboratorio o escalas de tamizaje identifica problemas de salud del AM y lo refiere a otros profesionales, como el médico geriatra, neurólogo, neumólogo, y todos aportan en la mejora del paciente:

este cuidado es interdisciplinario... cuando llega un paciente con alguna lesión, lo mandamos a soporte nutricional. Si veo que la herida está infectada, tomo un cultivo y lo mando a Neuroinfecto, y ellos determinan qué antibiótico. Entonces, así podemos manejar la herida sin ningún riesgo... (MCF).

... si tiene algún trastorno cognitivo, lo vamos a referir con el geriatra con una interconsulta, ...si necesita valoración de un neurólogo, neumólogo, así todos aportamos al cuidado...(NB).

Las participantes que laboran en las instituciones de tercer nivel de atención, que cuentan con equipos multidisciplinarios de geriatría, tienen oportunidad de participar en la valoración, diagnóstico, planeación y evaluación de la atención con los médicos geriatras, la trabajadora social y la nutrióloga:

... nosotros trabajamos con el equipo multidisciplinario de geriatría; está el médico geriatra junto con los residentes, nutrióloga, trabajadora social y yo como enfermera, trabajamos por interconsultas, ...si un paciente tiene delirio, demencia, entonces va todo el equipo a valorar ... yo comento lo que encontré .. y ellos [los médicos geriatras] hacen los ajustes. (CLRE).

... el equipo geriátrico geriatrimss está integrado por médico, enfermera, trabajadora social y dietista. Entre todos vemos qué se va a hacer en caso de que el familiar no colabore, el paciente no esté evolucionando bien... (CC).

Sin embargo, no sucede de la misma manera con los médicos generales en el primer nivel de atención y los médicos internistas en el tercer nivel. La ERA solo con algunos médicos tiene confianza para externar sus impresiones acerca de los problemas de salud del AM:

... La enfermera especialista, específicamente con el médico de Medicina interna, no tienen comunicación; ellos se comunican con el médico [geriatra], que está adscrito al servicio de geriatrimss. (CC).

*... solo algunos médicos generales les puedes decir: “oiga, doctor, yo le veo mal los pies al paciente”
porque tienes confianza...(IAAP).*

DISCUSIÓN

Referente a la primera categoría, se evidenció que la colaboración entre enfermeras fluye en los diferentes niveles de competencia, según P. Benner (24): principiante, principiante avanzado, competente, eficaz y experto para proporcionar cuidados acorde con los requerimientos de salud y a la satisfacción de las necesidades del AM; siendo este último nivel el de la ERA quien indicó y proporcionó cuidados especializados en servicios de hospitalización, realizó la referencia del adulto mayor a clínicas de enfermería y además fue consultora del personal de enfermería no especializado.

Lo anterior coincide con lo reportado por Fougère et al.(12) que señalan que la ERA es la encargada de formular los planes y su implementación para enfermeras de nivel inferior; y cuando la condición del AM no está dentro de su ámbito de acción, lo refiere a otras enfermeras especialista (25) para dar continuidad y calidad a los cuidados. También es acorde con otras investigaciones que muestran que la ERA en varios países actúan como consultora para escuchar su opinión como experta por profesionales de su misma disciplina(11,12), sobre todo de enfermeras de niveles académicos inferiores(9).

En concreto, se destaca que la ERA trabaja de manera colaborativa entre enfermeras por compartir identidad profesional y la misma profesión(26); simplificando la comunicación, contrarrestando los malentendidos sobre los roles, fomentando confianza y respeto, al mismo tiempo que sienten mayor libertad y autoridad(27). Esto permite brindar atención especializada, continua y de calidad en cada etapa del proceso que se lleva a cabo durante el cuidado al AM por todo el equipo de enfermería(28).

Con relación a la segunda categoría, es importante destacar que en instituciones de tercer nivel de atención, la ERA adscrita a equipos multidisciplinarios de geriatría ejerce plenamente su rol ampliado, participando directamente con todos los integrantes en la valoración, diagnóstico, planeación y evaluación de la atención, como se evidencia en diversas investigaciones (11,29). Esto se debe en parte a que cada integrante tiene asignado su rol, utilizan un lenguaje interprofesional similar (13,29) y conceden la misma importancia a lo que prescribe el médico como a los cuidado

que brinda la enfermera, lo que hace sentir a cada miembro con el mismo valor(4,13) dentro del equipo. Así mismo, se encontró que la ERA apoyada de estudios de laboratorio o escalas de tamizaje colabora con otros profesionales de salud a través de la referencia del AM. Estos hallazgos coinciden con los de Morrilla et al.(11) y Boman et al.(9) quienes encontraron que la ERA indica pruebas diagnósticas, interpreta, emite juicios clínicos, y posteriormente, en un ambiente de confianza y buena comunicación entre médicos y enfermeras, los médicos aprueban las observaciones, sugerencias y opiniones de las enfermeras, aceptando la referencia de paciente, logrando agilizar la atención del AM (11,16). Esto valida las competencias de la ERA propuestas por la CIE(6), OPS(7), CPE de México (8) y en otros estudios(11).

Por el contrario, la falta de trabajo en equipo impide visibilizar las competencias interprofesionales y obstaculiza la colaboración, como sucede entre la ERA con los médicos internista y médicos generales, con quienes difícilmente se establece intercambio de opiniones. Según diversas investigaciones, esto se debe a tres factores, que coinciden con los hallazgos de este estudio: 1) aún prevalece un modelo jerárquico tradicional con liderazgo centrado en el médico que no escucha la opinión de la enfermera(9,30) 2) a la pasividad de los enfermeros, al asumir que la información que manejan del paciente es de menor importancia para la curación (2) y 3) porque algunos médicos se reúsan a compartir la responsabilidad de la atención del paciente con otras disciplinas, posiblemente por que desconocen lo que pueden aportar a la atención del adulto mayor(31).

Es entonces que la CI, entendida como la interacción periódica de conocimientos, habilidades y experiencia de profesionales expertos que trabajan en equipo para proporcionar atención integral a los pacientes(2), como en el caso de la persona mayor, se ve reflejada en la continuidad y calidad de la atención que se brinda y, al mismo tiempo, en la disminución de la morbilidad y mortalidad en este grupo etario (11,12).

CONCLUSIONES

El profesional de enfermería va en camino de hacer visible su rol ampliado en función de trabajar de manera colaborativa entre los profesionales de enfermería y otros profesionales. Esto se evidencia más cuando se integra al equipo multidisciplinario de geriatría, en el que tiene la oportunidad de participar directamente con los profesionales de la salud a lo largo de todo el proceso de atención. Sin embargo, aún no es reconocido ni aprovechado el papel de la ERA, sobre todo por

los médicos generales e internistas. Por lo tanto, se hace necesario e indispensable visibilizar las competencias de la ERA para evitar conflictos en el trabajo en equipo, que obstaculizan su colaboración y que no permite brindar continuidad y calidad a la atención del AM.

Limitaciones del estudio

No se incluyeron participantes del segundo nivel de atención, así como ERA del tercer nivel de atención del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE).

Agradecimientos

Investigación realizada gracias al Programa de Apoyo de Investigación e Innovación Tecnológica (PAPIIT) de la UNAM IN306819.

Financiación: 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 la salud en el cuidado de personas adultas mayores con enfermedad crónica (DM, HTA) con enfoque de familia: Fase Diagnóstica.

Contribución de los autores al artículo:

Virginia Reyes Audiffred (VRA), Zoila Esperanza Leitón-Espinoza (ZELE)

Introducción: (VRA) y (ZELE); metodología: (VRA) y (ZELE); resultados: (VRA) y (ZELE); análisis y discusión: (VRA) y (ZELE); redacción de borrador original: (VRA) y (ZELE); Redacción-revisión y presentación final: (VRA) y (ZELE); conclusiones: (VRA) y (ZELE).

Todos los autores han leído y aceptado la versión publicada del manuscrito que se publicará y aceptan ser responsables de todo lo relacionado a precisión e integridad del mismo.

REFERENCIAS

1. Reeves S, Pelone F, Harrison R, Goldman J, Zwarenstein M. Interprofessional collaboration to improve professional practice and healthcare outcomes. *Cochrane Database Syst Rev.* 2017;(6):1-48. <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD000072.pub3>.

2. Salamanca Castro AB. Práctica colaborativa en la asistencia al paciente. *Nure Investig.* 2017;14(87):2-4. Disponible en: <https://www.nureinvestigacion.es/OJS/index.php/nure/article/view/1205>.
3. Miró Bonet M. Práctica colaborativa interprofesional en salud: Conceptos clave, factores y percepciones de los profesionales. *Educ Med.* 2016;17(Supl 1):21-4. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-educacion-medica-71-pdf-X1575181316539806>.
4. Medina-Chávez JH. Envejecimiento de la población y necesidad de la intervención interdisciplinaria. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc.* 2015;23(1):1-2. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2015/eim151a.pdf>.
5. Organización Mundial de la Salud (OMS). Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud. 2015. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186471/WHO_FWC_ALC_15.01_spa.pdf.
6. International Council of Nurses. Directrices de enfermería de práctica avanzada 2020. 2020. 1-43 p. Disponible en: https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/ICN_APN_Report_ES_WEB.pdf.
7. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Ampliación del rol de las enfermeras y enfermeros en la atención primaria de salud. *Organizacion Panamericana de la Salud.* 2018. Disponible en: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/34959/9789275320037_spa.pdf?sequence=5&isAllowed=y.
8. Leija-Hernández C, Olivera-Carrasco H, Acuña-Díaz MC, Zárate-Grajales RA, Choperena-Aguilar DG. Estrategia Integral para la Ampliación del Rol de Enfermería en la Atención Primaria de Salud. *Enfermería Univ.* 2020;17(2):243-57. <https://doi.org/10.22201/eneo.23958421e.2020.2.892>.
9. Boman E, Glasberg A-L, Levy-Malmberg R, Fagerström L. 'Thinking outside the box': advanced geriatric nursing in primary health care in Scandinavia. *BMC Nurs.* 2019;18(1):25. <https://doi.org/10.1186/s12912-019-0350-2>.
10. Ljungbeck B, Sjögren Forss K. Advanced nurse practitioners in municipal healthcare as a way to meet the growing healthcare needs of the frail elderly: a qualitative interview study with managers, doctors and specialist nurses. *BMC Nurs.* 2017;16(1):63. doi: 10.1186/s12912-017-0258-7.
11. Morilla JC, Garcia-Mayor S, Martín-Santos FJ, Kaknani S, Leon Á, Caro J et al. A systematic review of the effectiveness and roles of advanced practice nursing in older people. *Int J Nurs Stud.* 2016;53:290-307. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2015.10.010.

12. Fougère B, Lagourdette C, Abele P, Resnick B, Rantz M, Kam Yuk Lai C et al. Involvement of Advanced Practice Nurse in the Management of Geriatric Conditions: Examples from Different Countries. *J Nutr Health Aging*. 2018 Apr 24;22(4):463-70. doi: 10.1007/s12603-018-1008-6.
13. Matziou V, Vlahioti E, Perdikaris P, Matziou T, Megapanou E, Petsios K. Physician and nursing perceptions concerning interprofessional communication and collaboration. *J Interprof Care*. 2014;28(6):526-33. doi: 10.3109/13561820.2014.934338.
14. Instituto Mexicano del Seguro Social. Valoración Geriátrica Integral en Unidades de Atención Médica. 2018. Disponible en: <https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/190GER.pdf>.
15. Valdez Labastida R, Zamora Ruiz P, Reyes Chávez B-E, López-Cantera G. Consultoría en enfermería, una estrategia de cuidado avanzado. *Rev Enfermería Neurológica*. 2017;16(3):159-66. Disponible en: <https://revenferneurolenlinea.org.mx/index.php/enfermeria/article/view/246>.
16. Galicia-Aguilar RM, Nájera-Gutiérrez G, Morales-Nieto A. Consulta de enfermería en la atención primaria. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc*. 2010;18(1):31-4. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2010/eim101f.pdf>
17. Hernández-Sampieri R, Mendoza-Torres CP. Metodología de la investigación. Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta. . México: McGraw-Hill Interamericana Editores; 2018. 18. De Souza MC. Artesanía de la investigación cualitativa: Lugar editorial, editor. Buenos Aires; 2009. (Si este es el nombre de la editorial, ponerlo a continuación de Buenos Aires, precedido de dos puntos)(Si es el nombre de la editorial, ya lo corregí)
19. Parra K. Aplicación del Método Fenomenológico para comprender las reacciones emocionales de las familias con personas que presentan necesidades educativas especiales. *Rev Invest*. 2017;41(91):99-123. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/3761/376156277007.pdf>.
20. Muñoz H. La investigación cualitativa: Práctica desde Atlas. 2016. Disponible en: <https://docplayer.es/190115242-La-investigacion-cualitativa-practica-desde-atlas-ti-henry-alfonso-munoz-rojas.html>.
21. Asociación Médica Mundial. Declaración de Helsinki de la AMM - Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. 2013. Disponible en: http://conbioetica-mexico.salud.gob.mx/descargas/pdf/Declaracion_Helsinki_Brasil.pdf.
22. National Institutes of Health. Informe Belmont Principios y guías éticos para la protección de los sujetos humanos de investigación. 1979. Disponible en: http://www.conbioetica-mexico.salud.gob.mx/descargas/pdf/normatividad/normatinternacional/10._INTL_Informe_Belmont.pdf.

23. Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. Reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud. México: Secretaría de Servicios Parlamentarios; 2014 p. 1-31. Disponible en: http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regley/Reg_LGS_MIS.pdf.
24. Escobar B, Jara P. Filosofía de Patricia Benner, aplicación en la formación de enfermería: propuestas de estrategias de aprendizaje. *Educación*. 2019;XXVIII(54):182-202. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/educ/v28n54/a09v28n54.pdf>.
25. Appleby C, Camacho-Bejarano R. Retos y oportunidades: aportaciones de la Enfermera de Práctica Avanzada en la cronicidad. Aprendiendo de las experiencias. *Enfermería Clínica*. 2014;24(1):90-8. <http://dx.doi.org/10.1016/j.enfcli.2013.12.008>.
26. Matthews J, Bialocerkowski A, Molineux M. Professional identity measures for student health professionals – a systematic review of psychometric properties. *BMC Med Educ*. 2019;19(1):308. <https://doi.org/10.1186/s12909-019-1660-5>.
27. Johannessen A-K, Steihaug S. The significance of professional roles in collaboration on patients' transitions from hospital to home via an intermediate unit. *Scand J Caring Sci*. 2014;28(2):364-72. doi: 10.1111/scs.12066.
28. Sánchez G, Naún Y, Baró T, Serrano C. Protocolo de Atención de Enfermería Al Adulto Mayor en instituciones de salud. *Rev Inform Cient*. 2018;97(5):11. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/ric/v97n5/1028-9933-ric-97-05-999.pdf>.
29. Chavéz KS, Dwyer AA, Remelet A-S. International practice settings, interventions and outcomes of nurse practitioners in geriatric care: A scoping review. *Int J Nurs Stud*. 2018;78:61–75. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2017.09.010>
30. Secretaría de Salud. Protocolo para la atención de las personas adultas mayores por enfermería. *Instituto Nacional de Geriatria*; 2017. Disponible en: http://www.geriatria.salud.gob.mx/descargas/publicaciones/Protocolo_PAM.pdf.
31. Reuben D, Ganz DA, Roth CP, McCreath HE, Ramirez KD, Wenger S N. The Effect of Nurse Practitioner Co-Management on the Care of Geriatric Conditions. *J Am Geriatr Soc*. 2013;61(6):857-67. <https://doi.org/10.1111/jgs.12268>.