

UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS DE LA HABANA
FACULTAD DE ENFERMERÍA TECNOLOGÍA DE LA SALUD
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA

**ESTRATEGIA ASISTENCIAL COMUNITARIA PARA LA
INTEGRACIÓN DE CUIDADOS EN EL ANCIANO EN ESTADO DE
NECESIDAD**

**Tesis presentada en opción al grado científico de
Doctor en Ciencias de la Enfermería**

AUTOR: YONI TEJEDA DILOU

Santiago de Cuba

2023

UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS DE LA HABANA
FACULTAD DE ENFERMERÍA TECNOLOGÍA DE LA SALUD
CENTRO DE ESTUDIOS EN INVESTIGACIONES MÉDICAS

**ESTRATEGIA ASISTENCIAL COMUNITARIA PARA LA
INTEGRACIÓN DE CUIDADOS EN EL ANCIANO EN ESTADO DE
NECESIDAD**

**Tesis presentada en opción al grado científico de
Doctor en Ciencias de la Enfermería**

Autor: Prof. Aux. Lic. Yoni Tejeda Dilou. M.Sc
Licenciado en Enfermería

Tutor: Prof. Tit. Lic. Caridad Dandicourt Thomas. Dr. C
Prof. Tit., Lic. Rafael René Suárez Fuentes. Dr. C

Santiago de Cuba

2023

AGRADECIMIENTOS

A mis tutores: Dr.C. Caridad Dandicort Thomas y Dr.C. Rafael René Suárez Fuente.

Al Dr.C. Clemente Couso Somuano, a las Dr.C. Nadina Trabieso y Dr.C María Eugenia García Céspedes, MS.c Mariza Acosta Nordet por todo el estímulo, apoyo y perseverancia.

A Ana Mirtha Tejeda Dilou mi madre.

A mi gran amiga Mercy Rosales de Arma y Alexis Dubal.

A la familia Tejeda Dilou.

A todos los trabajadores del Policlínico Docente José Martí Pérez, en especial a la Dra. Niurka Traba Delis y Lic Yudith Macias González.

A mis compañeros de trabajo.

A todos los docentes que tuvieron que ver con mi formación.

A los que de una forma u otra están presentes en esta Tesis.

Muchas Gracias

DEDICATORIA

A mi madre:

Por el gran sentido que le ha dado a mi vida, ya que ella es mi luz, mi sol y principal fuente de inspiración y trabajo.

A mis hermanos y amigos:

Por brindarme la estabilidad necesaria, inspirándome confianza, fuerza y paz ante los diferentes caminos de la vida.

A mis tutores:

Por su dedicación, el amor, la entrega de forma incondicional a la realización y revisión de este trabajo; otra vez gracias.

A la Revolución:

Por haber permitido que el profesional de enfermería se integrara en el trabajo con el anciano en estado de necesidad en la Atención Primaria de Salud.

A nuestro Comandante en Jefe Fidel Castro Ruz:

Por darme la oportunidad de formarme como Doctor en Ciencias de la Enfermería, para brindar un mejor servicio de calidad a favor del proceso revolucionario.

SÍNTESIS

Se realizó una investigación de desarrollo de tipo no experimental, transversal cualicuantitativo, a través de la estimación del comportamiento antes y después de la implementación en la práctica clínico asistencial en período comprendido entre el año 2019 y el año 2022 en el Policlínico Docente José Martí Pérez de Santiago de Cuba, con el objetivo de elaborar una estrategia asistencial comunitaria para la integración de los cuidados formales y no formales en el anciano en estado de necesidad en el nivel primario de atención. Los resultados obtenidos mediante el análisis documental y el estudio histórico-lógico en el proceso de integración de los cuidados posibilitaron encontrar insuficiencias en el proceso y funcionamiento del cuidado en el anciano, dadas por el desconocimiento de la integración entre los cuidados formales y no formales en el binomio (enfermera-familia), elementos que posibilitaron identificar el problema científico: ¿Cómo mejorar los cuidados que recibe el anciano en estado de necesidad en el Policlínico Docente José Martí Pérez? La validación del instrumento para evaluar la integración de los cuidados formales y no formales, el algoritmo de acciones y el análisis de los resultados de la consulta a expertos en la constatación de la propuesta, evidencian la viabilidad de la estrategia asistencial comunitaria para la integración de los cuidados formales y no formales en el nivel primario de atención en el anciano en estado de necesidad.

ÍNDICE

Contenido

INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I. FUNDAMENTOS TEÓRICOS DEL PROCESO DE INTEGRACIÓN DE LOS CUIDADOS FORMALES Y NO FORMALES EN EL ANCIANO EN ESTADO DE NECESIDAD EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN.....	11
1.1 Fundamentos teóricos del proceso del cuidado en enfermería y su relación con la integración de los cuidados formales y no formales en el anciano en estado de necesidad en el primer nivel de atención	11
1.2 Fundamento de la influencia del desarrollo del Programa de Atención al Adulto Mayor en el anciano en estado de necesidad en el primer nivel de atención	19
1.3 La integración de los cuidados formales y no formales como una herramienta asistencial para el anciano en estado de necesidad en el contexto comunitario	29
Conclusiones del Capítulo I	32
CAPÍTULO II. CARACTERIZACIÓN DEL ESTADO ACTUAL DE LA RELACIÓN ENTRE LOS CUIDADOS FORMALES Y NO FORMALES EN EL ANCIANO EN ESTADO DE NECESIDAD EN LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD Y SU INTEGRACIÓN	33
2.1 Clasificación de la investigación	34
2.2 Conformación del grupo de estudio.....	35
2.3 Procedimientos metodológicos de la etapa 1. Estudio bibliométrico.....	36
2.4 Procedimientos metodológicos de la etapa 2. Diagnóstica.....	38

2.5	Validación del instrumento para la integración de los cuidados formales y no formales en el anciano en estado de necesidad en el primer nivel de atención	50
2.6	Análisis de los resultados de los instrumentos aplicados	55
	Análisis de los resultados de la entrevista individual a los familiares como agente ejecutor de cuidados no formales sobre el proceso de integración de los cuidados...	55
	Análisis de los resultados de la entrevista individual a los profesionales de enfermería como gestores de cuidados formales sobre el proceso de integración de los cuidados.	57
	Análisis de los resultados del pilotaje de opinión sobre el instrumento de integración en los profesionales de enfermería y familiares en el primer nivel de atención.	59
	Análisis de los resultados de la validación del instrumento de integración para los cuidados formales y no formales.....	59
	Análisis de los resultados del instrumento para evaluar la integración de los cuidados en el anciano en el primer nivel de atención.	60
2.7	Triangulación de los instrumentos para el inventario de problemas en la integración de los cuidados formales no formales en el anciano en el primer nivel de atención	60
2.8	Consideraciones éticas	64
	Conclusiones del Capítulo II	65
CAPÍTULO III. DINÁMICA DE LA ESTRATEGIA DE INTEGRACIÓN DE LOS CUIDADOS FORMALES Y NO FORMALES EN EL ANCIANO EN ESTADO DE NECESIDAD EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN.....		66

3.1	Referentes teóricos del diseño de la estrategia de integración de cuidados formales y no formales en el anciano en estado de necesidad en el primer nivel de atención	67
3.2	Fundamentación de la estrategia de integración de los cuidados formales y no formales en el anciano en estado de necesidad en el primer nivel de atención	69
3.3	Modelación y etapas de la propuesta de la estrategia asistencial para la integración de los cuidados formales y no formales en el anciano en el primer nivel de atención	73
3.4	Corroboración parcial de la estrategia de integración de los cuidados formales y no formales en el anciano en estado de necesidad en el primer nivel de atención	88
3.5	Resultados de la corroboración de la estrategia de integración de los cuidados en el anciano en estado de necesidad	91
3.6	Resultados alcanzados en la aplicación de la estrategia de integración de los cuidados formales y no formales en el anciano en estado de necesidad en el primer nivel de atención	93
	Conclusiones del Capítulo III	97
	CONCLUSIONES	98
	RECOMENDACIONES	100
	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	
	ANEXOS	

INTRODUCCIÓN

Las teorías y modelos para la atención de enfermería surgen de la necesidad de contar con una base de conocimientos propios de la profesión, debido a que su desarrollo histórico ha hecho que tradicionalmente deriven de las ciencias físicas y conductuales como: la Medicina, Psicología y Sociología; desde esta perspectiva el desarrollo de teorías y modelos se considera una prioridad para el personal de enfermería. ¹

Estas ofrecen maneras de ver la disciplina en términos claros y explícitos. Las propuestas de las teorías de enfermería y sus construcciones conceptuales están dirigidas a proveer dirección y guía en la práctica, la educación y la investigación. ^{1,2}

Algunas de estas como ciencia, abordan en su esencia el cuidado desde una perspectiva holística que orienta el trabajo hacia la búsqueda de soluciones específicas para cubrir las necesidades reales de los pacientes en su entorno, entre sus funciones la de ayudar al individuo enfermo o sano a realizar las actividades que contribuyen a su salud, recuperación o una muerte tranquila (Virginia Henderson).

^{1,3,4}

En informe de la Fundación General sobre el anciano, para el examen de sus políticas de fomento en materia de envejecimiento aborda las necesidades reales que demandan las personas mayores de 65 años, entre las que se destacan la discapacidad y la dependencia, como factores determinantes que influyen en la mejora de la calidad de vida general desde las posibles líneas de interés.⁵ Lo antes referido hace que la Enfermería sufra cambios y evolucione de ser una mera

aplicación de técnicas, a abrir su campo de acción a otros ámbitos, como el de la prevención.⁶

Debido a la transición demográfica que ocurre a nivel mundial y en Latinoamérica, el promedio de vida según la OMS, se encuentra en Cuba con 78 años, seguidos de Chile, Costa Rica con 77 años; luego Argentina, Uruguay y Venezuela con 75 años de existencia promedio y posteriormente se ubican México con 74 y Perú con 71 años.^{6,7}

En los países desarrollados, el mayor impacto se sentirá en los próximos 50 años, cuando los jóvenes y adultos que ahora leen esta nota sean personas mayores. Hoy, una de cada diez personas tiene más de 60 años. Según las cifras de las Naciones Unidas, para el 2050 lo será una de cada cinco y habrá dos personas mayores por cada menor de 14 años y aproximadamente cerca del 20% en 2050.⁸⁻¹⁰

Dada la confluencia de diversos hechos políticos, económicos y sociales, la esperanza de vida aumenta y con ello todas las enfermedades prevalentes de la tercera edad, que tienen la cualidad de no ser enfermedades curativas, sino que, por lo general son degenerativas, lo que se traduce en cronicidad, con situaciones de dependencia funcional para desempeñar las actividades de la vida diaria, acompañado de procesos de discapacidad prevalente, a lo largo del ciclo vital.¹⁰⁻¹¹

Como necesidad de las comunidades, surge una figura que no ha sido poco valorada, porque cumple un papel fundamental en el acompañamiento y cuidado del AEN. Esta figura es llamada cuidador, que por las connotaciones culturales, sociodemográficas, entre otras, es un familiar, amigo cercano o cuidador estatal remunerado. En estas condiciones se podría establecer que son personas que por lo general no han estado educadas para el manejo de diferentes tipos de patologías,

por lo que el aprendizaje termina dándose más por la experiencia, la necesidad u obligación de cuidado.

Desde lo antes expuesto el autor considera al anciano en estado de necesidad (AEN) como un individuo que para su subsistencia necesita de los cuidados formales y no formales para lograr un equilibrio entre las necesidades básicas y el bienestar biológico, psicológico, social, espiritual, financiero y ecológico durante su etapa de discapacidad. Este fenómeno es uno de los retos actuales más importantes para las políticas de salud.¹⁰⁻¹¹

Desde esta visión el autor concuerda que los cuidadores no formales de AEN son los encargados de los cuidados no formales, en los cuales, la enfermería tiene ante sí una tarea importante en la atención a las personas dependientes parcial o total y sus cuidadores. Esto exige cambios y adaptaciones en las formas de actuar y en la formación previa; requiere movilizar recursos individuales, familiares y comunitarios para compartir el saber profesional con quienes atienden en cada momento al AEN^{1,4,12}

El autor considera que identificar los determinantes del uso de cuidados formales en el AEN, permite además, la relación que los vincula al uso de cuidados no formales, no sólo para poder prever el costo del cuidado, sino también para diseñar políticas que garanticen el bienestar físico y emocional del anciano en estado de necesidad y cuidadores. ^{4,5,6}

En Cuba el Ministerio de Salud Pública (MINSAP) desarrolla planes estratégicos de proyección social en bienestar de la población. Con la introducción del Programa del Médico y Enfermera de la Familia, la enfermería tiene un rol docente asistencial mediante la promoción de salud y prevención de enfermedades en la atención a los

pacientes adultos mayores en el primer nivel de atención. Sin embargo, resulta importante que se integren los cuidados formales y no formales en la atención en el AEN. En esta dirección son numerosas las tareas que se establecen como estrategias de salud para garantizar la atención integral a los mismos en el primer nivel de atención de salud.

En el diagnóstico fáctico previo que realizó el autor, basado en el incremento de la población mayor de 65 años en Cuba con una media de 78 años como promedio, permitió identificar mediante los resultados de supervisiones, auditoría a historias clínicas y a través de la observación directa e indirecta en las entrevistas de trabajo, las siguientes situaciones problemáticas:

1. Incremento en el número de ancianos en estado de necesidad en el primer nivel de atención.
2. Insuficiencias en la atención asistencial para la integración de los cuidados formales y no formales.
3. Poco conocimiento de la integración de los cuidados en la atención integral en el AEN.

A partir de la experiencia del autor como miembro del equipo de supervisión provincial, permitió identificar de manera empírica, a través del diagnóstico causal en el primer nivel de atención, los siguientes problemas:

1. Insuficientes conocimientos de los cuidadores no formales.
2. Deficientes cuidados ofrecidos por los cuidadores formales y no formales.
3. Poco tiempo para brindar cuidados a causa de la sobrecarga laboral del personal de enfermería.

La no integración de los cuidados formales y no formales, trae aparejado déficit en la calidad de la atención en el AEN en el nivel primario de atención. Al explorar los catálogos de publicaciones, sitios y las bases de datos de carácter biomédico (SciELO, Medline, Redalyc y Medigraphic) revelan poca evidencias de artículos publicados con una estrategia asistencial comunitaria para la integración de los cuidados formales y no formales, aunque existen aspectos generales del tema.

Las aseveraciones precedentes, desde el punto de vista epistemológico de esta investigación, permitirán delimitar como **problema científico:**

¿Cómo mejorar los cuidados que reciben los ancianos en estado de necesidad en el Policlínico Docente José Martí Pérez?

El problema conduce a determinar como **objeto de estudio:** El proceso del cuidado en el anciano en estado de necesidad.

El campo de la investigación: La integración de los cuidados formales y no formales en el anciano en estado de necesidad en el Policlínico Docente José Martí Pérez.

En esta lógica, el objetivo de la investigación se encaminó a diseñar una estrategia asistencial comunitaria para la integración de los cuidados formales y no formales en el Policlínico Docente José Martí Pérez, en el período comprendido entre el año 2019 y el año 2022.

La presentación del diseño teórico-metodológico de la tesis.

Para cumplir con el objetivo anterior se plantearon las preguntas científicas siguientes:

- 1- ¿Qué referentes teóricos sustentan la evolución histórica de la relación entre los cuidados formales y no formales en el AEN en el nivel primario de atención?
- 2- ¿En qué estado se encuentra la relación entre los cuidados formales y no formales en el AEN en el primer nivel de atención y su integración?
- 3- ¿Cómo lograr la integración de los cuidados formales y no formales en el AEN?
- 4- ¿Qué resultados se obtienen con la estrategia asistencial para la integración de los cuidados formales y no formales en el AEN en el primer nivel de atención?

Para dar respuesta a las interrogantes planteadas anteriormente se trazaron las tareas de investigación siguientes:

1. Referentes teóricos que sustentan la evolución histórica de la relación entre los cuidados formales y no formales en el anciano en estado de necesidad en el primer nivel de atención y su integración: desde el Programa de Atención al Adulto Mayor en el primer nivel de atención, la relación entre los cuidados formales y no formales en el AEN, y la integración de los cuidados formales y no formales en el anciano en estado de necesidad, en el primer nivel de atención.
2. Caracterización del estado actual de la relación entre los cuidados formales y no formales en el anciano en estado de necesidad en el primer nivel de atención y su integración: desde el estado actual de la relación entre los cuidados formales y no formales en el AEN en el primer nivel de

atención y su integración, la valoración de los resultados del diagnóstico inicial.

3. Dinámica de la estrategia asistencial comunitaria para la integración de los cuidados formales y no formales en el anciano en estado de necesidad en el primer nivel de atención: desde el proceso de modelación y los fundamentos de la estrategia asistencial para la integración de los cuidados formales y no formales, la estructura de la estrategia asistencial para la integración de los cuidados formales y no formales en el AEN en el primer nivel de atención.
4. Corroboración de la validez de la estrategia asistencial comunitaria para la integración los cuidados formales y no formales en el anciano en estado de necesidad en el primer nivel de atención: desde el análisis de los resultados obtenidos en la aplicación de la estrategia asistencial para la integración de los cuidados formales y no formales en el AEN en el primer nivel de atención, resultados de la aplicación parcial de la propuesta en la práctica.

El estudio correspondió a una investigación desde un enfoque cualitativo de tipo fenomenológico y desde lo cuantitativo de tipo no experimental, realizado en el período comprendido desde enero 2019 a enero 2022. La investigación se sustenta desde el enfoque dialéctico-materialista; por tanto, para la obtención de los datos y el procesamiento de la información se emplean las indagaciones de los niveles teóricos, empíricos y estadísticos.

Métodos del nivel teórico:

- Analítico-sintético: transitó por todo el proceso de investigación científica en el desarrollo de la caracterización de objeto y campo de investigación y en el diagnóstico de estado actual del campo investigado.
- Sistémico estructural funcional: permitió la elaboración desde la lógica o sucesión de los procedimientos a realizar por el autor para la construcción del conocimiento de manera rigurosa y consciente desde los presupuestos epistemológicos, la hipótesis que elabora y las diversas tareas que se realizan en la estrategia asistencial para la integración de los cuidados formales y no formales en el AEN del nivel primario de atención.
- Hipotético- deductivo: permitió observar el fenómeno de estudio y constatar la hipótesis de la investigación.
- Holístico y holográfico: posibilitó integrar los paradigmas cualitativo y cuantitativo desarrollados en la investigación, como un todo.
- Sistematización: posibilitó ordenar la información sobre los cuidados formales y no formales en el AEN y proporcionó los resultados de estudios realizados sobre el tema, que aportan supuestos que sustentan el diseño de la estrategia asistencial.

Indagaciones del nivel empírico:

- Las entrevistas especializadas a profesionales de la enfermería que laboran en el primer nivel de atención y a familiares de AEN, observación participativa directa y la consulta a expertos (Especialistas Médicos y de Enfermería, Geriatras, Psicólogos, Sociólogos).

Métodos estadísticos:

- Método estadístico matemático: permitió el empleo de las técnicas estadísticas para procesar los resultados de la aplicación de los métodos o técnicas empíricas, se utilizó para la distribución de frecuencia y el análisis porcentual.

APORTES:

APORTE PRÁCTICO:

Lo constituye, el instrumento de evaluación de los cuidados formales y no formales, la estrategia asistencial comunitaria y el algoritmo de acciones para la integración de los cuidados formales y no formales en el AEN en el nivel primario de atención, así como la definición operacional de dimensiones y sub dimensiones en relación al método científico de la Enfermería y al proceso de integración de los cuidados formales y no formales en el AEN en el nivel primario de atención. Esto enriquecería las Ciencias Médicas en general y en particular la Ciencia de la Enfermería.

APORTE TEÓRICO:

Lo constituye la relación que se manifiesta en la estrategia para integrar los cuidados formales y no formales sustentado desde las 14 necesidades de la teoría de Virginia Henderson y los referentes teóricos de las teorías de Dorothea Orem, Patricia Benner y Madeleine Leininger, a través del conjunto de acciones implementadas en el Proceso de Atención de Enfermería que contribuye al profundo y complejo proceso de integración de los cuidados en la atención en el AEN el nivel primario de atención.

NOVEDAD CIENTÍFICA DE LA TESIS:

Consiste en la contextualización y evidencia de la eficacia de la estrategia asistencial comunitaria que revelan nexos, entre la relación de los cuidados formales ofrecidos por el profesional de enfermería y los cuidados no formales por los familiares para así lograr su integración desde las acciones ético profesional, clínico asistencial y humanizada en el nivel primario de atención para incluir cuidados en el AEN.

CAPÍTULO I

FUNDAMENTOS TEÓRICOS DEL PROCESO DE INTEGRACIÓN DE LOS CUIDADOS FORMALES Y NO FORMALES EN EL ANCIANO EN ESTADO DE NECESIDAD EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN

CAPÍTULO I.FUNDAMENTOS TEÓRICOS DEL PROCESO DE INTEGRACIÓN DE LOS CUIDADOS FORMALES Y NO FORMALES EN EL ANCIANO EN ESTADO DE NECESIDAD EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN

El capítulo aborda algunos de los referentes teóricos del cuidado de enfermería desde su evolución histórica y la relación con el proceso de integración de los cuidados formales y no formales en el AEN en el primer nivel de atención. Se fundamenta la influencia del desarrollo del Programa de Atención al Adulto Mayor, así como el abordaje de las categorías cuidados, cuidados formales, cuidados no formales, integración de cuidados, prevención y la integración de los cuidados formales y no formales en el AEN en el contexto comunitario.

1.1 Fundamentos teóricos del proceso del cuidado en enfermería y su relación con la integración de los cuidados formales y no formales en el anciano en estado de necesidad en el primer nivel de atención

La evolución de la especie humana desde el inicio de la civilización ha tenido presente el concepto de cuidado o de ayuda ofrecido por familiares o amigos^{1,2}, y ha

estado estrechamente ligada y caracterizada en cada momento histórico, para asociarse a la responsabilidad del cuidado de salud como lo demanda la sociedad.^{13,14}

Sin embargo, la profesionalización llegaría a través de Florence Nightingale, (1823-1910), quien propone una nueva visión del cuidado y lo define como el servicio a la humanidad que la enfermera asume y lleva a cabo para situar al paciente en las mejores condiciones posibles para que la naturaleza actúe sobre él. Además fue considerado como una aportación propia de la enfermera a la atención de la salud desde aquellos tiempos.^{15,16}

Nightingale abordó los elementos conceptuales, filosóficos, y los principios que han orientado a la profesión basados en el estudio de los núcleos disciplinarios básicos (persona, entorno, salud, cuidado), que se consideran hoy esenciales para la comprensión de la naturaleza del accionar de enfermería, con el propósito de descubrir la riqueza de un pensamiento que aún no ha sido reconocido por los profesionales de enfermería en los servicios de salud.¹⁷

Los siglos XIX y XX se caracterizaron por la necesidad de mejorar la salubridad y controlar las enfermedades infecciosas, lo que ayuda a comprender la importancia en el medio ambiente y la influencia de la naturaleza expresada por Nightingale.^{17,18}

A juicio del autor, este pensamiento, así como las contribuciones realizadas con vista a mejorar la calidad de los servicios asistenciales y las condiciones higiénicas sanitarias de los enfermos, marcó una diferencia en la profesión y favoreció sus avances hacia el desarrollo científico de la misma, que a partir de ese momento comienza el perfeccionamiento filosófico del cuidado a través del progreso teórico de la disciplina.

Varias han sido las personalidades que han contribuido al fortalecimiento de la profesión de Enfermería desde lo filosófico, lo teórico y los modelos conceptuales. Mediante la sistematización realizada, el autor centró su experiencia en los aspectos filosóficos desde el desarrollo científico de las teorías de Dorothea Orem, Patricia Benner y Virginia Henderson, Madeleine Leininger que le permitió analizar desde cuatro vertientes diferentes el proceso de integración desde lo asistencial a través del desarrollo del metaparadigma cuidado.

La visión de Dorothea Orem, plantea que el cuidado es una actividad permanente que a través de sus formas de autocuidados y las prácticas profesionales de la enfermería, sitúa al individuo de forma habitual en el proceso vital del cuidado. ^{19, 20,}

²¹

Aborda en su modelo el déficit de autocuidado como una teoría general compuesta por tres subteorías interrelacionadas, las cuales se describe a continuación: el autocuidado; El déficit de autocuidado; Los sistemas de enfermería.

Oren en su teoría afronta los sistemas de enfermería como serie y secuencia de acciones prácticas deliberadas que llevan a cabo las enfermeras, a veces en coordinación con el propio paciente, para satisfacer y conocer los componentes de la demanda de autocuidado terapéutico de estos y para proyectar o regular el ejercicio o desarrollo de la actividad auto asistencial.¹⁸

A criterio del autor, esta teoría aporta los elementos esenciales para un cuidado humanizado en el primer nivel de atención, ya que sitúa al individuo dependiente de cuidados AEN de forma permanente desde el cuidado formal y no formal y el autocuidado.

En la práctica estos elementos que se abordan en la teoría de Dorotea Orem, sustentan la orientación preventiva de los cuidados integrados que se brindan en el primer nivel de atención.

Otra de las teorías, la de Patricia Benner considera su práctica como una ciencia que sigue la moral, la ética y la responsabilidad. Se centra en el proceso de rol de ayuda a los pacientes.^{13,14} Aborda en su teoría que las enfermeras de un nivel de experiencia muy elevado en determinados campos, podrían llegar a convertirse en enfermeras expertas, capaces de desarrollar habilidades intuitivas parciales en cada situación e identificar con su experiencia, en múltiples diagnósticos, el campo del problema, sin perder el tiempo.^{18,22, 23}

Desde la reflexión del autor, Benner guía hacia un compromiso profesional que orienta hacia la moral desde las normas éticas, que involucra la intervención de enfermería desde el binomio enfermera-familia, como un factor motivador esencial en el proceso de cuidado en el AEN a través del comportamiento humano y sus necesidades en el primer nivel de atención.

En el modelo propuesto por Lydia E. Hall, se asemeja bastante al modelo moderno de atención primaria de salud y sus cuidados, también fue la primera teoría que percibe a las enfermeras como profesionales y estableció que la atención debe ser administrada sólo por enfermeras entrenadas. Hall también incluye a la familia sus cuidados en su modelo, y se centró en mantener una salud óptima y la calidad de vida.^{24,25}

Martínez. asume, el modelo propuesto por Hall, que señala que los cuidados de enfermería deben ser realizados por un equipo profesional con conocimientos y competencias para su ejercicio e interrelacionado con las acciones familiares.

El autor asume los postulados de Hall y Benner, dado que el profesional de enfermería que labora en el primer nivel de atención, poseen un alto nivel científico que se ponen de manifiesto en lo ético en el cuidado, a través de una experiencia basada en la responsabilidad, el conocimiento de la atención ambulatoria y la importancia de la implicación familiar, para lograr un trabajo efectivo. Por lo que la capacitación del binomio enfermera-familia posibilita cambios en los resultados en la atención integral e integrada al anciano en estados de necesidad.

Por su parte Virginia Henderson, definió la enfermería en términos funcionales y plantea que la única función de la enfermera consiste en ayudar al individuo enfermo o sano, a realizar las actividades que contribuyan a su salud, recuperación o una muerte tranquila, que llevaría a cabo si el anciano contara con la fuerza, voluntad o conocimientos necesarios, de tal modo que se le facilite la consecución de independencia lo más rápido posible, aunque no define desde su teoría los conceptos de salud, entorno, persona, necesidad.^{24,25}

A consideración del autor, la esencia del cuidado en el AEN está en la ayuda que se le brinda como sujeto, que necesita para su subsistencia, cuidados integrales desde el proceso de integración de los cuidados formales y no formales a través de los cuidados profesionales y el accionar familiar desde el respeto a sus aspectos culturales en el cuidado como planteara Henderson y Leininger en sus teorías.

Desde esta perspectiva el autor asume lo planteado por Watson que hace mención de los dominios que abarca la Enfermería, desde el empleo de los cuidados en el mantenimiento o recuperación de la salud, así como el apoyo en el proceso del fin de la vida y el momento de la muerte.²⁶

A criterio del autor lo referido por Henderson y Watson existen coincidencias con lo asumido por el autor, en cuanto a que, el AEN debe ser apoyado en los procesos finales de la vida o el momento de la muerte, desde la integración de los cuidados formales y no formales en el régimen hospitalario o ambulatorio, a través de las 14 necesidades (comer y beber, eliminar los desechos, moverse y mantener una postura adecuada, dormir y descansar, elegir la ropa adecuada, mantener la temperatura corporal, evitar los peligros del entorno, comunicarse con los otros, actuar con arreglo a la propia fe, trabajar para sentirse realizado, participar en diversas formas de entrenamiento, aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad), herramienta asumida por el autor en el trabajo comunitario con el AEN.

Madeleine Leininger, en su teoría refiere que los individuos con carencias de cuidados desde lo cultural, necesitan atención coherente que relacione la participación conjunta del paciente con la relación de los cuidados profesionales; aborda el término cuidados y los fenómenos abstractos y concretos, relacionados con las actividades de la asistencia, apoyo o capacitación, dirigidas a otras personas que tienen necesidades evidentes o potenciales, con el fin de atenuar o mejorar su situación o su modo de vida.²⁷

Desde la visión de esta teoría, el autor asume que la enfermería y el cuidado cultural deben constituir el centro o la esencia de la práctica comunitaria, lo cual exige que el actuar profesional y familiar deban guiarse por la responsabilidad ética desde el desarrollo de relaciones afines, comprensivas y respetuosas, además, de tomar decisiones basadas en la identificación de aspectos culturales que involucren la sensibilidad en el binomio enfermera-familia, a través de juicios apropiados y sólidos que comprometan el arte del cuidado desde lo cultural.

Otro autor, Nogales desde la visión de Villalobo afirma que el crecimiento de la enfermería como disciplina radica, en parte, en el desarrollo de las teorías que dan sustento al conocimiento de la profesión, pero, más que todo, en aquellos juicios que permiten ser la base de la práctica fundamentada e independiente, es decir, que expresa la concepción teórica de la profesión. ^{28,29}

Desde esta perspectiva el autor considera que la orientación familiar y el actuar conjunto con el profesional de salud, ayudan a que se garantice el proceso de integración de los cuidados en el anciano en estados de necesidad en el primer nivel de atención.

El autor tiene en cuenta los aspectos señalados por Villalobos y el modelo de Hall, donde aborda la importancia de la capacitación y superación de los profesionales de la enfermería y la orientación a la familia como herramienta vital de trabajo en el cuidado, que son fundamentales en el proceso de integración de los cuidados formales y no formales en los ancianos en estado de necesidad.

Las diversas teorías analizadas, en correspondencia con lo asumido por el autor, abordan la filosofía del cuidado desde las características de cada paradigma que han influido en el desarrollo de la Enfermería, con criterios muy específicos y diferentes aspectos conceptuales que centran su atención en la persona y su entorno aunque, se considera que estas, están orientadas con una visión mecanicista reduccionista, que limita la praxis del cuidado en la enfermería comunitaria, ya que no abordan al proceso del cuidado desde la integración del binomio enfermera-familia como una forma alternativa de mejora en la atención en el anciano en el primer nivel de atención.

En la integración del binomio enfermera-familia no se pueden separar los aspectos del cuidado, el mantenimiento de la vida y el estado de salud-enfermedad como forma de mejora en la atención al anciano, de ahí, que el autor asume el concepto de cuidar como un fenómeno socio-cultural, en una ciencia social y humana que necesita preparación, conocimientos, investigación y sobre todo experiencia de trabajo de campo,^{2,30,31} como elemento primordial en la atención comunitaria

Desde esta definición de cuidar, el autor, visualiza al proceso de integración de los cuidados formales y no formales como una herramienta para que el binomio enfermera-familiar logre diversas conductas generadoras de salud, bienestar y calidad de vida en el anciano dependiente.

El cuidado del AEN en el primer nivel de atención es una de las problemáticas que se debe atender desde los aspectos conceptuales de las teorías de enfermería, el autocuidado, los conceptos de salud, entorno, persona, necesidad, los principios de la ética y la responsabilidad comunitaria, sin olvidar los diferentes estados por los que transitan los ancianos (la dependencia, la fragilidad y el estado de necesidad) como procesos consecutivos que se acompañan de limitaciones corporales, como consecuencia de las enfermedades o traumatismos, que dependen del accionar del profesional de enfermería y la familia mediante las actividades planificadas a través del método científico en la profesión de enfermería.

Luego de la sistematización de los referentes teóricos revisados, el autor considera que los aportes de la enfermería tienen una implicación en la transición de la responsabilidad del cuidado familiar, que pasa a las redes informales de forma creciente en los años 80 del siglo XX, como consecuencia de la desinstitucionalización, que posteriormente se establecen nuevas bases que

permiten integrar el cuidado comunitario mediante el Método Científico de Enfermería desde los marcos referenciales y las tendencias contemporáneas.

El primer nivel de atención desde el cuidado profesional y familiar, establece una interrelación dialéctica entre las teorías y sus definiciones, que posibilitaron al autor acercarse al proceso de integración de los cuidados formales y no formales, desde la concepción del Programa de Atención al Adulto Mayor en el primer nivel de atención. Hacia esta dirección se encamina el próximo epígrafe.

1.2 Fundamento de la influencia del desarrollo del Programa de Atención al Adulto Mayor en el anciano en estado de necesidad en el primer nivel de atención

En América Latina, según estudios realizados por el Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE), se aborda cómo los cambios demográficos afectarán a los países en las décadas subsiguientes, debido a la baja tasa de fecundidad y el aumento de la esperanza de vida que mueven la curva de crecimiento demográfico de la población adulta hacia la tercera edad.³²

Este comportamiento en la región de América Latina y el Caribe, muestra un incremento sostenido de la proporción y el número absoluto de las personas de 60 años en los próximos decenios, lo que incrementará para el año 2025 y 2050 aproximadamente en 86 millones de personas, con un crecimiento de un 3,5 %, y una velocidad de cambio de tres a cinco veces mayor que la población total.³²

Otros datos importantes lo aporta la Comisión Económica para América Latina y el Caribe, que refiere en sus anuarios una baja en el promedio del número de hijos por mujeres de 7 a 2 en los últimos años, lo que hace que sucesivamente y en periodos

cada vez más cortos, los grupos juveniles transiten a sociedades envejecidas en la región. Esto hace que la población mayor de 60 años sea superior a los 119 millones, lo que representa el 16,7 % de la población total de la región. ^{33,34}

Cuba es hoy el tercer país más envejecido de América Latina, lo que se relaciona con el aumento de la expectativa de vida, el descenso de la fecundidad por debajo del nivel de reemplazo, el saldo migratorio negativo y la disminución de la mortalidad infantil, todo lo cual, no solo afecta el tamaño y ritmo de crecimiento de la población, sino también su estructura por grupos de edades. Se estima que en los próximos cincuenta años será el país del tercer mundo más envejecido. ³⁵

A propósito de lo anterior, el autor considera que el envejecimiento poblacional en algunos países en el mundo actual contemporáneo, conlleva a trabajar de forma mancomunada en políticas encaminadas a paliar las complicaciones que transitan los ancianos durante este periodo de la vida. Cuba, ha generado políticas de salud mediante el Programa del Adulto Mayor en el primer nivel de atención con un conjunto de acciones cooperativas y solidarias de los diversos organismos encargados. ³⁶

El Programa de Atención al Adulto Mayor desde su surgimiento, constituye un potencial de ayuda que condiciona nuevas pautas en la atención integral desde lo biológico, psicológico y social, con enfoque de promoción, diagnóstico, terapéutica y rehabilitación que garantiza la participación del anciano y la familia como protagonistas de los cuidados en el primer nivel de atención. ³⁷⁻³⁹

Desde la valoración del autor el programa aborda las necesidades médico-sociales, los estados mentales, la capacidad de auto atención y de actividades de la vida diaria, economía y la integración social como elementos de la evaluación

multidimensional que ayudan desde la participación del binomio enfermera-familia como miembros activos en la creación e innovación de acciones en función del cuidados en el ancianos dependientes parcial o total en el primer nivel de atención.^{38,39}

Desde la sistematización realizada, el autor define al AEN, como aquel que necesita para su subsistencia, de los cuidados formales (profesional preparado de enfermería) o no formales (familiar, amigo o cuidador estatal remunerado) para mantener un equilibrio entre sus necesidades básicas y el bienestar biológico, psicológico, espiritual, financiero, social, vocacional y ecológico.⁴⁰

Al considerar el binomio enfermera-familia en los cuidados en el primer nivel de atención como proceso, se garantiza de forma organizada y planificada alcanzar una atención integral desde las acciones conjunta que se llevan a cabo por enfermería para lograr un objetivo, meta o propósito que mejore la calidad de los cuidados formales y no formales en el anciano en estados de necesidad.⁴⁰⁻⁴²

Por tal razón se considera que en el actuar de enfermería a través del desarrollo de acciones, se deben conceptualizar algunos términos en el cuidado en el anciano en estado de necesidad en el primer nivel de atención, tales como: cuidados, cuidados formales, cuidados no formales, integración de los cuidados y promoción de salud, que permitan unificar algunos conceptos en la teoría de enfermería desde la visión del autor.

Según Casado y López precisan que los cuidados de larga duración son llevados a cabo mayoritariamente por cuidadores no formales (familiares, amigos o vecinos o personal remunerado por los familiares para la actividad), cuidadores formales profesionales (profesional de enfermería y sanitarios) o por ambos, con el objetivo de

que la persona mayor dependiente parcial o total pueda tener la mejor calidad de vida posible, desde las preferencias individuales, la autonomía y por último, aunque no menos importante, a la dignidad humana. ⁴³

Desde los elementos epistemológicos de las teorías de Nightingale, Orem, Benner, Henderson, Leininger (figura 6), el autor define como cuidados a las acciones que se brindan a un individuo con incapacidad de satisfacer sus necesidades afectadas en el ámbito comunitario u hospitalario durante el desarrollo de toda su vida. Estos cuidados pueden ser aplicados por un familiar sin entrenamiento o un personal entrenado para cuidar.

El autor, sustenta la definición sobre los referentes teóricos, sin olvidar los aspectos culturales y la idiosincrasia individual del cuidado, como eje central de la satisfacción de las necesidades a través de los cuidados formales y no formales en el anciano en estado de necesidad.

El cuidado cultural como esencia del cuidado basado, en relaciones afines comprensiva y respetuosa, toma de decisión desde los aspectos culturales, juicios apropiados y sólidos desde el cuidado cultural, cuidado individualizado y particularizado desde aspectos culturales, desde las costumbres, valores y creencias como elementos básicos del cuidado cultural. ¹

El autor sustenta los aspectos culturales y la idiosincrasia individual del cuidado, basado en los conceptos básico utilizados por Madeleine Leininger que define el cuidado como “Aquello que permite asistir, sostener, habilitar y facilitar las formas de ayudar a las personas, basadas en la cultura, de un modo compasivo, respetuoso y apropiado para afrontar la enfermedad, la muerte o la discapacidad” por lo que

asume a la Enfermería y el cuidado cultural como la esencia del cuidado comunitario basadas en los aspectos éticos, en relaciones afines comprensivas y respetuosas, toma de decisión desde los aspectos culturales, juicios apropiados y sólidos desde el cuidado cultural, cuidado individualizado y particularizado desde aspectos culturales, desde las costumbres, valores y creencias como elementos básicos del cuidado cultural.¹

Desde esta mirada, el autor define los cuidados formales como las acciones especializadas que oferta un profesional de la salud o de enfermería entrenado, sobre la base del conocimiento de la satisfacción de las necesidades básicas en las diversa zonas de cuidados, sean el ámbito institucional o familiar de los grupos dependientes del cuidado, que van más allá de las propias capacidades de las personas para cuidar de sí mismas o de los demás.

El cuidado informal desde la visión de Rodríguez-Rodríguez, suele distinguir entre tres categorías de apoyo: apoyo instrumental, que hace referencia a la ayuda para realizar tareas o actividades de la vida diaria, apoyo informativo, consejo que se ofrece para solucionar problemas concretos y el apoyo emocional, referido a la expresión de emociones.⁴⁴

El autor asume el concepto de cuidados informales desde estas tres categorías basadas en lo instrumental, lo informativo y lo psicológico emocional como el cuidado no profesional y la atención fundamentalmente por familiares y allegados, pero también por otros agentes de atención que se dispensan, de manera altruista, hacia la satisfacción de las necesidades a las personas con algún grado de discapacidad.

44,45

Numerosos autores han acometido la tarea de desentrañar si ambos tipos de cuidados (formales y no formales) son sustitutivos o complementarios y en qué grado. El consenso en torno al tema está limitado, y condicionado tanto a la muestra empleada como al sector de la población en que se centran los estudios.

Van Houtven y Norton, plantean en sus estudios que los cuidados informales son sustitutivos de los cuidados formales en el domicilio. También Bolin et al. abordan resultados similares, que sugieren además una menor sustituibilidad en los países del centro de Europa, con respecto a los del sur; definen en cambio los cuidados formales como aquellos desempeñados en el domicilio por un médico o especialista, o que transcurren en un hospital. Bonsang afronta en su estudio el efecto de la relación entre cuidados formales e informales controlado por el grado de dependencia.⁴⁶⁻⁴⁸

Froland et al, refieren la forma en que las agencias formales de apoyo desarrollaron programas de colaboración con las redes informales de la comunidad en la que desempeñaban sus servicios a través de programas y estrategias para fortalecer la intervención en la red personal, los esfuerzos informales de apoyo a las familias, la ayuda mutua, compartir recursos y reducir el aislamiento social. Este estudio reconoció las diferencias, tensiones y puntos de conflictos entre los sistemas formales e informales de apoyo social existente.⁴⁹

Autores como Houtven y Norton, Bolin, Bonsang y Froland, han realizado contribuciones a la conceptualización de los sistemas formales e informales desde el apoyo social en distintos contextos de actuación y la combinación de los esfuerzos de los servicios profesionales con los de miembros de grupos familiares, vecinos, amigos y otros, para maximizar los beneficios potenciales de programas de

intervención basados en la combinación de sistemas formales e informales de apoyo social.

Esta combinación de los sistemas formales e informales, desde la visión del autor, lleva un componente importante desde la promoción de salud como herramienta de trabajo de enfermería, y se apropia de lo conceptualizado en la Carta de Ottawa y Yakarta de 1986, que aborda a la promoción de salud como el proceso que permite a las personas tomar un mayor control de sus determinantes de salud, para así asumir un mayor control sobre sí mismas.

Se incluyen las acciones de educación, prevención y fomento de salud, donde la población actúa coordinadamente en favor de políticas, sistemas y estilos de vida saludables, por medio de la abogacía, empoderamiento y construcción de un sistema de soporte social que le permita vivir más sanamente. ⁵⁰⁻⁵³

La promoción de la salud, debe enfocarse en las herramientas fundamentales de orientación y capacitación que faciliten de forma interactiva en proceso de integración de los cuidados formales y no formales para así mejorar la escucha, fortalecer los vínculos de los modelos y teorías de enfermería desde el accionar del binomio enfermera-familia que promueva la motivación, la planificación y evaluación de sus acciones encaminadas a las estrategias de transformación en el primer nivel de atención. ⁵⁰

La definición que antecede es asumida por el autor, dado que aborda elementos teóricos-conceptuales en el cuidado de los pacientes desde políticas de salud saludables en los diferentes escenarios, que implica la creación de ambientes favorables, el reforzamiento de la acción para la integración e interacción de los cuidados en el primer nivel de atención a través de la relación del binomio enfermera-

familia, además de estimular el desarrollo de actitudes personales y la reorientación de las acciones en los servicios sanitarios en el primer nivel de atención hacia una integración de los cuidados formales y no formales.

Alfonso, Riestra en el análisis de la estructura del cuidado en Cuba, demostraron la existencia de un rol social que vincula a la mujer directamente en las diferentes formas de cuidados, e involucra a la familia como el sistema que enfrenta la demanda de cuidados en la sociedad cubana.^{54,55}

A criterios del autor, en el modelo teórico denominado especialización social del cuidado se abordan los elementos presentes que son la base del cuidado del modelo en el primer nivel de atención de la salud en Cuba, que dirige la atención del anciano hacia una atención integración social y no hacia la prevención y promoción en el propio sistema de salud que garantice la integración de los cuidados formales y no formales en el primer nivel de atención.

Desde la visión del autor, que concuerda con los precedentes de los estudios que abordan los cuidados en el primer nivel de atención en Cuba, se demuestra que los cuidados formales y no formales no se complementan en su totalidad, lo que ocasiona que no haya integración de los cuidados en la atención desde los diseños y estrategias del sistema de salud, organizado en el primer nivel de atención hacia las políticas públicas saludables y de procesos participativos de los familiares en el anciano en estado de necesidad en el primer nivel de atención.

Desde el proceso de integración de los cuidados, el autor interrelaciona la promoción de salud como la herramienta fundamental de orientación y capacitación para lograr mejor nivel de salud que garantice una sostenibilidad en la atención al anciano en el primer nivel de atención e instituciones de salud.

La sistematización realizada hace que el autor sustente al cuidado en el primer nivel de atención sobre los puntos comunes en los referentes teóricos de enfermería basado en la **Persona-Entorno-Salud-Cuidado**, la relación que guarda la Enfermería como Ciencia con el cuidado como la visión esencial del proceso de integración, las tendencias actuales de los cuidados formales y no formales que no se insertan integrados en la dinámica asistencial del primer nivel de atención y la necesidad de la participación del binomio enfermera-familia con los miembros del equipo de salud que complejizan la situación médico-social en el anciano en estado de necesidad en el primer nivel de atención.

El autor desde una mirada en el cuidado en el primer nivel de atención, aborda la integración como procesos independientes, que hacen responsables de los cuidados formales a los profesionales de salud, y de los cuidados no formales a la familia, independientemente del entorno de atención.

Estos elementos de motivación antes mencionados por el autor, define la **integración de los cuidados** como el proceso complejo que articula el accionar conjunto del profesional de la Enfermería y la familia para garantizar mediante un funcionamiento dinámico la relación de ayuda que existe durante la aplicación de los cuidados, que transiten a través de los problemas y potencialidades detectados, mediante la identificación y satisfacción de las necesidades, de forma equilibrada, no sustituible y complementaria de los cuidados formales y no formales en el primer nivel de atención, a partir de los cambios expresados por el desarrollo científico tecnológico que se contextualiza en las situaciones de salud del anciano en estado de necesidad en el primer nivel de atención.

La estrategia de integración se considera un proceso complejo desde la definición del autor, basada en la articulación el accionar conjunto del profesional de la relación del binomio enfermera-familia, con los factores de la comunidad y los equipos multidisciplinarios para lograr la interacción e integración desde los referente teóricos de la Enfermería y el método científico de la Enfermería (Proceso de Atención de Enfermería) en el primer nivel de atención.

Desde la visión del autor la promoción de salud facilita las herramientas fundamentales para la orientación y capacitación a utilizar por el binomio enfermera-familia, diseñada para revertir y mejorar la calidad de vida en el anciano desde la percepción del individuo sobre su posición en la vida, en el contexto de la cultura y de los sistemas de valores en los cuales vive, y en relación a sus objetivos, expectativas, patrones y preocupaciones ⁽⁵⁰⁾, a través de un proceso equilibrado y armónico entre los cuidados formales y no formales en el primer nivel de atención.

El análisis de estos referentes, reveló la relación de los cuidados formales y no formales desde la promoción y la calidad de vida. Se abordan las estrategias para integrar cuidados que desde el "empoderamiento" y la Educación en Salud, visualizan los cambios de actitudes a través de la capacitación del binomio enfermera-familiar en el primer nivel de atención, que motivaron a la identificación de factores que interfieren en el desarrollo e implementación de las acciones del método científico en la práctica del ejercicio de la profesión.

Estas tendencias y las definiciones encontradas acerca del cuidado, cuidador formal, cuidador informal, posibilitaron al autor acercarse al proceso de integración de los cuidados formales y no formales y su integración en el primer nivel de atención. Hacia esta dirección se encamina el próximo epígrafe.

1.3 La integración de los cuidados formales y no formales como una herramienta asistencial para el anciano en estado de necesidad en el contexto comunitario

En lo abordado por INFOCONLINE se observa cómo en algunos países europeos la existencia de cuidados informales es totalmente irrelevante a la hora de explicar la probabilidad de percibir cuidados formales y cómo existe una relación de complementariedad un tanto débil entre estos cuidados. Además, esta complementariedad es común a todos los países de la muestra, excepto Dinamarca, Grecia, Suiza, Israel, República Checa e Irlanda.⁵⁶

El fenómeno de la prestación de los cuidados de forma aislada y no complementaria está entre las principales causas que no logran una atención centrada desde la visión del paciente, familia y comunidad como un trinomio indiscutiblemente ligado, con un conjunto de acciones aunadas, hacia la efectividad en los ancianos en el primer nivel de atención.

La integración en los pacientes ancianos ha sido tratada desde la inserción del individuo a la sociedad, y pocas veces desde la integración conjunta de los cuidados formales y no formales en el primer nivel de atención en Cuba, de ahí la importancia que los ancianos como seres humanos con procesos degenerativos que demandan de cuidados propios del gasto fisiológico, se evalúen en un proceso de integración que garantice una atención especial.

El autor aborda, desde las distintas referencias teóricas analizadas, la integración de los cuidados de enfermería como herramienta asistencial para mejorar la calidad de vida y centra al anciano en estado de necesidad como objeto del cuidado que posibilite la intersectorialidad como apoyo al proceso de integración de los cuidados

formales y no formales en las diversas situaciones de salud-enfermedad, para satisfacer sus necesidades fisiológicas, psicológicas o sociales en el primer nivel de atención.

El AEN definido por el autor en el epígrafe anterior sustentado desde la definición de fragilidad que se describe como un síndrome biológico en el que se produce una disminución de la reserva fisiológica y un aumento de la resistencia a los factores estresantes como resultado del deterioro progresivo de los sistemas fisiológicos.³⁹

Desde la definición planteada por el autor el anciano en estado de necesidad es considerado un factor dependiente de riesgo de malos resultados, como las caídas, la disminución de la movilidad, la discapacidad, la hospitalización y la muerte que afecta a cerca del 7 % de las personas ancianas en el primer nivel de atención y que tiene una prevalencia que aumenta con la edad.³⁹

A criterio del autor la aparición de los factores propios de complicación en el anciano en estado de necesidad desde la visión profesional y no desde la integración de los cuidados formales y no formales, para identificar a través de los instrumentos de trabajo la correcta evaluación de los problemas de salud planteados en el anciano en sus correspondientes áreas biomédicas, funcionales, mentales y sociales es la evaluación geriátrica exhaustiva, *Comprehensive Geriatric Assesment (CGA)*, que consiste en un conjunto de técnicas que facilitan la valoración del paciente y como consecuencia la aplicación de medidas terapéuticas adecuadas sin evaluar la integración como una herramienta de prevención en el primer nivel de atención.^{57,58}

El proceso de integración permitiría de forma dinámica y cíclica en la relación del binomio enfermera-familia, implementar los cuidados formales y no formales desde la promoción de salud mediante las acciones educativas, preventivas y de fomento de la salud, lo cual favorecería la actividad asistencial desde la calidad de vida a través del bienestar individual en el anciano en estado de necesidad en el primer nivel de atención.

El autor considera que el proceso de integración de los cuidados en el AEN favorecería la actividad asistencial desde las siguientes perspectivas:

- 1- Mejorar la calidad de la atención en el anciano en el primer nivel de atención a través de la promoción de salud del profesional de enfermería y trabajo conjunto con el paciente, familia y comunidad.
- 2- Favorecer la participación familiar como principal agente de cuidados que precisa de información y aprendizaje al exponerse a los procesos familiares de enfermedad, muerte o la aparición de un miembro de la familia con discapacidad permanente o temporal, que supone de cambios en los roles intrafamiliares e induce a nuevas situaciones, mediante un proceso educativo.
- 3- Favorecer el proceso de educación hacia los cuidadores no formales mediante la capacitación, adiestramiento, enseñanza que se les brinda al familiar o amigo sobre las necesidades básicas del cuidado.

Conclusiones del Capítulo I

- A partir de los referentes teóricos del cuidado desde las diversas teorías, se abordaron los aspectos esenciales en la relación del cuidado formal y no formal con el accionar comunitario, que aportan conceptualizaciones para favorecer el desarrollo de la investigación en enfermería, el manejo desde las acciones del binomio enfermera-familiar y las brechas existentes en el cuidado de los ancianos desde la propuesta de la integración de los cuidados comunitarios.
- Se abordan las principales causas del incremento de los ancianos en Latinoamérica, el Caribe y Cuba, asociados con la presencia de la discapacidad, la fragilidad y el estado de necesidad, que permiten al autor valorar la situación actual de los cuidados formales y no formales en los ancianos en el primer nivel de atención, para aportar nuevos conceptos asociados a la integración de los cuidados.
- Se le otorga relevancia al proceso de integración de los cuidados como herramienta asistencial que mejore la calidad de vida, desde la promoción comunitaria, en la relación binomio enfermera-paciente en el primer nivel de atención.

CAPTÍULO II

**CARACTERIZACIÓN DEL ESTADO ACTUAL DE LA RELACIÓN ENTRE LOS
CUIDADOS FORMALES Y NO FORMALES EN EL ANCIANO EN ESTADO DE
NECESIDAD EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN Y SU INTEGRACIÓN**

CAPTÍTULO II. CARACTERIZACIÓN DEL ESTADO ACTUAL DE LA RELACIÓN ENTRE LOS CUIDADOS FORMALES Y NO FORMALES EN EL ANCIANO EN ESTADO DE NECESIDAD EN LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD Y SU INTEGRACIÓN

En el primer epígrafe se aborda la caracterización, clasificación, conformación de los grupos de estudios y las etapas de la investigación.

En el segundo epígrafe se operacionalizan las variables, y se valoran las dimensiones combinadas con el Método Científico de Enfermería en los resultados del diagnóstico inicial.

El tercer epígrafe se analiza los resultados de los instrumentos para evaluar el proceso de integración de los cuidados formales y no formales en el AEN.

El cuarto epígrafe muestra la triangulación de los instrumentos para el inventario de problemas en la integración de los cuidados formales y no formales en el anciano en el primer nivel de atención.

2.1 Clasificación de la investigación

Investigación de desarrollo, desde un enfoque cualitativo de tipo fenomenológico y cuantitativo de tipo no experimental, transversal con la finalidad de diseñar una estrategia asistencial comunitaria para la integración de los cuidados formales y no formales en el Policlínico Docente José Martí Pérez, en el período comprendido entre el año 2019 y el año 2022.

La evaluación de la validez del estudio se realizó a través de la estimación del comportamiento antes y después de la implementación en la práctica clínica asistencial mediante la comparación del estado inicial y estado actual, a través de un estudio cuasi-experimental del tipo simple (antes-después) que dio origen al diseño de la misma, para lo cual se conformó el flujograma metodológico para la estrategia asistencial comunitaria de los cuidados formales y no formales en el anciano en estado de necesidad en el primer nivel de atención. El esquema se muestra a continuación.



Figura 1.Flujograma metodológico de la investigación.

2.2 Conformación del grupo de estudio

Se realizó un muestreo homogéneo según Hernández Sampieri 2014,⁵⁹ seleccionado por método aleatorio simple por conveniencias de 36 profesionales de enfermería (cuidadores formales) con un mismo perfil, característica o rasgos similares con funciones asistenciales en el área clínico asistencial comunitaria y 36 familiares (cuidadores no formales) designados al cuidado en el AEN en el Policlínico Docente José Martí Pérez.

Criterios de selección para el profesional de enfermería (cuidadores formales).

1. Profesional de enfermería que dé su consentimiento a participar en la investigación.
2. Profesional de enfermería que sea plantilla física y que realice funciones asistenciales en el primer nivel de atención.
3. Profesional de enfermería que tenga pacientes AEN en el primer nivel de atención.

Criterio de selección de los familiares (cuidadores no formales).

1. Familiar que dé su consentimiento a participar en la investigación.
2. Familiar que permanezca en el área de salud al cuidado en el AEN en el primer nivel de atención.

A partir de los criterios antes descritos se incluyeron a:

1. Profesional de enfermería del servicio de Consultorio Médico de la Familia (cuidadores formales).
2. Familiares al cuidado en el AEN en el primer nivel de atención (cuidadores no formales).

2.3 Procedimientos metodológicos de la etapa 1. Estudio bibliométrico

En la etapa I se seleccionaron los artículos de revistas disponibles en SciELO, Redalyc, Medigraphic y Medline entre los años 2015 y 2019, las palabras claves utilizadas fueron "cuidado enfermero en la comunidad"; "ancianos"; "humanización de la atención", identificados a través del DECs o de MeSH. Se utilizaron el método analítico-sintético y la sistematización, que posibilitaron la interpretación y la organización de los conocimientos. Tras la identificación de los estudios pre-seleccionados se realizó la lectura de los títulos, resumen y palabras claves, se comprobó la pertinencia con el estudio.

La estrategia de búsqueda fue la utilización de las palabras claves o descriptores, conectados por intermedio de los operadores booleanos AND, OR.

Para el análisis de los resultados se realizó una evaluación crítica de los estudios incluidos a través del análisis temático de contenidos, así como la discusión de resultados con las que se hicieron comparaciones, interpretaciones y valoraciones de los autores, para después presentar los resultados de la revisión. En la pesquisa, se encontraron 54 artículos, y por consecuencia de cumplimiento de los criterios expuestos con anterioridad, fueron seleccionados 13 artículos.

Se simplificaron las teorías y modelos de mayor impacto para el estudio y se utilizaron en el desarrollo de la propuesta en función de la comunidad científica, con la finalidad de describir el enfoque metodológico de los resultados, como se muestra el diagrama de flujo *Preferred Reporting Items for Systematic Review and Meta-Analyses* (PRISMA) ⁶⁰ para contribuir a la formulación de la estrategia de búsqueda. El flujo de la sistematización de búsqueda en las bases de datos se describe en la Figura 2.

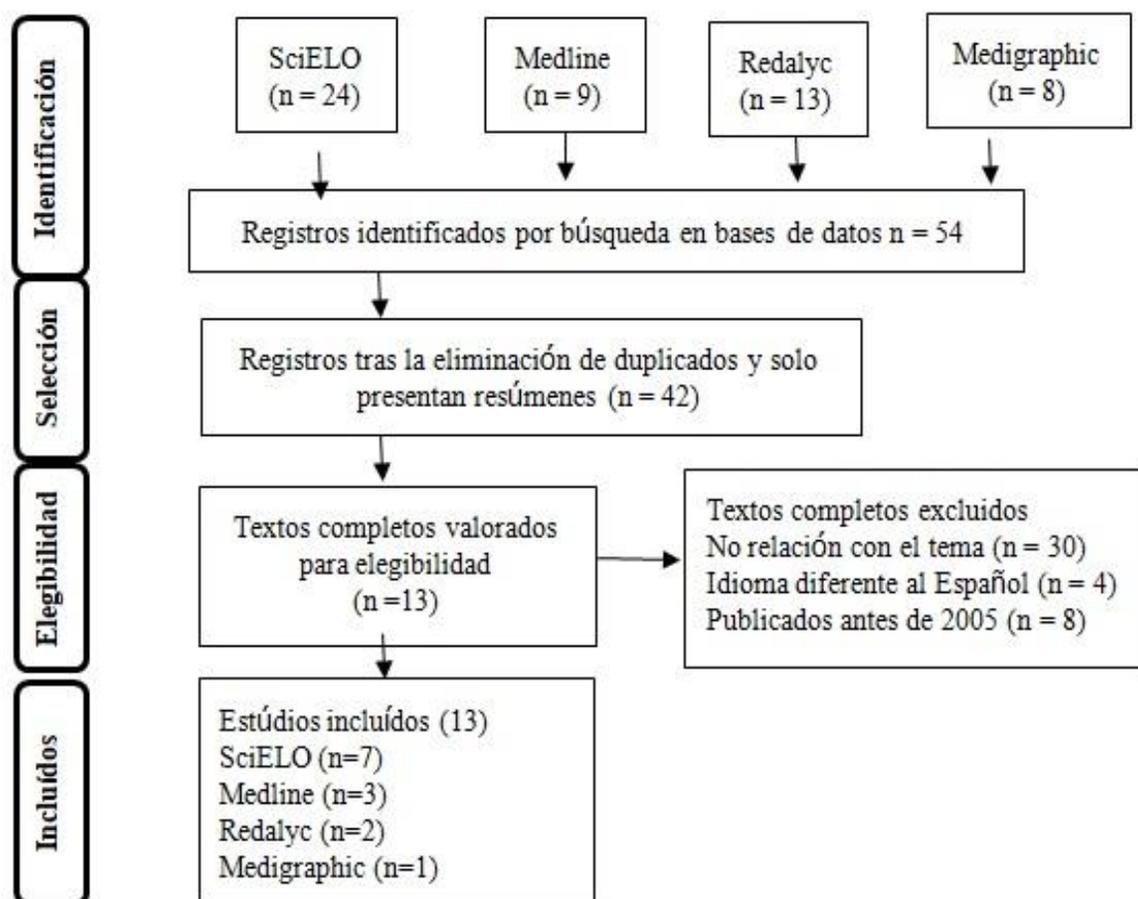


Figura 2. Diagrama de flujo de la sistematización de búsqueda en las bases de datos SciELO, Medline, Redalyc y Medigraphic. Santiago de Cuba, Cuba, 2019.

Además de las consideraciones realizadas por los autores, se evaluó la aplicabilidad de las teorías y modelos de enfermería que abordan el cuidado desde sus vertientes en la práctica asistencial hacia el anciano en estado de necesidad en el primer nivel de atención, donde el autor evalúa el proceso de integración de los cuidados formales y no formales con una visión comunitaria integral.

Se realizó un acercamiento al estado actual del objeto de estudio en el contexto investigado (el proceso del cuidado en el anciano en estado de necesidad y su proceso de integración de los cuidados),previo a la intervención, para ello el autor

refiere la elaboración y validación del instrumento seguido de la aprobación de la institución y la selección de la muestra a estudiar.

En ese capítulo se diseñó e implementó la intervención para dar salida a la estrategia asistencial comunitaria para la integración de los cuidados formales y no formales en el anciano en estado de necesidad en el primer nivel de atención, para su posterior evaluación y validez de la estrategia.

2.4 Procedimientos metodológicos de la etapa 2. Diagnóstica

La sistematización realizada desde el capítulo I y la revisión de investigaciones vinculadas con el proceso de integración de los cuidados formales y no formales en el AEN en el primer nivel de atención, acercaron al investigador a seleccionar las variables, definidas estas como las relaciones armónicas que se establecen en el accionar del binomio enfermera-familiar, a partir de la identificación de los factores de riesgos sociales, físicos y ambientales, que se manifiestan en las actitudes y comportamientos que expresan los profesionales de la enfermería en el desempeño y los familiares en las acciones aprendidas en el cuidado de los ancianos que favorecen mejoras en el ambiente de salud en el primer nivel de atención.

Durante la operacionalización de la variable cuidados desde la integración de los cuidados formales y no formales en el primer nivel de atención, el autor aborda las tres dimensiones combinadas relacionadas con las actividades prácticas propias de la enfermería comunitaria, su método científico y las teorías de Enfermería.

Dimensión 1. Valoración–Prevención de las complicaciones en el proceso de integración de cuidados.

El autor define operativamente las dimensiones:

Valoración: definida por el autor como la dimensión que aborda un proceso planificado, sistemático, continuo y deliberado de recogida e interpretación de datos sobre el estado de salud y de las respuestas humanas como resultado del accionar del binomio enfermera-familia en el proceso de integración de los cuidados en el primer nivel de atención.¹⁰

La prevención es el contenido de trabajo propio del primer nivel de atención, constituye acciones o medidas predominantemente médicas, aunque también psicológicas a ejecutar por parte del personal de salud o la población; exige perseverancia del profesional y la familia y es apoyada por las organizaciones políticas y de masas. ^{10,61}

En esta dimensión el autor relaciona la valoración con la prevención de las complicaciones en el proceso de integración de cuidados y define esta como la identificación de los factores de riesgos relacionados a la no integración de los cuidados, asociados a los procesos degenerativos, la fragilidad y la discapacidad del anciano en estado de necesidad, así como las actitudes de los profesionales de enfermería y los familiares en los cuidados y su integración en el grupo de estudio.

En la figura 3 se evidencian las relaciones entre la valoración y la prevención comunitaria como herramientas que incluye la planificación sistémica y continua en el desempeño profesional y actuar familiar para lograr un mayor acercamiento al objeto de estudio "el proceso del cuidado en el anciano en estado de necesidad".



Acti

Figura 3. Dimensión 1, Valoración y la prevención en las complicaciones en el proceso de integración de cuidados.

Esta dimensión en el proceso de integración de los cuidados formales y no formales propicia que se establezca un desarrollo en la conciencia, en el comportamiento de la relación de los profesionales de la enfermería y los familiares en el binomio enfermera-familiar que ofrecen cuidados al anciano en estado de necesidad, ya que aprenden nuevas experiencias al integrar el método científico de la profesión al proceso de integración de cuidados desde la praxis a la situación actual de los ancianos en el primer nivel de atención.

De igual forma ha de significarse que esta dimensión desde la etapa de valoración, permite un reconocimiento en la calidad del proceso de recolección de la información de los cuidadores formales y no formales, para interpretar las necesidades afectadas en el anciano en estado de necesidad según patrón de Virginia Henderson y las

emergencias de solución a los problemas de atención de forma integral a la salud en el primer nivel de atención.

La dimensión como proceso, permite identificar y direccionar la solución de los riesgos para la salud y para la vida humana, lo que ofrece también las oportunidades para el crecimiento profesional y familiar en el cuidado del anciano en estado de necesidad, mediante la interpretación de los problemas humanos sociales y culturales de los ancianos en el primer nivel de atención, en esto radica el carácter significativo de la comunicación, la relación enfermera-paciente-familiar en la vida social comunitaria.

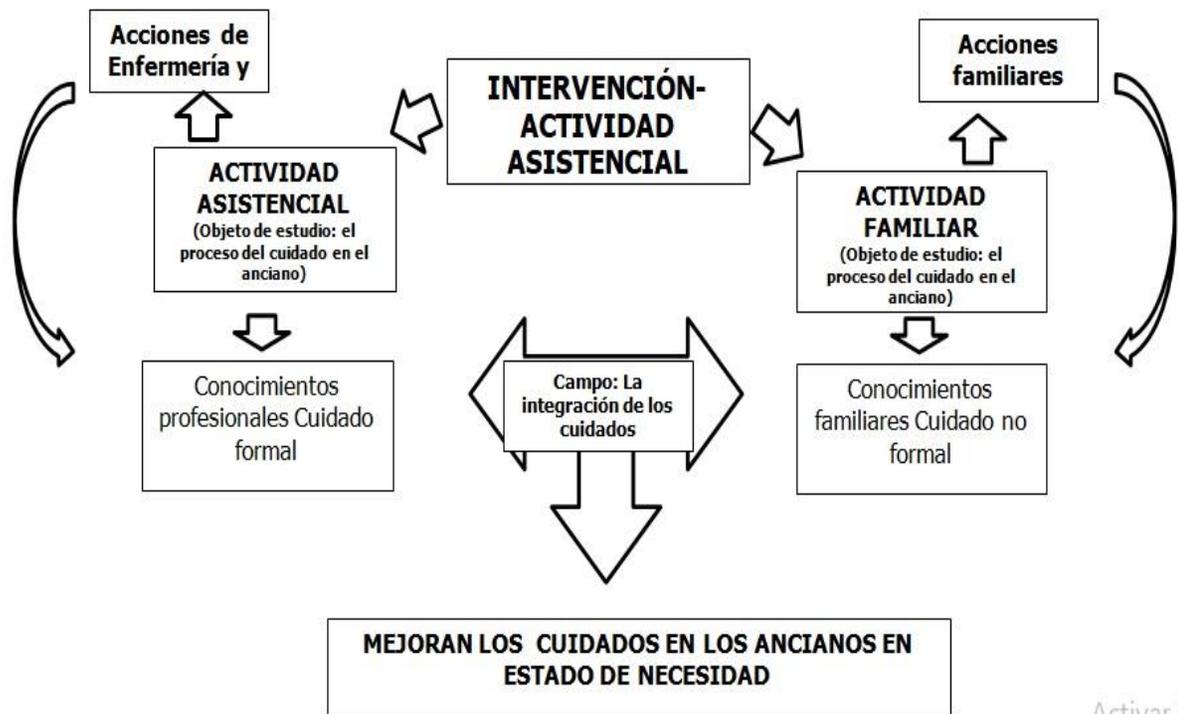
Destacar la importancia y la urgencia del proceso de integración de los cuidados formales en el primer nivel de atención a partir de esta dimensión, es signar a través de la integración una verdadera cultura médica comunitaria que logre una atención de enfermería y familiar de calidad; se resalta la necesaria capacitación de forma activa y organizada del profesional de enfermería y la familia en el proceso de integración de los cuidados formales y no formales en el anciano en estado de necesidad en primer nivel de atención.

Dimensión 2. Intervención- Conocimiento sobre la actividad asistencial en el proceso de integración de cuidados.

El autor define operativamente las dimensiones:

Intervención: como todas las acciones de cuidados, basadas en el conocimiento y juicio clínico, que realiza el profesional de la Enfermería como gestor de cuidados formales en las actividades prácticas propias de la enfermería y su método científico para favorecer el resultado esperado del paciente y la labor que realiza el familiar

desde el cuidado no formal en la atención de los ancianos en primer nivel de atención.



Activar V

Figura 4. Dimensión 2, Intervención y conocimiento sobre la actividad asistencial en el proceso de integración de cuidados.

Destacar la importancia y la urgencia del proceso de integración de los cuidados desde la dimensión, está en incrementar la cultura médica ante el anciano en estado de necesidad y la participación familiar en los cuidados de salud, lo cual posibilita la mediación de la atención como proceso de intervención que mejora los conocimiento sobre la actividad asistencial en el proceso de integración de los cuidados en primer nivel de atención.

La dimensión resalta la necesaria formación, capacitación desde los cuidados formales y no formales de forma activa y organizada, así como, la evaluación de los problemas y necesidades en el anciano en estado de necesidad y el proceso de

integración, es decir, que propicien acciones de salud para potenciar la dinámica de trabajo y lograr la transformación y atención con calidad, mediante el proceso de integración de cuidados en el primer nivel de atención.

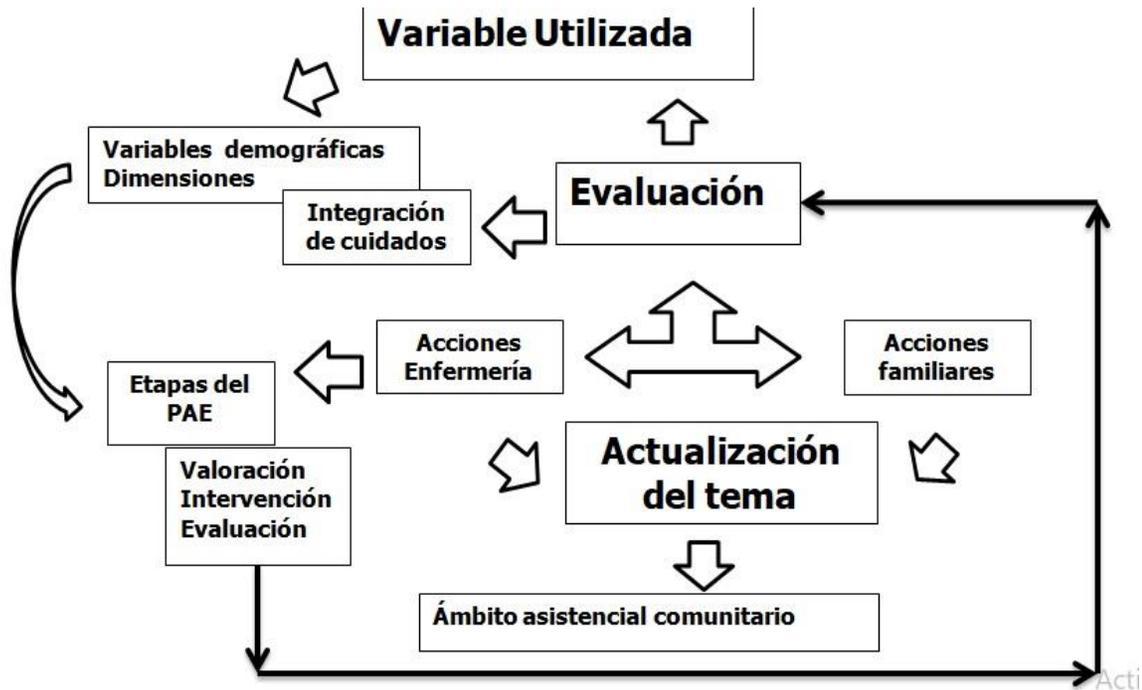


Figura 5. Dimensión 3, Evaluación de la integración de los cuidados formales y no formales.

Las tres dimensiones desde la visión del autor se asocian con la Ciencia de la Enfermería mediante el establecimiento de relaciones armónicas entre los elementos conceptuales y las 14 necesidades de la teoría de Virginia Henderson y su asociación en la atención integral del binomio enfermera-familiar para modificar su ambiente físico y social en la participación del proceso de integración de los cuidados formales y no formales, en el anciano en estado de necesidad a través de modos creativos en el primer nivel de atención. Véase en los cuadros del 1 al 4.

Desde esta definición el autor deriva las siguientes variables demográficas y las dimensiones combinadas argumentadas desde el problema científico con su objeto y

campo, las etapas del método científico, el proceso de integración de los cuidados y los referentes teóricos asumidos por el autor en relación al proceso del cuidado, que son consideradas las variables para evaluar la integración de los cuidados formales y no formales en el anciano en estado de necesidad en el primer nivel de atención.

Dimensiones	Variables	Escala	Indicador
Sociodemo- gráficas	Calificación técnica	General, Post Básico, Licenciado, Especialista	Frecuencias y porcentajes
	Años como cuidador formal	1-5, 6-10, 11-15, ≥ 16	
	Años como cuidador no formal	1-5 , 6-10 , 11-15, ≥ 16	
	Parentesco	Hijos, Hermanos, Nietos, Sobrinos, Amigos, Otros	

Cuadro 1. Operacionalización de las variables demográficas.

Dimensión 1		
Dimensión	Sub dimensiones	Indicadores
Valoración y la prevención en el primer nivel de atención en la integración de los cuidados.	1. Familiarización con el binomio enfermera-familia en el primer nivel de atención.	<p>1.1. Esquematizar situaciones de aprendizaje que incluyan la integración de los cuidados formales y no formales.</p> <p>1.2. Interaccionar la actividad asistencial con otras áreas de las ciencias.</p> <p>1.3. Aplicar los principios de la ética y la bioética en las acciones en el proceso de integración.</p> <p>1.4. Solucionar los problemas que se presentan en la actividad asistencial.</p> <p>1.5. Solucionar los problemas de la asistencia desde la investigación.</p>
	2. Familiarización con las necesidades y déficit de conocimiento del binomio enfermera-familiar	<p>2.1. Identificar el nivel de dependencia en el anciano en estado de necesidad.</p> <p>2.2. Identificar el accionar del binomio enfermera-familiar en el cuidado del anciano en el primer nivel de atención.</p> <p>2.3. Identificar el nivel de aprendizaje desde los cuidados formales y no formales del anciano en estado de necesidad.</p> <p>2.4. Desarrollar acciones diferenciadas en el proceso de integración por el binomio enfermera-familia.</p> <p>2.5. Verificar en el primer nivel de atención las acciones en el proceso de integración en el desarrollo del paciente.</p>

	<p>3. Planificación de las actividades asistenciales en el binomio enfermera-familia en primer nivel de atención.</p>	<p>3.1. Seleccionar los insumos suficientes que garanticen la actividad asistencial comunitaria.</p> <p>3.2. Aplicar el Proceso de Atención de Enfermería que facilite la creación de técnicas de trabajos en función del cuidado formal y no formal como metodología de su actividad asistencial en el primer nivel de atención.</p> <p>3.3. Seleccionar un plan de actividades con objetivos coherentes de forma cíclica a través de las etapas del Proceso de Atención de Enfermería.</p> <p>3.4. Vincular los cuidados con los principios de la Ciencia de la Enfermería y la selección de las actividades según los protocolos de la especialidad comunitaria en el anciano.</p> <p>3.5. Cumplir algoritmo de las acciones del binomio enfermera-familia en el proceso de integración de los cuidados a través de una atención individualizada de los ancianos en primer nivel de atención.</p> <p>3.6. Aplicar algoritmo de las acciones que garanticen la actividad innovadora y posibiliten la integración de los cuidados en el primer nivel de atención.</p>
--	---	--

Cuadro 2. Operacionalización de la dimensión 1.

Dimensión 2		
Dimensiones	Sub dimensiones	Indicadores
Intervención y la actividad asistencial en la integración de los cuidados.	1- Aptitudes éticas profesionales en el Método científico en enfermería en la integración de los cuidados formales y no formales.	<p>1.1. Cumplir con los principios de la bioética (beneficencia, justicia, autonomía).</p> <p>1.2. Demostrar acciones creativas para solucionar problemas y contingencias.</p> <p>1.3. Preparar el primer nivel de atención para la integración de los cuidados formales y no formales por el binomio enfermera-familia.</p> <p>1.4. Aplicar el principio del consentimiento informado.</p>
	2.- Actividades docentes, asistenciales mediante el método científico de enfermería en la integración de los cuidados formales y no formales en el binomio enfermera-familia.	<p>2.1. Demostrar el grado de actitud ante el proceso de integración de los cuidados formales y no formales por el binomio enfermera-familia en primer nivel de atención.</p> <p>2.2. Mostrar dominio de un lenguaje técnico para su categoría profesional.</p> <p>2.3. Valorar adecuadamente al paciente (Anamnesis de Enfermería) e identificación de las necesidades del patrón de Virginia Henderson y su implementación mediante los diagnósticos elaborados, las expectativas trazadas y el plan de acción propuesto.</p>

		<p>2.4. Mostrar innovación en la solución de problemas a través de la complejidad de las acciones independientes que se proponen.</p> <p>2.5. Demostrar acciones creativas desde la vinculación del lenguaje científico al saber popular a través de la preparación incidental de los nuevos binomios enfermera-familia ante la integración de los cuidados.</p>
	<p>3- Actividades de Educación para la Salud relacionadas con las actividades científicas de la especialidad.</p>	<p>3.1. Favorecer el desarrollo de relaciones adecuadas del binomio enfermera-familia que facilite la integración de los cuidados formales y no formales en primer nivel de atención.</p> <p>3.2. Ofrecer educación para la salud desde el proceso de integración de los cuidados formales y no formales según la metodología de los protocolos en el primer nivel de atención.</p>

Cuadro 3. Operacionalización de la dimensión 2.

Dimensión 3		
Dimensión	Sub dimensiones	Indicadores
<p>Evaluación de la integración de los cuidados.</p>	<p>Evaluación del proceso de integración de los cuidados formales y no formales en el AEN en el ámbito asistencial comunitario.</p>	<p>1.1-Demostrar el accionar del algoritmo a través del Proceso de Atención de Enfermería con la relación de la integración de los cuidados en las expectativas trazadas en el primer nivel de atención.</p> <p>1.2- Evaluar el logro de resultados mediante la participación en acciones conjuntas del binomio enfermera-familiar en la integración de los cuidados.</p> <p>1.3- Evaluar diariamente el nivel de aprendizaje y comprensión del binomio enfermera-familia a las</p>

		<p>acciones del algoritmo en el primer nivel de atención.</p> <p>1.4. Evaluar la comunicación adecuadamente entre el binomio enfermera-familia a través de la retroalimentación e información en las acciones del Proceso de Atención de Enfermería en el primer nivel de atención.</p> <p>1.5. Actualizar el tema de la integración de los cuidados formales y no formales en el ámbito asistencial de la Enfermería en el primer nivel de atención.</p>
--	--	---

Cuadro 4. Operacionalización de la dimensión 3.

Para desarrollar la caracterización del estado actual del proceso de integración de los cuidados formales y no formales en el anciano en el primer nivel de atención, el autor construyó la operacionalización de las variables en los siguientes instrumentos:

- 1- Entrevista individual a profesionales de la enfermería en el primer nivel de atención.
- 2- Entrevista individual a familiares en el primer nivel de atención.
- 3- Instrumento de evaluación de integración de los cuidados formales y no formales en el primer nivel de atención.

Entrevista individual a familiares en el primer nivel de atención (Anexo III).

- Objetivo: obtener información y la valoración de los criterios acerca del proceso de integración de los cuidados formales y no formales en los familiares, como agentes ejecutores de los cuidados no formales en el primer nivel de atención.

- Dirigido: a familiares de ancianos en estado de necesidad en el primer nivel de atención.

Entrevista individual a profesionales de enfermería en el primer nivel de atención (Anexo IV).

- Objetivo: evaluar los conocimientos del profesional de enfermería como gestores en el proceso de integración de los cuidados formales y no formales en el primer nivel de atención.
- Dirigido: al profesional de enfermería asistencial en el primer nivel de atención.

Instrumento de evaluación de integración de los cuidados formales y no formales en el primer nivel de atención(Anexo V).

- Objetivo: obtener información para la caracterización del proceso de integración de los cuidados formales y no formales en el AEN a través del actuar del binomio enfermera-familia en el primer nivel de atención.
- Dirigido: a profesional de enfermería asistencial y familiares como gestores de cuidados en el AEN en el primer nivel de atención.

2.5 Validación del instrumento para la integración de los cuidados formales y no formales en el anciano en estado de necesidad en el primer nivel de atención

Después de la sistematización, el autor procedió al diseño del instrumento de integración de los cuidados formales y no formales en el AEN del Policlínico Docente José Martí Pérez. El instrumento fue elaborado en el año 2019 como parte del proyecto (Anexo V), se basa en un cuestionario que consta de 10 preguntas para

obtener información de forma cuantitativa, consta de un lenguaje claro, entendible en el cual la información depende de la veracidad, actitudes y percepciones del binomio enfermera-familiar, se sustenta en el patrón de Virginia Henderson que involucra las 14 necesidades de forma reagrupadas (comer y beber, eliminar los desechos, moverse y mantener una postura adecuada, dormir y descansar, elegir la ropa adecuada, mantener la temperatura corporal, evitar los peligros del entorno, comunicarse con los otros, actuar con arreglo a la propia fe, trabajar para sentirse realizado, participar en diversas formas de entrenamiento, aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad), el mismo permite evaluar el proceso de integración de los cuidados, a través de una escala adaptada con un índice de 0 a 10 (Anexo V).

- No participa (menos de 2 puntos).
- Escasa participación (3-6 puntos).
- Participa de 7-10 puntos.

Esto posibilita el análisis integral de los resultados, según escala de evaluación del instrumento en:

- a) 80-100 puntos: Existe integración de cuidados formales y no formales.
- b) 50-79 puntos: Existe escasa integración de los cuidados formales y no formales.
- c) Menos de 49 puntos: No existe integración de los cuidados formales y no formales.

A partir del instrumento obtenido, se aplicó un estudio piloto, a través de una encuesta (Anexo VI) para probar el instrumento en 10 profesionales de enfermería y

10 familiares de AEN, no participantes en el estudio, previo consentimiento informado.

Los 10 profesionales de enfermería participantes, (9 licenciadas/os y 1 especialista en enfermería comunitaria), tienen más de 5 años de experiencia de trabajo en Consultorios del Médico y Enfermera de la familia (CMF). De los 10 familiares de AEN, en su mayoría fueron femeninas (8). A todos se les solicitó leer detenidamente cada enunciado del mismo y responder según consideren.

Para valorar la correlación de los ítems, se procedió a medir la consistencia interna de la escala a través del coeficiente alfa de Cronbach⁶², con la siguiente fórmula:

$$\alpha = \frac{K}{K-1} (1 - \frac{\sum V_i}{V_t})$$

K: número de ítems
V _i :varianza de cada ítems
V _t :varianza total de los ítems

Para el cálculo se consideró.

- Coeficiente alfa > 0,9 es excelente
- Coeficiente alfa > 0,8 es bueno
- Coeficiente alfa > 0,7 es aceptable
- Coeficiente alfa > 0,6 es cuestionable
- Coeficiente alfa > 0,5 es pobre
- Coeficiente alfa < 0,5 es inaceptable

La validez de contenido del cuestionario se realizó a través de consulta a expertos. Se aplicó el mismo a una muestra de 22 expertos, que cumplen los siguientes criterios de inclusión:

- a) Experiencia en el desarrollo de las actividades del primer nivel de atención tales como, publicaciones, trayectoria asistencial, académica y administrativa.

- b) Formación teórico-metodológica.
- c) Disponibilidad para participar en busca de la mejoría de la calidad de la atención de los adultos mayores en el primer nivel de atención.
- d) Imparcialidad ante los cuidados formales y no formales (cuidados familiares y de Enfermería).

Se tuvo también en cuenta que compartiesen una visión compleja holística de la situación en la integración de los cuidados como fenómeno social existente en el primer nivel de atención.

Como criterio de exclusión se consideró:

- a) Ser autor de la propuesta metodológica a validar.
- b) Estar en posición de subordinación jerárquica y laboral a quien realiza el presente estudio.

Se procedió a una reunión con los expertos para realizar el taller donde se les dio a conocer los aspectos generales de la investigación, el instrumento de evaluación, los criterios para la validación y el consentimiento informado de la investigación.

Se seleccionaron dos expertos por cada ítem del instrumento, para evaluar su contenido a través de una escala tipo Likert (*Landis y Koch, 1977*)⁶³, convertida para efectos de análisis entre 0 y 1; se consideró el índice de concordancia de Kappa, donde 1 sería casi perfecto y 0 sin acuerdo, lo que indicaba que el acuerdo no es mayor que el esperado por el azar. En el cuadro 5 se muestra la estimación del grado de acuerdo según los límites planteados por Landis y Koch.⁶³

Kappa	Estimación del grado de acuerdo
<0.0	No acuerdo
0.0-0.2	Insignificante
0.2-0.4	Bajo
0.4-0.6	Moderado
0.6-0.8	Bueno
0.8-1.0	Muy bueno

Fuente: tomado de *Landis y Koch, 1977*⁽⁶³⁾

Cuadro 5. Estimación del grado de acuerdo según los límites planteados por Landis y Koch.

Con posterioridad se realizó la validación de contenido a través del procesamiento y tabulación de los valores obtenidos en los puntajes de cada ítem de la escala de Valor de Kappa de Fleiss para el cálculo del Índice de Validez de Contenido (I.V.C), que evalúa la redacción, coherencia, pertinencia y veracidad. Para el cálculo del índice de contenido se utilizó la formula siguiente:

$$IVC = \frac{A}{A + I}$$

Donde: IC= índice de contenido.

A= Aceptable I= Inaceptable

Se procedió a la validación mediante el juicio de criterios de expertos a través del grado de medición de cada Ítem del instrumento en:

A: Aceptable: cuando consideran adecuado el ítem evaluado para la integración de los cuidados formales y no formales en el AEN en el primer nivel de atención.

I: Inaceptable: cuando no consideran adecuado el ítem evaluado para la integración de los cuidados formales y no formales en el AEN en el primer nivel de atención.

Los datos obtenidos se registran en las bases de datos creadas en Microsoft Excel, se procesaron mediante el programa estadístico SPSS versión 24.0, el procesamiento incluyó el análisis cualitativo de los resultados, los mismos se procesaron a través de Word para los textos.

2.6 Análisis de los resultados de los instrumentos aplicados

El análisis de los resultados para la integración de los cuidados formales y no formales en el AEN por el binomio enfermera-familia en el Policlínico Docente José Martí Pérez, se realiza primeramente desde el análisis de la información obtenida en cada instrumento y en correspondencia con las dimensiones combinadas identificadas en el proceso de operacionalización de la variable, para con posterioridad triangular los resultados en correspondencia con las sub dimensiones e indicadores.

El autor utiliza el método de experto para la validación del instrumento de evaluación de los cuidados formales y no formales, a través de los siguientes métodos estadísticos (Índice de validación del contenido, estimación de acuerdo, Alfa de Crombach).

Análisis de los resultados de la entrevista individual a los familiares como agente ejecutor de cuidados no formales sobre el proceso de integración de los cuidados

La valoración de los resultados de la encuesta aplicada a 36 de los familiares que aplican cuidados no formales en el anciano en estado de necesidad que representan la población de estudio (Anexo VII- tabla 4, tabla 6), posibilita caracterizar los criterios

de los familiares en cuanto al conocimiento sobre el proceso de integración en el contexto actual comunitario.

Uno de los grupos de estudios está compuesto por 36 familiares de AEN en el primer nivel de atención, con un grado de parentesco de hijos para un 22,22 % y con un tiempo bajo sus cuidados de 6-10 años para un 11,11%, seguido de nietos con un 25 %, con un tiempo bajo sus cuidados de 1-5 años para un 16,66 %.

En cuanto al tiempo como agentes ejecutores de los cuidados no formales de los familiares está entre 1-5 años con 38,88% y 6-10 años con 30,55% no menos importante el grupo de más de 16 años con 19,44% lo que guarda relación con las bibliografías revisadas que abordan el incremento de la población anciana, dados por la transición demográfica de la población mundial y el incremento en las edades de los adultos mayores en Latinoamérica, el mundo y en especial en Cuba.^{8,9}

En la evaluación de los conocimientos de los familiares como agentes ejecutores de cuidados, recibían apoyo del profesional de enfermería de muy bueno el 11,11%, de bueno el 38,88 %, de regular el 8,33 % y malo el 41,66 %, sin recibir apoyo excelente, ninguno de los familiares en la integración de los cuidados comunitarios.

En cuanto a los conocimientos que deben tener los familiares en el cuidado en el anciano, solo el 2,77 % tenían conocimiento de excelente, el 6,33 % de muy bueno, el 31,11 % de bueno, el 42,44 % de regular y el 17,35 % de malo.

En relación a la enfermera como fuente de información de ayuda a la preparación en el cuidado el 11,11 % como excelente, el 13,88 % de muy bueno y el 16,66 % de bueno, el 36,11 % de regular y el 22,22 % de malo.

En cuanto a los cuidados asistidos por los profesionales de la enfermería en el proceso de integración de los cuidados, no reciben asistencia muy bueno el 8,33 %, bueno el 13,88 %, regular el 47,22 % y malo 30,55 %.

En cuanto al apoyo recibido en el proceso de integración, reciben apoyo de bueno el 16,66 %, regular el 27,77 % y malo el 58,33 %.

La orientación a los familiares de los cuidados matutinos y vespertinos por el profesional de enfermería, tenían conocimiento de muy bueno en el 2,77%, de bueno 2,77 %, de regular 36,11% y malo 58,33 %.

Análisis de los resultados de la entrevista individual a los profesionales de enfermería como gestores de cuidados formales sobre el proceso de integración de los cuidados

La valoración de los resultados de la encuesta aplicada a 36 profesionales de la enfermería como gestores de cuidados en el anciano, considerados como grupo de estudio (Anexo VII- tabla 5, tabla 7), posibilitó caracterizar el comportamiento de la integración de los cuidados formales y no formales en primer nivel de atención.

La distribución del grupo de estudio según la calificación técnica 5 (13,88 %) son profesionales de la enfermería con categoría de técnicos, 2 (5,55 %) profesionales de la enfermería con pos básicos en enfermería comunitaria, 19 (52,77%) Licenciados en enfermería y 10 (27,77%) Especialistas de primer grado en Enfermería Comunitaria. Con años de experiencia como profesional de enfermería en la atención comunitaria entre 1-5 años 8 (22,22%), entre 6-10 años 16 (44,44%), de 11-15 años 9 (25%) y más de 16 años 3 (8,33%).

En la valoración de los conocimientos sobre el proceso de integración en el instrumento aplicado a los profesionales de enfermería en el primer nivel de atención,

se evaluó sobre la conceptualización del anciano en estado de necesidad donde el 19,44 % de los profesionales de enfermería tenían conocimiento de bueno, el 11,11 % regular y el 69,44% de malo.

En cuanto al proceso de integración de los cuidados formales y no formales en el anciano en estado de necesidad se comportó como excelente el 5,55 %, muy bueno el 11,11 %, de bueno el 19,44%, con predominio de regular el 27,77 % y de malo el 36,11 % en el primer nivel de atención.

Con respecto a la integración de los cuidados brindados en el AEN por enfermería en el primer nivel de atención, tenían conocimiento bueno el 36,11 %, de regular el 36,11 % y de malo el 27,77 %.

En relación a la integración del binomio enfermera-familia como gestor los cuidados de los anciano en estado de necesidad, tenían conocimiento de excelente el 13,88 %, de muy bueno el 16,66 % y de bueno el 16,66 %, comportándose con menor frecuencia de regular el 25 % y de malo el 27,77 %.

La utilización de los patrones de necesidades para trabajar el proceso de integración se comportó de forma nula, en los conocimientos de excelente y muy bueno y solo tenían conocimiento de bueno el 27,77 %, de regular el 41,66 % y el 30,55 % de malo.

El empleo del método científico como herramienta de integración de los cuidados formales y no formales en el primer nivel de atención solo alcanzó conocimiento regular el 16,66 % y malo el 83,33 %.

Análisis de los resultados del pilotaje de opinión sobre el instrumento de integración en los profesionales de enfermería y familiares en el primer nivel de atención

La valoración del resultado de la encuesta aplicada (Anexo VII- tabla 8) a 10 profesionales de enfermería y 10 familiares de AEN, no participantes en el estudio, arrojó que 9 (90 %) de los profesionales de enfermería consideraron el instrumento adecuado y solo 1 (10 %) lo consideró inadecuado, los familiares 7 (70 %) lo consideró adecuado y 3 (30 %) lo consideró inadecuado, lo que está a favor del correcto y efectivo acopio de los datos en el proceso de integración de los cuidados.

Análisis de los resultados de la validación del instrumento de integración para los cuidados formales y no formales.

El grado de estimación de acuerdo (Anexo VII- tabla 9) según los expertos por pares donde el 81,81 % se comportó por encima del 0,60 %, con valor en la escala de bueno el 45,45 % y muy bueno el 36,36 %, lo cual indica la pertinencia del instrumento con el análisis de su contenido y aplicación para el proceso de integración de los cuidados formales y no formales en el primer nivel de atención, solo el 18,18 % se comportó de forma moderada el grado de estimación de acuerdo.

Se analizaron los resultados del Índice de la Validación de Contenido de los ítems del instrumento (Anexo VII- tabla 10) donde se resalta una puntuación de la redacción, coherencia, pertinencia y veracidad en tres de los ítems del instrumento entre 0,60 y 0,69 para un 30,00 % , y en 4 de los ítems entre 0,70 a 0,79 para un 40,00 %, según los expertos el 70,00%, de los ítems del instrumentos obtuvieron una puntuación por encima del 0,60 lo que está a favor de la pertinencia del instrumento desde el punto

de vista del diseño, se consideró la validez de buena lo que sugiere realizar algunas modificaciones al instrumento desde la óptica de los expertos.^{63,64}

La consistencia interna a través de un Alfa de Cronbach (Anexo VII tabla 11) para la escala fue de 0,85. De acuerdo con los criterios pre-establecido, el valor es bueno, por lo que se consideró no eliminar ningún ítem de la escala.

La validación del juicio de experto (Anexo VII- tabla 12) según el índice de contenido del instrumento se comportó con un índice de contenido de 0,96 lo que denota que se representan adecuadamente en cada ítem en el proceso de la integración de los cuidados formales y no formales en el anciano en estado de necesidad en el primer nivel de atención.⁶⁴

Análisis de los resultados del instrumento para evaluar la integración de los cuidados en el anciano en el primer nivel de atención

La aplicación del instrumento para evaluar la integración de los cuidados formales y no formales en el anciano en estado de necesidad por el binomio enfermera-familia (Anexo VII- tabla 13) arrojó que los profesionales de enfermería(cuidados formales) aplican el cuidado con integración en 12 (33,33 %), escasa integración en 13 (36,11 %) y no integrado en 11 (30,55 %), y los familiares(cuidados no formales) aplican el cuidado con integración en 2 (5,55 %), escasa integración en 6 (16,66 %) y no integrado en 28 (77,77 %) en el primer nivel de atención.

2.7 Triangulación de los instrumentos para el inventario de problemas en la integración de los cuidados formales no formales en el anciano en el primer nivel de atención

Después del análisis de cada uno de los instrumentos utilizados, se tuvo en cuenta el diagnóstico preliminar a través de la evaluación e identificación de aspectos

relacionados con la integración de los cuidados formales y no formales en el primer nivel de atención, mediante las variables, sub dimensiones e indicadores declarados, se procede a realizar la triangulación de los instrumentos para agrupar y comparar los datos obtenidos (Anexo VII- tabla 14).

Mediante la aplicación de encuestas al profesional de enfermería como cuidadores formales (Anexo III) se constató que tenían conocimientos de excelente el 4,36 %, muy bueno el 5,55% y bueno el 20,23 %, lo que evidenció el actuar de los profesionales de enfermería en el cuidado comunitario como cuerpo del conocimiento de la Ciencia de la Enfermería, el 28,96 % tenían conocimiento regular y 48,86 con conocimiento malo sobre la actividad básica del cuidado y el proceso de integración en el primer nivel de atención.

A través de la encuesta a familiares como cuidadores no formales (Anexo IV) se constató que tenían conocimiento de excelente el 2,31 %, muy bueno 7,07 %, y bueno el 19,99 %, en relación al proceso de integración desde la relación enfermera-familia en el primer nivel de atención, con conocimiento de regular el 32,99 %, y malo el 38,07 %, como fenómeno negativo en el proceso de integración desde la relación del binomio enfermera-familia, lo cual refleja debilidad en el trabajo conjunto en el primer nivel de atención.

En el instrumento de integración de los cuidados (Anexo V) se apreció que 7,07 responde a la categoría de integración de los cuidados en la relación enfermera-familia, de escasa integración el 9,50 % y no integración el 19,50 %, lo cual refleja debilidades en el área cognitiva del cuidado de enfermería en cuanto a la concordancia entre el saber teórico y el saber práctico para la Ciencia de la Enfermería en el primer nivel de atención.

Luego de la obtención de los resultados, se procedió al análisis comparado de los instrumentos mediante la triangulación de instrumentos, que consistió en el cálculo de la mediana ponderada para contractar e interpretar los datos, ^(66,67) la cual mostró que la encuesta a profesionales de enfermería, familiares, se obtuvo una muestra ponderada de 5,54 % correspondiente a excelente, muy bueno y bueno, e integración de los cuidados en el instrumento de integración y aumentó el resultado de regular con escasa integración en 16,57 % y malo con no integración en y 29,98%. Esta triangulación permitió al autor reconocer las insuficiencias en el proceso de integración de los cuidados formales y no formales en el anciano en estado de necesidad en el Policlínico Docente José Martí Pérez, a partir del déficit de conocimientos de los profesionales de enfermería y la falta del accionar de los familiares en el proceso de integración de cuidados en el anciano en el primer nivel de atención.

De igual forma el autor considera que el proceso de integración de los cuidados formales y no formales afecta la atención en el anciano a través de fisuras en el conocimiento profesional y el desarrollo en la práctica de los familiares mediante la relación del binomio enfermera-familia y la no integración de los cuidados en el primer nivel de atención.

La triangulación mediante el análisis de las encuestas e instrumentos aplicados a través de las dimensiones, sub dimensiones e indicadores, determinó los siguientes problemas y potencialidades de la variable integración de los cuidados formales y no formales.

Problemas en:

- Proceso de integración de los cuidados en el binomio enfermera-familia en el primer nivel de atención.
- Aplicación de los cuidados formales y no formales en el AEN por el binomio enfermera-familia en el primer nivel de atención.
- Identificación de las necesidades por los profesionales de enfermería de los ancianos según patrón de Virginia Henderson y su implementación en el método científico.
- Nivel de aprendizaje de los cuidados por los familiares y su integración con los profesionales de enfermería.

Además, se identificaron **potencialidades** como:

- Elevada comprensión de la relación del binomio enfermera-familiar en el cuidado de los ancianos en el primer nivel de atención.
- Conocimientos en los profesionales de enfermería para aplicar los cuidados comunitarios para ayudar al familiar y así proteger al AEN en el primer nivel de atención.
- Capacidad en los profesionales de enfermería para proporcionar un trato personalizado, humanizado y afectivo que garantice el proceso de integración de los cuidados en los ancianos en el primer nivel de atención.
- Se cuenta con profesionales de enfermería calificados y con experiencia en la praxis del cuidado comunitario, para llevar a cabo acciones que transformen el proceso de integración de los cuidados desde el estado actual.

Los problemas y potencialidades identificados a partir de la triangulación de los instrumentos, corroboran la necesidad de introducir en la práctica del actuar del binomio enfermera-familiar la estrategia a desarrollar de integración de los cuidados, para dar solución a las insuficiencias encontradas en el desarrollo del proceso de integración de los cuidados formales y no formales en el anciano en estado de necesidad en el primer nivel de atención.

2.8 Consideraciones éticas

La investigación se presentó ante el consejo científico institucional y provincial y el comité de ética del Policlínico Docente José Martí Pérez, se coordinó y concentró a los participantes para explicarle en qué consistía la misma y se cumplió con las consideraciones éticas establecidas para la realización de investigaciones, tales como, anonimato, confidencialidad, consentimiento informado y voluntariedad.

Se explicó el objetivo de la investigación y se solicitó por escrito el consentimiento informado (Anexo II) a los profesionales de enfermería y familiares de ancianos en estado de necesidad en el primer nivel de atención, explicándole que los resultados solo serían de acceso al equipo de investigadores como un tratamiento confidencial. Los resultados hallados se pondrán a consideración del cliente, que es el Policlínico Docente José Martí Pérez.

Esta investigación no implicó afectaciones físicas, ni psicológicas en los participantes. En todo momento se tuvo en cuenta lo estipulado en la Declaración de Helsinki.⁶⁸

Conclusiones del Capítulo II

- El empleo de un estudio cuasi experimental en las etapas de diagnóstico y evaluación, permitió crear un algoritmo metodológico que propició el diseño de la intervención de enfermería para la integración de los cuidados formales y no formales en los ancianos en el primer nivel de atención.
- La triangulación de los instrumentos realizada para evaluar las variables desde sus dimensiones, sub dimensiones e indicadores, permitió el diagnóstico de problemas y potencialidades, que reconoció la no integración de los cuidados en la relación enfermera-familia en el AEN en el primer nivel de atención, constatándose en la práctica el problema científico de la investigación.

CAPÍTULO III

DINÁMICA DE LA ESTRATEGIA DE INTEGRACIÓN DE LOS CUIDADOS FORMALES Y NO FORMALES EN EL ANCIANO EN ESTADO DE NECESIDAD EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN

CAPÍTULO III. DINÁMICA DE LA ESTRATEGIA DE INTEGRACIÓN DE LOS CUIDADOS FORMALES Y NO FORMALES EN ELANCANO EN ESTADO DE NECESIDAD EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN

En primer lugar el capítulo argumenta los fundamentos teóricos que sustentan la estrategia propuesta, la cual aborda y está dirigida a integrar los cuidados formales y no formales por el binomio enfermera-familia en el AEN en el primer nivel de atención.

En un segundo momento se expone la estructura de la estrategia de integración de los cuidados mediante la modelación, se explican las etapas de la propuesta para transformar el campo de acción de la investigación y se procede a su corroboración a través del Método Delphi.

En tercer lugar se realiza la valoración de la puesta en el primer nivel de atención en la práctica mediante el análisis de los resultados parciales de la aplicación de la estrategia.

La elaboración de la estrategia asistencial para la integración de los cuidados formales y no formales en el anciano en estado de necesidad, parte de considerar como lógica esencial la dinámica del funcionamiento organizacional como eje central para integrar el actuar del binomio enfermera-familia, que logre potenciar los atención y mejorar los cuidados en el anciano en el primer nivel de atención.

La relación dialéctica entre los cuidados formales y no formales, permite mediante la aplicación de los cuidados clínicos asistenciales y humanistas de forma integrado por el binomio enfermera-familia, el abordaje de las complicaciones, para lograr así, de este modo, una atención profesional y familiar comprometida, flexible y trascendente en los cuidados en el primer nivel de atención.

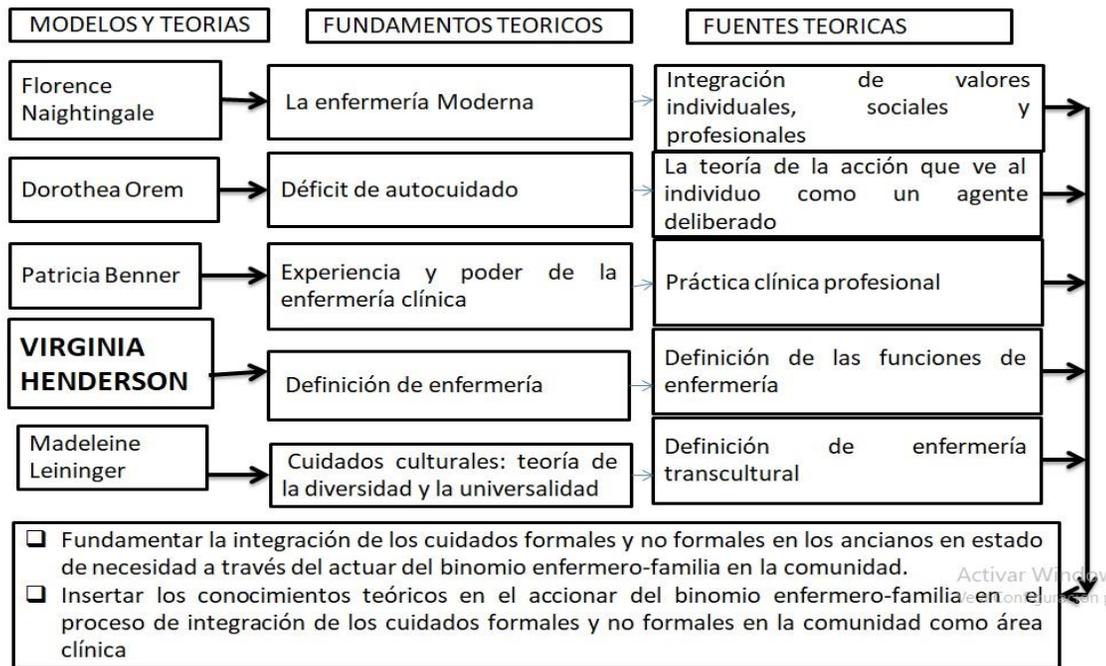
La dinámica de la actual propuesta de integración de los cuidados formales y no formales, se define funcionalmente como la dimensión que fortalece la integración de los cuidados en el binomio enfermera-familia en el primer nivel de atención, como realidad estudiada en la actualidad comunitaria, sustentada en la teoría de Virginia Henderson y sus 14 necesidades.

El diseño que se propone confirma sus bases en los referentes identificados en el estudio histórico y bibliométrico desplegado en el cuerpo de conocimiento de la Ciencia de la Enfermería en el ámbito nacional e internacional.

3.1 Referentes teóricos del diseño de la estrategia de integración de cuidados formales y no formales en el anciano en estado de necesidad en el primer nivel de atención

En la secuencia de la investigación se declaran los referentes teóricos en el capítulo I, que sustentan a la persona y al cuidado de enfermería como ejes centrales de la propuesta, a través de una revisión bibliográfica integrativa descrita en el capítulo II,

seguido de la triangulación teórica de los referentes identificados para analizar los puntos comunes en el escenario de investigación⁶⁷, como se declara en el cuadro siguiente:



Fuente. Elaboración propia del autor.

Figura 6. Relación entre los referentes teóricos seleccionados con el proceso de integración de los cuidados en el primer nivel de atención.

Desde la necesidad de la estrategia asistencial comunitaria basada en fundamentar la integración de los cuidados formales y no formales en el anciano en estado de necesidad a través del actuar del binomio enfermera-familia, se insertan los conocimientos teóricos a través del accionar en el proceso de integración de los cuidados como una responsabilidad del proceso de competencia profesional en el área clínica como plantean Soto, Reynaldos, Martínez, Jerez y Urbina Lazo, de ahí que el autor establece las formas de actuar del binomio enfermera-familia a través

del análisis del reemplazo y la ayuda mutua basadas en los conocimientos adquiridos en el primer nivel de atención para la integración de los cuidados en el anciano.^{69,70}

El análisis del modelo de Nightingale y las teorías de Dorothea Orem, Patricia Benner, Virginia Henderson y Madeleine Leininger, parten de las premisas adoptadas por el autor sobre la responsabilidad de la práctica clínica desde un cuidado centrado en la atención al anciano a través del proceso de integración en el binomio enfermera-familia en el primer nivel de atención en el periodo de estudio de la investigación.

Como parte del proceso de triangulación teórica, el autor analiza y concluye que la Enfermería como Ciencia guarda relación con el cuidado como la visión esencial del proceso de integración y su aplicación en el anciano por el binomio enfermera-familia en la especialidad a través de los modelos y las teorías, en función de ayudar al individuo sano y/o enfermo a recuperar su salud o a una muerte tranquila en el primer nivel de atención.

3.2 Fundamentación de la estrategia de integración de los cuidados formales y no formales en el anciano en estado de necesidad en el primer nivel de atención

Las estrategias de integración se visualiza desde los modelos de competencia y otras, como Martínez, Ojalvo, Jurlow,⁷⁰⁻⁷³ asocian las transformaciones de los objetivos y el campo de las investigaciones en la esfera de las ciencias de la salud, la Enfermería y la Educación Médica, desde el diseño de las estrategias como respuestas a las problemáticas que surgen al integrar a la persona, familia y comunidad y los aportes de valiosos resultados en los diversos contextos de atención.

Esta investigación se fundamenta sobre la realización de otras estrategias que permiten la participación de forma interactiva de los miembros del equipo de salud y la familia en el primer nivel de atención con sustento en lo filosófico, psicológico, epistemológico y enfermería.

Fundamentos filosóficos

El estudio de la integración de los cuidados en el anciano en estado de necesidad en el primer nivel de atención, se aborda desde el proceso de integración, la evolución actual de la Enfermería como profesión y como ciencia humana práctica en el mundo actual en el país.

Desde la concepción filosófica y epistemológica se aborda al anciano como ser biopsicosocial, complejo, con necesidades afectadas desde lo biológico, psicológico y social que perturba la comprensión y la supervivencia en el actuar familiar y que se encuentra en constante intercambio e interrelación con el medio que lo rodea, por tanto, el autor aborda al proceso de integración desde la concepción de la familia como grupo social responsable de la salud de las personas, dado por su antigüedad y fortaleza basada en su historia común, que hacen que compartan los rasgos genéticos, entorno, costumbres, creencias, actitudes generales y estilos de vida que modifican la esfera social, afectiva y familiar en el primer nivel de atención.⁷⁴

Watson y Caro en su experiencia en las ciencias humanísticas, abordan reclamos ontológicos, epistémicos, éticos para afrontar al cuidado con una visión de cambios que requiere de un nuevo actuar paradigmático de los profesionales de la enfermería en el primer nivel de atención desde las teorías de la filosofía de Heidegger, Marcel, Chardin, Selve, Whitehead; teólogos como Buber; de los psicólogos como MayMayeroff, Gilligan, Noddingsy Roger, que promueven la formación de valores con

acciones transformadoras y desarrollo de habilidades en el comportamiento social del binomio enfermera-familia en el cuidado y atención en el anciano en estado de necesidad en el primer nivel de atención. ^{75,76,77}

Fundamentos epistemológicos

En la fundamentación epistemológica de la estrategia, se constituye por los enfoques, estructuras y disposiciones de los modelos conceptuales como herramientas necesarias e indispensables para la práctica clínica y humanística en los profesionales a través del método científico de enfermería (Proceso de Atención de Enfermería) acorde a lo planteado por Hernández, Esteban. ^{78,79}

Otros autores sistematizaron los modelos y teorías de enfermería, y destacan en su obra el proceso de la integración humanístico-clínico en la práctica y de la relación indisoluble paciente-familia-profesional de Enfermería desde su visión y radio de acción hacia el desarrollo de los valores como, la responsabilidad, sensibilidad, humanismo, justeza, honradez, espiritualidad de los cuidados que se asumen y se proponen en la estrategia de integración de los cuidados en el anciano en estado de necesidad. ⁸⁰

Fundamentos Psico-biológicos

El anciano en su desarrollo hacia el deterioro biológico-físico y psicológico, atraviesa por el tránsito progresivo y cognitivo de volver a descubrir sus capacidades y adaptarlas a su nueva condición para desarrollar nuevas habilidades y capacidades afectivas y sociales, como también las motrices, para aceptar su condición y adaptarse a su entorno, interactúa como ser social hacia una nueva fase de adaptación que modifica las actividades de la vida diaria. Estos elementos deben

evaluarse de forma coercitiva para lograr un equilibrio en lo biológico y lo social en el desarrollo del anciano.^{74,81}

Desde las teorías abordadas por el autor en el capítulo I y los conocimientos del binomio enfermera-familia en el anciano en estado de necesidad se fundamentan los aspectos psicológicos a través de la capacidad de transmitir tranquilidad, seguridad, confianza y protección, lo cual se traduce en empatía, comunicación, sensibilización propicia para un entorno afectivo en beneficio de la calidad de vida de los ancianos en el primer nivel de atención a través de la atención clínico asistencial, clínico humanista y ético.

Desde esta visión el autor aborda los fundamentos enfermeros a continuación.

Fundamentos Enfermeros

La Enfermería como Ciencia, basa su objetivo en la satisfacción de las necesidades humanas de los pacientes e incluye además al anciano en estado de necesidad, mediante el cuidado como esencia de la aplicación del método científico (Proceso de Atención de Enfermería) para organizar y guiar la actividad asistencial en el primer nivel de atención, el nivel secundario o terciario.

En ocasiones la satisfacción de las necesidades se aborda desde perspectivas lejanas de la realidad asistencial, el contorno social y los aspectos culturales, lo que conlleva a disyuntivas que no ayudan al desarrollo del cuidado en el binomio enfermera-familia y ocasiona la no solución de los problemas de salud identificados en la actividad asistencial como gestores y ejecutores del proceso de integración de los cuidados en el primer nivel de atención.

La estrategia para la integración de los cuidados en el anciano en la atención comunitaria, propone el progreso de la investigación de las acciones propuesta,

desde el desarrollo de la Ciencia de la Enfermería, la adaptación e implementación de los modelos y teorías empleados por el autor y los conocimientos desde la actividad asistencial y humanista de la estrategia.

3.3 Modelación y etapas de la propuesta de la estrategia asistencial para la integración de los cuidados formales y no formales en el anciano en el primer nivel de atención

De lo establecido en los referentes teóricos el autor se sirve para apoyar la relación bidireccional que se crea en el actuar del binomio enfermera-familia, a través de la relación dialéctica de la Ciencia de la Enfermería y las manifestaciones concreta en la atención integral al anciano en el primer nivel de atención, de ahí que defina a la estrategia como: un sistema de acciones individualizadas con carácter personalizado sobre base científica, a partir de la conjugación de métodos, procedimientos y técnicas que posibilitan la transformación de la actuación de los profesionales y familiares inmiscuidos en el proceso de integración de los cuidados formales y no formales en la atención en el anciano en estado de necesidad; lo que favorece su carácter clínico, ético y humanista desde la participación conjunta del binomio (enfermera-familia) en el Proceso de Atención de Enfermería, para elevar la calidad de la atención en el primer nivel de atención(Anexo VII figura 7).

La sistematización de las investigaciones realizada por los doctores: R. Sierra Salcedo en el año 2004, Reyes Piña en el año 2005, Gotay en el año 2007, VentoCarballea en el año 2010, abordan la modelación en la estrategia como método y resultado científico, la manifestación de los principios y su contextualización a diferentes objetos y campos de estudio, a través de las obras los autores precisan la pertinencia, la importancia y las tendencias de un conjunto de

aspectos que indican el punto de partida a la abstracción como proceso del objeto modelado.⁸²

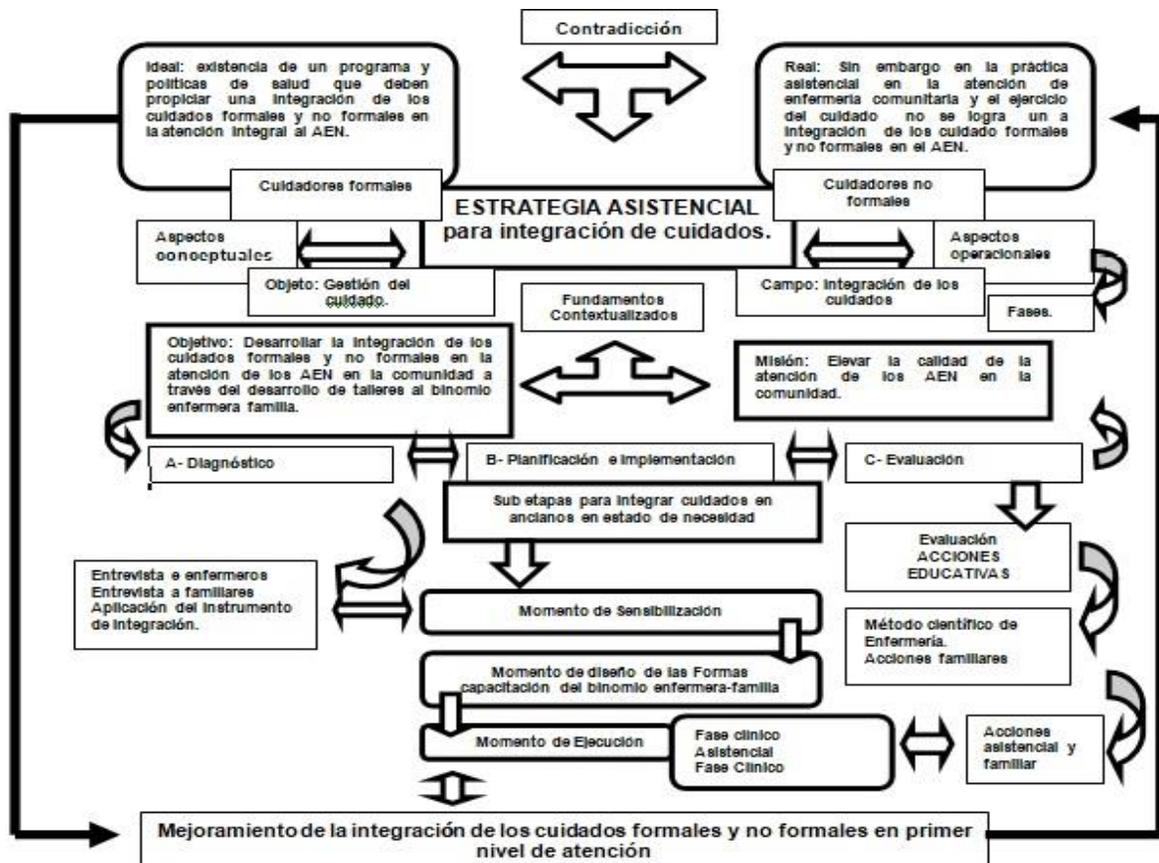


Figura 8. Modelación de la estrategia para la integración de los cuidados en el anciano en estado de necesidad en el primer nivel de atención.

Estrategia asistencial para la integración de los cuidados formales y no formales en el anciano en estado de necesidad en el primer nivel de atención.

Se conceptualiza la estrategia desde la visión planteado por Lamas González, 2012, por lo cual, el autor considera la misma como un sistema de acciones individualizadas con carácter personalizado sobre base científica, a partir de la conjugación de métodos, procedimientos y técnicas que posibilitan la transformación de la actuación de los profesionales y familiares inmiscuido en el proceso de integración de los cuidados formales y no formales en la atención en el anciano en

estado de necesidad; lo que favorece su carácter clínico, ético y humanista desde la participación conjunta del binomio enfermera-familia en el método científico de Enfermería, para elevar la calidad de la atención en el primer nivel de atención.

La estrategia asistencial comunitaria se centra en el envejecimiento poblacional como fenómeno social, que se acompaña de problemas de salud crónicos, enfermedades degenerativas, procesos de dependencia en el primer nivel de atención, además de darles salida a las dimensiones, sub dimensiones y los indicadores de la investigación, la misma se caracteriza por:

- Poseen un carácter científico, con enfoque sistémico.
- Propician cuidados éticos-clínicos-humanistas.
- En su organización permite el desarrollo de funciones como (planificación, organización, ejecución, evaluación y control).
- Se basan sobre métodos y procedimientos que posibilitan la transformación de la conducta de los sujetos, vistas en el desempeño profesional.
- Plantean soluciones a los problemas de la práctica profesional.
- Proporcionan la interacción en equipos multidisciplinarios con sentido humanista, ética profesional y valores.

En la dinámica funcional el autor aborda las etapas: diagnóstica, planificación e implementación y la evaluación, además de proponer el algoritmo de las acciones del binomio enfermera-familia en el proceso de integración de los cuidados, mediante el desarrollo de acciones conjuntas desde lo clínico asistencial y humanizado en el proceso de integración de los cuidados a través de las sub facetas de familiarización, sensibilización, planificación y ejecución.

Desde el proceso de esquematización de la estrategia se diseñan los componentes desde la visión del Dr. C Alberto D. Valle Lima. Investigador del ICCP-2010 que aborda los siguientes aspectos:

- La misión y visión.
- Los objetivos.
- La caracterización del objeto.
- Las etapas (acciones, los métodos y procedimientos, los recursos, los responsables de las acciones y el tiempo en que deben ser realizadas).
- Las formas de implementación.
- Las formas de evaluación.

Misión de la estrategia:

Consiste en elevar la calidad de la atención desde el proceso de integración de los cuidados en el anciano en estado de necesidad por el binomio enfermera-familia en el primer nivel de atención.

Características de la estrategia:

- Apropiaada proyección y planificación de la capacitación del binomio enfermera-familia, en función de lograr una conducta clínica asistencial humanista en el proceso de integración en el primer nivel de atención.
- Limitada preparación del binomio enfermera-familia en el proceso de integración de los cuidados desde lo clínico, asistencial y humanista en el primer nivel de atención.
- Apropiaada relación entre la praxis y lo clínica asistencial en el desempeño del proceso de integración en el primer nivel de atención.

- Ausencia de contenidos en la atención en el anciano en estado de necesidad en el binomio enfermera-familia en el primer nivel de atención.

Requisitos para la estrategia:

- Disponibilidad y preparación para realizar una adecuada dispensarización de los ancianos por el binomio enfermera-familia en el primer nivel de atención.
- Asegurar la constante preparación asistencial, científica y profesional para la construcción de experiencias que desarrollen habilidades, destrezas, valores y valoraciones en el contexto comunitario.
- Asegurar la supervisión y el control por el equipo de investigadores de la capacitación clínica asistencial humanista de los profesionales de enfermería y familiares en el anciano en estado de necesidad en el primer nivel de atención.

Objetivo general de la estrategia:

Desarrollar la integración de los cuidados formales y no formales por el binomio enfermera-familia en la atención en el AEN en el primer nivel de atención.

De ello se desprenden las etapas de la estrategia como se muestra en el esquema siguiente (Anexo VII figura 9):

Etapas de diagnóstico

Esta etapa parte del reconocimiento del contexto de la relación en el proceso de integración de los cuidados, así como el desarrollo de la clínica asistencial humanística aplicada por el binomio enfermera-familia en el primer nivel de atención, dicha etapa está en correspondencia con las relaciones y configuraciones dadas en la estrategia, que propicia la comprensión del diagnóstico a través de la organización de un conjunto de acciones desde los aspectos afectivos, espirituales y sensibilidad

humana, que motiva la manera en que se transforman las acciones del proceso de integración de los cuidados en el anciano en estado de necesidad.

Las acciones que permiten la atención mediante el proceso de integración de los cuidados formales y no formales en el anciano, van dirigidas en un primer instante a la familiarización del binomio enfermera-familia, estas están concebidas sobre las siguientes acciones:

- Identificación de las problemática de salud que permitan mediante las situaciones de aprendizaje, desarrollar el proceso de integración de los cuidados formales y no formales en el primer nivel de atención.
- Evaluación de la actividad asistencial a través de la interacción con otras áreas de las ciencias.
- Evaluación desde el actuar del binomio enfermera-familia la aplicabilidad de los principios de la ética y la bioética.
- Identificación del problema para dar solución a la actividad asistencial desde la investigación.

En un segundo momento, dirigida a familiarizar las necesidades y déficit de conocimientos del binomio enfermera-familiar:

- Identificación del conocimiento sobre el nivel de dependencia en el anciano en estado de necesidad.
- Identificación del conocimiento sobre el accionar del binomio enfermera-familiar en el cuidado de los ancianos en el nivel primario de atención cuidadores formales.

- Identificación del conocimiento sobre el nivel de aprendizajes de los familiares en el anciano en estado de necesidad en el primer nivel de atención, desde la integración de los cuidados con el equipo básico de salud.
- Identificación del conocimiento del binomio enfermera-familia para seleccionar, adaptar y desarrollar acciones diferenciadas en el anciano en estado de necesidad.
- Evaluación de los conocimientos sobre la importancia del entorno comunitario en la identificación, desarrollo y satisfacción de las acciones integradas en el primer nivel de atención.

En un tercer momento, dirigidas a las actividades asistenciales en el binomio enfermera-familia en el primer nivel de atención.

- Evaluación de los insumos suficientes que garanticen la actividad asistencial comunitaria para el proceso de integración de los cuidados en el primer nivel de atención.
- Identificación de las acciones conjunta en el Método científico de enfermería (Proceso de Atención de Enfermería) que faciliten el quehacer en el proceso de integración de los cuidados formales y no formales como metodología de su actividad asistencial comunitaria.
- Identificación de las deficiencias que faciliten la selección y planificación de un plan de actividades con acciones y expectativas coherentes de forma cíclica a través de las etapas del Proceso de Atención de Enfermería.

- Evaluación del actuar del binomio enfermera-familia la vinculación de los cuidados con los principios de las Ciencias de la Enfermería y la selección de las actividades según los protocolos de la especialidad comunitaria en el anciano.
- Apropiación del proceso de planificación y las premisas propuestas en la estrategia de integración de los cuidados a través de una atención individualizada al anciano en el primer nivel de atención.
- Identificación de las acciones para el desarrollo de algunos materiales que garanticen la actividad innovadora y posibiliten la integración de los cuidados en la asistencia comunitaria.
- Evaluación de los criterios de evaluación acorde a los indicadores establecidos según protocolos de la atención al anciano en el primer nivel de atención.

Desde las acciones de la primera etapa, se hace indispensable derivar las siguientes acciones de la segunda etapa:

Etapa de diseño de las formas de capacitación

Objetivo: Preparar a los profesionales de enfermería y familiares en el primer nivel de atención, con vista a una adecuada ejecución del ejercicio profesional y el actuar familiar en los aspectos clínico asistencial y humanista, en el contexto y en el abordaje del proceso de integración en el AEN para alcanzar una práctica clínica en el binomio enfermera-familia con una visión socio-comunitaria.

Este objetivo consolida la elaboración de acciones de capacitación profesional de diferentes niveles sobre la base de la integración e interacción en el accionar del binomio enfermera-familia y la profundización en la sistematización formativa clínico

asistencial humanista, en correspondencia con el desarrollo y demandas sociales y educativas de las Ciencias de la Enfermería en la profesión médica.

Desde la visión del autor, la formación clínico asistencial humanizada en el proceso de integración de cuidados: Es la formación en el contexto social humanista y ético de los cuidadores formales y no formales a través de los nexos que se establecen entre la Ciencia de la Enfermería y la concepción epistemológica del cuidado humanizado, desde el área clínico asistencial comunitaria con acertada interpretación humanista.⁸³

Esta formación en la estrategia proyecta y ejecuta las acciones que permiten expresar cómo se da la relación entre el binomio enfermera-familia en el proceso de integración de los cuidados en el AEN en el primer nivel de atención y el desarrollo de las actividades asistenciales, desde lo clínico-humanista (ANEXO VII Figura10).

Se establece un programa de capacitación que facilita la concepción formativa fundada en la visión del proceso de integración de los cuidados y a partir del desarrollo de las acciones que inserta el cuidado clínico y humanizado, desde el desarrollo de los valores, la sensibilización de las acciones del binomio enfermera-familia en el cuidado humanista, como una herramienta lógica del trabajo en el nivel primario de atención.

En el primer nivel de atención se establece una relación dialéctica entre la atención profesional por enfermería y la no profesional por la familia para integrar los cuidados y garantizar en el sentido de lo clínico, asistencial y humanista los aspecto esenciales que dinamicen las acciones en la atención en el anciano en estado de necesidad en el primer nivel de atención.

Desde lo anterior planteado, el autor aborda al proceso de integración como una necesidad latente que hace a la superación profesional, conjunto con la preparación de la familia en la integración de los cuidados, un proceso de carácter dinámico, cíclico y progresivo en la capacitación al binomio enfermera-familia, el cual ha de ser incorporado a los programas de estudios de la Enfermería en pre y pos grado, a pesar de existir los programas de formación que no tienen cuestiones obvias significativas que se tratan en la investigación de integración de cuidados en el primer nivel de atención.

De ahí que en este nivel se da inicio a una estrategia de carácter flexible, trascendente y creativa a través del perfeccionamiento del proceso de integración de los cuidados que tienen como producto resultante la construcción de acciones teóricas y prácticas que a partir de bases epistemológicas, praxiológicas y metodológicas mejoren la integración de los cuidados formales y no formales, a través del accionar del binomio enfermera-familia en lo clínico, asistencial y humanista mediante las siguientes acciones:

Acciones éticas profesionales en el Proceso de Atención de Enfermería en la integración de los cuidados formales y no formales.

- Evaluación del cumplimiento de los principios de la bioética (beneficencia, justicia, autonomía).
- Demostración de las acciones para solucionar problemas y contingencias.
- Evaluación de un ambiente propicio para la integración de los cuidados formales y no formales por el binomio enfermera-familia.
- Aplicación del principio del consentimiento informado.

Acciones docentes y asistenciales mediante el método científico de enfermería en la integración de los cuidados formales y no formales en el binomio enfermera-familia.

Acciones generales:

- Realización de debates y discusiones sobre la temática de forma científica y profesional correspondiente al proceso de integración de los cuidados en el binomio enfermera-familia en el primer nivel de atención.
- Elaboración de temas relacionados con el proceso de integración de los cuidados en el anciano en estado de necesidad en el primer nivel de atención.
- Evaluación de la problemática existente que dificultan la integración de los cuidados formales y no formales en el primer nivel de atención.
- Apreciación de las situaciones problemáticas relacionadas con el proceso de integración de cuidados en el anciano en estado de necesidad y la vinculación con el método científico de enfermería (Proceso de Atención de Enfermería y la identificación de las 14 necesidades del patrón de Virginia Henderson) por los profesionales de enfermería y su integración familiar desde el cuidado en el ámbito comunitario.
- Integración de los contenidos recibidos en la etapa de sensibilización con etapa de capacitación desde lo clínico asistencial y lo clínico humanizado para fortalecer la integración de los cuidados en el primer nivel de atención.
- Orientación en la práctica de las acciones en el binomio enfermera-familia de manera que se apliquen las habilidades para el análisis, comparación, reflexión y otras, para resolver los problemas en la integración de los cuidados en el primer nivel de atención.

Para lograr un desarrollo singularizado es válido reconocer las acciones de capacitación en los profesionales de enfermería y familiares en el binomio enfermera-familia en el primer nivel de atención, desde las dos fases que se estipulan a continuación, la fase clínico asistencial y la fase clínico humanizada.

Fase clínico asistencial.

Profesionales de la enfermería como gestores de cuidados en el proceso la integración en el primer nivel de atención).

Acciones:

Se diseñaron acciones de capacitación para el profesional de enfermería como cuidadores formales en el primer nivel de atención, lo que incluyó:

- Demostración en el grado de actitud ante el proceso de integración de los cuidados formales y no formales por el binomio enfermera-familia en el primer nivel de atención.
- Elaboración de estrategias de capacitación mediante los procesos formativos relacionados con la integración de los cuidados formales y no formales en el anciano en estado de necesidad en el binomio enfermera-familia en el primer nivel de atención.
- Capacitación en el dominio de un lenguaje técnico para su categoría profesional.
- Valoración adecuada al paciente (anamnesis de Enfermería) e identificación de las necesidades del patrón de Virginia Henderson y su implementación mediante los diagnósticos elaborados, las expectativas trazadas y el plan de acción propuesto.

- Identificación de situaciones de aprendizajes reales, los problemas y las situaciones de salud en el anciano en estado de necesidad para revelar las acciones lógicas desde lo asistencial, clínico y humanista del proceso de integración de cuidados.
- Innovación en la solución de problemas a través de la complejidad de las acciones independientes que se proponen.
- Demostración de habilidad y creatividad a través de la preparación incidental de los nuevos binomios enfermera-familia ante la integración de los cuidados.

Familiares como ejecutores de cuidados en el proceso la integración en el primer nivel de atención).

Acciones:

- Innovación en la solución de problemas a través de la complejidad de las acciones independientes que se proponen.
- Demostración de habilidad y creatividad a través de la preparación incidental en los nuevos binomios enfermera-familiar ante la integración de los cuidados.
- Planificación de las acciones para la capacitación y ejecución por los familiares como cuidadores no formales en el primer nivel de atención.
- Capacitación para el desarrollo de relaciones adecuadas del binomio enfermera-familia que facilite la integración de los cuidados formales y no formales en el primer nivel de atención.
- Educación para la salud según la metodología de los protocolos del primer nivel de atención.

Fase clínico humanizada

- Identificación de casos con situaciones complejas para aplicar el cuidado integrado de forma humanizada en el anciano en estado de necesidad por el binomio enfermera-familia en el primer nivel de atención.
- Evaluación de las acciones docentes, clínico-asistenciales donde se desarrollen las habilidades prácticas en el actuar del binomio desde lo humanístico en la asistencia en el primer nivel de atención.
- Preparación de las clases y la capacitación de los valores humanísticos en la atención al anciano en estado de necesidad en el primer nivel de atención.
- Materialización de actividades conjuntas para integrar el cuidado desde lo asistencial y humanística, con una visión clínico interpretativo y reflexivo en la atención de los ancianos en el primer nivel de atención.
- Sensibilización del binomio enfermera-familia en las acciones de integración de los cuidados comunitario.

Etapa de ejecución

Se ejecutan las acciones planificadas en la etapa de diseño para la implementación del algoritmo de las acciones del binomio enfermera-familia en el proceso de integración de los cuidados formales y no formales en el anciano en estado de necesidad en el primer nivel de atención (ANEXO VII, Figura 10):

Acciones:

- Preparación en el ámbito comunitario para la implementación de la estrategia de integración.
- Capacitación del proceso de integración de los cuidados al binomio enfermera-familia en el primer nivel de atención.

- Disposición de los escenarios docentes en función de la carga asistencia y la actividad familiar a realizar como cuidadores en el primer nivel de atención.
- Determinación de los recursos materiales que apoyen el desarrollo de las actividades programadas en la estrategia de superación.
- Identificación del banco de acervo bibliográfico que enriquezca las posibilidades de aprendizaje de los profesionales de la Enfermería seleccionados para la implementación de las formas de organización de superación profesional (FOSP) seleccionadas.
- Valoración de la situación del anciano en estado de necesidad y las acciones ofrecidas por el binomio enfermera-familia en el primer nivel de atención.
- Solución de situaciones a problemas de salud en el anciano en estado de necesidad con aplicación de la estrategia asistencial de integración de los cuidados en el anciano en el primer nivel de atención.
- Caracterización del proceso de integración de los cuidados de un modo lógico que implique transformación permanente en la calidad de vida en el anciano en estado de necesidad en el primer nivel de atención.

Etapas de evaluación

La evaluación de la estrategia, debe ser inherente al proceso de emanar las diferentes acciones desarrolladas en las etapas precedentes de la misma, para así evaluar los resultados desde la formación profesional y familiar del binomio enfermera-familia como expresión del accionar que se revierta en la calidad de la atención en el anciano en estado de necesidad mediante el proceso de integración de los cuidados en el primer nivel de atención.

El autor en la etapa de evaluación aborda el proceso de integración desde la relación cíclica y dinámica que se establece entre los cuidados formales y no formales, la promoción de salud y el bienestar individual para alcanzar una mejor calidad de vida en el anciano en estado de necesidad en el primer nivel de atención.

Los criterios de evaluación, por ende, expresan relaciones de carácter esencial, que deben ser inherente a la esencia integradora de la capacitación del proceso de la integración de los cuidados mediante las relaciones esenciales de los talleres, instrumentos y las acciones desde lo clínico asistencial y humanístico en el binomio enfermera-familia como aportes de la estrategia, con los criterios de evaluación que pudieran ser modificados para mejorar la calidad de vida en el anciano en el primer nivel de atención.

3.4 Corroboración parcial de la estrategia de integración de los cuidados formales y no formales en el anciano en estado de necesidad en el primer nivel de atención

Para la corroboración de la estrategia de integración de cuidados formales y no formales se sometió a criterio de expertos mediante la valoración y el empleo del método Delphi, ⁸⁴⁻⁸⁶ basado esencialmente en el criterio de profesionales, que por su dominio del tema pueden ser considerados expertos.

Se consultó y se tuvo en cuenta para la investigación la definición de experto ofrecida por Crespo Borges, en su libro Respuestas a 16 preguntas sobre el empleo de expertos en la investigación pedagógica, ⁸⁷ donde define al experto como: a un individuo, grupo de personas u organizaciones, capaces de ofrecer con un máximo de competencia, valoraciones conclusivas sobre un determinado problema, hacer pronósticos reales y objetivos sobre efecto, aplicabilidad, viabilidad y relevancia que

pueda tener en la práctica la solución que se propone y brindar recomendaciones de qué hacer para perfeccionarla.^{87,88}

En la sistematización realizada por el autor se abordan la existencia de los diversos procedimientos para la selección de los expertos como lo citó Blanco N en su bibliografía.⁸⁷

Al atender a la anterior definición y la revisión del procedimiento de selección, se procedió a la selección de los expertos a punto de partida de su autovaloración y el conocimiento sobre las acciones del tema y las fuentes que argumentan, se elaboró la encuesta (Anexo VIII) que se aplicó a 40 expertos según los criterios de selección que se declaran a continuación:

- Profesionales con categoría docente de Profesor Asistente, Auxiliar o Titular con más de 10 años de experiencia profesional en enfermería comunitaria.
- Profesionales con conocimientos sobre los cuidados de los ancianos en el primer nivel de atención y las teorías y modelos de la Ciencia Enfermera.
- Profesionales con título de Máster en Ciencias o Doctor en Ciencias en salud.

Desde estos criterios se seleccionaron los expertos con la siguiente distribución: 8 Doctores en Ciencias Pedagógicas, 2 Doctores en Ciencias de la Enfermería, 15 Máster en Ciencias de la Enfermería, 4 Máster en Ciencias en Atención Primaria de Salud y 4 Máster en Salud Pública.

Para conocer la opinión de los posibles expertos sobre su nivel de competencia se diseñó una escala con diez categorías, valoradas como se describe a continuación:

Escala de	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
valoración	Mínima satisfacción									Máximo satisfacción

Para determinar las fuentes que le permitieron argumentar sus criterios se solicita a cada experto que indique en una escala ordinal de tres categorías (alto, medio y bajo), análisis teórico en el tema, trabajos de autores nacionales revisados, trabajos de autores extranjeros, investigaciones desarrolladas en relación con el proceso de integración de los cuidados formales y no formales en el anciano en estado de necesidad en el primer nivel de atención.

Para definir cuales expertos participarían en la investigación, se procedió a calcular el coeficiente de conocimiento (**Kc**), coeficiente de argumentación (**Ka**) y finalmente el coeficiente de competencia (**K**), que determina en realidad qué experto se toma en consideración para trabajar en esta investigación como se muestra en el Anexo VIII cuadro 7, con la aplicación de cuestionario y la prueba de alto grado de fiabilidad de (99.9%) y el margen de error mínimo 0.01.

La distribución de los expertos según su grado científico: 3 Doctores en Ciencias Pedagógicas, 2 Doctores en Ciencias de la Enfermería, 15 Máster en Ciencias de la Enfermería y 9 Máster en Ciencias en Atención Primaria de Salud y 4 Máster en Salud Pública.

Después de analizado el coeficiente de los expertos se pudo resumir que, solo 31 de ellos se comportaron con un coeficiente de competencia entre 0,75-1,0 considerado como alto, 5 con un coeficiente de competencia entre 0.5-0.74 considerado como medio y solo 4 entre 0-0.4 considerado como bajo (Anexo VII tabla 16).

El análisis realizado de las dos primeras preguntas, decidió que el autor continuara su trabajo solo con 36 expertos seleccionados inicialmente que poseen como coeficiente de competencia un nivel alto y medio, a partir de los rangos establecidos como se muestra en el cuadro 7.

Luego de la selección de los expertos, para facilitar su valoración se proporcionó una guía con 12 aspectos a evaluar y las categorías de adecuado (A) e inadecuado (I), reflejados en una tabla de contingencias (Anexo IX). Además, se ofreció un acápite adicional donde el experto puede hacer su autovaloración acerca de que se incluiría y qué modificaría (Anexo IX). Para facilitar su valoración, se les proporcionó de forma online, el objetivo, los componentes y las etapas de la estrategia para la integración de los cuidados formales y no formales en el anciano en estado de necesidad en el primer nivel de atención, además de documentación sobre el cuidado de los ancianos en el primer nivel de atención y además herramientas sobre el cuidado comunitario y el proceso de integración.

Se realizaron dos rondas: con los señalamientos y recomendaciones de la primera se conformó una propuesta más acabada desde lo asistencial, sobre los cuidados al anciano en estado de necesidad y su integración, para ser llevadas a una segunda ronda de valoración por expertos. Los resultados se procesaron por el software PROCESA_CE (2013), con empleo de la lógica difusa.^{88,89}

3.5 Resultados de la corroboración de la estrategia de integración de los cuidados en el anciano en estado de necesidad

El comportamiento de las tendencias de opiniones se consideró en una escala categórica valorativa ordinal, mediante 12 ítems, se evaluó el índice de validez del contenido (IVC) a través de la redacción, coherencia, pertinencia y veracidad y la estimación del grado de acuerdo (EA) según los límites planteados por Landis y Koch como se muestra en la tabla 18 (Anexo VII).

Respecto al análisis del inciso número uno, se fundamenta en correspondencia con las necesidades de la especialidad de Enfermería Comunitaria en el contexto actual

cubano, 34 de los expertos tenían conocimientos aceptables y 2 inaceptables con un ICV de 0,94 y una EA de muy bueno.

Relacionado con el análisis concerniente a los incisos número dos y tres, se encuentra en correspondencia con las exigencias y las necesidades del primer nivel de atención en la sociedad cubana, 31 y 34 expertos fueron aceptables y 5 y 4 inaceptables con un ICV entre 0.86-0.88 y una EA de muy bueno de forma respectiva.

En el análisis del inciso número cuatro relacionado con el carácter organizado, dinámico, sistémico y sistemático, 34 expertos lo consideraron como aceptable y 2 inaceptable con un ICV de 0.94 y un EA muy bueno.

En el análisis del inciso número cinco relacionado con las acciones clínicas, asistenciales, humanitarias y educativas para introducir mejoras en el proceso de integración de los cuidados, 35 expertos lo consideraron como aceptable y 1 inaceptable con un ICV de 0.97 y un EA muy bueno.

En el análisis de los incisos número seis y siete relacionados con la definición operacional y la formación permanente para el proceso de integración de los cuidados formales y no formales desde la concepción en el primer nivel de atención para el binomio enfermera-familia en el cuidado en el anciano, 32 y 33 expertos lo consideraron como aceptable y 4 y 3 lo considero inaceptable, con un ICV entre 0.88-0.91 y un EA muy bueno de forma respectiva.

En el análisis del inciso número ocho relacionado con la inserción del método científico, 28 expertos lo consideraron como aceptable y 8 como inaceptable, con un ICV de 0.77 y un EA de bueno.

En el análisis de los incisos nueve, diez y once relacionados con las definiciones

operativas de las dimensiones, valoración e intervención y su relación con el método científico, 30, 31, 34 expertos lo consideraron como aceptable y 6, 5, 2 como inaceptables con un ICV entre 0.83- 0.94 y un EA de muy bueno de forma respectiva.

En el análisis del inciso número doce relacionado con la integración de los cuidados formales y no formales en el anciano en estado de necesidad, 35 expertos lo consideraron como aceptable, 1 como inaceptable, con un ICV de 0.97 y un EA de muy bueno.

A modo de conclusión la corroboración de la estrategia a través del Método Delphi arroja un ICV de 0.90 con un EA de muy bueno lo que denota que se representan de forma adecuada en cada ítem del instrumento el proceso de la integración, lo que está a favor de la pertinencia del instrumento desde el punto de vista del diseño, aunque sugieren realizar algunas modificaciones al instrumento desde la óptica de los expertos en la estrategia de integración de los cuidados como se muestra en la Tabla 18 Anexo VII.

3.6 Resultados alcanzados en la aplicación de la estrategia de integración de los cuidados formales y no formales en el anciano en estado de necesidad en el primer nivel de atención

Para comparar los resultados alcanzados en la aplicación del proceso de integración de los cuidados formales y no formales se aplicó la prueba estadística de McNemar, con una valoración de la significación de los cambios que ocurren en el proceso de integración de los cuidados como objeto de investigación y la actuación de los profesionales de enfermería y familiares en el primer nivel de atención (universo de estudio), permite constatar en los resultados un nivel de significación de $\alpha = 0,01$, es

decir, un 99 % de confianza.

El autor al desarrollar este análisis comparativo considera en primer lugar:

Hipótesis Nula H_0 : no hay diferencias en la proporción de profesionales de enfermería y familiares con cambios en el nivel de conocimiento, antes y después de la aplicación de la estrategia ($P_1=P_2$)

Hipótesis alternativa H_1 : hay diferencias en la proporción de profesionales de enfermería y familiares con cambios en el nivel de conocimiento, antes y después de la aplicación de la estrategia ($P_1 \neq P_2$)

Regla de decisión: si $p \leq 0,05$ se rechaza hipótesis Nula (H_0): la estrategia para la integración de los cuidados no contribuye.

Para trabajar con la Hipótesis de trabajo (H_1) donde se declara que: la estrategia para la integración de los cuidados formales y no formales si contribuye al proceso de integración de los cuidados en el anciano en estado de necesidad en el primer nivel de atención.

En las acciones de la estrategia se observa en la tabla 18 Anexo VII, que antes de la intervención en todos los casos predominó los conocimientos inadecuados en 25 (69,44 %) y 28 (77,77%) en los profesionales de enfermería y familiares de forma respectiva, lo que cambió de forma positiva después de la intervención educativa, con 6 (16,66 %) y 7 (19,94%) en los profesionales de enfermería y familiares, con un nivel de confiabilidad de un 95 %, con la aplicación de la prueba de probabilidad de C ($p < 0,05$).

Después de evaluada la aplicación de la estrategia con sus procesos de capacitación, el binomio enfermera-familia mostró conocimientos adecuados, resultados semejantes al artículo: Efectividad de una intervención educativa en nivel

de conocimiento de cuidadores no formales de adultos mayores de Tejada Dilou.⁹⁰

Dueñas González, en su estudio de calidad de vida percibida en el adulto mayor de la provincia de Matanzas abordaba qué, antes de aplicar la estrategia no se evidenciaba el cuidado integrado en la atención de el anciano en estado de necesidad en el primer nivel de atención, por lo que la calidad de la atención de los mismos se afectaba desde la esencia del accionar de enfermería como gestor y el actuar de familia como ejecutor de los cuidados en el primer nivel de atención.

En nivel de conocimiento inadecuado antes de la capacitación en los profesionales de enfermería y familiares en el primer nivel de atención, motivó la capacitación y la orientación de la auto preparación del profesional de enfermería para mejorar el nivel de conocimiento sobre el proceso de integración de los cuidados en el anciano en estado de necesidad en el primer nivel de atención. Después de evaluada la aplicación de la estrategia con sus procesos de capacitación, el binomio enfermera-familia mostró conocimientos adecuados.

Es imprescindible diseñar e implementar programas institucionales para la capacitación de los cuidadores no formales a través del proceso de integración de los cuidados mediante la relación enfermera-familia como cuidador no formal en el primer nivel de atención y así alcanzar mejoría en la calidad de vida y evaluar el comportamiento de años de vida promedio de los adultos mayores como se refiere en el Anuario de salud.⁹²

En la tabla 19 Anexo VII se presenta el resultado del Test de McNemar donde se puede observar que con un nivel de confiabilidad de un 95 % y un (1) grado de libertad (GL), en el proceso de integración de los cuidados formales y no formales en el anciano en estado de necesidad en el primer nivel de atención, se obtuvieron

resultados que permiten rechazar la Hipótesis nula (Ho) y decir que hay diferencias significativa en la proporción de profesionales de enfermería y familiares en el conocimiento de integración de los cuidados antes y después de la intervención, donde el valor de p siempre fue inferior a 0.05; que permitió corroborar la alta proporción de ancianos en estado de necesidad que recibieron un cuidado no integrado por los profesionales de enfermería del 69,44 % y los familiares 77,77%, después de aplicada la estrategia, permitió corroborar que se integrara el cuidado de forma adecuada por los profesionales de enfermería en el 83,33% y por los familiares en el 80,55%, lo que obedeció a cambios de conductas.

El cuidado integrado en el primer nivel de atención permitió corroborar que los ancianos en estado de necesidad recibieran cuidados adecuados con un incremento en la calidad de vida, dado por los cambios conductuales del binomio enfermera-familia en el primer nivel de atención, resultado semejantes en los resultados de Naranjo Hernández.⁹³

A consideración de los autores, la estrategia después de su implementación mostró, mejorías en el proceso de integración de los cuidados, a través de los cambios aplicados en la modificación del binomio enfermera-familia en el nivel primario de atención, mediante el accionar en este nivel para lograr conductas generadoras de salud en el anciano en estado de necesidad. El autor valora lo establecido por Mastrapa en su estudio donde refleja al hombre como ser social que está sujeto a relaciones interpersonales, que se promueven en el binomio enfermera-familia, además de jugar un rol importante en la actividad humana, mediadas por la comunicación en el primer nivel de atención.^{94,96}

Desde estos resultados se evalúa la posible aplicabilidad y generalización de los

resultados de la estrategia, así como instrumentarla en el primer nivel de atención para mejorar la calidad de vida, desde el uso del conocimiento de las teorías de enfermería y su importancia en la práctica como guía de los cuidados de enfermería de forma sistemática en la atención comunitaria en el anciano como plantea Mastrapa en su "Modelos y teorías para la atención de Enfermería al adulto mayor desde una dimensión de relación enfermera-paciente-cuidador".^{95,96}

Conclusiones del Capítulo III

- El diseño y evaluación en la práctica de la estrategia en el primer nivel de atención ha mejorado en el proceso de integración de los cuidados formales y no formales en el anciano en estado de necesidad a través del binomio enfermera-familia, permitió mejorar el actuar desde las acciones clínico humanizada en la atención del anciano en el primer nivel de atención.
- La concepción de la estrategia para la integración de los cuidados formales y no formales en el anciano en estado de necesidad en el primer nivel de atención está sustentada en la integración de las teorías abordadas por el autor aunque se centra en la de Virginia Henderson, su evaluación de las 14 necesidades en el anciano, mediante las fases del algoritmo metodológico creado, además propiciaron un diseño de la estrategia asistencial comunitaria con tecnologías educativas novedosas, que responden a las necesidades del binomio enfermera-familia a través de los cuidadores formales y no formales en la integración de los cuidados y así mejorar las acciones clínicas y humanizadas en el anciano en el primer nivel de atención.

CONCLUSIONES

- Los referentes teóricos fueron el sustento ideal para el diseño de la estrategia de integración de los cuidados dirigidos a los cuidadores formales y no formales en el anciano en estado de necesidad en el primer nivel de atención, dado que el mismo se basó en la integración de las teorías de Dorothea Orem, Patricia Benner y Virginia Henderson, Madeleine Leininger, con los cuales la estrategia diseñada se concibe en la actualidad como un recurso de carácter científico, pues se encuentra basado en los componentes históricos teóricos y prácticos de la Ciencia de la Enfermería.
- La caracterización del binomio enfermera-familia como agente gestor de cuidados (cuidador formal) y como agente ejecutor de los cuidados (cuidador no formal) permitió identificar a los mismos como entes con vínculos afectivos y alto nivel de educación, porque la mayoría eran familia del primer nivel de consanguinidad.
- Se elaboró el diseño de la estrategia para la integración de los cuidados formales y no formales en el primer nivel de atención que se basó en fundamentos filosóficos, sociológicos, epistemológicos y de la Enfermería como Ciencia humana práctica, reflejado en el objeto de investigación: el proceso del cuidado en el anciano en estado de necesidad y su integración.
- Se constató mediante el criterio de expertos y en la práctica asistencial que se contribuyó a mejorar el proceso de integración de los cuidados formales y no formales en el primer nivel de atención, mediante un mejor desempeño de los profesionales y familiares de forma integrada, por lo que se concluye que la estrategia asistencial comunitaria para la integración de los cuidados puede

considerarse como una alternativa de solución, ya que contiene acciones clínico asistencial y humanista que permiten organizar el desarrollo del proceso de integración de los cuidados en el primer nivel de atención.

- Los resultados de la aplicación de la estrategia para la integración de los cuidados formales y no formales en el anciano en estado de necesidad puede ser evaluada de favorable, ya que se identificaron las interacciones esenciales y sistemáticas en la mejoras del proceso de integración de los cuidados en el anciano en estado de necesidad en el primer nivel de atención, mediante las relaciones entre las teorías de enfermería seleccionadas por el autor, además produjo cambios significativos en los grupos de estudios, lo que elevó la capacidad en el actuar de los cuidadores desde las acciones clínico asistencial y humanizadas.

RECOMENDACIONES

- Extender el estudio a otras áreas de salud con incrementos de la población anciana con procesos degenerativos propio de la edad y así lograr una integración de los cuidados en la atención comunitaria.
- Extender la aplicación del instrumento para evaluar la integración de los cuidados formales y no formales en la atención al paciente necesitado de cuidados en general en la atención comunitaria.
- Presentar los resultados para el análisis de los mismos en la toma de decisiones en el cuidado integral e integrado del anciano en estado de necesitado en el primer nivel de atención.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Raile Alligood MR. Modelos y teorías en enfermería. Enferm. glob. [Internet]. ELSEVIER. Octava edición. 2016. Depósito legal (versión impresa): B 12445-2014[citado 9 Oct 2021]
2. Dandicourt Thomas C. El cuidado de enfermería con enfoque en la comunidad. Revista Cubana de Medicina General Integral [revista en Internet]. 2018 [citado 2019 Feb 8];34(1):[aprox. 8 p.]. Disponible en: <http://www.revmgi.sld.cu/index.php/mgi/article/view/354>
3. Cabascango Allauca LM, Hinojosa Chariguamán AG, Remache Agualongo LM, Olalla García MH. Aplicación del proceso de atención de enfermería basado en el modeloteórico de Virginia Henderson, en el centro geriátrico “AmawtaWasi Samay” Guaranda-Bolívar. CD [Internet]. 6 de enero de 2019 [citado 28 de enero de 2020];3(1):54-3. Disponible en: <https://cienciadigital.org/revistacienciadigital2/index.php/CienciaDigital/article/view/250>
4. Nuñez Luna S G, Peralta Peña S L. Estudio de caso con el enfoque de Virginia Henderson a persona postoperada de revascularización coronaria. Repositorio UNISON Ciencias Biológicas y de la Salud. May-2019 [citado 28 de enero de 2020] Disponible en: <http://hdl.handle.net/20.500.12984/4153>
5. Informe I+D+i. Informe sobre envejecimiento. Fundación general CSIC. Madrid España. Nov 2010[citado 28 de enero de 2021] Disponible en: <http://FGCSIC Informe Envejecimiento 2010.pdf-Adobereader>

6. Consejo general de la psicología en España. 52 millones de personas en Europa prestan cuidados informales a familiares dependientes. INFOCOP. [Internet].2022. [citado 3 Feb 2022].Disponible en: https://www.infocop.es/view_article.asp?id=19727
7. OPS. Panorama demográfico regional, Panorama de indicadores básico. 2019. [acceso: 2019 Feb 1] Disponible en: <https://opendata.paho.org/es/indicadores-basicos/panorama-demografico-regional-2019>
8. Naciones Unidas. Paz, dignidad e igualdad en un planeta sano. Envejecimiento. [Artículo en línea].2019 Disponible en: <https://www.un.org/es/global-issues/ageing>[acceso: 3 Jul 2020].
9. Anuario Estadístico de Salud 2021. 2022 [citado 18 Oct 2022]. Disponible en: <https://instituciones.sld.cu/socientificas/2022/10/28/publicado-el-anuario-estadistico-de-salud-2021/>
10. La O Jiménez Y, Camue Torres VI, Soler Fonseca Vd, Lamas Lamas JL. Promoción y prevención de salud, responsabilidad social en el desempeño del profesional de Enfermería. RevCubTec Sal [Internet]. 2022 [citado 28 Marz 2022];13(1). Disponible en: <https://revtecnologia.sld.cu/index.php/tec/article/view/3735>
11. Tejeda Dilou Y, Suárez Fuentes R, Dandicourt Thomas C, Espino La-O Z. La integración de cuidados de enfermería en el anciano en estado de necesidad desde la perspectiva comunitaria. **Revista Cubana de Medicina General Integral** [Internet]. 2021 [citado 28 Ene 2023]; 37 (4) Disponible en: <https://revmgi.sld.cu/index.php/mgi/article/view/1228>

12. Hierrezuelo Rojas N, Fernández Gonzáles P, Girón Perez E. Cuidadores de adultos mayores dependientes. Rev Cubana Med Gen Integr [Internet]. 2021 Sep [citado 2022 Feb 22] ; 37(3): e1427. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252021000300007&lng=es. Epub 01-Sep-2021.
13. Sánchez Rodríguez JR, Aguayo Cuevas CP, Galdames Cabrera LG. Desarrollo del conocimiento de enfermería, en busca del cuidado profesional. Relación con la teoría crítica. Revista Cubana de Enfermería [revista en Internet]. 2017 [citado 2019 Feb 13];33(3):[aprox. 0 p.]. Disponible en: <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/2091>
14. Nogales Espert A. El proceso histórico de la Enfermería, origen y consecuencia del pensamiento enfermero. Híades. 2008[citado 2020 Feb 13; 1(10):173-7.
15. Aguirre Raya DA. Retos y desafíos de la Enfermería en el mundo moderno. RevHabanCiencMéd [Internet]. 2020 Jun [citado 2022 Feb 04] ; 19(3): e3229. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2020000300001&lng=es. Epub 10-Jul-2020.
16. Delgado García G. Conceptos y metodología de la investigación histórica. RevCub Salud Pública. 2010 [citado 28 Nov. 2013]; 36(1):9-18.
17. Raile Alligood M. Estado actual y ciencia de la teoría enfermera. En: RaileAlligood M, MarrinerTomey A, editores. Modelos y teorías en enfermería. 7ma ed. Barcelona: Elsevier; 2011[citado 2021 Feb 13]. p. 765-72.

18. Sánchez Rodríguez JR, Aguayo Cuevas CP, Galdames Cabrera LG. Desarrollo del conocimiento de enfermería, en busca del cuidado profesional. Relación con la teoría crítica. Revista Cubana de Enfermería [revista en Internet]. 2017 [citado 2019 Feb 13];33(3):[aprox. 8 p.]. Disponible en: <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/2091>
19. Martínez Cadaya N, Fernández Fernández ML. El rol enfermero. Cambios más significativos entre ayudante técnico sanitario y diplomado universitario en Enfermería. Cul. Cuid. 2012 [citado 4 Dic. 2019]; 16(33):22-9.
20. Camaño Puig R. Proceso de profesionalización: Evolución de la Denominación de Enfermería. Híades. 2008[citado 4 Dic. 2020]; 2(10):903-20.
21. Decreto 2319/1960, de 17 de noviembre, sobre el ejercicio profesional de Ayudantes técnicos sanitarios, Practicantes, Matronas y Enfermeras Boletín Oficial del Estado, nº302, 17 de diciembre de 1960[citado 4 Dic. 2019];.
22. Campos Pavan P, Aparecida Barbosa M, Fernández de Freitas G. El estudio de la fenomenología como una vía de acceso a la mejora de los cuidados de enfermería. Cul. Cuid. 2011 [citado 5 Dic. 2013]; 15(29):9-15.
23. García García I, GozalbesCravioto E. Surgimiento y desarrollo de la Historia de la Enfermería en España. Enferm. glob. [Internet]. 2013 Abr [citado 2020 Jun 24]; 12(30): 305-314. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412013000200015&lng=es.
24. León Román CA. Nuevas teorías en enfermería y las precedentes de importancia histórica. Rev Cubana Enferm [Internet]. 2017 [citado 22 Dic 2020];,33(4):[aprox.

<http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/1587>

25. León-Román C. Nuevas teorías en enfermería y las precedentes de importancia histórica. **Revista Cubana de Enfermería** [Internet]. 2017 [citado 29 Jun 2021]; 33 (4) Disponible en: <https://revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/1587>
26. Watson J. Intentionally and Caring- Healing Consciousness: A Practice of Transpersonal Nursing. *Journal of Holistic Nursing Practice*. 2002 [citado 4 Dic. 2019]; 16(4): 45-9
27. Barbosa-Silva L, Ventura-de Souza K, Duarte-Elysângela D, Soares SM. Espacios epistemológicos de cuidado en salud y enfermería según teoría de halldorsdottir. *Rev Cuid* [Internet]. 2016 Dec [cited 2017 May 31]; 7(2): 1358-1365. [aprox. 13 p.]. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2216-09732016000200014&lng=en
28. Duran-de villalobo MM. Marco epistemológico de la enfermería. Fundación Dialnet. España. Aquichan 2002. [Citado 2020 May 31]; 2:7-18 Disponible en: <http://www.https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2107428>
29. Herrera Fragoso LR, Águila Rodríguez N, Olano Rivalta M. Impronta histórica de enfermería en tiempos de pandemia. *Medisur* [Internet]. 2021 Feb [citado 2021 Jun 29]; 19(1): 4-6. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2021000100004&lng=es. Epub 02-Feb-2021.

30. Valle-Racero JI. Cuidar desde una perspectiva cultural. Cul. Cuid. [Internet]. 29 de junio de 2012 [citado 24 de junio de 2021];(7-8):96-101. Disponible en: <https://culturacuidados.ua.es/article/view/2000-n7-8-cuidar-desde-una-perspectiva-cultural>
31. Miguélez-Chamorro A, Ferrer-Arnedo C. La enfermera familiar y comunitaria: referente del paciente crónico en la comunidad. ELSEVIER. Enfermería Clínica [Internet]. [citado: 4 de enero 2019];24(1). Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-clinica-35-articulo-la-enfermera-familiar-comunitaria-referente-S1130862113001915>.
32. Sánchez-Barrera O, Martínez-Abreu J, Castel Florit-Serrate P, Gispert-Abreu E, Vila-Viera M. Envejecimiento poblacional: algunas valoraciones desde la antropología. Rev Méd Electrón [Internet]. 2019 May-Jun [citado: 4 de enero 2019];41(3). Disponible en: <http://www.revmedicaelectronica.sld.cu/index.php/rme/article/view/3363/4369>
33. Ganga-Contreras F, Pinones-Santana MA, González-Vásquez D. Rol del Estado frente al envejecimiento de la población: el caso de Chile. Convergencia [Internet]. 2016 [citado 25/02/2019];23(71):175-200. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-14352016000200175&lng=es&nrm=iso
34. Tejeda-Castañeda E, Hernández-González G, Durán-Morera N, et al. Dinámica demográfica en la provincia de Villa Clara (2002- 2014). Medicentro Electrónica [Internet]. 2016 [citado 13/04/2018];20(2):118-28. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script>

35. Benítez-Pérez M. Population Aging: Present and Future. Medisur [Internet]. 2017 [citado 13/12/2018];15(1):8-11. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2017000100003&lng=es
36. Naranjo-Hernández Y, Figueroa-Linares M, Cañizares-Marín R. Envejecimiento poblacional en Cuba. Gac Méd Espirit [Internet]. 2015 Dic [citado 2019 Feb 19]; 17(3):223-233. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1608-89212015000300025&lng=es
37. Ministerio de Salud Pública República de Cuba. PROGRAMA DE ATENCION INTEGRAL AL ADULTO MAYOR [Internet]. Disponible en: <http://files.sld.cu/redenfermeriacomunitaria/files/2015/01/programa-de-atencion-integral-al-adulto-mayor.pdf>. 2015 [citado 4 Dic. 2019]
38. Ruiz-Álvarez J, Llanes-Torres H, Perdomo-Jorge J, Santamarina-Rodríguez S. Caracterización de ancianos frágiles en consultorios del Médico de Familia. **Medimay** [Internet]. 2016 [citado 3 Feb 2022]; 22 (1) :[aprox. 11 p.]. Disponible en: <https://revcmhabana.sld.cu/index.php/rcmh/article/view/923>
39. Valdés-Fernández L, Fernández-Concepción M, Valdés-Jiménez L, Montes-Bermúdez A. Caracterización de los ancianos frágiles del Policlínico Universitario Cerro en el periodo 2017-2018. **Medimay** [Internet]. 2019 [citado 3 Feb 2021]; 26 (2):[aprox. 13 p.]. Disponible en: <https://revcmhabana.sld.cu/index.php/rcmh/article/view/1409>

40. Tejeda-Dilou Y, Suarez-Fuentes R, Dandicourt-Thomas C. La humanización del cuidado enfermero del anciano en estado de necesidad en la comunidad. **Revista Cubana de Enfermería** [Internet]. 2021 [citado 3 Feb 2023]; 37 (1) Disponible en: <https://revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/3124>
41. Tejeda-Dilou Y. Los cuidados de enfermería y el anciano en estado de necesidad en la comunidad. **Revista Cubana de Medicina General Integral** [Internet]. 2020 [citado 28 Ene 2021]; 36 (1) Disponible en: <https://revmgi.sld.cu/index.php/mgi/article/view/1165>
42. Donoso Sepúlveda A. Cuidado y autocuidado de salud del adulto mayor. Chile: Programa Interdisciplinario de Estudios Gerontológicos; 2005. Disponible en: <http://www.gerontologia.uchile.cl/docs/cuidado.htm>
43. Casado, D. y López. G. Vejez, dependencia y cuidados de larga duración. Situación actual y perspectiva de futuro. Barcelona: Colección Estudios Sociales. 2001 [citado 13 enero. 2020], p.82
44. Rodríguez-Rodríguez, P. El apoyo informal a las personas mayores en España y la protección social a la dependencia. Del familismo a los derechos de la ciudadanía. *Revista Española de Geriátría y Gerontología* [revista en la Internet]. 2005 , [citado 2019 Dic 12]; 40(3): 5-15. Disponible en: [http://10.1016/S0211-139X\(05\)75068-X](http://10.1016/S0211-139X(05)75068-X)
45. Rogero, J. Los tiempos del cuidado. El impacto de la dependencia de los mayores en la vida cotidiana de sus cuidadores. Madrid: IMSERSO. 2009 [citado Diciembre. 2019], p.37

46. Van Houtven CH, Norton, E.C. "Informal care and health care use of older adults", *Journal of Health Economics*. 2004; 23: 1159-1180.
47. Bolin K, Lindgren B, Lundborg P. "Informal and formal care among single- living elderly in Europe", *Health Economics*. 2008; 17: 393-409.
48. Bonsang, E. "Does informal care from children to their elderly parents substitute for formal care in Europe?", *Journal of Health Economics*. 2009; 28: 143-154
49. Froland C, Pancoast D L, Chapman N J, Kimboko P. En B. H. Gottlieb (Ed.), *Social networks and social support*. London:(1981).[citado 2019 Dic 12]Linking formal and informal support systems
50. Carta de Bangkok. Sexta Conferencia Mundial de Promoción de la Salud, titulada «Los determinantes de la salud en relación con las políticas y las alianzas para la acción sanitaria» .Bangkok, 7-11 de agosto de 2005. Disponible en: https://www.uv.mx/cendhiu/files/2018/02/Bangkok_es.pdf
51. FirminoBezerra ST, Mesquita Lemos A, Costa de Sousa SM, Lima Carvalho CM, Carvalho Fernandes AF, Santos Alves Maria D. Promoción de la salud: la calidad de vida en las prácticas de enfermería. *Enferm. glob.* [Internet]. 2013 Oct [citado 2020 Nov 06] ; 12(32): 260-269. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412013000400016&lng=es.
52. Organización Mundial de la Salud. Carta de Ottawa. En: Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud [internet]. Ginebra: OMS; 1986. [citado 2019 Dic 12]Disponible en: <http://www.paho.org/spanish/HPP/OttawaCharterSp.pdf>

53. Robledo MR, Agudelo C. Aproximación a la construcción teórica de la promoción de la salud. Rev Salud Pública [internet]. [citado 2019 Dic 12]2011;13(6):1031-50. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642011000600015&lng=es
54. Alfonso JC. Estudio sobre envejecimiento población a partir del censo de población y vivienda 2012. Taller político del cuidados;2014 La Hanana, Cuba.
55. Riestra C. Una aproximación a l análisis de la estructura social del cuidado en Cuba en el periodo 2011-2014 [Trabajo final de diplomado "Sociedad Cubana"]. La Habana: Centro de investigación Psicológicas y sociológicas; 2015.
56. Consejo General de la Psicología de España. 52 millones de personas en Europa prestan cuidados informales a familiares dependientes. INFOCONLINE. 2022. Disponible en: https://www.infocop.es/view_article.asp?id=19727
57. Schippinger W. Comprehensive geriatric assessment. Wien Med Wochenschr. 2022 Apr;172(5-6):122-125. English. Disponible en: <https://www.10.1007/s10354-021-00905-y>.
58. Gálvez-Cano M, Chávez-Jimeno H , Aliaga-Díaz E. Utilidad de la valoración geriátrica integral en la evaluación de la salud del adulto mayor. Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública 2016;33(2): 321-327 Disponible en: <https://www.scielosp.org/article/rpmesp/2016.v33n2/321-327/es/>.
59. Hernández Sampieri R. Selección de la muestra. En: Metodología de la investigación. 6 ed. México: McGRAW-HILL / INTERAMERICANA; 2014. p. 170-392 Disponible en: www.elosopanda.com

60. Declaración PRISMA: una propuesta para mejorar la publicación de revisiones sistemáticas y metanálisis. [Internet] 2010 [Consultado 25 Nov 2019]; 135(11): 507-11. Disponible en: https://www.google.com.cu/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwjn3vTVvoXmAhVMwVkkHcohCa8QFjAAegQIAhAC&url=https%3A%2F%2Fes.cochrane.org%2Fsites%2Fes.cochrane.org%2Ffiles%2Fpublic%2Fuploads%2FPRISMA_Spanish.pdf&usg=AOvVaw2kJUeK9bHEIiSkL4P-R6W
61. Rodríguez-Jiménez S., Cárdenas-Jiménez M., Pacheco-Arce A. L., Ramírez-Pérez M. Una mirada fenomenológica del cuidado de enfermería. *Enferm. univ* [Internet]. 2014 Dic [citado 2019 Abr 01]; 11(4): 145-53. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632014000400005&lng=es.
62. Tejeda-Dilou Y, Dandicourt-Thomas C, Suárez-Fuentes R, Rondón-Cabrera J. Validación de instrumento de integración de cuidados en el adulto mayor en la comunidad. **Revista Cubana de Enfermería** [Internet]. 2021 [citado 3 Feb 2023]; 37 (2) Disponible en: <https://revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/3622>
63. Landis J, Koch G. The measurement of observer agreement for categorical data. *RevBiometrics* . 1977 [acceso: 3 /02/2019]; 33 (1): 159-74. Disponible en: <https://doi.org/10.2307/2529310>
64. Barragán Becerra J; Esperanza Hernández N; Medina Castro A. Validación de guías de autoaprendizaje en simulación clínica para estudiantes de

- enfermería. RevCuid Bucaramanga May/Aug). 2017 [acceso: 2019 Feb 8]; 8(3):[aprox. 5 p.]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v8i2.377>
65. Oviedo Heidi Celina, Campo-Arias Adalberto. Aproximación al uso del coeficiente alfa de Cronbach. rev.colomb.psiquiatr. [Internet]. diciembre de 2005 [citado el 17 de febrero de 2023]; 34(4): 572-580. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74502005000400009&lng=en.
66. Gómez Barrera JM. Programa de intervención psicológica para cuidadores primarios de enfermos crónicos en la comunidad de Apaxco, Edo. México [tesis]. México: Universidad Autónoma del Estado De México; 2014. Disponible en: <http://ri.uaemex.mx/handle/20.500.11799/21850>
67. Espín Andrade AM. Estrategia para la intervención psicoeducativa en cuidadores informales de adultos mayores con demencia. Ciudad de La Habana. 2003 – 2009” [tesis]. La Habana: Universidad de Ciencias Médicas de La Habana; 2010. Disponible en: <http://tesis.repo.sld.cu/251/93>
68. Asociación Médica Mundial. Declaración de Helsinki, Fortaleza Brasil. Paris: Asociación Médica Mundial; 2013.
69. Soto P, Reynaldos K, Martínez D, Jerez O. Competencias para la enfermera/o en el ámbito de gestión y administración: desafíos actuales de la profesión. Aquichan [Internet]. 2014 [citado 20 Marz 2021]; 14(1): 79-99. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4955975>

70. Urbina Laza O. Metodología para la evaluación de las competencias laborales en salud. Rev Cubana Salud Pública [Internet]. 2010 [citado 2 Marz 2021]; 36(2): 165-74. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/spu/vol_36_02_10/spu11210.htm
71. GONZÁLEZ, M. Diseño de Programas de Integración Familia, Escuela y Comunidad para la Escuela Básica "Yabuquiva" del Municipio Falcón, Estado Falcón. Trabajo de Grado. Coro: Universidad Pedagógica. (2003)
72. Martínez Sariol E. Estrategia de superación para el desarrollo de competencias específicas en la atención de enfermería al neonato crítico. Santiago de Cuba. 2019. p. 67.
73. Oramas González R. Modelo del profesor para los escenarios docentes de la carrera de Medicina [Tesis Doctoral]. La Habana, 2013. p. 42.
74. Ferreira U. Mariela A., La expresión corporal; enfoque orientado al adulto mayor, Universidad Metropolitana de Ciencias de la Educación, Magíster adulto mayor, Chile, 2006
75. Valencia Contrera MA, Melita Rodríguez A. Reflexión de la humanización de la atención: teoría de Jean Watson y propuesta de su aplicación. BENESSERE [Internet]. 2022 [citado 12 de febrero de 2022]; 6(1). Disponible en: <https://revistas.uv.cl/index.php/Benessere/article/view/3037>
76. Watson J, Smith MC. Caring science and the science of unitary human beings: Atrans- theoretical discourse for nursing knowledge development. Journal of Advanced Nursing 2002; 37(5): 452-461.

77. Caro S. Enfermería: Integración del cuidado y el amor. Una perspectiva humana. Salud Uninorte. Barranquilla (Col.) 2009; [acceso: 21/03/2021]; (1): 172-178. Disponible en: <http25.v25vn1a14pdflector>
78. Hernández J, Esteban, M. Fundamentos de Enfermería. Teoría y método. Madrid: McGrawHill- Interamericana; 1999.
79. Arribas Cachá A. Práctica clínica de la enfermería basada en evidencias científicas. Rev. Científica de CODEM conocimiento ENFERMERO [Internet]. 9 de junio de 2022 [citado 24 de junio de 2021];5(16):03-4. Disponible en: <https://www.conocimientoenfermero.es/index.php/ce/article/view/205>
80. Carrillo Algarra AJ, Martínez Pinto PC, Taborda Sánchez SC. Aplicación de la Filosofía de Patricia Benner para la formación en enfermería. Rev Cubana Enfermer [Internet]. 2018 Jun [citado 2022 Feb 04]; 34(2): e1522. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192018000200015&lng=es. Epub 01-Jun-2018.
81. Alonso O. Modelo de cuidados para la práctica clínica de enfermería en la atención a los pacientes con afecciones traumatológicas y ortopédicas [Tesis en opción al grado científico de Doctor en Ciencias de la Enfermería]. La Habana; 2017.
82. Herrera Barreda, D, Saladrigas Medina, H. ¿De qué hablamos cuando hablamos de medicalización? Sobre adjetivaciones, reduccionismos y falacias del concepto en ciencias sociales. *Revista Latinoamericana de Metodología de las Ciencias Sociales*. (2019). [citado 2021 Feb 04]; 9(1),e053. Disponible en: <https://doi.org/10.24215/18537863e053>

83. Puente Sani V. Formación clínico-asistencial-humanista de residentes de medicina interna en la atención al VIH/SIDA. 2021
84. Cañizares Cedeño EL, Suárez Mena KE. El Método Delphi Cualitativo y su Rigor Científico: Una revisión argumentativa. SOCIETEC [Internet]. 1 2022 [citado 12 de febrero de 2021];5(3):530-4. Disponible en: <https://institutojubones.edu.ec/ojs/index.php/societec/article/view/261>
85. García M, Suárez M. El método Delphi para la consulta a expertos en la investigación científica. Rev Cubana Salud Pública [Internet]. 2013 [citado 20 Sep 2017]; 39(2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662013000200007
86. López Fernández R. Expertos y prospectiva: en la investigación pedagógica [Internet]. Cienfuegos: Editorial Universo Sur; 2016 [citado 26 Sep 2011]. Disponible en: <http://beduniv.reduniv.edu.cu/fetch.php?data=488&type=pdf&id=3100&db=0>
87. Crespo Borges T. Métodos de la Prospectiva en la Investigación pedagógica [Internet]. La Habana: Educación Cubana; 2009 [citado 26 Sep 2011]. Disponible en: <http://beduniv.reduniv.edu.cu/fetch.php?data=488&type=pdf&id=3100&db=0>
88. Franco Zavala DL, Franco Zavala AZ, Caicedo Quiroz R. FORMACIÓN EN INVESTIGACIÓN PEDAGÓGICA PARA DOCENTES UNIVERSITARIOS. PROPUESTA DE UNA ESTRATEGIA. Didasc@lia. Didáctica y Educación [Internet]. 2018 [citado 12 de febrero de 2021];9(3):83-96. Disponible en: <https://revistas.ult.edu.cu/index.php/didascalía/article/view/774>
89. Simón LY, Viñas GE, Leiva TJL, et al. Habilidades investigativas en Enfermería

- en el Centro de Investigaciones Médico Quirúrgicas. InvestMedicoquir. 2020.[acceso: 12 Nov 2020];;12(1):.disponibe en:<https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=96014>
90. Crespo Borges, T. Respuestas a 16 preguntas sobre el empleo de expertos en la investigación pedagógica. Lima: Editorial San Marcos; 2007.
91. Tejeda Dilou Y. La familia como agente terapéutico en los cuidados paliativos. MEDISAN. 2011 [acceso: 10/03/2019];15(2):197-203. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S102930192011000200008&Ing=es.Cuba
92. Ministerio de Salud Pública. Oficina Nacional de Estadística (ONE) Anuario Estadístico de Salud. La Habana: MINSAP; 2018 [acceso: 21/02/2019]. Disponible en: http://bvscuba.sld.cu/?find_again=Anuarios+Estad%C3%ADsticos
93. Naranjo Hernández Y. Estrategia de autocuidado en el adulto mayor con úlcera neuropática en la comunidad. Revista Cubana de Enfermería. 2018 [acceso: 08/02/2019];34(3). Disponible en: <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/2428>
94. Mastrapa Y, Gibert-Lamadrid M. Relación enfermera-paciente: una perspectiva desde las teorías de las relaciones interpersonales. **Revista Cubana de Enfermería** [Internet]. 2016 [citado 12 Sep 2021]; 32 (4) Disponible en: <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/976>
95. García-Fariñas A, Dana-Marrero S, Maldonado-Alcántara M, Pérez-Muñoz L. Eficiencia de la actividad de enfermería en consultorios del médico y la enfermera de la familia. **Revista Cubana de Enfermería** [Internet]. 2019 [citado 13 Sep

2021];

35

(1)

Disponible

en: <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/2302>

96. Mastrapa YE. Modelos y teorías para la atención de Enfermería al adulto mayor desde una dimensión de relación enfermera-paciente-cuidador. **1ra Jornada científica Virtual de Enfermería. Capítulo La Habana. 2021**, [citado 2021 Septiembre 12] Disponible en: <https://promociondeeventos.sld.cu/enfermeriahabana2021/?p=284>

Bibliografías consultadas

- Beltrán Salazar Ó. Atención al detalle, un requisito para el cuidado humanizado. Index Enferm [Internet]. 2015 Jun [citado 2019 Feb 07]; 24(1-2):49-53. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962015000100011&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962015000100011>.
- Dueñas González D, Bayarre Vea HD, Triana Álvarez E, Rodríguez Pérez V. Calidad de vida percibida en adultos mayores de la provincia de Matanzas. Rev Cubana Med Gen Integr [revista en la Internet]. 2009 Sep [citado 2017 Dic 12]; 25(2). Disponible en: http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252009000200002&lng=es
- Firmino Bezerra ST, Mesquita Lemos A, Costa de Sousa SM, Lima Carvalho CM, Carvalho Fernandes AF, Santos Alves MD. Promoción de la salud: la calidad de vida en las prácticas de enfermería. Enferm. glob. [Internet]. 2013 Oct [citado 2019 Feb 07]; 12(32): 260-269. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412013000400016&lng=es.
- García Herranz S, Díaz Mardomingo MC, Peraita H. Evaluación y seguimiento del envejecimiento sano y con deterioro cognitivo leve (DCL) a través del TAVEC. Anales de psicología. 2014 [citado 21 Oct 2016];30(1). Disponible en:

<http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0212->

[7282014000100040&script=sci_arttex](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0212-7282014000100040&script=sci_arttex)

- Zermeño Gómez MG, Peña Cáceres J. Adultos Mayores. Revista Interamericana de Educación de Adultos. 2013 [citado 9 Oct 2016];5(2). Disponible en: <http://www.crefal.edu.mx/rieda/images/rieda-2013-2/exploraciones2.pdf>
- Dueñas González D, Bayarre Vea HD, Triana Álvarez E, Rodríguez Pérez V. Calidad de vida percibida en adultos mayores de la provincia de Matanzas. Rev Cubana Med Gen Integr [revista en la Internet]. 2009 Sep [citado 2017 Dic 12]; 25(2). Disponible en: http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252009000200002&lng=es.
- Lamotte-Moya S. Cuidados de enfermería humanistas en el paciente geriátrico. **Revista Cubana de Enfermería** [Internet]. 2021 [citado 3 Feb 2022]; 37 (4) Disponible en: <https://revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/4021>
- LLanes-Betancourt C. Práctica asistencial segura de los profesionales de enfermería con pacientes geriátricos. **Revista Cubana de Enfermería** [Internet]. 2020 [citado 3 Feb 2021]; 36 (4) Disponible en: <https://revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/2005>
- Naranjo-Hernández Y. Caracterización de los adultos mayores frágiles desde la perspectiva de la enfermería. **Revista Cubana de Enfermería** [Internet].

2020 [citado 3 Ene 2021]; 36 (1) Disponible en: <https://revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/2778>

- Rondón-Cabrera J, Catalá-Navarro I, Tejeda-Dilou Y, Sardiñas-Vinent R. Reflexiones sobre el rol familiar durante el pesquisaje de estudiantes y profesores en el enfrentamiento de la COVID-19. **Revista Cubana de Enfermería** [Internet]. 2021 [citado 3 Feb 2023]; 37 (1) Disponible en: <https://revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/4761>
- Álvarez Lauzarique ME, Vea Bayarre H, Pérez Piñero J. Evaluación de la calidad de la atención al adulto mayor en el primer nivel de salud. *Revista Cubana de Medicina General Integral* [revista en Internet]. 2018 [acceso: 2019 Feb 1]; 34(2):[aprox. 12 p.]. Disponible en: <http://www.revmgi.sld.cu/index.php/mgi/article/view/671>
- Prince M, Guerchet M, Prina M. Policy Brief for Heads of Government: The Global Impact of Dementia. London: Alzheimer's Disease International (ADI); 2013 [15 de Oct 2016]. Disponible en: <http://www.alz.co.uk/research/GlobalImpactDementia2013.pdf>
- Fernández ML, Sánchez MH, Muñoz PP, Fernández NG. Manejo de las adicciones en el adulto mayor desde la Atención Primaria de salud. Calidad de vida, cuidadores e intervención para la mejora de la salud en el envejecimiento. 2015 [27 Oct 2016];3(1). Disponible en: <http://formacionasunivep.com/documents/publicaciones/calidad-de-vida-idadores-e-intervencion-para-la-mejora-de-la-salud-en-el-envejecimiento-volumen-III.pdf#page=574>

- Abdi, Sarah, et al. Comprender las necesidades de atención y apoyo de las personas mayores: una revisión de alcance y categorización utilizando el marco de clasificación internacional de funcionamiento, discapacidad y salud (ICF) de la OMS. *BMC geriatría* [Internet]. 2019 [citado 3 Feb 2020];19(1): 1-15. Disponible en: <https://bmcgeriatr.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12877-019-1189-9>
- Collière MF. Utilización de la Antropología para abordar las situaciones de cuidados. *Revista de Enfermería Rol*. 1993 Jul-Ago; XVI (179/180): 71-80.

ANEXOS

ÍNDICE DE ANEXOS.

No	Título.
1.-	Visión horizontal de la tesis.
2.-	Consentimiento informado.
3.-	Entrevista individual a cuidadores no formales (familiares).
4.-	Entrevista individual a cuidadores formales (profesional de enfermería).
5.-	Instrumento de evaluación de integración de los cuidados formales y no formales en el primer nivel de atención.
6	Algoritmo de las acciones del binomio enfermera-familia en el proceso de integración de los cuidados en el AEN.
7.-	Tablas y gráficos.
8.-	Esquematización de la estrategia asistencial para la integración de los cuidados formales y no formales en el primer nivel de atención.
9.-	Encuesta para autovaloración de los expertos.
10.-	Criterio de expertos.
11.-	Análisis de los resultados de la consulta a expertos.

Anexo I: Visión horizontal de la tesis

1era pregunta científica:

Pregunta Científica	Tarea científica	Indagaciones Teóricas	Capítulo-Epígrafe
<p>¿Qué referentes teóricos sustentan la evolución histórica de la relación entre los cuidados formales y no formales en el anciano en estado de necesidad en el primer nivel de atención y su integración?</p>	<p>Determinar los referentes teóricos que sustentan la evolución histórica de la relación entre los cuidados formales y no formales en el anciano en estado de necesidad en el primer nivel de atención y su integración.</p>	<p>Histórico-lógico</p> <p>Análisis documental</p> <p>Sistematización</p>	<p>Capítulo I. Referentes teóricos que sustentan la evolución histórica de la relación entre los cuidados formales y no formales en el anciano en estado de necesidad en el primer nivel de atención y su integración.</p> <p>1.1. Fundamentos teóricos del cuidado de enfermería como un proceso de integración y la relación entre los cuidados formales y no formales en el anciano en estado de necesidad en el primer nivel de atención.</p> <p>1.2. Fundamentos de la influencia del desarrollo del Programa de Atención al Adulto Mayor en la atención en el anciano en estado de necesidad en el primer nivel de atención.</p> <p>1.3. La integración de los cuidados formales y no formales en el anciano en estado de necesidad en el primer nivel de atención.</p>

2da pregunta científica:

Pregunta Científica	Tarea científica	Indagaciones Teóricas	Indagaciones Empíricas	Capítulo-Epígrafe
<p>¿En qué estado se encuentra la relación entre los cuidados formales y no formales en el anciano en estado de necesidad en el primer nivel de atención y su integración?</p>	<p>Caracterizar la relación entre los cuidados formales y no formales en el anciano en estado de necesidad en el primer nivel de atención y su integración.</p>	<p>Análisis documental.</p> <p>Sistematización.</p> <p>Nivel estadístico.</p>	<p>Encuestas.</p> <p>Observación.</p>	<p>Capítulo II. Caracterización del estado actual de la relación entre los cuidados formales y no formales en el anciano en estado de necesidad en el primer nivel de atención y su integración.</p> <p>2.1. Estado actual de la relación entre los cuidados formales y no formales en el anciano en estado de necesidad en el primer nivel de atención y su integración.</p> <p>2.2. Operacionalización de las variables y valoración de los resultados del diagnóstico inicial.</p> <p>2.3. Análisis de los resultados.</p> <p>2.4. Triangulación de instrumentos para el inventario de problemas en la integración de los cuidados formales y no formales en el anciano en estado de necesidad en el primer nivel de atención.</p>

3ra y 4ta preguntas científicas:

Tareas científicas	Indagaciones Teóricas	Capítulo-epígrafe
<p>3. Elaborar una estrategia asistencial comunitaria para la integración de los cuidados formales y no formales en el anciano en estado de necesidad en el primer nivel de atención.</p> <p>4. Corroborar la validez de la estrategia para la integración de los cuidados formales y no formales en el anciano en estado de necesidad en el primer nivel de atención.</p>	<p>Sistematización.</p> <p>Modelación.</p> <p>Indagaciones empíricas:</p> <p>Encuestas.</p> <p>Consulta a especialistas.</p> <p>Nivel estadístico</p>	<p>Capítulo III. Dinámica de la estrategia asistencial comunitaria para la integración de los cuidados formales y no formales en el anciano en estado de necesidad en el primer nivel de atención.</p> <p>3.1. El proceso de modelación.</p> <p>3.2. Fundamentos de la estrategia asistencial para la integración de los cuidados formales y no formales en el anciano en estado de necesidad en el primer nivel de atención.</p> <p>3.3. Estructura de la estrategia asistencial para la integración de los cuidados formales y no formales en el anciano en estado de necesidad en el primer nivel de atención.</p> <p>4.1. Análisis de los resultados obtenidos en la aplicación de la estrategia asistencial para la integración de los cuidados formales y no formales en el anciano en estado de necesidad en el primer nivel de atención.</p>

Anexo II.

CONSENTIMIENTO INFORMADO.

El Policlínico Docente José Martí Pérez de Santiago de Cuba realiza una investigación que tiene como objetivo diseñar una estrategia asistencial comunitaria para la integración de los cuidados formales y no formales en el anciano en estado de necesidad en el primer nivel de atención, para mejorar la calidad de la atención y evitar complicaciones.

Por esta razón solicitamos su autorización para llevar a cabo dicha investigación. Para lo cual si usted acepta, será sometido a una encuesta con el fin de obtener determinada información sobre su actividad en la integración de cuidados.

Consentimiento informado

Yo, _____ he sido seleccionado a participar en una investigación en la cual debo responder un cuestionario relacionado con la integración de los cuidados formales y no formales en el anciano en estado de necesidad. Se nos informa que los nombres no serán utilizados en la publicación de los resultados y que todas las respuestas se mantendrán en anonimato; estas serán de utilidad social, no causarán daño a su salud ni a los intereses personales, además de darnos a conocer la posibilidad de abandonar el estudio cuando lo desee. Por lo tanto acepto participar en la misma.

Nombres y apellidos

Fecha

Firma

Ante cualquier duda contactar a: MSc. Yoni Tejeda Dilou.

Licenciado en Enfermería. Especialista de I Grado en Enfermería Comunitaria.
Máster en Ciencias en Asesoramiento Genético. Profesor Auxiliar. Aspirante a Doctor
en Ciencias de la Enfermería.

Email: yonitejeda@infomed.sld.cu; yonitejeda@nauta.cu

Policlínico Docente: José Martí Pérez

Teléfono: 22631270; 22633751

Anexo III

Entrevista individual a familiares como cuidadores no formales en el primer nivel de atención

Objetivo: obtener información a través de los familiares sobre el proceso de integración de los cuidados formales y no formales en el anciano en estado de necesidad en el primer nivel de atención.

Dirigido: a familiares del anciano en estado de necesidad en el primer nivel de atención.

Questionario

Familiar o amigo o cuidador remunerado: lea con detenimiento cada una de las preguntas que aparecen en el cuestionario y respóndalas con sinceridad. Agradecemos de antemano su colaboración y les ratificamos el carácter anónimo que tendrá la información que proporciona.

A. Marque con una X la relación que usted tiene con el anciano en estado de necesidad con dependencia parcial o total de cuidado:

Hijo: _____

Nieto: _____

Sobrino: _____

Amigo: _____

Otro vínculo familiar: _____

Especifique cual: _____

B. Tiempo en el cuidado del anciano en estado de necesidad en el primer nivel de atención.

1-5 años: _____

6-10 años: _____

11-15 años: _____

Más de 16 años: _____

C. Nivel de conocimientos:

1. Evalúe en una escala de excelente (E), muy bueno (MB), bueno (B), regular (R) y malo (M), los siguientes aspectos relacionados con la integración de los cuidados formales y no formales en el anciano en estado de necesidad. Marque con una cruz (x):

No	Aspectos	E	MB	B	R	M
I	Apoyo por la enfermera en los cuidados del anciano en estado de necesidad.					
II	Conocimientos de los cuidados que debe brindar a su familiar.					
III	La enfermera constituye la fuente de información de ayuda a su preparación en el cuidado.					

IV	Cuidados asistidos por la enfermera en la atención al anciano en estado de necesidad.					
V	Se siente apoyada en los cuidados integrados con la enfermera.					
VI	Recibe orientación y ayuda en los cuidados matutinos y vespertinos hacia el anciano en estado de necesidad.					

D. Diga tres acciones en la que usted se sienta apoyado en el cuidado del anciano en estado de necesidad.

E. Diga qué entiende por cuidado.

Anexo IV

Entrevista individual a profesional de enfermería como cuidadores formales en el primer nivel de atención

Objetivo: evaluar los conocimientos de los profesionales de enfermería como cuidadores formales acerca del proceso de integración de los cuidados formales y no formales en el primer nivel de atención.

Dirigido: a profesional de enfermería asistencial de ancianos en estado de necesidad en el primer nivel de atención.

Cuestionario

Lea con detenimiento cada una de las preguntas que aparecen en el cuestionario y respóndalas con sinceridad. Agradecemos de antemano su colaboración y le ratificamos el carácter anónimo que tendrá la información que proporciona.

A. Marque con una X el espacio que corresponde a su calificación técnica.

Enfermero técnico: _____

Enfermero post básico: _____

Licenciado en Enfermería: _____

Especialista de primer grado en Enfermería Comunitaria: _____

B. Cargo que ocupa en su institución:

Enfermero (a) asistencial: _____

Docente Asistencial: _____

Supervisor: _____

Otro, cuál: _____

C. Tiempo de trabajo en el primer nivel de atención:

1-5 años: _____

6'-10 años: _____

11-15 años: _____

16-20 años: _____

Más de 21 años: _____

D. Nivel de conocimientos:

1. Evalúe en una escala de excelente E, muy bueno MB, bueno B, regular R y malo M, los siguientes aspectos relacionados con la integración de los cuidados formales y no formales en el anciano en estado de necesidad. Marque con una cruz (x):

No	Aspectos	E	MB	B	R	M
I	Conocimientos sobre qué es un anciano en estado de necesidad.					
II	Conocimientos acerca el proceso de integración de los cuidados formales y no formales en el anciano en estado de necesidad.					
III	Realización de forma integrada de los cuidados					

	que se le brindan al anciano en estado de necesidad.					
IV	Realización de forma integrada de la actividad familiar en el cuidados al anciano en estado de necesidad.					
V	Integración de usted como gestor de cuidados a las actividades matutinas y vespertinas realizadas por los familiares.					

E. Diga cuál es la esencia del trabajo de enfermería.

El cuidado: _____

Las acciones independientes: _____

El cumplimiento de las órdenes médicas: _____

F. ¿Cómo usted trabaja la atención al anciano en estado de necesidad?

De forma independiente: _____

En conjunto con el equipo de salud: _____

En conjunto con la familia: _____

G. Mencione tres acciones en la atención del anciano en estado de necesidad.

H. Diga qué entiende por la integración del cuidado.

I. Mencione tres actividades en donde pongas de manifiesto la integración de los cuidados en el anciano en estado de necesidad.

Anexo V

INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN DE INTEGRACIÓN DE LOS CUIDADOS FORMALS Y NO FORMALS EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN.

Objetivo: obtener información para la caracterización del proceso de integración de los cuidados formales y no formales en el anciano en estado de necesidad en el primer nivel de atención.

Dirigido: a profesional de enfermería asistencial y familiares que brindan cuidados formales y no formales en el anciano en estado de necesidad en el primer nivel de atención.

Instrumento

Es diseñado por el autor (Especialista de primer grado en Enfermería Comunitaria) donde se tienen en cuenta los elementos de las diversas escalas de evaluación del anciano en estado de necesidad. Se debe aplicar de forma anónima a los cuidadores formales y no formales en el anciano en estado de necesidad en momentos diferentes.

Ítems	A) A cuidador formal	B) A cuidador no formal	C) Escala de resultados
Higiene.	<p>-Participa en los cuidados higiénicos básicos en el hogar. (10 Puntos).</p> <p>-A veces participa en los cuidados higiénicos básicos en el hogar.(5 Puntos).</p> <p>-No participa en los</p>	<p>-Participa enfermería en los cuidados higiénicos básicos en el hogar. (10 Puntos).</p> <p>-A veces participa enfermería en los cuidados higiénicos básicos en el hogar.(5 Puntos)</p> <p>-No participa en los</p>	<ul style="list-style-type: none">- Integración (7-10 puntos).- Escasa integración (3-6 puntos).- No integración (menos de 2 puntos).

	cuidados higiénicos básicos en el hogar. (0 Puntos).	cuidados higiénicos básicos en el hogar. (0 Puntos).	
Cont.			
Ítems	A) A cuidador formal	B) A cuidador no formal	C) Escala de resultados
Vestirse.	<p>-Ayuda en los cuidados de vestir al anciano en estado de necesidad en el hogar. (10 Puntos).</p> <p>-A veces ayuda en los cuidados de vestir al anciano en estado de necesidad en el hogar. (5 Puntos).</p> <p>- No ayuda en los cuidados de vestir al anciano en estado de necesidad en el hogar. (0 Puntos).</p>	<p>- Ayuda enfermería en los cuidados de vestir al anciano en estado de necesidad en el hogar. (10 Puntos).</p> <p>-A veces ayuda enfermería en los cuidados de vestir al anciano en estado de necesidad en el hogar. (5 Puntos).</p> <p>- No ayuda enfermería en los cuidados de vestir al anciano en estado de necesidad en el hogar. (0 Puntos).</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Integración (7-10 puntos). - Escasa integración (3-6 puntos). - No integración (menos de 2 puntos).
Uso del retrete (Baño Sanitario).	<p>Participa en la atención al uso del baño para la eliminación de los desechos del anciano en estado de necesidad en el hogar. (10 Puntos).</p> <p>-A veces participa en la atención al uso del baño para la eliminación de los desechos del anciano en estado de necesidad en el hogar. (5 Puntos).</p> <p>-No participa en la atención al uso del baño para la eliminación de los desechos del anciano</p>	<p>- Ayuda enfermería en el uso del baño para la eliminación de los desechos del anciano en estado de necesidad en el hogar. (10 Puntos).</p> <p>-A veces ayuda enfermería en la atención en el uso del baño para la eliminación de los desechos del anciano en estado de necesidad en el hogar. (5 Puntos).</p> <p>-No ayuda enfermería en la atención en el uso del baño para la eliminación de los desechos del anciano en el hogar. (0 Puntos).</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Integración (7-10 puntos). - Escasa integración (3-6 puntos). - No integración (menos de 2 puntos).

	en estado de necesidad en el hogar. (0 Puntos).		
Movilización.	<p>-Participa en la movilización del anciano en estado de necesidad en el hogar. (10 Puntos).</p> <p>- A veces participa en la movilización del anciano en estado de necesidad en el hogar.(5 Puntos).</p> <p>- No participa en la movilización del anciano en estado de necesidad en el hogar. (0 Puntos).</p>	<p>- Ayuda enfermería en la movilización del anciano en estado de necesidad en el hogar. (10 Puntos).</p> <p>-A veces ayuda enfermería en la movilización del anciano en estado de necesidad en el hogar. (5 Puntos).</p> <p>- No ayuda enfermería en movilización del anciano en estado de necesidad en el hogar. (0 Puntos).</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Integración (7-10 puntos). - Escasa integración (3-6 puntos). - No integración (menos de 2 puntos).
Deambulación.	<p>Participa en la deambulación del anciano en estado de necesidad en el hogar. (10 Puntos).</p> <p>-A veces participa en la deambulación del anciano en estado de necesidad en el hogar. (5 Puntos).</p> <p>- No participa en la deambulación del anciano en estado de necesidad en el hogar. (0 Puntos).</p>	<p>- Ayuda enfermería en la deambulación del anciano en estado de necesidad en el hogar. (10 Puntos).</p> <p>-A veces ayuda enfermería en la deambulación del anciano en estado de necesidad en el hogar. (5 Puntos).</p> <p>- No ayuda enfermería en la deambulación del anciano en estado de necesidad en el hogar. (0 Puntos).</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Integración (7-10 puntos). - Escasa integración (3-6 puntos). - No integración (menos de 2 puntos).
Continencia.(Eliminación los desechos corporales)	<p>-Ayuda al anciano a eliminación los desechos corporales en el hogar. (10 Puntos).</p> <p>-A veces ayuda al anciano en estado de necesidad a eliminación los desechos</p>	<p>- Ayuda enfermería al anciano a eliminación los desechos corporales en el hogar. (10 Puntos).</p> <p>-A veces ayuda enfermería al anciano en estado de necesidad a eliminación los</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Integración (7-10 puntos). - Escasa integración (3-6 puntos). - No integración (menos de 2 puntos).

	<p>corporales en el hogar. (5 Puntos).</p> <p>- No ayuda al anciano en estado de necesidad a eliminación los desechos corporales en el hogar. (0 Puntos).</p>	<p>desechos corporales en el hogar. (5 Puntos).</p> <p>- No ayuda enfermería al anciano en estado de necesidad a eliminación los desechos corporales en el hogar. (0 Puntos).</p>	
Alimentación.	<p>Participa en la guía de alimentación del anciano en estado de necesidad en el hogar. (10 Puntos).</p> <p>- A veces participa la guía de alimentación del anciano en estado de necesidad en el hogar. (5 Puntos).</p> <p>- No participa en la guía de alimentación del anciano en estado de necesidad en el hogar. (0 Puntos).</p>	<p>- Ayuda enfermería en la guía de alimentación del anciano en estado de necesidad en el hogar. (10 Puntos).</p> <p>-A veces ayuda enfermería en la guía de alimentación del anciano en estado de necesidad en el hogar. (5 Puntos).</p> <p>- No ayuda enfermería en la guía de alimentación del anciano en estado de necesidad en el hogar. (0 Puntos).</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Integración (7-10 puntos). - Escasa integración (3-6 puntos). - No integración (menos de 2 puntos).
Responsabilidad de sus asuntos económicos.	<p>Participa en la planificación de los asuntos económicos del anciano en estado de necesidad en el hogar. (10 Puntos).</p> <p>- A veces participa en la planificación de los asuntos económicos del anciano en estado de necesidad en el hogar. (5 Puntos).</p> <p>- No participa en la planificación de los asuntos económicos del anciano en estado de necesidad en el hogar. (0 Puntos).</p>	<p>- Ayuda enfermería en la planificación de los asuntos económicos del anciano en estado de necesidad en el hogar. (10 Puntos).</p> <p>- A veces ayuda enfermería en la planificación de los asuntos económicos del anciano en estado de necesidad en el hogar. (5 Puntos).</p> <p>- No ayuda enfermería en la planificación de los asuntos económicos del anciano en estado de necesidad en el hogar.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Integración (7-10 puntos). - Escasa integración (3-6 puntos). - No integración (menos de 2 puntos).

		(0 Puntos).	
Responsabilidad de su medicación.	<p>Participa en los cuidados básicos de la medicación en el hogar. (10 Puntos).</p> <p>-A veces participa en los cuidados básicos de la medicación en el hogar. (5 Puntos).</p> <p>- No participa en los cuidados básicos de la medicación en el hogar. (0 Puntos).</p>	<p>- Ayuda enfermería en los cuidados básicos de la medicación en el hogar. (10 Puntos).</p> <p>-A veces ayuda enfermería en los cuidados básicos de la medicación en el hogar. (5 Puntos).</p> <p>- No ayuda enfermería en los cuidados básicos de la medicación en el hogar. (0 Puntos).</p>	<p>- Integración (7-10 puntos).</p> <p>- Escasa integración (3-6 puntos). No integración (menos de 2 puntos).</p>
Cuidados de la casa.	<p>Participa en los cuidados básicos del anciano en estado de necesidad en el hogar. (10 Puntos).</p> <p>-A veces participa en los cuidados básicos del anciano en estado de necesidad en el hogar. (5 Puntos).</p> <p>- No participa en los cuidados básicos del anciano en estado de necesidad en el hogar. (0 Puntos).</p>	<p>- Ayuda enfermería en los cuidados básicos del anciano en estado de necesidad en el hogar. (10 Puntos).</p> <p>-A veces ayuda enfermería en los cuidados básicos del anciano en estado de necesidad en el hogar. (5 Puntos).</p> <p>- No ayuda enfermería en los cuidados básicos del anciano en estado de necesidad en el hogar. (0 Puntos).</p>	<p>- Integración (7-10 puntos).</p> <p>- Escasa integración (3-6 puntos).</p> <p>- No integración (menos de 2 puntos).</p>
Resumen del instrumento			
Ítems	A) cuidador formal	B) cuidador no formal	C) Escala de resultados
Valor total	A	B	[A+B/2] se evalúa el instrumento de integración de cuidados D

Nota: se suma el resultado de cada ítems independiente y se divide el resultado entre 2 $[A+B/2]$, a ese resultado se aplica la escala de resultado D, la cual se suma al final y se obtiene un valor final que permite evaluar la integración de los cuidados formales y no formales en el anciano en estado de necesidad.

A) Evaluación del instrumento de integración de cuidados formales y no formales en el anciano en estado de necesidad.

a) 80-100 puntos: Existe integración de cuidados formales y no formales.

b) 50-79 puntos: Existe escasa integración de los cuidados formales y no formales.

c) Menos de 49 puntos: No existe integración de los cuidados formales y no formales.

Nota: se reagrupan las 14 necesidades de Virginia Henderson en 10 en el instrumento para mejor análisis del mismo.

Anexo VI

ENCUESTA PARA PILOTAJE DE OPINIÓN.

Encuesta aplicada a profesionales de la enfermería y familiares que no participaron en la investigación, con el objetivo de mejorar el diseño del instrumento para evaluar la integración de los cuidados y así estimar cuan efectivo sean el acopio de los datos desde la claridad expositiva y la eficacia de las preguntas.

Profesional de enfermería: _____ Familiar: _____

Está usted al cuidado de anciano en estado de necesidad: Sí: _____ No: _____

Desde su lectura y análisis del instrumento de integración de los cuidados formales y no formales en el anciano en estado de necesidad, argumente con sus opiniones:

1- Considera el diseño del instrumento entendible para sus objetivos en el primer nivel de atención.

Sí _____ No: _____

2- Considera el lenguaje de las preguntas:

a) Claras: _____

b) Entendibles: _____

c) Retóricas: _____

d) Y otras: _____

3- Desde su visión y experiencia considera que los elementos tratados en el instrumento son necesarios.

Sí: _____ No: _____ Argumente según entienda:

4- Le gustaría agregar algún elemento para enriquecer el instrumento de integración de los cuidados en el anciano en estado de necesidad.

Sí:_____ No:_____

Anexo VII.TABLAS, GRÁFICOS, FIGURAS Y CUADROS

Tabla 4: Grado de parentesco de los familiares de anciano en estado de necesidad.

Grado de parentesco	Años								Total	
	1-5		6-10		11-15		+16			
	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%
Hijo	4	11,11	4	11,11	0	0,0	0,0	0,0	8,0	22,22
Nieto	6	16,66	3	8,33	0	0,0	0,0	0,0	9,0	25,0
Sobrino	0	0,0	0	0,0	4	11,11	0,0	0,0	4,0	11,11
Hermano	0	0,0	2	5,55	0	0,0	7,0	19,44	9,0	25,0
Amigo	4	11,11	2	5,55	0	0,0	0,0	0,0	6,0	16,66
Total	14	38,88	11	30,55	4,0	11,11	7,0	19,44	36,0	100,0

N=36

Tabla 5: Interrelación entre la calificación técnica y los años de servicios de los profesionales de enfermería que atienden ancianos en estado de necesidad.

Calificación	Años								Total	
	1-5		6-10		11-15		+16			
	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%
Enfermeros técnicos	4,0	11,11	1,0	2,77	0,0	0,0	0,0	0,0	5,0	13,88
Enfermeros post básicos	0,0	0,0	0,0	0,0	2,0	5,55	0,0	0,0	2	5,55
Licenciados en Enfermería	4,0	11,11	5,0	13,88	7,0	19,44	3,0	8,33	19	52,77
Especialistas de primer grado en Enfermería Comunitaria	0,0	0,0	10	27,77	0,0	0,0	0,0	0,0	10	27,77
Total	8,0	22,22	16	44,44	9,0	25	3,0	8,33	36	100,0

N=36

Tabla 6. Criterios de los familiares sobre el proceso de integración de los cuidados.

Actividades de integración	E	M B	B	R	M
Recibe ayuda apoyada por la enfermera en los cuidados del anciano.	0,0	11,11	38,88	8,33	41,66
Conoce usted los cuidados que debe brindar a su familiar.	2,77	6,33	31,11	42,44	17,35
Considera a la enfermera como la fuente de información de ayuda a su preparación en el cuidado	11,11	13,88	16,66	36,11	22,22
Los cuidados que usted brinda son asistidos por la enfermera.	0,0	8,33	13,88	47,22	30,55
Se siente apoyada y siente que los cuidados son integrados por la enfermera.	0,0	0,0	16,66	27,77	58,33
Recibe orientación y ayuda en los cuidados matutinos y vespertinos hacia el anciano en estado de necesidad.	0,0	2,77	2,77	36,11	58,33

Nota: E: excelente; MB: muy bueno; B: bueno; R: regular; M: malo.

N= 36

Fuente: Encuesta a familiares.

Tabla 7. Conocimientos de los profesionales de enfermería sobre el proceso de integración de los cuidados.

Actividades de integración	E	M B	B	R	M
Conoce qué es un anciano en estado de necesidad	0,0	0,0	19,44	11,11	69,44
Conoce qué es el proceso de integración de los cuidados formales y no formales en el anciano en estado de necesidad.	5,55	11,11	19,44	27,77	36,11
Los cuidados que brindan al anciano en estado de necesidad los realizan de forma integrada.	0,0	0,0	36,11	36,11	27,77
Integra usted al familiar como gestor de los cuidados al anciano en estado de necesidad.	13,88	16,66	16,66	25	27,77
Se integra usted como gestor de cuidados a las actividades matutinas y vespertinas realizadas por los familiares.	11,11	11,11	22,22	44,44	11,11
Trabajas el proceso de integración desde algún patrón de necesidades.	0,0	0,0	27,77	41,66	30,55
Empleas el método científico como herramienta de integración de los cuidados.	0,0	0,0	0,0	16,66	83,33

Nota: E: excelente; MB: muy bueno; B: bueno; R: regular; M: malo.

N= 36

Fuente: Encuesta a profesional de enfermería

Tabla 8: Tabla 8: Evaluación de encuesta de pilotaje de opinión del instrumento de integración de los cuidados formales y no formales a profesional de enfermería y familiares en el primer nivel de atención.

Encuestas	Adecuado		Inadecuado		Total	
	No	%	No	%	No	%
Profesional de enfermería	9	90,00	1	10,00	10	100,00
Familiares	7	70,00	3	30,00	10	100,00

N=10

Fuente: Encuesta de pilotaje de opinión.

Tabla 9. Grado de estimación del instrumento de integración de cuidados en el anciano en estado de necesidad de acuerdo a los expertos.

Grado de acuerdo	Kappa	Estimación del grado de acuerdo	
		Pares de expertos	% (n=11)
No acuerdo	<0.0	0	0,00
Insignificante	0.0-0.2	0	0,00
Bajo	0.2-0.4	0	0,00
Moderado	0.4-0.6	2	18,18
Bueno	0.6-0.8	5	45,45
Muy bueno	0.8-1.0	4	36,36

Fuente: Encuestas para evaluar grado de estimación de acuerdo.

Tabla 10. Resultados de la validación de contenidos del instrumento de evaluación de los cuidados formales y no formales en el anciano en estado de necesidad.

Ítem/ Instrumento	Valor de Kappa de Fleiss					Clasificación
	Redacción	Coheren- cia	Pertinen- cia	Veracidad	Índice Validez Conteni- do	
Higiene	0,6	0,7	0,7	0,6	0,65	Bueno
Vestirse	0,7	0,6	0,8	0,7	0,70	Bueno
Uso del retrete	0,7	0,8	0,8	0,7	0,71	Bueno
Movilización	0,8	0,7	0,7	0,8	0,74	Bueno
Diambulación	0,6	0,6	0,7	0,6	0,60	Bueno
Continencia	0,7	0,6	0,8	0,7	0,70	Bueno
Alimentación	0,6	0,6	0,7	0,6	0,60	Bueno
Responsabilidad de sus asuntos económicos	0,5	0,3	0,3	0,4	0,38	Bajo
Cuidados de la casa	0,5	0,5	0,5	0,5	0,50	Moderado
Valores y creencias	0,7	0,5	0,5	0,7	0,58	Moderado

Tabla 11. Fiabilidad y consistencia interna del instrumento de integración de los cuidados formales y no formales en el anciano en estado de necesidad.

Afirmaciones del instrumento	Alfa de Crombach
Higiene	0,87
Vestirse	0,86
Uso del retrete	0,82
Movilización	0,85
Diambulación	0,82
Continencia	0,86
Alimentación	0,84
Responsabilidad de sus asuntos económicos	0,89
Cuidados de la casa	0,84
Valores y creencias	0,89
Total	0,85

$a = \frac{K}{K-1} (1 - \frac{\sum V_i}{V_t})$ $a = \frac{10}{10-1} (1 - \frac{9,18}{40,31})$	0,85	K=10	Número de ítems
		Vi=9,18	Varianza de cada ítems
		Vt=40.31	Varianza total de los ítems

Valores aceptables del alfa de Crombach entre 0,80 y 0,90

Valor mínimo aceptable para el coeficiente alfa de Cronbach es 0,70, el valor máximo esperado es 0,90.

Tabla 12. Validación de juicio de expertos del instrumento de integración de los cuidados formales y no formales en el anciano en estado de necesidad.

Afirmaciones del instrumento	Juicio de expertos		
	Aceptable	Inaceptable	índice de contenido
Higiene	20	2,0	0,90
Vestirse	21	1,0	0,95
Uso del retrete	20	2,0	0,90
Movilización	22	0,0	1,00
Diambulación	20	2,0	0,90
Continencia	22	0,0	1,00
Alimentación	22	0,0	1,00
Responsabilidad de sus asuntos económicos	22	0,0	1,00
Cuidados de la casa	22	0,0	1,00
Valores y creencias	21	1,0	0,95
Total	212	8,0	0,96

IC=	A	212	=0.96
	A + I	212+8	

Nota: IC= índice de contenido. A= Aceptable I= Inaceptable

Tabla 13: Evaluación del comportamiento del proceso de integración de los cuidados formales y no formales en el primer nivel de atención.

Instrumento	Cuidadores formales		Cuidadores no formales	
	No	%	No	%
Integración	12	33,33	2	5,55
Escasa integración	13	36,11	6	16,66
No integración	11	30,55	28	77,77
Total	36	100,00	36	100,00

N=36

Fuente: Instrumento de integración de los cuidados.

Tabla 14. Triangulación de los instrumentos.

Evaluación	Encuesta a cuidadores formales (profesional de enfermería)	Encuesta a cuidadores no formales (familiares)	Instrumento de integración de los cuidados	Evaluación	Media Ponderada
Excelente	4,36	2,31	7,00	Integración	5,54
Muy bueno	5,55	7,07			
Bueno	20,23	19,99			
Regular	28,96	32,99	9,50	Escasa integración	16,57
Malo	40,86	38,07	19,50	No integración	29,98

Fuentes: Encuestas a cuidadores formales (enfermeros), encuestas a cuidadores no formales (familiares), instrumentos de integración de cuidados.

Tabla 15. Evaluación del coeficiente de conocimientos, de argumentación y competencia de los expertos sobre la integración de los cuidados formales y no formales en el primer nivel de atención.

Expertos	Kc	Ka	K	Clasificación de K
1	0.5	0.1	0.30	Bajo
2	0.8	0.7	0.75	Alto
3	0.7	0.9	0.80	Alto
4	0.7	0.8	0.75	Medio
5	0.8	0.8	0.80	Alto
6	0.9	0.8	0.85	Alto
7	0.7	0.9	0.65	Medio
8	0.7	0.6	0.65	Medio
9	0.7	0.7	0.70	Medio
10	0.8	0.7	0.75	Medio
11	0.8	0.8	0.80	Alto
12	0.9	0.8	0.85	Alto
13	0.7	0.9	0.65	Medio
14	0.8	0.9	0.95	Alto
15	0.8	0.8	0.80	Alto
16	0.8	0.8	0.80	Alto
17	0.9	0.8	0.85	Alto
18	0.8	0.8	0.80	Alto
19	0.9	0.7	0.80	Alto
20	0.4	0.5	0.45	Bajo

Expertos	Kc	Ka	K	Clasificación de K
21	0.8	0.9	0.85	Alto
22	0.9	0.9	0.90	Alto
23	0.9	0.8	0.85	Alto
24	0.9	0.9	0.90	Alto
25	0.5	0.4	0.45	Bajo
26	0.9	0.8	0.85	Alto
27	0.8	0.9	0.85	Alto
28	0.8	0.8	0.80	Alto
29	0.9	0.9	0.90	Alto
30	0.9	0.9	0.90	Alto
31	0.8	0.9	0.85	Alto
32	0.3	0.6	0.45	Bajo
33	0.9	0.9	0.90	Alto
34	0.8	0.8	0.80	Alto
35	0.8	0.8	0.80	Alto
36	0.8	0.7	0.75	Alto
37	0.8	0.8	0.80	Alto
38	0.8	0.8	0.80	Alto
39	0.9	0.8	0.85	Alto
40	0.8	0.9	0.95	Alto

Fuente: Encuesta para autovaloración de los expertos

Coeficiente de conocimientos (Kc), Coeficiente de argumentación (Ka), Coeficiente de competencias (K).

Tabla 16: Resumen de la evaluación del coeficiente de conocimientos, de argumentación y competencia de los expertos sobre la integración de los cuidados formales y no formales en el primer nivel de atención.

Escala de clasificación del K	Clasificación del K	K- Cantidad de expertos	Aceptación en el estudio
0.75-1.0	Alto	31	31
0.5-0.74	Medio	5	5
0-0.4	Bajo	4	No aceptado
Total de expertos		40	36

Fuente: Encuesta para autovaloración de los expertos.

Criterio de expertos

Tabla 17. Validación de la estrategia de integración de los cuidados formales y no formales en el anciano en estado de necesidad en el primer nivel de atención.

Itens	Evaluación de la estrategia	Juicio de experto			
		A	I	EA	IVC
1	La estrategia para la integración de los cuidados formales y no formales en el anciano en estado de necesidad en el primer nivel de atención se fundamenta en correspondencia con las necesidades de especialidad de Enfermería Comunitaria en el contexto actual cubano, se valora de forma.	34	2	MB	0,94
2	La estructura de la estrategia para la integración de los cuidados formales y no formales en el anciano en estado de necesidad en el primer nivel de atención se encuentra en correspondencia con las exigencias y las necesidades en la sociedad cubana, se valora de forma.	31	5	MB	0,86
3	La contradicción que genera la elaboración de la estrategia para la integración de los cuidados formales y no formales en el anciano en el primer nivel de atención, está en correspondencia con las exigencias de la sociedad cubana, se considera como.	32	4	MB	0,88
4	El proceso de integración de los cuidados formales y no formales en el primer nivel de atención en la estrategia se considera organizado, dinámico, sistémico y sistemático a nuestro juicio es.	34	2	MB	0,94

Ítems	Evaluación de la estrategia	Juicio de experto			
		A	I	EA	IVC
5	Considerar la definición operacional del proceso de integración de los cuidados formales y no formales desde la concepción comunitaria para el binomio enfermera-familia en el cuidado de los ancianos planteado por el autor, es un aspecto que a nuestro juicio es.	32	4	MB	0,88
6	Considerar que la formación permanente y continua del binomio enfermera-familia en la integración de los cuidados en el anciano en el primer nivel de atención, es un elemento esencial en el trabajo para la concreción de la estrategia, a nuestro juicio es.	33	3	MB	0,91
7	La inserción del método científico a través de las acciones combinadas en el proceso de integración de los cuidados formales y no formales en el desempeño profesional y familiar de las acciones futuras en el primer nivel de atención, logra mejoras en la calidad de los servicios brindados a partir de la estrategia, lo que garantiza su ejecución de forma.	28	8	B	0,77
8	La definición operativa de las dimensiones y su relación con el método científico en el accionar del binomio enfermera-familia en el proceso de integración de los cuidados, garantiza su ejecución de forma.	30	6	MB	0,83
9	La definición operativa de la dimensión valoración y la prevención comunitaria en la integración de los cuidados, así como, su actitud ante el contexto social y comunitario donde se desarrolla, garantiza su ejecución de forma.	31	5	MB	0,86

Itens	Evaluación de la estrategia	Juicio de experto			
		A	I	EA	IVC
10	El logro del objetivo de integrar los cuidados formales y no formales en el anciano en estado de necesidad, para el desarrollo del desempeño profesional y familiar en el primer nivel de atención, revela la pertinencia social del tema, elemento que se valora como.	35	1	MB	0,97
Total		389	43	MB	0,90

Fuente. Método Delphi

Nota: IVC= Índice de contenido. A= Aceptable I= Inaceptable

	A	212	
IVC=	A + I	212+8	=0.96

EA: Estimación de acuerdos: MB

Tabla 18- Distribución porcentual de cuidadores formales y no formales según nivel de conocimientos sobre proceso de integración de los cuidados en el anciano en estado de necesidad antes y después de la intervención.

Nivel de conocimiento sobre	Antes de la intervención		Después de la intervención	
	No	%	No	%
Proceso de integración de los cuidados en cuidadores formales				
Adecuado	11	30,55	30	83,33
Inadecuado	25	69,44	6	16,66
Total	36	100,00	36	100,00
Nivel de conocimiento sobre	Antes de la intervención		Después de la intervención	
	No	%	No	%
Proceso de integración de los cuidados en cuidadores no formales				
Adecuado	8	22,22	29	80,55
Inadecuado	28	77,77	7	19,44
Total	36	100,00	36	100,00

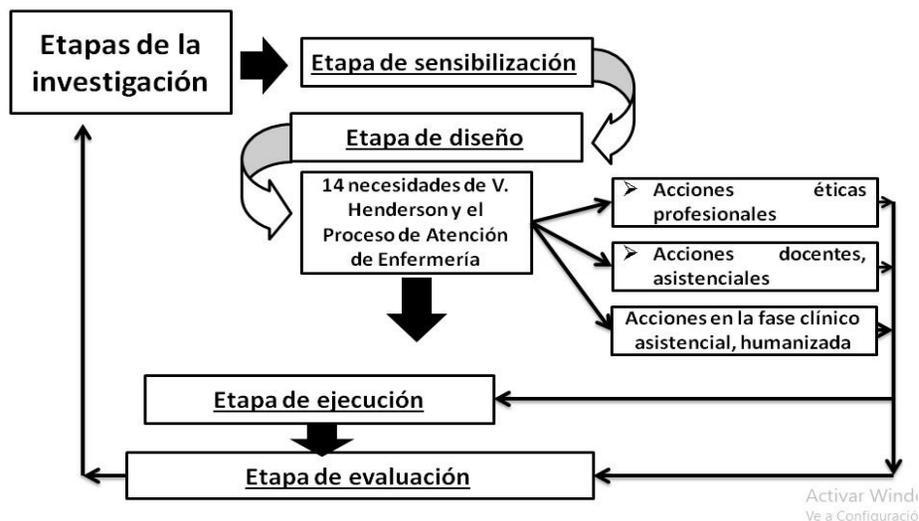
Tabla 19- Test de McNemar para nivel de conocimientos en los cuidadores formales y no formales sobre el proceso de integración de los cuidados en el anciano en estado de necesidad en el primer nivel de atención antes y después de aplicada la estrategia de intervención.

Nivel de conocimientos sobre		Después de la intervención		
Cuidadores formales				
Antes de la intervención	Integración de cuidados	Adecuado	Inadecuado	Total
	Adecuados	11(a)	0(b)	11(a+b)
	Inadecuados	19(c)	6(d)	25(c+d)
	Total	30(a+c)	6(c+d)	36 (n)
	Test McNemar = 10.08333 P (Para 1 cola) = 0.00076 P (Para 2 colas) = 0.0015 GI = 1 Valor p: 0.0014961642897456			
Nivel de conocimientos sobre		Después de la intervención		
Cuidadores no formales				
Antes de la intervención	Integración de cuidados	Adecuado	Inadecuado	Total
	Adecuados	8(a)	0(b)	8(a+b)
	Inadecuados	21(c)	7(d)	28(c+d)
	Total	29(a+c)	7(c+d)	36(n)
	Test McNemar = 14.0625 P (para 1 cola) = 0.00009 P (para 2 Colas) = 0.00018 GI = 1 Valor p: 0.0001768345704016			

Figura 6. Relación entre los referentes teóricos seleccionados con el proceso de integración de los cuidados en el primer nivel de atención.



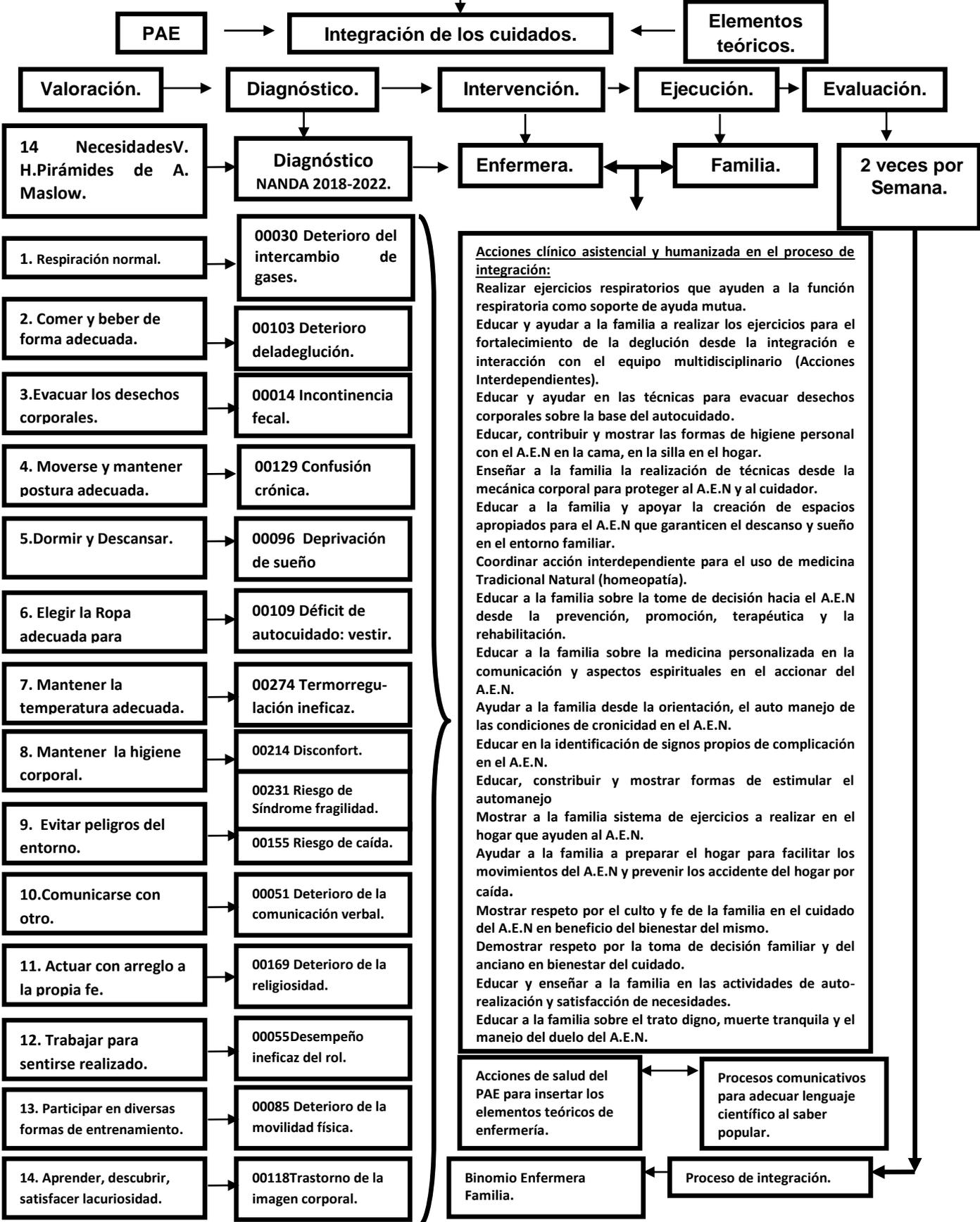
Figura 7. Modelación del concepto de la estrategia de integración de los cuidados formales y no formales en el primer nivel de atención.



Fuente: Elaboración propia del autor.

Figura 9. Etapas de la estrategia para la integración de los cuidados formales y no formales en el anciano en estado de necesidad.

Figura 10. Algoritmo de las acciones del binomio enfermera-familia en el proceso de integración de los cuidados en el AEN.



Nivel de competencia de los expertos.	
Se valora en una escala creciente de 1 a 10.	
Primera pregunta para conocer el coeficiente de conocimiento sobre su percepción personal, relacionadas con el proceso de integración de los cuidados formales en el anciano en el primer nivel de atención.	Segunda pregunta para conocer el nivel de argumentación o fundamentación de la estrategia de integración de los cuidados formales y no formales en el primer nivel de atención.
Coeficiente de conocimiento (Kc). Formula: $Kc = n \times (0,1)$ Kc: Coeficiente de conocimiento o información. n: Rango seleccionado por el experto.	Coeficiente de argumentación (Ka). Formula: $Ka = \sum ni$ Ka: Coeficiente de argumentación ni: Valor correspondiente a la fuente de argumentación i.
Se procede a obtener el valor del coeficiente de competencia (K)	
Este coeficiente (K) se calcula de la siguiente forma:	
$K = 0,5 \times (Kc + Ka)$	
K: Coeficiente de Competencia, Kc: Coeficiente de Conocimiento Ka: Coeficiente de Argumentación.	
Posteriormente obtenido los resultados se valoran de la manera siguiente:	
Alto	⇒ $0.75 \leq K \leq 1.0$
Medio	⇒ $0.5 \leq K \leq 0.75$
Bajo	⇒ $0 \leq K \leq 0.5$

Cuadro 7. Elementos para evaluación del nivel de competencia de los expertos.

Anexo VIII

ENCUESTA PARA AUTOVALORACIÓN DE LOS EXPERTOS.

Encuesta para auto valoración de los expertos sobre el proceso de integración en el anciano en estado de necesidad en el primer nivel de atención: Lea con atención cada una de las interrogantes que aparecen en el cuestionario y responda con sinceridad. Agradecemos de antemano su colaboración y le ratificamos el carácter anónimo que tendrá la información que proporciona.

Características profesionales:

Marque con una X el espacio que corresponde a su selección:

1. Año en que fue graduado _____

2. Categoría profesional:

Enfermero técnico _____

Enfermero con Post- básico _____

Licenciado en Enfermería _____

Especialista de primer grado en Enfermería Comunitaria _____

3. Categoría Científica

Máster _____, Doctor en Ciencias _____

4. Categoría docente.

Sin Categoría_____, Instructor_____, Asistente_____, Auxiliar_____, Titular_____

5. Cargo que ocupa en su institución

Enfermero asistencial_____

Administrativo_____

Docente Asistencial_____

Otro cuál? _____

2- Evalúe en una escala de bajo, medio y alto, los siguientes aspectos relacionados con las ventajas valoradas desde su percepción personal, relacionadas con el proceso de integración de los cuidados formales en el anciano en el primer nivel de atención.

Aspectos	Alto	Medio	Bajo
La introducción de una estrategia asistencial para la integración de los cuidados formales y no formales en el anciano en estado de necesidad en el primer nivel de atención contribuye a elevar la autonomía profesional.			
La implementación de la estrategia de integración de los cuidados en el primer nivel de atención me ayuda en la actividad asistencial en las áreas, asistenciales, docentes e investigativas.			

En una escala del 1 al 10 donde uno, es no satisfecho y 10 significa muy satisfecho, exprese cuan útil considera el diseño de la estrategia para la integración de los cuidados formales y no formales en el anciano en el primer nivel de atención.

Escala de valoración	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	Bajo				Medio			Alto		

Muchas gracias

Anexo IX

CRITERIO DE EXPERTOS

Estimados profesionales, este instrumento es solo para valorar la comprensión y mejorar la validación teórica de la estrategia, se orientan los diferentes indicadores de la propuesta a continuación para su consideración:

Orientación: Para recopilar su opinión marque con una equis (X) el juicio o valoración según los elementos siguientes:

Nº.	Elementos	A	I
1	La estrategia para la integración de los cuidados formales y no formales en el anciano en estado de necesidad en el primer nivel de atención se fundamenta en correspondencia con las necesidades de la especialidad de Enfermería Comunitaria en el contexto actual cubano, la valoro de forma.		
2	La estructura de la estrategia para la integración de los cuidados formales y no formales en el anciano en estado de necesidad en el primer nivel de atención se encuentra en correspondencia con las exigencias y las necesidades de la sociedad cubana, la valoro de forma.		
3	En la contradicción que genera la elaboración de la estrategia para la integración de los cuidados formales y no formales en el anciano en el primer nivel de atención, está en correspondencia con las exigencias de la sociedad cubana, lo considero como		

4	El proceso de integración de los cuidados formales y no formales en el primer nivel de atención se considera organizado, a nuestro juicio es.		
5	El considerar las acciones clínicas, asistenciales, humanista y educativas para introducir la mejora en el proceso de integración de los cuidados formales y no formales en el anciano en el primer nivel de atención, a nuestro juicio es.		
6	El considerar el proceso de integración de los cuidados formales y no formales desde la concepción comunitaria para el binomio enfermera-familia en el cuidado en el anciano, a nuestro juicio es.		
7	El considerar la formación permanente y continua del binomio enfermera-familia en la integración de los cuidados en el anciano en el primer nivel de atención un elemento esencial en el trabajo para la concreción de la estrategia, es un elemento que se considera.		
8	La inserción del método científico a través de las acciones combinadas en el proceso de integración de los cuidados formales y no formales en el desempeño profesional y familiar de las acciones futuras en el primer nivel de atención, resulta en la mejora de la calidad de los servicios brindados a partir de la estrategia, garantiza su ejecución de forma.		
9	La definición operativa de las dimensiones y su relación con el método científico en el accionar del binomio enfermera-familia en el proceso de integración de los cuidados, garantiza su ejecución de forma		
10	La definición operativa de la dimensión valoración y la prevención comunitaria en la integración de los cuidados, así como su actitud ante contexto social		

	y comunitario donde se desarrolla, garantiza su ejecución de forma.		
11	La definición operativa de la dimensión intervención y la actividad asistencial en la integración de los cuidados, expresada en la responsabilidad asistencial, ética y humanista, garantiza su ejecución de forma.		
12	El logro del objetivo de integrar los cuidados formales y no formales en el anciano en estado de necesidad, para el desarrollo del desempeño profesional y familiar en el nivel comunitario, revela la pertinencia social del tema, elemento que valoro como.		

Leyenda: A-Adecuado I-Inadecuado.

3. ¿Desea señalar otro elemento que debe ser considerado en la valoración de la estrategia para la integración de los cuidados propuesta? Por favor refiéralas a continuación.