



TESIS DOCTORAL

Autocuidado para adultos mayores con cáncer
colorrectal en la comunidad

Autor: Dra. Belkis Alvarez Escobar

República de Cuba
Sancti Spíritus

2024

Título: Autocuidado para adultos mayores con cáncer colorrectal en la comunidad

Programa Doctoral: Ciencias biomédicas y la salud del ser humano

Institución Laboral: Universidad de Ciencias Médicas Sancti Spíritus

Tesis en opción al título de Doctor en Ciencias Médicas

Autor: Dra. Belkis Alvarez Escobar

Tutores: Dr. C. José Alejandro Concepción Pacheco

Dr. C. Javier Cruz Rodríguez

Dr. C. Ydalsys Naranjo Hernández

República de Cuba

Sancti Spíritus

2024

DECLARACIÓN DE AUTORÍA

Declaro que la tesis es de mi total autoría y no ha sido enviada con antelación a ninguna otra universidad para ser evaluada o ser utilizada para examen de grado.

LISTA DE PUBLICACIONES DERIVADAS DE LA TESIS

1. Álvarez-Escobar B. Cáncer colorrectal en el adulto mayor: un reto para la salud pública. Arch. méd. Camagüey [Internet]. 2019 [citado 7 Sep 2021]; 23 (6): [aprox. 2 p.]. Disponible en: <http://www.revistaamc.sld.cu/index.php/amc/article/view/6820>
2. Álvarez-Escobar B, Mirabal-Requena J, Naranjo-Hernández Y. Estrategia de autocuidado en los adultos mayores con cáncer colorrectal en la comunidad. Arch. méd. Camagüey [Internet]. 2019 [citado 18 Abr 2022]; 23(5). Disponible en: <http://revistaamc.sld.cu/index.php/amc/article/view/6629>
3. Alvarez-Escobar B, Mirabal-Requena J, Naranjo-Hernández Y, Valdés-Alvarez V. Sobrevida en adultos mayores con cáncer colorrectal: una revisión bibliográfica. Arch. méd. Camagüey [Internet]. 2021 [citado 30 Sep 2020]; 25 (1): [aprox. 13 p.]. Disponible en: <http://revistaamc.sld.cu/index.php/amc/article/view/7097>
4. Alvarez-Escobar B, Mirabal-Requena J, Naranjo-Hernández Y, Pérez-Concepción I. Relación del cáncer colorrectal en el adulto mayor en la comunidad con ciencia, tecnología y sociedad. Rev. Cuba. de Medicina Gen. Integral [Internet]. 2021 [citado 06 Mar 2022]; 37 (2) Disponible en: <http://revmgi.sld.cu/index.php/mgi/article/view/1342>
5. Alvarez-Escobar B, Mirabal-Requena JC. Comentario al artículo: Caracterización de los pacientes operados de oclusión intestinal mecánica por cáncer colorrectal y anal. Gac méd espirit [Internet]. 2022 [citado 2 Sep 2022]; 24(2). Disponible en: <http://www.revgmespirituana.sld.cu/index.php/gme/article/view/2331>

6. Alvarez-Escobar B, Mirabal-Requena J, Valdés-Alvarez V. Supervivencia en el cáncer colorrectal: importancia de su adecuado análisis. Panorama. Cuba y Salud [Internet]. 2023 [citado 17 Feb 2023]; 16 (3) Disponible en: <https://revpanorama.sld.cu/index.php/panorama/article/view/1425>
7. Alvarez-Escobar B, Mirabal-Requena JC, Concepción-Pacheco JA. Safe-care of the elderly with cancer in the community. WJARR [Internet]. 2023 [citado 2023 Ene 21]; 17(1): 527-530. Disponible en: <https://doi.org/10.30574/wjarr.2023.17.1.1408>
8. Álvarez-Escobar B, Mirabal-Requena J, Concepción-Pacheco J, Cruz-Rodríguez J, Naranjo-Hernández Y. Caracterización de adultos mayores con cáncer colorrectal en la comunidad. Rev. Finlay [Internet]. 2023 [citado 2023 Dic 9]; 13(4): [aprox. 8 p.]. Disponible en: <https://revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/1330>
9. Alvarez-Escobar B, Mirabal-Requena JC, Concepción-Pacheco JA, Naranjo-hernández Y. Utilidad del método Delphi en estrategia de autocuidado para adulto mayor con cáncer colorrectal en Pandemia. Rev. Cuba. de Medicina Gen. Integral [Internet]. 2024 [citado 24 Mar 2024]; 40 (1) Disponible en: <http://revmgi.sld.cu/index.php/mgi/article/view/2585>
10. Álvarez-Escobar B, Mirabal-Requena J, Concepción-Pacheco J, Cruz-Rodríguez J, Viera-Hernandez D, Bequer-Palmero DL, et.al. Older adults with colorectal cancer in the community. Strategy design for self care. Biomed J Sci & Tech Res [Internet]. 2024 [citado 24 Jun 2024]; 57(1): 48873-80. DOI: 10.26717/BJSTR.2024.57.008953

DEDICATORIA

A mis padres, mis guías, por tanta dedicación hacia mí, a mis hijos Vivi y Jorge Luis por su paciencia, comprensión y apoyo incondicional, haciendo esta obra tan suya como mía. Al René por incitarme a triunfar en mis aspiraciones y enseñarme el valor de lo que se obtiene cuando se lucha.

AGRADECIMIENTOS

Tratar de gratificar a todas las personas que contribuyeron a la terminación de esta obra y la influencia que tuvieron en mi formación, se corre el riesgo de omitir algunos, pero no se puede dejar de mencionar a aquellos que resaltaron por su comprensión, amistad, amor y no escatimaron esfuerzos, para apoyarme en este camino que dejó huellas de momentos imposibles de olvidar.

El mayor agradecimiento a mis tutores Dr. C. José Alejandro Concepción Pacheco, Dr. C. Javier Cruz Rodríguez que, con su ejemplo profesional, visión y perseverancia me guiaron para avanzar en el camino de la ciencia e hicieron que defendiera con tenacidad mi meta propuesta.

Agradecimiento en especial a mi esposo, el Dr. Juan Carlos Mirabal Requena, compañero de largas horas de estudio.

A mi hermano, Ricardo por tanto cariño, amor y ayuda para cada momento de mi vida.

A la Dr.C. Ydalsys Naranjo Hernández, compañera, amiga y faro en la investigación.

A los Doctores en Ciencia que encausaron y acompañaron la obra, a mis compañeros del Policlínico Universitario Dr. Rudesindo García del Rijo y de la Facultad de Ciencias Médicas Dr. Faustino Pérez Hernández de Sancti Spíritus, por brindar todo el apoyo.

SÍNTESIS

Fundamentación: el elevado y creciente número de adultos mayores con cáncer colorrectal que no exhibieron un autocuidado aceptable, la no existencia de normas, guías, programas o estrategias para el tipo de paciente y entidad investigados en la Atención Primaria de Salud en la comunidad del Policlínico Dr. Rudesindo Antonio García del Rijo de Sancti Spíritus, sugirió la necesidad del presente estudio. Objetivo: proponer una estrategia de autocuidado para adultos mayores con cáncer colorrectal. Metodología: investigación mixta cuantitativa, pre experimental con exámenes pre y post prueba y grupo único, la muestra estuvo constituida por 127 adultos mayores de los consultorios del médico y enfermera de la familia seleccionados. Se emplearon métodos de los niveles teóricos y empíricos, así como estadísticos. Las variables de estudio fueron: edad, sexo, escolaridad, estadio del cáncer colorrectal al diagnóstico, comorbilidades, tiempo de diagnóstico y autocuidado. Resultados: se mejoró el nivel de autocuidado para adultos mayores con cáncer colorrectal en la comunidad, favoreciendo la relación adulto mayor con cáncer colorrectal, médico de Medicina Familiar, familia y comunidad. Conclusiones: la estrategia propuesta constituye una oportunidad para el mejoramiento del nivel de autocuidado para los adultos mayores con cáncer colorrectal, el cual se aborda de forma sistémica a través de las dimensiones capacidad y percepción, con ella, el médico de Medicina Familiar cuenta con una herramienta que puede formar parte de su sistema de trabajo en la comunidad.

Palabras clave: Autocuidado; Adulto mayor; Médico de Medicina Familiar; Atención Primaria de Salud

ABSTRACT

The elevated and increased number of elderly people with colorectal cancer who did not exhibit an acceptable self-care, the inexistence of norms, guides, programs or strategies for the type of patient and entity investigated in health primary attention in the community of Dr. Rudesindo Antonio Garcia del Rijo in Sancti Spiritus community, suggested the need of the current study. Objective: to propose a self-care strategy for the elderly with colorectal cancer. Methodology: pre-experimental research, with pre and posttest and unique group, the sample was integrated by 127 elderly people from the selected medical consulting offices. Theoretical, empirical, mathematical and statistical methods were used. The variables were age, sex, scholarship, colorectal cancer stadia at the diagnosis, comorbidities, time of diagnosis and self-care. Results: self-care of the elderly with colorectal cancer in the community was improved after the application of the strategy, favoring the relationship elderly patient with colorectal cancer, family doctor, family and community. Conclusion: the strategy proposed constitutes an opportunity for the betterment of the level of selfcare of the elderly with colorectal cancer, which is dealt with systemically throughout capacity and perception dimensions, with all general comprehensive doctors can dispose of a tool for their work system in the community.

Keywords: Self-care; Elderly; Family doctor; Primary Health Care Attention

TABLA DE CONTENIDO

	Pág.
Agradecimiento	
Dedicatoria	
Síntesis	
Introducción	1
1. EL AUTOCUIDADO PARA ADULTOS MAYORES CON CÁNCER COLORRECTAL EN LA COMUNIDAD	11
1.1. Autocuidado en el adulto mayor con cáncer colorrectal	11
1.2. La familia y el adulto mayor en la comunidad	18
1.3. Cáncer colorrectal en los adultos mayores en la Atención Primaria de Salud	20
1.3.1. Antecedentes teóricos del proceso de atención médica al paciente con cáncer colorrectal en la Atención Primaria de Salud	24
2. DISEÑO METODOLÓGICO DE LA INVESTIGACIÓN	34
2.1. Diseño metodológico	34
2.2. Aspectos éticos del estudio	52
3. RESULTADOS OBTENIDOS EN EL PROCESO INVESTIGATIVO	54
3.1. Resultados obtenidos en el primer momento y primera etapa de la investigación	54
3.2. Resultados obtenidos en el primer momento y segunda etapa de la investigación	55
3.3. Resultados obtenidos en el segundo momento y tercera etapa de la investigación	59
3.3.1 Resultados de la valoración de la estrategia de autocuidado por Criterios de expertos	71
3.4. Resultados obtenidos en la cuarta etapa de la investigación	72
3.5. Resultados obtenidos en la quinta etapa de la investigación. Evaluación de la Estrategia de autocuidado para adultos mayores con cáncer colorrectal en la comunidad en la atención primaria de salud	75
4. DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN LA INVESTIGACIÓN	79
4.1. Primer momento y primera etapa de la investigación: análisis crítico del contenido de los documentos que sustentan el autocuidado para adultos mayores con cáncer colorrectal en la comunidad en la atención primaria de salud	79

4.2. Primer momento y segunda etapa de la investigación: caracterización sociodemográfica y clínica	82
4.3. Segundo momento quinta y etapa de la investigación: evaluación del autocuidado para adultos mayores después de implementada la Estrategia de autocuidado para adultos mayores con cáncer colorrectal en la comunidad en la atención primaria de salud	90
Conclusiones	94
Recomendaciones	95
Referencias bibliográficas	
Anexos	

LISTA DE ILUSTRACIONES, GRÁFICOS, TABLAS Y CUADROS

	Pág.
Cuadro 2.1. Estrategia de búsqueda según base de datos	36
Fig. 2.1. Esquema de la selección de la muestra	37
Fig. 2.2. Esquema de la Primera etapa	38
Fig. 2.3 Esquema de la Segunda etapa	42
Fig. 2.4 Esquema de la Tercera etapa	48
Fig. 2.5 Esquema de la Cuarta etapa	51
Fig. 2.6 Esquema de la Quinta etapa	52
Tabla 3.1 Caracterización sociodemográfica de los adultos mayores con cáncer colorrectal. Policlínico Dr. Rudesindo A. García del Rijo. Sancti Spíritus. 2019	56
Tabla 3.2 Caracterización de los adultos mayores con cáncer colorrectal según variables clínicas	57
Tabla 3.3 Caracterización de los adultos mayores con cáncer colorrectal según autocuidado antes de aplicada la estrategia	58
Fig. 3.1 Representación gráfica de la Estrategia de autocuidado para adultos mayores con CCR en la comunidad	71
Tabla 3.9 Aspectos positivos de las acciones y actividades incluidas de la estrategia de autocuidado con la técnica del positivo negativo e interesante	73
Tabla 3.10 Aspectos interesantes de las acciones y actividades incluidas de la estrategia de autocuidado con la técnica del positivo negativo e interesante	74
Tabla 3.11 Autocuidado de los adultos mayores con cáncer colorrectal antes y después de implementada la estrategia	76

INTRODUCCIÓN

Desde el comienzo de la humanidad, las personas han tomado medidas para garantizar su seguridad personal y han desarrollado estrategias para abordar las enfermedades y otros problemas de salud. Expresados en el desarrollo de rituales de curación; cuidado y autocuidado, el que relacionado con la salud ha estado matizado por la cultura en función del contexto y momento histórico, que se ha materializado a través de las creencias, representaciones, costumbres, actitudes y concepciones de cada cultura.¹

Una de las teóricas de la enfermería, Orem, en 1969, conceptualiza el autocuidado como una actividad aprendida por los individuos, orientada hacia un objetivo, como una conducta que existe en situaciones concretas de la vida, dirigida por las personas sobre sí mismas, hacia los demás o hacia el entorno; para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud o bienestar.² Su definición, se convierte en un referente imprescindible en las investigaciones sobre esta temática en las ciencias de la enfermería, médicas, psicológicas y sociales, entre otras.³⁻⁷

Renpenning y Taylor,⁸ incorporan al autocuidado la práctica de actividades desarrolladas por las personas en una situación determinada y por decisión propia con el propósito de mantener la salud y elevar su expectativa de vida, desarrollo personal y bienestar. Es así que el autocuidado involucra la disposición, autopercepción y compromiso personal con la propia salud.

Otros investigadores adicionan el término de “proceso” al concepto ya existente de autocuidado. Levin,⁹ plantea que es cuando un laico actúa por sí mismo en la promoción de la salud, detección de enfermedades, prevención y tratamiento. Dean *et al.*,¹⁰ hacen referencia a la respuesta conductual de un individuo a los síntomas de la enfermedad, las estrategias y acciones básicas de afrontamiento para mantener la salud, mientras que Haug *et al.*,¹¹ lo reducen a un proceso de toma de decisiones, consideran al autocuidado como una forma conductual activa para dar respuestas a los síntomas de la enfermedad y las necesidades de salud.

En las últimas dos décadas se han publicado varios estudios sobre el autocuidado y la salud, la mayoría de ellos relacionados con la enfermedad crónica y la atención primaria.¹²⁻¹⁴ Al analizar estas investigaciones, se puede percibir que se centran en la perdida de capacidades cognitivas que les dificulta

la respuesta adecuada para su autocuidado, incluyendo el manejo de su salud y respuestas a problemáticas de la vida diaria.

Høy *et al.*,³ muestran dos comprensiones interrelacionadas en la salud de los ancianos: el autocuidado como una capacidad para la salud y como un proceso para la salud y su desarrollo. El autocuidado ha sido reconocido como un recurso en la gestión de los procesos de salud/enfermedad, en forma de estrategias, presenta mayor importancia en lo que concierne a enfermedades crónicas que son la principal causa de mortalidad y morbilidad en todo el mundo.¹²⁻¹⁴

En medicina, el autocuidado se ha asociado con la gestión del tratamiento, la enfermedad y el foco se ha puesto en la transferencia de la responsabilidad de ciertos niveles de atención de los profesionales de la salud al paciente. En la salud pública, se ha relacionado con la economía, el comportamiento, el cambio de estilo de vida y el apoyo de los sistemas sociales.^{15, 16}

Como fenómeno social, se considera interactivo con los sistemas de atención de la salud en lugar de ser independiente de la atención profesional. Los estudios sociológicos del autocuidado, se han concentrado en el apoyo social, perspectivas relacionales y laicas del autocuidado.^{6, 7} En psicología, el autocuidado se ha relacionado con factores internos de la salud e integrado con conceptos como autoconcepto, creencia en salud y comportamiento cognitivo.⁹

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), el autocuidado es la capacidad de individuos, familias y comunidades para promover y mantener la salud, prevenir y hacerle frente a las enfermedades, con o sin el apoyo de un proveedor de atención médica.¹⁷ Como recurso de salud debe promover la autorresponsabilidad, tener en cuenta que no es una práctica individualizada y refleja hasta qué punto los adultos mayores son capaces de autocuidarse.

El autocuidado estará entonces relacionado con aprender hechos sobre problemas de salud específicos y con instruirse para establecer metas y organizar recursos y estrategias de acción.^{18, 19} Sin olvidar que, en esta capacidad, se expresan varias condiciones de las personas: motivación, conocimiento y habilidades que son las que el personal sanitario debe considerar a fin de que los individuos asuman hábitos adecuados en beneficio

propio. El autocuidado es una conducta que se aprende y surge de la combinación de experiencias cognoscitivas y sociales.²⁰

Dias *et al.*, ²¹ lo identificaron y asumen la relación de la conciencia, el autocontrol y la autosuficiencia para lograr, mantener o promover una salud y un bienestar óptimos de forma tal que constituya un proceso activo de toma de decisiones que permita a las personas participar con eficacia en su cuidado. Tiene implícito actividades que requieren de capacidad y también de una percepción que el paciente tenga de su enfermedad y la necesidad de su cuidado en la mejoría de su salud.

La capacidad de autocuidado, es la piedra angular de la salud, es la combinación de la intención y la posibilidad de actuar sobre sí mismo, para asegurar el bienestar físico y emocional. Ésta es fundamental para realizar ciertas actividades que promuevan la salud, influenciado por el conocimiento y la motivación.²²

Para la psicología moderna, la interacción con el entorno no sería posible en ausencia de un flujo informativo constante. A este flujo se le denomina percepción como el conjunto de procesos y actividades relacionadas con la estimulación que alcanzan a los sentidos, mediante los cuales obtenemos información respecto a nuestro hábitat, las acciones que efectuemos con él y nuestros propios estados internos.²³

Se ha definido el autocuidado como una teoría de rango medio del mismo que pueda usarse en una variedad de condiciones crónicas durante el proceso de mantenimiento de la salud. Se aborda este proceso desde el mantenimiento, el monitoreo y la gestión.²⁴

A pesar de que existen varias definiciones y comprensiones conceptuales del autocuidado, ^{1, 3-5} éste permanece pobremente dilucidado.²⁵ También se revelan carencias de consenso sobre la instrucción por parte del médico comunitario al paciente adulto mayor con enfermedades crónicas para que aprenda y logre su autocuidado como recurso que puede ser protegido y promovido por los profesionales de la salud y las familias.²⁶

En el entorno cubano, se han realizado investigaciones sobre el autocuidado en el adulto mayor, ²⁷⁻³⁰ sin embargo, son escasos hasta el momento, estudios coordinados por médicos de Medicina Familiar para mejorarlo, con especificidad dirigidos al adulto mayor con cáncer colorrectal, (CCR), en la

comunidad, para que logre un autocuidado conforme a las necesidades relacionadas con su enfermedad y pueda mantener su inserción en la sociedad de forma activa.^{31, 32}

En este sentido, se pone de manifiesto la necesidad de preparar y calificar al médico de Medicina Familiar, en la enseñanza del autocuidado para los adultos mayores,³² ayudándolos a encauzar su conducta a favor del cuidado de su propia salud.³³ Es necesario dotar a esta población de los conocimientos para modificar ideas e incorporar conceptos, si se parte de que el aprendizaje es un proceso que dura mientras la persona vive.^{32, 34}

En la actualidad, la situación demográfica relacionada con el envejecimiento poblacional, constituye uno de los mayores focos de atención social, recogiéndose datos mundiales de que para el 2025 la cifra sobrepasará los tres millones de personas adultas mayores.³⁵ En 1953 la población de Cuba mayor de 60 años constituía el siete por ciento del total, al cierre del 2016 esta cifra ascendió a 19,80 %, lo que evidencia el aumento en la proporción de este grupo. En la actualidad el 12,00 % de la población cubana es mayor de 60 años,³⁶ estimaciones futuras plantean que este grupo llegue en el 2030 al 30,00 % y para el 2050 el país será uno de los más envejecidos.³⁷

Con la edad,³⁸ se incrementa el riesgo de padecer enfermedades como el cáncer, debido a que existe un periodo mayor de exposición a numerosos agentes.³⁹ Más del 65,00 % de todas las neoplasias malignas ocurre en los adultos mayores.³⁶

En el envejecimiento se producen cambios físicos y la creciente exposición a factores de riesgo como el tabaquismo, cambios en la dieta, baja ingesta de fibra, así como factores ambientales e infecciosos, consumo de alcohol y obesidad. Unido a un estilo de vida sedentario y la exposición a carcinógenos, han propiciado un aumento de la morbilidad y la mortalidad por tumores malignos entre los que se destaca el CCR.⁴⁰

Constituye la neoplasia más frecuente que se puede presentar en el sistema digestivo, se corresponde con todos aquellos tumores ubicados en el intestino grueso, donde estos pueden localizarse desde la válvula ileocecal hasta el recto.⁴¹ Es la tercera neoplasia que se encuentra a nivel mundial y se ha convertido en un verdadero problema de salud.⁴²⁻⁴⁵ Provocó una incidencia

estimada de 1,9 millones de casos y 0,9 millones de muertes en todo el mundo en el 2020.⁴⁶

Es el tumor con mayor incidencia en Europa si se agrupan ambos sexos.^{47, 48} En efecto en España, el CCR ocupa el segundo lugar en incidencia tanto en los hombres, ubicado después del cáncer de próstata, como en las mujeres después del cáncer de mama.⁴⁹ En Estados Unidos, la oncogénesis colorrectal es el segundo tipo de cáncer mortal más prevalente.⁵⁰ Se ha observado un aumento gradual en América Latina, del tres al cuatro por ciento por año en la última década.⁵¹ En Colombia, fue el cuarto cáncer más frecuente y la tercera causa de muerte durante el 2015, después del cáncer de estómago y de pulmón.⁵²

La probabilidad de padecer CCR a lo largo de la vida es del cuatro al seis por ciento. El 80,00 % de los casos son esporádicos, pero el 20,00 % tiene una influencia genética. En más del 90,00 % de los casos el CCR se presenta en mayores de 50 años, con un pico de incidencia entre los 60 y 75 años.^{53, 54}

Entre los factores predisponentes se encuentran: los antecedentes familiares y personales de cáncer de colon o recto, la presencia de pólipos adenomatosos, síndrome de *Lynch*, síndrome de *Turcot*, poliposis adenomatosa familiar, síndrome de *Peutz-Jeghers*, antecedentes personales de pólipos colorrectales o enfermedad inflamatoria crónica del intestino (enfermedad de Crohn y colitis ulcerativa). Otros como el sobrepeso u obesidad, la inactividad física, la dieta rica en carnes rojas, carnes procesadas y baja ingesta de frutas, verduras, vegetales y fibras de grano, el tabaquismo, el consumo excesivo de alcohol, la diabetes mellitus tipo 2 y tratamientos previos de otros tipos de cáncer con radioterapia.^{55, 56}

En Cuba, el CCR es un problema de salud de primer orden por su elevada incidencia y morbilidad, ocupa el cuarto lugar, antecedido por las localizaciones de pulmón, próstata y mama. Se ubica en tercera posición de mortalidad, precedido por el cáncer de pulmón y próstata, en el hombre, y de pulmón y mama, en la mujer. Esta enfermedad ocasiona alrededor del nueve por ciento del total de fallecimientos por cáncer en el país.⁵⁷

La mortalidad por este tipo de cáncer en Cuba, en los últimos años, revela un incremento significativo. En el año 2015 se cuantificaron 2 319 defunciones (20,7 muertes por 100 000 habitantes), en 2018 se notificaron 2 412 (21,4 por

100 000 habitantes), en 2019 se registraron 2 386 (21,3 por 100 000 habitantes).⁵⁸ En la provincia de Sancti Spíritus, en 2019 con una tasa de prevalencia del 0,11 por cada 100 habitantes.⁵⁹

Situación problemática

En el Policlínico Dr. Rudesindo Antonio García del Rijo de la provincia y municipio de Sancti Spíritus en el 2019, se observó el CCR en los adultos mayores como un problema de salud significativo, lo que se constata en la revisión del Análisis de la Situación Integral de Salud (ASIS) de la institución.

Del ASIS, se derivan las necesidades de actuación sustantiva e indelegable de las autoridades sanitarias, para monitorear como un proceso estratégico de análisis de información multidimensional, con fines de proyección y toma de decisiones en la política de salud del área de estudio.^{60, 61}

Para ahondar en los aspectos relacionados con la situación observada de esta entidad en adultos mayores, se aplica como instrumento la escala geriátrica de evaluación funcional (EGEF),⁶² como parte del examen periódico de salud al adulto mayor, cuyo resultado muestra vulnerabilidad en estos pacientes, relacionada con la independencia de las actividades de la vida diaria, de los mismos. El test de capacidad y percepción del autocuidado en el adulto mayor (CYPAC-AM),⁶³ es otro instrumento que ofrece como resultado, que la mayoría de estos pacientes no exhiban un autocuidado aceptable.⁶⁴

Múltiples son los estudios donde se sugiere la necesidad de poner en práctica programas de interacción grupal, estrategias de salud, entre otras variantes. Para que los pacientes retomen, en la medida de lo posible, su vuelta a las actividades sociales y así disminuir los efectos psicosociales que puedan provocar los cambios en la imagen corporal y la pérdida del control del cuerpo sin que esto conduzca a problemas a la hora de retomar las actividades de la vida diaria y a una reducción de la vida social.^{65, 66}

Los intentos realizados, se han concentrado en las sugerencias sobre la necesidad de puesta en práctica de vías para el logro de la salud y el bienestar de la población en general. Sin tener en cuenta especificidades dirigidas a los adultos mayores y a su autocuidado en el abordaje del CCR en la Atención Primaria de Salud (APS).^{22, 67}

Los países de América Latina han implementado estrategias, políticas y programas enfocados en la APS, con una tendencia positiva en el aumento de

la promoción y prevención.⁶⁸ En Argentina, los programas han abordado la integralidad e intersectorialidad, así como la sensibilización a la comunidad en la promoción de estilos de vida saludables.⁶⁹

En Chile los modelos de salud integral, familiar y comunitario responden a las necesidades de sus usuarios, desde la integralidad, oportunidad, calidad y resolutividad, constituye la APS como base del sistema público de salud chileno.⁷⁰ En este nivel de atención, se lleva a cabo a partir de un conjunto de establecimientos de salud, que ejercen función asistencial en un territorio, y es la puerta de entrada a la red asistencial.⁷¹

Colombia en el año 2016, promulgó la política de atención integral en salud, dentro de la cual se encuentra su modelo con propuestas de intervenciones de promoción, cuidado, protección, detección temprana, tratamiento y rehabilitación a lo largo del curso de la vida. En conjunto, el Ministerio de Salud elaboró las rutas integrales de atención en salud, las cuales están constituidas por tres tramos: promoción, mantenimiento de la salud, atención para grupos de riesgo y específica para eventos.⁷²

En Cuba, la APS ha constituido el principal escenario de intervenciones para el mejoramiento integral de la salud de la población.⁷³ El Programa del médico y enfermera de la familia,⁷⁴ es la principal fortaleza en la atención primaria, de esta manera, se garantiza la cobertura en salud a toda la población, el fortalecimiento de la intersectorialidad, participación comunitaria, el empoderamiento en el autocuidado para la promoción de la salud y prevención de la enfermedad.⁷⁵

El Modelo Integral de Atención en Salud, propone que para el año 2025 la prestación de los servicios de salud sea garantizada por medio de un modelo integrado, centrado en el individuo, la familia y la comunidad, con las características tanto preventivas como curativas. Contribuyendo de esta manera a una mejor optimización de los servicios de salud y participación ciudadana, para el avance en el acceso universal a la salud.⁷⁶

Al analizar las estrategias de APS implementadas, se destaca el interés en priorizar la misma como mecanismo hacia el mejoramiento de la calidad y acceso en la atención en salud con políticas, programas y estrategias en sus sistemas de salud. Cuba se acentúa tanto por sus indicadores de cobertura como acceso a los servicios de salud, gracias a la política estatal que prioriza

tanto la prestación de los servicios de salud, así como la oferta de recursos humanos y la participación comunitaria.⁷⁷

En cuanto al modelo de medicina familiar cubano considerado un referente en el nivel primario de salud en Latinoamérica, requiere una renovación acorde a las nuevas tecnologías y capacidad resolutiva, sin necesidad de renunciar a sus principios iniciales. En Cuba, la formación del talento humano en salud, en la atención primaria, en especial, de médicos, se garantiza desde el propio sistema, considerándose la base principal en la APS. Se sugiere fortalecer el compromiso de la academia para buscar su articulación desde la práctica formativa y la generación de espacios para la apropiación, así como los componentes de la APS, dados los cambios sociodemográficos e indicadores de salud.⁷⁷

Amerita utilizar la ciencia y la tecnología, de forma que ayuden a la independencia en las actividades de la vida diaria del enfermo, lograr así su interactuar social, su constitución como ser biopsicosocial y espiritual, con implicaciones personales, familiares y asistenciales.⁷⁸

La revisión de los documentos rectores para el manejo del CCR: Programa Integral de control del cáncer, (PICC),⁷⁹ Programa del médico y enfermera de la familia,⁷⁴ Programa de atención integral del adulto mayor,⁸⁰ y texto básico de Medicina Familiar,⁸¹ demuestran insuficientes enfoques de acciones que pueden contribuir al autocuidado de los adultos mayores con CCR en APS, por el médico especialista de Medicina Familiar, así como carencias de normas, guías, programas o estrategias y escasos documentos que aborden el tema de estudio para el tipo de paciente y entidad investigada.

Todas las carencias planteadas llevan a la formulación de las interrogantes que constituyen la base para justificar la pertinencia de esta investigación:

¿Existen suficientes evidencias conceptuales sobre el autocuidado dirigidas a la instrucción por el médico de Medicina Familiar paciente adultos mayores con cáncer colorectal para que aprenda y logre su autocuidado, regule los factores que afectan su propio desarrollo y el funcionamiento de la vida, salud o bienestar?

¿Existen vías estratégicas específicas para el manejo del autocuidado del cáncer colorectal en la comunidad por el médico de Medicina Familiar?

Es opinión de la autora de la presente que existen posibilidades para incorporar evidencias sobre la pertinencia del autocuidado en el actuar del médico de Medicina Familiar en la APS que apoyen su conveniencia como concepto, lo que se sustenta en las insuficientes referencias bibliográficas encontradas en términos de autocuidado para adultos mayores con CCR y vías para resolverlo. Se identifica como Problema Científico: la implementación por el médico de Medicina Familiar especialista o en formación de una estrategia para adultos mayores con CCR en la comunidad, mejorará los niveles de autocuidado de estos pacientes.

El compromiso de la autora con el proceso investigativo, se manifiesta en el siguiente objetivo general: proponer una estrategia de autocuidado para adultos mayores con cáncer colorectal en la comunidad.

Para cumplimentar el encargo anterior, se proponen las siguientes tareas científicas

1. Sistematización de los fundamentos teóricos que sustentan el autocuidado para adultos mayores con cáncer colorectal en la comunidad.
2. Caracterización sociodemográfica y clínica de los adultos mayores con cáncer colorrectal.
3. Diseño de la estrategia de autocuidado para adultos mayores con cáncer colorectal en la comunidad.
4. Valoración de la estrategia por el criterio de expertos.
5. Evaluación de la estrategia de autocuidado para adultos mayores con cáncer colorectal en la comunidad después de implementada.

Se declara como hipótesis de la presente investigación que la implementación por el médico de Medicina Familiar de una estrategia para adultos mayores con CCR en la comunidad, mejora los niveles de autocuidado en estos pacientes.

La novedad científica está dada en la relación acciones, actividades, tiempo, lugar, participantes y criterios de medida con carácter coherente y sistémico dirigidos a la instrucción al paciente adulto mayor con CCR donde se favorece la relación adulto mayor, médicos residentes y especialistas de Medicina Familiar, familia y comunidad.

La contribución teórica se basa en la contextualización del autocuidado,² para el adulto mayor con CCR, en la comunidad, a través de la instrucción por el médico residente y especialista de Medicina Familiar, al paciente para que

aprenda y logre su autocuidado, regule los factores que afectan su propio desarrollo y el funcionamiento de su vida, salud o bienestar, favoreciendo su relación con el médico, familia y comunidad.

La significación práctica radica en la estrategia que contribuye al autocuidado en los adultos mayores con CCR, lo que deberá formar parte del sistema de trabajo del médico de Medicina Familiar en la comunidad.

La tesis está estructurada en introducción y cuatro capítulos. El primero, marco teórico referencial aborda el autocuidado para adultos mayores con CCR en la comunidad, el segundo lo constituye el diseño metodológico de la investigación, el tercero se refiere a los resultados obtenidos en el proceso investigativo y el cuarto a la discusión de los resultados obtenidos en la investigación. Finalmente, se plantean las conclusiones y recomendaciones. Cuenta además con las referencias bibliografías y anexos que ayudan a la comprensión de la investigación.

CAPÍTULO 1. EL AUTOCUIDADO PARA ADULTOS MAYORES CON CÁNCER COLORRECTAL EN LA COMUNIDAD

En el presente capítulo se describen los antecedentes teóricos, conceptuales y contextuales de la investigación, los cuales se desglosan en elementos esenciales relacionados con: el autocuidado para adultos mayores con cáncer colorrectal, la familia y el adulto mayor en la comunidad, el cáncer colorrectal en los adultos mayores y los antecedentes teóricos del proceso de atención médica al paciente con cáncer colorrectal en la Atención Primaria de Salud.

1.1. Autocuidado en el adulto mayor con cáncer colorrectal

Etimológicamente el autocuidado está conformado por dos palabras: “auto” del griego *aúto* que significa “por uno mismo”, y “cuidado” del latín *cogitatus* que significa “pensamiento”, lo que sería entonces el cuidado propio.⁸²

Orem dio a conocer su modelo de autocuidado de enfermería,² donde presenta la Teoría del déficit de autocuidado como una teoría general compuesta por tres relacionadas entre sí: teoría de autocuidado, teoría del déficit autocuidado y la teoría de los sistemas de enfermería.⁸³

La teoría de autocuidado, muestra aquello que las personas necesitan saber, qué se requiere y qué deben estar haciendo o haber hecho por ellos mismos, para regular su propio funcionamiento y desarrollo. La teoría del déficit de autocuidado postula el propósito o enfoque del proceso de diagnóstico, la demanda, las capacidades y limitaciones del cuidado del individuo que puede ser calculada a fin de proporcionar el cuidado, de acuerdo con la demanda establecida y determinada, por lo tanto, la relación entre la demanda y la capacidad puede ser identificada claramente. La teoría de los sistemas de enfermería, proporciona el contexto dentro del cual el profesional se relaciona con el individuo, lo diagnostica, prescribe, diseña y ejecuta el cuidado, basado en el diagnóstico del déficit de autocuidado.⁸³

En este marco, se retoma la aplicación del modelo de atención de la Teoría de Orem, centrado en el autocuidado, hace al paciente partícipe y responsable de su tratamiento. El adulto mayor debe realizar acciones y secuencias de acciones aprendidas, dirigidas hacia sí mismo o hacia características conocidas y supuestas, que cubren requisitos identificados para el control de factores que promueven y afectan con adversidad, interfieren la regulación continuada de su propio funcionamiento y desarrollo, para contribuir así al bienestar personal y estos requerimientos pueden ir cambiando o modificándose a lo largo del tiempo en función de sus propias demandas de autocuidado.⁸⁴

Diferentes autores exponen conceptualizaciones del autocuidado, como Vega y González,⁸⁵ en el estudio de Teoría del déficit de autocuidado. Lo define como la práctica de actividades que las personas inician y hacen por sí mismas, para el mantenimiento de la vida, la salud y el bienestar, para contribuir de forma específica a la integridad estructural, funcionamiento y desarrollo humano a través de requisitos de autocuidado universal, que incluyen la conservación del aire, agua, alimentos, eliminación, la actividad y el descanso, soledad e interacción social, la prevención de riesgos y promoción de la actividad humana.

A su vez Sánchez *et al.*,⁸⁶ lo especifican como un acto voluntario e intencionado que involucra el uso de la razón para dirigir las acciones, que considera el autocuidado cotidiano un elemento que se encuentra indisoluble intrincado en la acción. Es una función humana reguladora que debe aplicar cada individuo en forma deliberada y continua a través del tiempo, en correspondencia con las necesidades de regulación que tienen en sus etapas de vida, estados de salud, factores del entorno y niveles de consumo de energía con el fin de mantener su estado de salud, desarrollo y bienestar.⁸⁵

Vázquez *et al.*,⁸⁷ lo define como la totalidad de acciones propias y continuas que realiza un individuo sano o enfermo dotado de conocimientos, habilidades, valores y motivaciones para regular los factores condicionantes internos y externos en beneficio conveniente que responden a las necesidades básicas y

de salud para mantener su bienestar físico y emocional, desde la mirada del cuidador al autocuidado.

Otros investigadores como Domínguez et al.,⁸⁸ exponen que el autocuidado es un concepto que ha evolucionado a lo largo de los tiempos y está asociado a la autonomía, independencia y responsabilidad personal y puede ser conceptualizado como un proceso de salud y bienestar de los individuos.

En el análisis de este concepto en el adulto mayor con enfermedad crónica, realizado por Alqahtani y Alqahtani,⁸⁹ destacaron la definición de autocuidado en los pacientes mayores en relación con sus atributos, referencias, antecedentes, consecuencias y conceptos relacionados, que pueden ser utilizados como componentes de atención al paciente. Puede ayudar a promover dominios de calidad de vida en los pacientes con enfermedades crónicas y reducir la angustia o la carga de síntomas entre ellos.

Por otra parte, el autocuidado también tiene elementos culturales que varían con los individuos y los grandes grupos sociales, además es una acción intencionada y dirigida e implica el uso de recursos materiales.⁹⁰ Puede presentar además desigualdades e inequidades significativas asociadas a factores sociodemográficos, socioeconómicos y culturales. La alta prevalencia de enfermedad no transmisible (ENT) en los adultos, representa grandes retos en cuanto a la calidad de la respuesta de los sistemas de salud a estos problemas, reflejada a través de diversos indicadores de aspectos como la realización de acciones preventivas, el diagnóstico médico oportuno, el autocuidado por los pacientes y el control de estas condiciones de salud.⁹¹

Entre las prácticas y acciones para el autocuidado se encuentran: alimentación adecuada a las necesidades, medidas higiénicas, manejo del estrés, habilidades para restablecer relaciones sociales y resolver problemas interpersonales, actividad física requerida, habilidad para controlar y reducir el consumo de medicamentos, seguimiento para prescripciones de salud, recreación y manejo del tiempo libre, diálogo, adaptaciones favorables a los cambios en el contexto y prácticas de autocuidado en los procesos mórbidos.⁹²

La capacidad de autocuidarse es la piedra angular para la salud, por ser la combinación de la intención y la posibilidad de actuar sobre sí mismo, para asegurar el bienestar físico y emocional. Los conocimientos son necesarios, así como la capacidad estructural y funcional, son elementos clave del autocuidado. La motivación, influye para realizar actividades que promuevan la salud, pero está implicada la capacidad de los individuos para realizarlas.²³

Del mismo modo la capacidad permite a las personas, discernir los factores que deben ser controlados o tratados, internos o de su entorno, para regular su propio funcionamiento y desarrollo. Decidir lo que puede y debería hacerse con respecto a la regulación, para exponer los componentes de su demanda de autocuidado terapéutico y finalmente para realizar las actividades de cuidado determinadas para cubrir sus requisitos de autocuidado a lo largo del tiempo.⁹³

Pero la interacción con el entorno no sería posible en ausencia de un flujo informativo constante, al que se denomina percepción. Es definida como el conjunto de procesos y actividades relacionados con la estimulación que alcanzan a los sentidos, mediante los cuales obtenemos información respecto al hábitat, las acciones que se efectúa con él y los propios estados internos.²⁴

La capacidad y la percepción de autocuidado son dimensiones que hacen un enfoque equilibrado, permiten a los adultos mayores con ENT mantener un estable estado de salud, prevenir y reconocer tempranamente las complicaciones de su enfermedad y participar activamente en la recuperación de su salud.⁹³

Con posterioridad en revisión pragmática *El-Osta et al.*, ⁹⁴ se agrupan cuatro dimensiones cardinales del autocuidado: actividades, comportamiento, contexto y ambiente del autocuidado; actividades, se centran en la persona, con lo que los individuos pueden hacer por sí mismos; con el comportamiento de autocuidado en la red social, los hábitos de estilo de vida prevalecientes y las interacciones con el entorno inmediato. El contexto considera la medida en que un individuo depende de los recursos externos en el hogar, la comunidad, la atención asistida y el ambiente está relacionado al panorama de la salud

pública, que es influido por las actitudes y percepciones culturales y sociales afines con la salud y bienestar.

El autocuidado es un fenómeno activo, que requiere que las personas sean capaces de usar la razón de comprender su estado de salud y sus conocimientos en la toma de decisiones para elegir un curso de acción apropiado. Está influenciado por los factores básicos condicionantes los cuales son factores internos y externos a los individuos que afectan sus capacidades para ocuparse de su autocuidado como son: edad, sexo, estado de desarrollo, estado de salud, orientación sociocultural, factores del sistema familiar, patrón de vida, factores ambientales y la disponibilidad de los recursos.⁸

Loredo *et al.*, ⁹⁵ exponen que la familia constituye un factor externo y pilar fundamental en la etapa de vida adulta mayor, es la encargada de prestar atención directa a la mayoría de los adultos mayores que sufren problemas de salud o un deterioro grave en su autonomía personal. La familia tiene también un papel muy importante, en las relaciones socioafectivas ya que es la idónea para proporcionar sentimientos de arraigo y seguridad, ofrecer sentimientos de capacidad, autoestima, confianza y apoyo social.

Los requisitos de autocuidado son un componente principal del modelo y constituyen una parte importante de la valoración del paciente. Se ha identificado o descrito ocho actividades que son esenciales para el logro del autocuidado, son los requisitos del autocuidado universal, como requisitos, representan las clases de relaciones humanas que producen las condiciones internas y externas que mantiene la estructura y funcionamiento humano que a su vez apoyan el desarrollo y maduración humana.⁹⁶

Estos requisitos abarcan los elementos físicos, psicológicos, sociales y espirituales esenciales para la vida. La finalidad de la atención en autocuidado es fomentar y promover la salud, prevenir las enfermedades, recuperar o rehabilitar la salud integral. A través del autocuidado se influye con positividad en el nivel de salud al lograr que los propios adultos mayores, familia y comunidad mejoren sus conocimientos y destrezas para cuidar su propia salud,

fomentar su capacidad y percepción de decidirse a buscar ayuda profesional cuando sea necesario.⁹⁷

En este sentido, son disímiles los autores,^{98, 99} que abordan el tema de autocuidado desde diferentes aristas, como el conjunto de acciones intencionadas, calculadas y aprendidas condicionadas por el conocimiento y repertorio de habilidades, que realiza la persona para controlar los factores internos o externos, que pueden comprometer su vida y desarrollo posterior. Basándose en la premisa que los individuos saben cuándo necesitan ayuda y, por lo tanto, son conscientes de las acciones específicas que necesitan realizar.

Así mismo autocuidarse refuerza la participación activa de las personas racionales, pensantes, con la capacidad de reflexionar sobre sí mismos y su entorno, capaces de guiar sus esfuerzos para hacer aquellas actividades que son beneficiosas en el cuidado de su salud,¹⁰⁰ responsables de decisiones que condicionan su situación actual, para desarrollar sus habilidades intelectuales y prácticas,¹⁰¹ al maniobrar aspectos que se relacionan con la motivación y cambio de comportamiento, donde la educación para la salud es la principal herramienta de trabajo.¹⁰²

En la actualidad, teniendo en cuenta el aumento de la población adulta mayor y de la prevalencia de las ENT como uno de los primeros motivos de consulta y primeras causas de muerte, se hace cada vez más urgente la incorporación del autocuidado, en la vida de los más envejecidos. En los últimos años las investigaciones sobre el autocuidado han evolucionado y existen múltiples definiciones, sin embargo, no se observan especificaciones en la forma de instruir el autocuidado a los adultos mayores a través del médico de Medicina Familiar.

Después de la sistematización realizada por la autora de la presente obra sobre las definiciones de autocuidado, se aprecia de forma insuficiente el elemento, de autocuidado en torno al objeto de investigación, el adulto mayor con CCR en la comunidad. Se debe partir de la capacitación al médico de Medicina Familiar

sobre la atención a los pacientes adultos mayores con CCR y sobre el manejo de esta entidad, para que así pueda instruir al paciente a que aprenda y logre su autocuidado, a través de acciones, actividades, tiempo, lugar, participantes y criterios de medida incluidos en una estrategia con carácter coherente y sistémico que debe formar parte del sistema de trabajo del médico de Medicina Familiar en la comunidad, para favorecer así la relación adulto mayor-médico de Medicina Familiar-familia-comunidad.³¹

Es necesario insistir en la importancia del autocuidado en el adulto mayor con ENT, entre ellas el CCR en la APS, como una estrategia de promoción de salud y prevención de enfermedades, en el primer nivel de atención. Contribuye el autocuidado a promover la responsabilidad de las personas en el cuidado de la propia salud.¹⁰³

La promoción de salud hace énfasis en la optimización del estado de bienestar, en el desarrollo de las habilidades personales, en el fortalecimiento de las acciones comunitarias y destaca la responsabilidad del individuo en la solución de problemas que afectan su salud. Aunque en su accionar está implícito en toda la atención médica integral es particular su importante en el contexto de la APS, que requiere de la capacitación del profesional médico como uno de los principales elementos para el logro de las acciones. En investigación realizada se expone que aún son insuficientes las acciones de promoción desarrolladas en los escenarios de la APS.¹⁰⁴

El autocuidado tiene un papel preponderante que sirve como enlace entre las actividades destinadas a la promoción de salud y a la prevención de enfermedades y sus consecuencias una vez establecida. El mismo en la APS está dirigido a la práctica de actividades que las personas puedan realizar para mantener la salud y prolongarla.¹⁰³

Sin embargo, en el nivel primario de salud, existe insuficiente información del médico en Medicina Familiar sobre el autocuidado para adultos mayores con CCR. En la literatura consultada, se observaron insuficientes normas, guías,

programas o estrategias y carentes tratamientos del tema de estudio para el tipo de paciente y entidad investigados.^{3, 22, 37, 74}

1.2. La familia y el adulto mayor en la comunidad

La psicóloga cubana Arés,¹⁰⁵ considera que familia es un concepto de límites difusos y establece tres ejes de análisis que son importantes a la hora de definirla: consanguinidad, convivencia y afectividad. La familia constituye la unidad social básica; es considerada la fuente nutricia de amor, protección y el primer contexto de socialización y aprendizaje.¹⁰⁶

En la actualidad las familias tienen mayores retos y desafíos, no solo en Cuba, sino también en otras partes del mundo. Se habla de la mayor sobrevida de sus miembros, mayores distancias interurbanas, mayor presencia de los medios tecnológicos, multiplicidad de roles que cumplir y mayores exigencias económicas. Su actual dinamismo exige altas demandas de apoyo y asistencia mutua para satisfacer las necesidades de sus miembros de diferentes edades y que puedan cumplir con sus funciones.¹⁰⁶

El aumento de los adultos mayores en el hogar, repercute en el funcionamiento familiar.¹⁰⁷ La sobrecarga de la vida familiar, puede generar factores de riesgo para el bienestar de las familias y el anciano, como rigidez en la organización doméstica y dificultades en las estrategias de la conducta familiar.¹⁰⁸

El núcleo doméstico proporciona los principales servicios de apoyo y amparo a todos sus miembros y, de manera particular, a los adultos mayores. En el 40,00 % de las familias en Cuba está presente, al menos, un adulto mayor, y el 86,00 % de todos los mayores vive acompañado, datos que evidencian que en el país se envejece básicamente en familia. En Cuba se ha pasado a ser menos numerosa y es frecuente la convivencia intergeneracional.^{109, 110} La familia es el sostén principal del proceso de envejecimiento y es la sociedad en su conjunto la que debe crear fórmulas para garantizar el cuidado de los adultos mayores tanto en formas estatales como no estatales.^{111, 112}

En concordancia con lo anterior la actual Constitución de la República destaca la dignidad humana como el valor primordial, representa el bien supremo que

sustenta el reconocimiento y ejercicio de los derechos y deberes (Artículo 40); a su vez proclama que el Estado, la sociedad y las familias, en lo que a cada uno corresponde, tienen la obligación de proteger, asistir y facilitar las condiciones para satisfacer las necesidades y elevar la calidad de vida de las personas mayores.¹¹³

En correspondencia con la actualización del modelo económico cubano,¹¹⁴ se plantean las transformaciones necesarias en el sistema de salud,¹¹⁵ orientadas a garantizar la sostenibilidad de los servicios y sustentadas en los principios rectores de racionalidad económica y calidad. En el marco de este proceso, la revitalización del Programa del médico y enfermera de la familia,⁷⁴ son factores determinantes del perfeccionamiento del sistema de salud cubano por constituir líneas estratégicas del mismo, en las que la atención para el adulto mayor se inserta como un elemento importante en el perfeccionamiento de los servicios.¹¹⁶

El envejecimiento, suele acompañarse de la carga de enfermedades crónicas, las que a su vez pueden contribuir a discapacidad por enfermedad y deterioro del estado funcional.^{117, 118} Al ser diagnosticado algún miembro de la familia con cáncer, no solo afecta a la persona enferma, sino que trasciende hacia el entorno familiar, el funcionamiento y la salud familiar son factores decisivos en el bienestar del paciente que presenta la enfermedad.^{119, 120}

La familia debe acompañar a los adultos mayores en el tránsito de su vida para lograr en ellos un autocuidado, todo lo que enriquece el tratamiento de este tema de estudio, carente con especificidad en los adultos mayores con CCR. Para lograr esta meta, se debe plantear una atención ordenada y estratificada de los recursos para satisfacer las necesidades de la población.

Todas las tendencias demográficas tienen consecuencias sociales y exigen esfuerzo importante por parte de los gobiernos.^{121, 122} Las ENT constituyen en la actualidad uno de los mayores retos que enfrentan los sistemas de salud a nivel mundial y dentro de ellas las neoplasias.¹²³ A través del autocuidado, las personas pueden contribuir a retrasar o prevenir enfermedades crónicas.¹²⁴ La

revisión bibliográfica realizada al respecto no evidenció una estrategia dirigida de forma específica al primer nivel de atención en la APS a los adultos mayores con CCR en la comunidad donde se integran el adulto mayor, el médico de Medicina Familiar, la familia y la comunidad.^{120, 125, 126}

1.3. Cáncer colorrectal en los adultos mayores en la Atención Primaria de Salud

Existen cuatro tipos de cáncer que pueden aparecer en el colon y recto:¹²⁷ sarcomas: si son originados en la capa muscular de la mucosa intestinal, linfomas: aparecen en las células de defensa del aparato digestivo, tumores carcinoides: se dan en las glándulas secretoras de hormonas digestivas y adenocarcinoma: es el más frecuente, es el responsable del 90,00 al 95,00 % de los casos y aparece en la mucosa del intestino.¹²⁸ Según los hallazgos endoscópicos, la Organización Mundial de Endoscopia Digestiva (OMED) distingue otros cuatro tipos de cáncer colorrectal: prominente (polipoide y veloso), ulcerado, infiltrante y avanzado inclasificable.^{45, 128}

En la literatura consultada, se exhibe un consenso en cuanto a la evolución del CCR. Este progresó lentamente en el transcurso de varios años, a partir de la formación previa de un pólipos, el cual se transformará en cáncer. Entre los factores predisponentes se encuentran: los antecedentes familiares de cáncer de colon o recto, la presencia de pólipos adenomatosos, síndrome de Lynch, síndrome de Turcot, poliposis adenomatosa familiar, síndrome de *Peutz-Jeghers*, antecedentes personales de CCR, pólipos colorrectales o enfermedad inflamatoria crónica del intestino (enfermedad de Crohn y colitis ulcerativa), la baja ingesta de frutas, verduras, vegetales y fibras de grano, tabaquismo, consumo excesivo de alcohol, edad mayor a 50 años, diabetes mellitus tipo II y tratamientos previos de otros tipos de cáncer con radioterapia.^{55, 129}

Otros de los factores de riesgo asociados al CCR es el sobrepeso u obesidad, la inactividad física, dieta rica en carnes rojas incluso más fuerte que las carnes procesadas (salchichas, hamburguesas, carne ahumada y enlatada). Lo

anterior se debe máxime a los métodos de cocción a alta temperatura que pueden influir en la producción de componentes cancerígenos (aminas heterocíclicas, hidrocarburos poliaromáticos) en la superficie de carnes cocinadas durante largos períodos de tiempo.^{130, 131}

Entre los mecanismos propuestos se encuentran que la fibra favorece la disminución del pH intraluminal, se reduce la mutagenicidad de los ácidos biliares secundarios, la dilución de los carcinógenos, da lugar a la formación de ácidos grasos de cadena corta a través de la fermentación bacteriana e induce la fijación de ácidos biliares, aumenta su excreción, disminuye su incidencia y actúa como un factor protector para la disminución de CCR.^{130, 131}

Hay correlación directa entre el CCR y el consumo de calorías, grasa y el aceite de la dieta, se ha sugerido que la ingestión de grasas animales origina un aumento en la proporción de anaerobios en la micro flora intestinal, que causan la transformación de los ácidos biliares normales en carcinógenos.¹³² Al contrario, la vitamina E es un factor protector,^{128, 133} al igual que la vitamina C,^{128, 134} y la fibra dietética.¹³⁵⁻¹³⁷

En revisión realizada por Carpio *et al.*,¹³⁸ respaldan que una mayor ingesta de productos lácteos totales disminuye el riesgo de CCR, requiere al menos el consumo de dos productos lácteos al día para alcanzar este efecto protector; los mismos resultados se observaron para el calcio. Respecto a los productos lácteos específicos las asociaciones con la leche han sido las más consistentes, la leche otorgaría un efecto protector para el CCR, sin embargo, no queda del todo claro cuál es el tipo de leche según el contenido de grasa que estaría relacionada con este efecto.

Investigaciones recientes demuestran que patrones dietéticos saludables se asocian con un menor riesgo de CCR, mientras que dietas occidentalizadas pueden presentar mayor riesgo.¹³⁹ Autores como Montenegro *et al.*,¹⁴⁰ sugieren que la fibra dietética acelera el tránsito intestinal, lo que reduce la exposición de la mucosa colónica a posibles carcinógenos y que el mayor volumen de las heces los diluye.

La edad es considerada como uno de los factores no controlables o modificables que desempeña un importante rol en la evolución de los pacientes con CCR. En este aspecto es válido tener en cuenta que, esta enfermedad por lo general su evolución transcurre durante mucho tiempo sin síntomas y se diagnostica en un 85,00 % de los casos en edades que sobrepasa los 60 años, lo que trae consigo que sea en estadios III-IV los hallazgos clínicos.^{141, 142} El CCR puede cursar asintomático, no obstante, la sintomatología y los signos también dependerán de la localización del tumor y pueden ser muy variados como lo explican en sus estudios Torrecillas *et al.*,¹⁴³ y Sáez *et al.*¹⁴⁴

Según localización, el dolor abdominal se presenta de manera normal de tipo inespecífico, aunque si el tumor llega a ocluir de manera parcial la luz intestinal, el dolor que se produce suele ser de tipo cólico. La hemorragia digestiva baja es el síntoma más característico. Puede tratarse de sangre roja frecuente en los tumores de sigmoide y colon descendente, o sangre oscura característica de los cánceres de colon ascendente, que se mezcla con las heces y da lugar a la melena. La anemia ferropénica se puede presentar en forma de cansancio, sensación de disnea, palpitaciones o mareos. Se produce a consecuencia de la sangre perdida en las heces.^{145, 146}

Como cambios en el ritmo de las deposiciones puede aparecer estreñimiento o diarrea en personas con hábito intestinal normal previo, aunque lo más frecuente es que se intercalen temporadas de estreñimiento con diarrea. Las heces más estrechas se producen cuando el tumor es de un tamaño significativo y obstruye la luz intestinal. El tenesmo o sensación de vaciamiento incompleto del intestino es frecuente en tumores distales de colon. Con relación a la obstrucción intestinal, se plantea que, si el tumor es tan grande como para ocluir de forma total la luz intestinal, se supone una urgencia vital para el paciente y cursa con estreñimiento prolongado, vómitos, náuseas, dolor abdominal y malestar general.^{145, 146}

El cansancio extremo o pérdida excesiva e inexplicable de peso se da en tumores muy avanzados. Otros síntomas son la masa palpable en el recto o en fosa ilíaca derecha, así como el aumento de los gases intestinales.^{145, 146}

La clasificación anatomoclínica tumor, ganglio, metástasis (TNM) es el método de estadaje de neoplasias desarrollado por la *American Joint Committee on Cancer* (AJCC) en colaboración con la *Union for International Cancer Control* (UICC). Es el sistema de estadificación de cáncer de mayor uso a nivel mundial aceptado.¹⁴⁷⁻¹⁴⁹

Las personas que han padecido CCR, aunque se les haya extirpado de manera completa tienen más probabilidades de padecer nuevos cánceres en otras áreas del colon y recto. La sobrevida depende en gran medida, de cuán extendida está la enfermedad en el momento del diagnóstico y de las recidivas.¹⁵⁰

Por otra parte, existen elementos a tener en cuenta en los adultos mayores con CCR que favorece una mayor supervivencia, los relacionados con la alimentación balanceada, frutas y verduras contienen diversos compuestos que pueden ser beneficiosos, la fermentación de la fibra por la microbiota intestinal generará ácidos grasos de cadena corta, acetato, propionato y butirato, los cuales favorecen la diferenciación celular y apoptosis de células cancerígenas.^{131, 151, 152}

También se ha demostrado que ciertos tipos de fibra disminuyen la capacidad pro-oxidante y genotóxica en el colon. Compuestos como los polisfenoles pueden ejercer acciones antioxidantes, modular la microbiota intestinal, inhibir mediadores proinflamatorios y modificar la síntesis de eicosanoides, entre otras funciones. Por tanto, es recomendable que estos sujetos mantengan una ingesta adecuada de frutas, verduras y fibra dietética.¹⁵³

Asimismo los hábitos tóxicos atentan contra una supervivencia prolongada, como el consumo de alcohol, relacionado con una alteración inflamatoria gastrointestinal y cambios en la microbiota intestinal.¹⁵³ La actividad física es otro de los factores relacionados con la prolongación de la sobrevida en adultos

mayores con CCR, la OMS al igual que la Sociedad Americana contra el cáncer recomiendan realizar al menos 75 minutos de actividad física por semana.¹⁵⁴

¹⁵⁵ La sobrevida en adultos mayores con CCR está condicionada por diversos factores, entre ellos el estilo, calidad de vida antes y después de ser diagnosticado.¹⁵⁶

Como bien se ha expuesto hasta este punto, es el envejecimiento poblacional acompañado de otros factores, una de las causas que se invocan en el aumento de la aparición del CCR. Por tanto se espera que en las primeras décadas del siglo XXI el cáncer pase a ocupar el primer lugar en la casuística de mortalidad mundial y el CCR llegará a ser el más frecuente, puesto que constituye un problema sanitario de gran magnitud, debido a las altas tasas de morbilidad y mortalidad.³⁷ Es ahí donde los profesionales de la salud juegan un papel fundamental y se hace necesario que esté preparado para enfrentar esta situación, con la información adecuada para el manejo de enfermedades crónicas no transmisibles y oncológicas.

1.3.1. Antecedentes teóricos del proceso de atención médica al paciente con cáncer colorrectal en la Atención Primaria de Salud

En el 2018, se reeditó la Guía de Práctica Clínica (GPC) de la Asociación Española de Gastroenterología, la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria y el Centro Cochrane Iberoamericano.¹⁵⁷ La elaboración y posterior actualización de esta GPC de prevención del CCR se justificó fundamentalmente por la elevada incidencia y morbimortalidad de esta neoplasia y por el hecho que el CCR es una enfermedad que reúne todas las condiciones requeridas para considerarla susceptible de prevención, sea primaria, secundaria o terciaria, tanto en la población de riesgo medio como en la de riesgo incrementado. La GPC homogeniza y actualiza los criterios de actuación entre los diferentes profesionales y crea un clima fluido de comunicación, de entendimiento entre ellos. Asimismo, tanto los pacientes con

CCR, sus familiares y los profesionales de la salud. Es una guía basada en la evidencia disponible y con recomendaciones adaptadas al propio entorno.¹⁵⁷

Para establecer la calidad de la evidencia y los niveles de recomendación de las diferentes intervenciones evaluadas en esta GPC, se utilizó la metodología basada en el sistema GRADE (*Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation*).¹⁵⁸ El sistema se aplica a una amplia variedad de intervenciones, contextos y equilibra la sencillez con la necesidad de considerar de forma global y transparente todos los aspectos importantes para hacer una recomendación.¹⁵⁸

Para establecer el nivel de las recomendaciones, a diferencia de la versión previa, se consideró, además de la calidad de la evidencia, el balance entre beneficios y riesgos, los costes, los valores y las preferencias de las personas.

En el mismo año 2018, se realizó la tercera edición, por la Consejería de Salud, del Proceso Asistencial Integrado del CCR.¹⁵⁹ Los objetivos fundamentales de este: a) mejorar las características de calidad de la colonoscopia, que es la exploración de elección para el diagnóstico del CCR, b) La creación de un comité de CCR con la participación de especialistas en digestivo, cirugía digestiva, oncología, radioterapeuta, enfermería, radiología y patólogo, c) diseño de una ruta del paciente fluida, mejorando los tiempos y la seguridad del ciudadano, d) plantear las opciones de intervención epidemiológicas sobre carcinoma colorrectal hereditario y sobre la población general en personas de riesgo intermedio (ciudadanos de entre 50 y 70 años) y e) mejorar el cumplimiento de las expectativas, la calidad de vida y la supervivencia del paciente con cáncer colorrectal.¹⁵⁹

Los profesionales sanitarios y no sanitarios que intervienen en el proceso asistencial integrado del CCR, se describen en función de la actividad a realizar en cada fase del mismo teniendo en cuenta el recorrido del paciente, desde la atención primaria, hasta la atención hospitalaria. El proceso es una herramienta de mejora continua y ha contribuido a ordenar los diferentes flujos de trabajo, a integrar el conocimiento actualizado y a mejorar los resultados en salud.¹⁵⁹

Se realizó una búsqueda sistemática de la literatura, desde el 2013 al 2017 centrada en la selección de GPC para la edición del Proceso Asistencial Integrado del CCR. Para la selección de las GPC, se empleó como estrategia de búsqueda, la elaboración de la pregunta en formato PICO (Población, Intervención, Comparador y Outcomes-Resultados), con el objeto de realizar la consulta a las bases de datos bibliográficas biomédicas.¹⁵⁹

Es importante precisar que la definición funcional, se basó en la secuencia coordinada de actuaciones de diagnóstico precoz, terapéuticas y de cuidados dirigidas a personas con sospecha o diagnóstico de cáncer colorrectal procedentes de cualquier ámbito asistencial de atención primaria y atención hospitalaria. Así como un seguimiento adecuado de acuerdo con los diferentes momentos del curso de la enfermedad tanto a los pacientes como a sus familias.¹⁶⁰

El seguimiento es compartido, entre ambas atenciones, a lo largo de todo el proceso, se recomienda garantizar una comunicación fluida entre los profesionales implicados en la atención para garantizar la continuidad asistencial. En la atención primaria, los cuidados de enfermería en domicilio están orientados a la identificación de riesgos y apoyo a la familia, relacionados con: cuidados de la ostomía, *Nursing Outcomes Classification*,¹⁶⁰ y autocuidados de la ostomía/ Cuidados de la ostomía *Nursing Interventions Classification*, dirigido al personal de enfermería.¹⁶¹

En el año 2017, se reedita la GPC para la detección temprana, diagnóstico, tratamiento, seguimiento y rehabilitación de pacientes con diagnóstico de cáncer de colon y recto.¹⁶² Las recomendaciones emitidas fueron graduadas,¹⁵⁸ para separar la calidad de la evidencia de la fuerza de la recomendación. La calidad de la evidencia fue graduada en cuatro niveles de acuerdo con el diseño del estudio, el riesgo de sesgo, inconsistencia, evidencia indirecta, imprecisión, y otras consideraciones cuando se trata de estudios observacionales. Manifiesta la confianza que se puede tener en las estimaciones del efecto para emitir las recomendaciones.

En la GPC se evidencia que el seguimiento lo realizan en el segundo nivel de atención en salud. La rehabilitación de los pacientes con CCR podría beneficiarse de un programa basado en actividad física cardiovascular, para el manejo de incontinencia esfinteriana, según las necesidades del paciente. La calidad de vida después de una cirugía colorrectal, quimioterapia o radioterapia, se mide con instrumentos validados en la población colombiana. El manejo paliativo de los síntomas más comunes del paciente con cáncer CCR, se realiza a través del médico de asistencia hospitalaria, familiar o familia. ¹⁶³

En efecto durante las dos últimas décadas, la mortalidad por CCR se ha incrementado significativamente en países de América del Sur como Chile entre otros.¹⁶³ Basados en la experiencia de campaña previa se supera los puntos débiles, en Chile en el 2018, se diseña un nuevo modelo de programa de cribado de CCR para hospitales públicos.¹⁶⁴ Este incluye educación a la comunidad, soporte para el personal de salud, estandarización de los protocolos de trabajo (preparación intestinal, indicadores de calidad de las colonoscopías, protocolos anatomo-patológicos, ¹⁶⁵ y seguimiento protocolizado). La implementación de un programa de cribado multicéntrico de CCR se realizó en centros públicos de salud en Chile, nivel secundario de atención.¹⁶⁴

En Cuba el primer programa de control de cáncer se implementó en 1968, al mismo tiempo y a partir de la identificación de nuevos problemas de salud, se establecieron otros de manera simultánea, para buscar soluciones y alcanzar mejores resultados. La evolución histórica del programa de cáncer ha transitado desde 1968 con el Programa de detección precoz del cáncer cervicouterino, en 1983 el Programa de detección precoz de cáncer bucal, en 1986 el Programa Nacional de reducción de la mortalidad por cáncer, en 1990 el Programa de detección precoz de cáncer de mama, en 1992 el Programa Nacional de Control de Cáncer, en 1995 el Programa Nacional de prevención del tabaquismo, en 1999 el Programa Nacional de Educación en Cáncer. Hasta

el 2010 con el Programa Integral para el Control del Cáncer, se nombró la Sección Independiente de Control del Cáncer. Esta nueva estructura, tiene la misión de dirigir el PICC.⁷⁹

Por su parte la ejecución de dicho programa como documento rector para la actuación, con la Estrategia Nacional de Control de Cáncer para su implementación,⁷⁹ sirve de orientación en la planificación y aplicación de intervenciones dirigidas a integrar las acciones de conjunto con el sistema nacional de salud, basado en las siguientes premisas

- su gestión se organiza dirigida por el conocimiento, da prioridad y responde al grupo de localizaciones que concentran alrededor del 75,00 % de la carga de morbilidad, se integra a las acciones del sistema nacional de salud desde la comunidad, para la prevención y control de otras enfermedades crónicas y otros problemas de salud, su base es el Programa del Médico y Enfermera de la Familia, interactúa con grupos asesores de expertos que funcionan por áreas del conocimiento, se implementa mediante la Estrategia Nacional de Control de Cáncer, como soporte para el desarrollo de intervenciones complejas de salud y propicia la organización funcional en redes de sistemas y servicios especializados, que se entrelazan por niveles organizativos y funciones, dentro y fuera del sistema de salud cubano, cuenta con una comisión nacional del PICC encargada de proponer cambios a nivel político, estratégico o táctico;⁷⁹
- apoya su gestión a través de una red de conocimientos para el intercambio de información y experiencia, relacionadas con el tema y se estructura en paquetes tecnológicos para control de cáncer (PTCC), incluido en el PICC,⁷⁹ que constituyen una innovación y se convierten en la forma concreta de implementar los productos de la biotecnología desde el nivel primario, lo que facilita además los paquetes de mercado. Este programa tiene los objetivos de reducir la mortalidad por cáncer en un dos por ciento anual, aumentar la supervivencia y mejorar la calidad de vida; actúa en los tres niveles de atención en salud.

El cambio en el control del cáncer originado por la puesta en práctica de los PTCC y el diseño de las intervenciones complejas de salud ajustadas a las necesidades, permite alcanzar el cambio del paradigma clínico deseado, que convertirá el cáncer en una enfermedad crónica controlada de larga evolución, con una mayor sobrevida y una mejor calidad de vida.⁷⁹

En general, se puede aseverar que a partir de los antecedentes teóricos normativos referentes al CCR revisados en la literatura científica, se observa un vacío relacionado con la no evidencia de una perspectiva estratégica sobre la situación real del autocuidado en los adultos mayores con CCR, en particular en la APS.^{79, 156, 158, 165, 166} Sin embargo, las estrategias en salud son actuaciones sobre los problemas que, bien por su elevada prevalencia o bien por suponer una mayor carga asistencial, familiar, social, y económica, requieren un abordaje integral que tenga en cuenta todos los aspectos relacionados con la asistencia sanitaria.¹⁶⁶

Con relación a los servicios de salud de América Latina, en especial en los centros de atención primaria Sapag,¹⁶⁷ identificó estrategias innovadoras dirigidas a mejorar el cuidado y el autocuidado de los pacientes con ENT:

- a) el apoyo mutuo o de pares, entre personas con una misma enfermedad, incluida la formación de grupos, es una estrategia de intervención educativa basada en el aprendizaje socio cognitivo que busca establecer una conexión entre dos o más personas que poseen características comunes;
- b) el apoyo mediante cuidadores informales, especialmente en el caso de los adultos mayores delicados de salud, las personas con acceso limitado a los servicios formales de salud por barreras geográficas o culturales;
- c) la atención por vía telefónica o tele cuidado, las tecnologías de información y telecomunicaciones aplicadas a la salud constituyen un recurso poco utilizado en América Latina para mejorar la efectividad y la eficacia de los programas de cuidados y autocuidado de pacientes con enfermedades crónicas. Otras tecnologías informáticas, como Internet, están cada vez más disponibles y se pueden aprovechar para superar las limitaciones

estructurales y de disponibilidad de recursos humanos existentes en los sistemas de salud.

La aplicación de la estrategia de promoción comunitaria favorece a mejorar los comportamientos saludables en las personas adultas mayores, con los factores asociados de autocuidado.¹⁶⁸ Aunque este grupo poblacional, mayor de 60 años, requiere un enfoque diferente, con tratamientos y conocimiento modificados. La planificación participativa de estrategias y actuaciones en salud favorece a la incorporación de la comunidad en todas las fases del proceso de planificación: desde el estudio de necesidades hasta la evaluación, pasando por la determinación de objetivos, actividades y recursos.¹⁶⁹

Desde esta perspectiva, la OMS indica que, si se enfoca una educación para la salud adaptada a las necesidades, de los adultos mayores adquirirán responsabilidad en su aprendizaje y este no estará centrado en el saber, sino también en el saber hacer. Es necesario crear contextos para desarrollar el proceso donde se combine el saber, el querer y el poder: las competencias que al finalizar de dicho proceso las personas adquieren del conocimiento. La promoción de salud a través de la aplicación de técnicas educativas en los adultos mayores favorece la adquisición de conocimientos y habilidades permitiendo una retroalimentación positiva que beneficia cambios en los estilos de vida y autocuidado en los mismos, permitiendo al adulto mayor actuar como elemento activo.¹⁶⁹

En este sentido las estrategias que se basan en el abordaje de las enfermedades crónicas en salud, deben valorar los aspectos informativos y educativos que mejoran la información hacia la enfermedad, lo que favorecería el impacto emocional y se manifestaría en cambios en el comportamiento; esto permite superar las limitaciones, promover el autocuidado en los pacientes, la responsabilidad y se alcancen niveles aceptables en la calidad de vida del objeto social.¹⁶⁸

La estrategia establece la dirección inteligente, y desde una perspectiva amplia y global, de las acciones encaminadas a resolver los problemas detectados en un determinado segmento de la actividad humana. Entendiéndose como problemas las contradicciones o discrepancias entre el estado actual y el

deseado, entre lo que es y debería ser. Su diseño implica la articulación dialéctica entre los objetivos (metas perseguidas) y la metodología (vías instrumentadas para alcanzarlas) con el propósito esencial del trabajo en la proyección a corto, mediano y largo plazo de la transformación de un objeto temporal y ubicación espacial, desde un estado real hasta un estado deseado, mediante la utilización de determinados recursos y medios que responden a determinadas líneas directrices.

Se asume por rasgos generales de una estrategia los siguientes:¹⁷⁰

- concepción con enfoque sistémico en el que predominan las relaciones de coordinación, subordinación y dependencia;
- una estructuración a partir de fases o etapas relacionadas con las acciones de orientación, ejecución y control e independiente de la disímil nomenclatura que se utiliza para su denominación;
- es una actividad de producción y reproducción del contenido, bajo condiciones de orientación e interacción social, con predominio de un patrón organizativo de decisiones y acciones prácticas; que toma como base métodos y procedimientos para el logro de los objetivos determinados en la transformación;
- el hecho de responder a una contradicción entre el estado actual y el deseado de un objeto concreto ubicado en el espacio y en el tiempo que se resuelve mediante la utilización programada de determinados recursos y medios;
- un carácter dialéctico que le viene dado por la búsqueda del cambio cualitativo que se producirá en el objeto (estado real al estado deseado), por las constantes adecuaciones y readecuaciones que puede sufrir su accionar y por la articulación entre los objetivos (metas perseguidas) y la metodología (vías instrumentadas para alcanzarlas), entre otras.

Para llegar a la propuesta de una estrategia, es necesario el cumplimiento de los principios de la simplicidad y la asequibilidad, el diseño debe ser lo más elemental y sencillo posible, donde debe caber el universo del objeto que se

investiga, con palabras, símbolos y señales. Debe reflejar una composición integrada por elementos, procesos y fenómenos del objeto investigado que representan la base de su organización y estructura, principio del enfoque sistémico. Debe existir un ordenamiento específico que viene dado por el orden teórico que lo sustenta y por el ordenamiento del objeto en la realidad objetiva (consistencia lógica y analogía), con organización interna, interacción y movimiento. Esta organización interna es la forma particular de interrelación e interconexión de sus componentes.¹⁷¹

Para la estructura de la estrategia de autocuidado diseñada, se han asumido aspectos tales como,¹⁷²

I. Introducción: fundamentación, se establece el contexto y ubicación de la problemática a resolver, ideas y puntos de partida que fundamentan la estrategia.

II. Diagnóstico: indica el estado real del objeto y evidencia el problema en torno al cual gira y se desarrolla la estrategia.

III. Planteamiento del objetivo general.

IV. Planeación estratégica: se definen metas u objetivos a corto y mediano plazo que permiten la transformación del objeto desde su estado real hasta el estado deseado. Planificación por etapas de las acciones, recursos, medios y métodos que corresponden a estos objetivos.

V. Instrumentación: explicar cómo se aplicará, bajo qué condiciones, durante qué tiempo, responsables, participantes.

VI. Evaluación: definición de los logros, obstáculos que se han vencido, valoración de la aproximación lograda al estado deseado. Resume la sistematicidad que se establece entre cada uno de los elementos centrales de la estrategia, con criterios en forma de una retroalimentación dialéctica. Se abarcan todos los elementos componentes de la estrategia, que se encuentran en interacción, al considerar sus relaciones y los aspectos que se involucran, para su aplicación como expresiones del todo y los datos, los elementos, las diversas relaciones y los procedimientos del instrumento como expresiones de

las partes de esa totalidad. Se expresa, desde esta perspectiva, la lógica o sucesión de procedimientos seguidos por la investigadora en la construcción del conocimiento.

Se valora la definición de estrategia de Concepción,¹⁷³ quien refiere que: una estrategia es la toma de decisión consciente e intencional con que se recupera de forma coordinada la información necesaria, en correspondencia con la situación en que se produce la acción. Se asume el concepto de estrategia de Naranjo *et al.*,¹⁷² como un conjunto de decisiones, acciones y actividades encaminadas a resolver las necesidades afectadas del paciente con fundamento científico cultural que lo ayuda a prevenir, curar y rehabilitar su salud. Definida por la autora para una ENT en adultos mayores y reelaborada por la investigadora a la entidad estudiada, el CCR.

Con el sustento teórico que aportan los anteriores autores,^{170, 172, 173} y en el enfrentamiento al vacío existente al respecto, se estima pertinente tener en cuenta además que el médico residente y especialista de Medicina Familiar se capacite sobre la atención a los pacientes adultos con CCR y sobre el manejo de esta entidad, para instruir al paciente a que aprenda, logre su autocuidado y se favorezca la relación del adulto mayor con el médico, familia y comunidad.

CAPÍTULO 2. DISEÑO METODOLÓGICO DE LA INVESTIGACIÓN

En este capítulo se presenta el diseño metodológico de la investigación, se presenta el tipo de estudio, la población, la muestra, así como las variables de estudio y su operacionalización. Se incluye la metodología seguida en el empleo de los métodos de la ciencia para la obtención de los resultados en cada una de las etapas previstas.

2.1. Diseño metodológico

El diseño metodológico de la investigación utilizó una combinación de técnicas con enfoque cuantitativo y cualitativo en sus diferentes etapas las cuales mostraron resultados científicos al respecto. Se acudió al tipo de diseño mixto, desarrollado de forma secuencial en el Policlínico Rudesindo Antonio García del Rijo del municipio y provincia Sancti Spíritus en el período comprendido de enero 2019 a abril del 2020.

El proceso investigativo transitó por dos momentos. Se establecieron cinco etapas, la primera y segunda se corresponden con el primer momento de la investigación, la tercera, cuarta y quinta, con el segundo momento de la misma, todo lo que se presenta en forma de diagrama de flujo.

Momentos y etapas de la investigación

En el primer momento (del 3 de enero hasta el 28 febrero del 2019), se realizó un estudio cualitativo y exploratorio cuantitativo. Respondió al análisis del contenido de los documentos escritos que sustentan el autocuidado para adultos mayores con CCR en la comunidad, la capacitación de los médicos residentes y especialistas de Medicina Familiar, selección de la muestra, así como la caracterización de los adultos mayores con CCR según variables sociodemográficas y clínicas: edad, sexo, escolaridad, estadio del CCR al diagnóstico, comorbilidades, tiempo de diagnóstico y autocuidado como variable dependiente.

En el segundo momento (del 1 de marzo 2019 hasta 30 abril del 2020), se realizó un estudio cuantitativo de intervención preexperimental, con grupo único y medición antes y después. Consistió en el diseño y valoración de la estrategia

por el criterio de expertos,¹⁷⁴ su implementación y evaluación de la estrategia de autocuidado para adultos mayores después de su implementación.

Los momentos y etapas planificadas se hicieron coincidir con los objetivos específicos planteados, todo lo que se presenta a continuación

- ✓ Primer momento: en su primera etapa, se realizó el análisis del ASIS y documentos ofrecidos por el departamento de estadística del Policlínico Dr. Rudesindo Antonio García del Rijo, en los Consultorios del Médico y Enfermera de la Familia (CMEF) seleccionados. Se examinaron las historias de salud individual y familiar. Esta etapa transcurrió desde el 31 de diciembre de 2018 hasta el 31 de enero del 2019.

Se evaluó de forma crítica los diferentes programas de la APS que rectoran la atención que brindan residentes y especialistas en Medicina Familiar relacionados con el adulto mayor, CCR y autocuidado (Anexo 1). Estos fueron el PICC,⁷⁹ el Programa del Médico y Enfermera de la Familia,⁷⁴ el Programa de Atención Integral al Adulto Mayor,⁸⁰ así como textos de Medicina Familiar relacionados con el adulto mayor con CCR.

Entre los métodos del nivel teórico fue utilizado el histórico-lógico que posibilitó establecer la evolución histórica del problema definido, así como fundamentar los antecedentes del mismo y las tendencias en su abordaje en el autocuidado de los adultos mayores con CCR. El análisis bibliográfico fue otro de los métodos empleados para profundizar, como aspecto esencial, en la conformación del marco teórico de la investigación y como sustento de las valoraciones realizadas del autocuidado para el diseño de la estrategia.

Se incluyeron, tesis, artículos originales, revisiones sistémicas y metaanálisis, publicadas entre el 2014 y 2019, también aquellos que por su importancia así lo ameritaron. Se tuvo en cuenta artículos originales en idioma español, inglés o portugués que tuvieran acceso libre a través de la Red Telemática de Salud de Cuba INFOMED.

Fueron excluidos artículos editoriales, casos clínicos y a los que no se pudiera acceder al texto completo y se eliminaron los duplicados. Los descriptores utilizados fueron autocuidado, adulto mayor, cáncer colorrectal, medicina familiar y estrategias de salud, según el tesauro de Descriptores de Ciencias de la Salud (DeCS). Los operadores booleanos fueron AND y OR.

Se utilizaron las bases de datos SciELO, Google académico, Scopus y MEDLINE/PubMed. Se recurrió al diagrama de flujo *Preferred Reporting Items for Systematic Review and Meta-Analyses* (PRISMA) para contribuir a la formulación,¹⁷⁵ que se describe en el cuadro 2.1.

Cuadro 2.1. Estrategia de búsqueda según base de datos

Base de datos	Descriptores	Estrategia de búsqueda
SciELO. Google académico. Scopus. MEDLINE/PubMed.	Autocuidado Adulto mayor Cáncer colorrectal, Medicina familiar Estrategias de salud	((Autocuidado AND (adulto mayor) OR (Autocuidado) AND (cáncer colorrectal) OR(Autocuidado)AND (Estrategias de salud)OR (Autocuidado) AND (Medicina familiar))))

La pregunta guía se elaboró a través del formato CPC (Concepto, Población y Contexto).¹⁷⁶ Se consideró C (autocuidado), P (adulto mayor con CCR) y C (en la comunidad), ¿Qué alcance tiene la literatura científica existente sobre el autocuidado del adulto mayor con CCR en la comunidad?

Se eliminaron los duplicados y a los artículos restantes se le realizó una lectura de los títulos y resúmenes, paso en el que se eliminan los que no se ajustan a los criterios de elegibilidad y después se transitó a la lectura del artículo completo, para la extracción de los datos necesarios. Se evaluaron de forma crítica a través del análisis temático de contenidos, así como la discusión de resultados con las que se hicieron comparaciones y valoraciones de los autores, para presentar resultado final.

En esta etapa, la investigadora realizó la selección de la población y la muestra de adultos mayores con CCR a participar en el proceso investigativo, pertenecientes a los CMEF.

En el Policlínico Dr. Rudesindo Antonio García del Rijo, existían 289 adultos mayores con diagnóstico de CCR. Se decidió trabajar con los pacientes que pertenecían a los consultorios más cercanos al centro rector para facilitar la recogida de los datos y aplicación de la estrategia, constituyendo la población

N=208 (71,97 % del total de los pacientes diagnosticados en el polyclínico). De ellos, se seleccionó una muestra intencional,¹⁷⁷ para lo que se tuvieron en cuenta criterios de inclusión y exclusión.

Criterios de inclusión

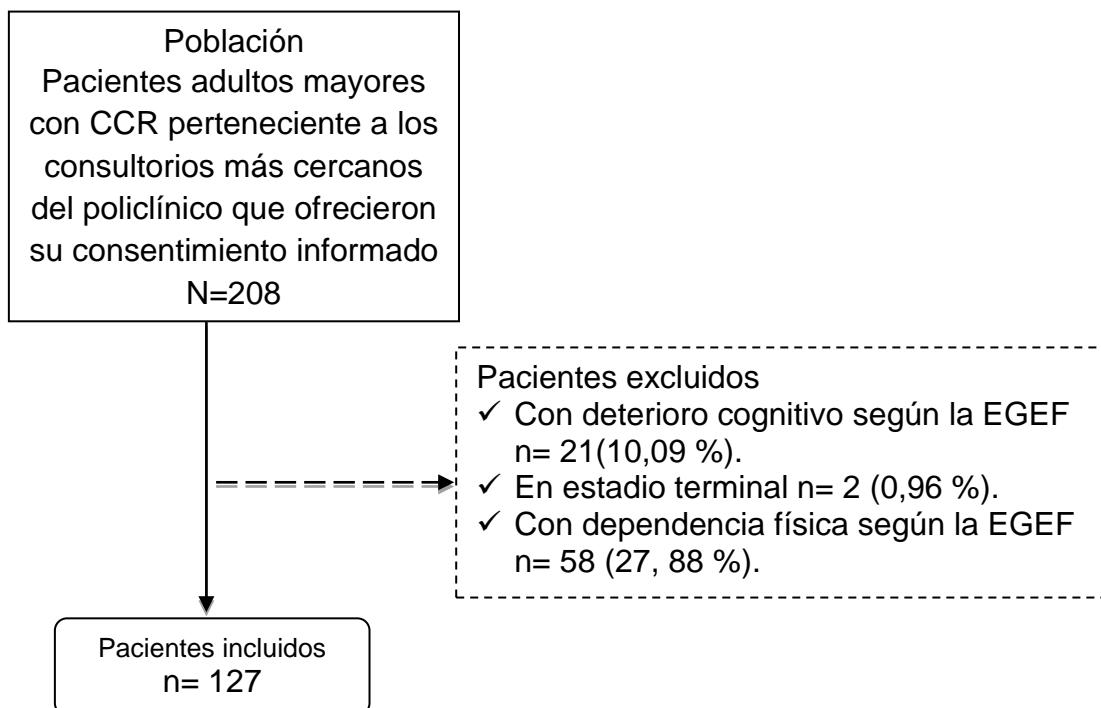
- Que ofrecieron su consentimiento informado.

Criterios de exclusión

- Con deterioro cognitivo según la EGEF.⁶²
- En estadio terminal.¹⁷⁸
- Con dependencia física según la EGEF.⁶²

El esquema para la selección de la muestra se representa en la figura 2.1.

Fig. 2.1. Esquema de la selección de la muestra

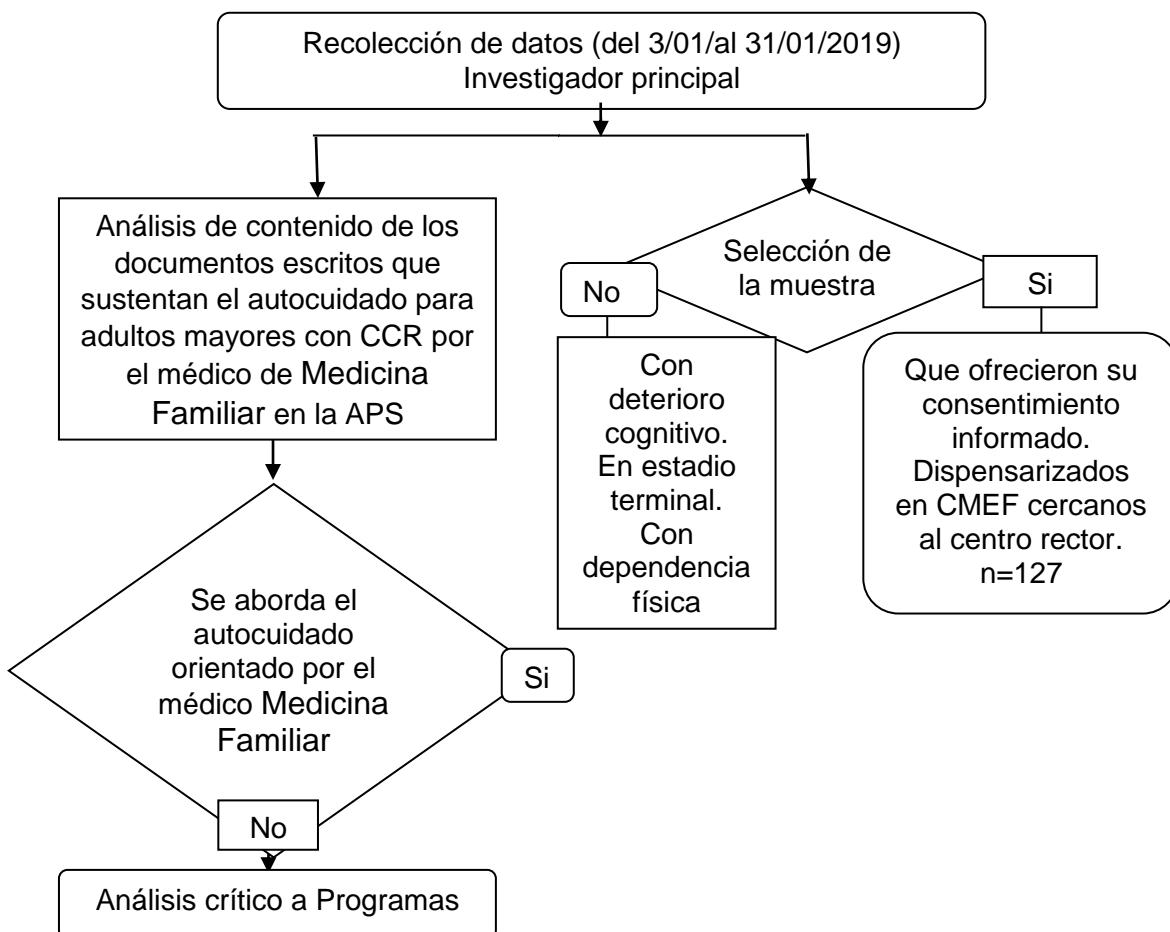


La muestra (n) quedó constituida por 127 pacientes adultos mayores con CCR.

Se seleccionó en el mes de enero del 2019 y se le formalizó el consentimiento informado,¹⁷⁹ (Anexo 2) que se decidió realizarlo de forma escrita.

En esta etapa se capacitó a través de un curso (Anexo 3), a los médicos residentes y especialistas de Medicina Familiar, que trabajaban en los CMEF y que instrumentarían la estrategia.

Fig.2.2. Esquema de la Primera etapa



- ✓ Primer momento y segunda etapa: se caracterizaron los pacientes adultos mayores con CCR, proceso que se realizó del día 1 al 28 de febrero del 2019. Primeramente, se revisaron las historias clínicas individuales y familiares, de los CMEF, para obtener los datos necesarios de los pacientes del estudio. Para realizar la caracterización se tuvo en cuenta variables sociodemográficas, edad, sexo, escolaridad y clínicas, estadio del CCR al diagnóstico, comorbilidades, tiempo de diagnóstico, autocuidado y su operacionalización (Anexo 4).

Edad: años cumplidos; clasificación: cuantitativa continua; indicadores, escala: 60 – 69, 70 – 79, 80 – 89, 90 y más.

Sexo: constitución orgánica que diferencia un hombre de una mujer; clasificación: cualitativa nominal dicotómica; indicador: sexo, escala: femenino, masculino

Escolaridad: se consideró el grado escolar terminado; clasificación: cualitativa nominal politómica; indicador: nivel, escala: primaria sin terminar, primaria, secundaria básica, preuniversitario, técnico medio, universitario.

Estadio del CCR al diagnóstico: distintos estadios que presenta el CCR sobre la base de su extensión según la clasificación anatomooclínica TNM estadios o estadificación tumoral;¹⁴⁷⁻¹⁴⁹ clasificación: cualitativa ordinal politómica; indicador: estadio, escala:

Estadio 0: se denomina cáncer *in situ*.

Estadio I: el cáncer ha crecido atravesando la mucosa e invadiendo la capa muscular del colon o el recto. No se ha diseminado a los tejidos cercanos o ganglios linfáticos (T1 o T2, N0, M0).

Estadio II: el cáncer ha crecido y atravesado la pared del colon o del recto, ha crecido a través del revestimiento interno o en las capas musculares del intestino. Este se ha diseminado hacia uno a tres ganglios linfáticos, o hacia un ganglio del tumor en tejidos que rodean el colon o el recto que no parecen ser ganglios linfáticos, pero no se ha diseminado hacia otras partes del cuerpo (T1 – T2, N2a, N1/N1c, M0). IIA, B, C.

Estadio III: el cáncer ha crecido a través del revestimiento interno o en las capas musculares del intestino. Ha crecido hacia las capas más externas del colon o del recto o a través del peritoneo visceral, pero no ha alcanzado los órganos adyacentes. Se propagó a siete o más ganglios linfáticos adyacentes. No se ha propagado a sitios distantes (T3 o T4a, N2b, M0) IIIa, B, C.

Estadio IV: el cáncer se ha diseminado a una sola parte distante del cuerpo como el hígado o los pulmones o se ha esparcido al peritoneo. También puede haberse disperso a otras partes y órganos (cualquier T, cualquier N, M1c). IVA, B, C

Comorbilidades: presencia de una o más enfermedades, además de la enfermedad o trastorno primario según historia clínica individual; clasificación: cualitativa nominal politómica; indicador: presencia de comorbilidad, escala: comorbilidad presente en los adultos mayores:

- Hipertensión arterial.
- Diabetes mellitus.
- Obesidad.
- Enfermedades cardiovasculares.

- Asma Bronquial.
- Insuficiencia renal crónica.
- Hiperlipidemia.
- Alcoholismo.

Tiempo de diagnóstico: definida como el tiempo de diagnosticado en meses, estimado que se mide en las personas en un determinado momento después del diagnóstico; clasificación: cuantitativa continua; indicador: meses, escala: menos de 12 meses, de 12 a 24 meses, de 25 a 36 meses, de 37 a 48 meses, de 49 a 60 meses, más de 60 meses.

Autocuidado: actividad aprendida por los individuos, orientada hacia un objetivo. Es una conducta que existe en situaciones concretas de la vida, dirigida por las personas sobre sí mismo, hacia los demás o hacia el entorno; para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud y bienestar ² contextualizado al adulto mayor con CCR en la comunidad, a través de la instrucción por el médico de Medicina Familiar, especialista o residente, al paciente para que aprenda y logre su autocuidado, favoreciéndose su relación con el médico, familia y comunidad; ³¹ clasificación: cualitativa ordinal politómica; dependiente; indicador: capacidad y percepción.

Se evalúan 8 categorías: la actividad física, alimentación, eliminación, el descanso y sueño, la higiene y confort, medicación, el control de la salud y las adicciones o hábitos tóxicos a través del Test CYPAC-AM, ⁶³ (Anexo 5).

El ítem 1 de cada categoría determina el nivel de independencia o no, para realizar esa actividad (capacidad); si la respuesta es negativa, la persona es dependiente y por tanto tiene déficit de autocuidado para esa categoría; si la respuesta es positiva, la persona es independiente para esa actividad y entonces se miden los otros ítems.

Los ítems 2, 3 y 4 de cada categoría determinan la percepción del autocuidado. Si existen tres o más respuestas positivas y ninguna respuesta negativa; se considera el autocuidado para esa categoría adecuado y se le ofrece una puntuación de 3. Si dos o más respuestas intermedias (a veces), se supone el autocuidado para esa categoría parcialmente adecuado y se le da una puntuación de 2. Si más de una respuesta resultaba negativa; se considera el autocuidado para esa categoría inadecuado y se le da una puntuación de 1.

Para la interpretación del Test, se procedió de la forma siguiente:

Escala:

- entre 21 y 24 puntos del test de CYPAC: percepción de autocuidado adecuado;
- entre 16 y 20 puntos: percepción de autocuidado parcialmente adecuado;
- con 15 puntos o menos, sin ninguna categoría evaluada de 0: percepción de autocuidado inadecuado;
- con 15 puntos o menos, pero con al menos una categoría evaluada de 0: Sin capacidad de autocuidado, o con déficit parcial para esa categoría;
- con 0 en más de cuatro categorías evaluadas: Con déficit de autocuidado total.

Para realizar la caracterización declarada, se hizo uso de la historia clínica individual de los pacientes incluidos en la muestra de estudio, (Anexo 6). De ella se extrajo la información relacionada con las variables definidas, lo que permitió realizar una base de datos con los aspectos a medir en las variables.

En esta etapa, se utilizaron como métodos del nivel empírico: la observación clínica que permitió la obtención de información de los adultos mayores con CCR y su relación con el autocuidado para adultos mayores en la APS, en los CMEF como escenario en que se desarrolló. Esto permitió la recogida de datos en la historia clínica de los pacientes. El método analítico-sintético posibilitó analizar la situación actual del autocuidado y permitió la caracterización clínica de los estudiados.

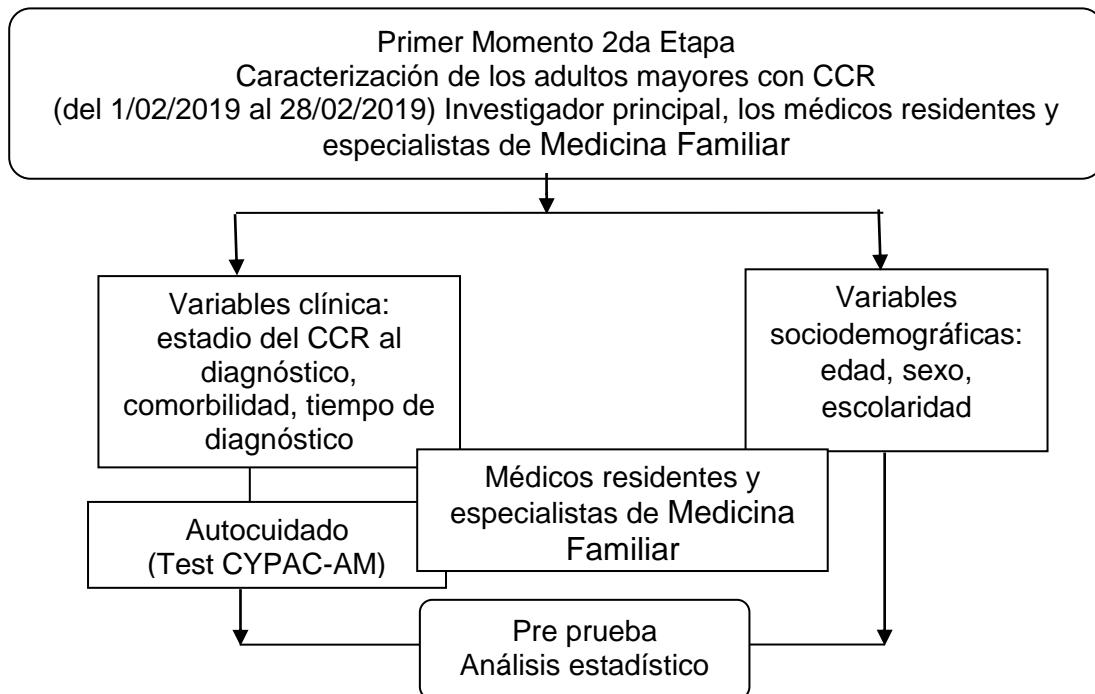
Del nivel estadístico, se utilizó el análisis descriptivo para describir las variables sociodemográficas y clínicas propuestas en la segunda tarea científica de la investigación. Se recurrió al Test CYPAC-AM, ⁶³ (Anexo 5) como instrumento para recoger información de la variable dependiente, utilizada como examen preprueba para caracterizar el autocuidado de los adultos mayores con CCR incluidos en la muestra de estudio, en sus indicadores (capacidad y percepción del autocuidado).

Atendiendo a los resultados obtenidos en la caracterización y el estado real del autocuidado, surge la necesidad de desarrollar una estrategia de intervención.

Para lograr a través de ella cambios en el autocuidado de los adultos mayores

con CCR en la comunidad, elaborada de forma consciente e intencionada, siempre teniendo en cuenta el contexto en el que se desarrolla el proceso. Cumplimentada la segunda tarea, se procedió al desarrollo de la tarea científica número tres y cuatro, diseño de la estrategia de autocuidado para adultos mayores con CCR en la comunidad y valoración por el criterio de expertos.

Fig.2.3.Esquema de la Segunda etapa



- ✓ Segundo momento y tercera etapa: comprendió el diseño de la estrategia de autocuidado para adultos mayores con CCR en la comunidad, por parte del investigador principal del 1 de marzo al 30 de marzo del 2019. En la elaboración de la propuesta, se tuvo en cuenta la información recopilada de las variables sociodemográficas, clínicas y del autocuidado para adultos mayores con CCR en la comunidad.

Del nivel teórico se utilizó el método de la sistematización. Este permitió la organización de los conocimientos incluidos en el diseño de la estrategia desde una concepción dialéctica y cambiante del objeto, para interrelacionar los conocimientos adquiridos a través del desempeño de la autora y la bibliografía consultada y establecer las relaciones pertinentes entre ambas para expresar su esencia.

Se revisaron los criterios de construcción y rasgos generales de las estrategias, ¹⁷⁰ principales conceptos, definiciones del autocuidado y la esencia conceptual de las adecuaciones y manejo del CCR en la APS, con el propósito de hacer

énfasis en el desarrollo de acciones y actividades, como vías instrumentadas para alcanzar el objetivo propuesto. Se llevó a cabo un proceso de análisis lógico-reflexivo en la búsqueda de argumentos y de alternativas para el autocuidado de adultos mayores, lo que permitió lograr la incursión sistémica del actuar de los médicos residentes y especialistas de Medicina Familiar, en virtud de la solución de los problemas relacionados con el autocuidado del CCR que se presentan en estos pacientes.

La estrategia cumplió con los siguientes criterios: ¹⁸⁰

- a) concreción de la información metodológica esencial sobre el autocuidado para adultos mayores con CCR, en la comunidad;
- b) capacidad y percepción del autocuidado para adultos mayores con CCR en la comunidad, como expresión de la articulación sistémica de las dimensiones biológica, psicológica y social;
- c) aproximación a la solución del problema del CCR en la población de estudio;
- d) modificación del aspecto dinámico del desarrollo del objeto con el establecimiento de las relaciones que se logran entre cada elemento de la propuesta que se aproxima, destacándose el autocuidado por parte del paciente adulto mayor con CCR en la comunidad, así como la retroalimentación que se desarrolla por parte de los médicos residentes y especialistas de Medicina Familiar, resultado del comportamiento del adulto mayor con CCR en el área de estudio.

La estrategia es flexible, en el contexto de las características y variables que inciden en las situaciones de salud del adulto mayor con CCR. La puesta en práctica del proceder estratégico implementó las acciones y actividades que la componen, apreció el logro de los objetivos a través de la evaluación de las acciones y actividades planteadas, en dependencia de las características de la situación en que se produjo la acción. Se estableció la dirección estratégica, desde una perspectiva amplia y global encaminada a resolver los problemas detectados en el autocuidado para adultos mayores con CCR en la comunidad.

De los rasgos generales que se identificaron en las estrategias, se incorporó a la presente: ¹⁷⁰

- concebirla con un enfoque sistémico, ya que desde la propia contradicción se evidencian las relaciones de coordinación, subordinación y dependencia, por el propio carácter dialéctico que se manifiesta en el diseño para su

implementación, evaluación y el logro de cambios cualitativos en los adultos mayores con CCR, así como en el accionar de los médicos residentes y especialistas de Medicina Familiar y la concepción del autocuidado, desde la propia metodología de implementación, las acciones y actividades propuestas;

- incorporar en la estructuración etapas relacionadas que permiten la interrelación entre ellas e incluso determinación del objetivo en función de los resultantes del diagnóstico.

Al estructurar la estrategia, se tuvieron en cuenta los elementos siguientes: introducción, diagnóstico, planteamiento del objetivo, planeación estratégica, instrumentación y evaluación, organizados en el diseño como etapas. Diseño que se fundamenta con la sistematización y análisis documental realizado por la autora en función de aportarle el nivel científico requerido para la estrategia elaborada como producto de la ciencia,¹⁷²

1. Introducción: se establece el contexto y ubicación en los CMEF en la APS, de la problemática a resolver, la existencia de un creciente número de adultos mayores con CCR que no reciben por parte del médico residente y especialista de Medicina Familiar las orientaciones necesarias para que lleven a cabo un autocuidado adecuado. Se propició una nueva visión del desarrollo intelectual y la necesidad de comprender, por quienes dirigen el proceso, las potencialidades y limitaciones que están presentes en los períodos evolutivos con el propósito de seleccionar y/o crear aquellas condiciones que faciliten este desarrollo.

2. Diagnóstico: se llevó a cabo a través de dos elementos.

- Revisión de documentos rectores, entre los que se encuentran: programa de atención integral del adulto mayor, PICC y el Programa del médico y enfermera de la familia.
- Test de CYPAC-AM, para identificar el autocuidado del paciente adulto mayor con CCR en la muestra objeto de estudio, en sus dimensiones capacidad y percepción del autocuidado.

3. Planteamiento del objetivo general estratégico: desarrollar el autocuidado para adultos mayores con CCR en la comunidad en sus dimensiones capacidad y percepción a la instrucción por el médico residente y especialista de Medicina Familiar, al paciente adulto mayor con CCR para que aprenda y

logre su autocuidado, regule los factores que afectan su propio desarrollo y el funcionamiento de su vida, salud o bienestar, favoreciéndose la relación del adulto mayor con el médico, familia y comunidad.

4. Planeación estratégica: se integró por acciones y actividades que tomaron en consideración las necesidades de autocuidado en el adulto mayor con CCR en el contexto comunitario, las manifestaciones clínicas individuales, el estadio del CCR al diagnóstico, las comorbilidades, así como la edad y el nivel escolar del adulto mayor con CCR. Esto implicó la coordinación con los sectores sanitarios, sociales y la demanda de compromiso de las personas implicadas en el proceso de atención al adulto mayor: la familia, la comunidad y los diferentes profesionales, el ofrecer suficiente información al paciente y a la familia que actúan como soporte del adulto mayor.

Se coordinó por parte de la investigadora la negociación sistemática de los objetivos a cumplir en la atención del adulto mayor con CCR en la comunidad, así como el logro de relaciones comunicativas entre el médico, el adulto mayor, su familia y comunidad. Lo que facilitó el vínculo y permitió la aceptación del mismo, en el medio familiar, y potenció la corresponsabilidad para la solución a los problemas del adulto mayor con esta afectación en la comunidad.

Para la construcción de las actividades a desarrollar en cada una de las acciones, se siguió la metodología de técnicas participativas de la promoción de salud, de tipo auditiva, visual, vivencial, escrita y gráfica.¹⁸¹ Se combinaron técnicas de promoción individual y grupal, con esquema para facilitar la elección de las dinámicas más adecuadas. Se siguió una secuencia lógica en el proceso de aprendizaje: primero se posibilitó la adquisición de conocimientos, después profundizar en las actitudes y seguido se trabajaron las habilidades de los adultos mayores que permitan alcanzar los objetivos formulados.¹⁶⁹

Se estableció un equipo de trabajo, integrado por el grupo básico de trabajo, la enfermera, el médico de medicina interna, el trabajador social, la psicóloga y coordinado por la investigadora, que determinaron las técnicas a utilizar en cada actividad. Se realizaron secciones de trabajo, en el policlínico, con tres frecuencias semanales por un periodo de dos semanas hasta finalizar el diseño de las actividades.

La estrategia que se presenta adoptó, el análisis de la capacidad y percepción del adulto mayor con CCR en la comunidad, por las siguientes razones:

- a) conseguir un análisis integrado de las dimensiones biológicas, psicológicas y sociales, en las cuales se desarrolla el individuo, las que influyen directamente sobre la salud de este;
- b) aportar una valoración integral y sistemática que permite al médico residente y especialista de Medicina Familiar, realizar diagnóstico y valoración del paciente, en correspondencia con estas, así como manejar y orientar para mejorar el autocuidado del paciente.

5. Implementación: la estrategia fue implementada por los médicos residentes y especialistas de Medicina Familiar, utiliza la comunidad como espacio de intercambio para la búsqueda de un autocuidado aceptable. Se planeó que al final de la actividad, relacionada con la realización de las acciones y actividades incluidas en la estrategia diseñada, el médico debía realizar una valoración clínica, para la identificación de los síntomas y signos de posibles recidivas o metástasis, fiscalización del cumplimiento del tratamiento farmacológico y no farmacológico cuyo objetivo fue observar los resultados generales al finalizar la aplicación de las acciones y actividades de la estrategia.

6. Evaluación: la evaluación como parte integrante de la estrategia propuesta resume la sistematicidad que se establece entre cada uno de los elementos centrales de la estrategia, con criterios en forma de una retroalimentación dialéctica. Cada una de las acciones y las actividades contenidas en la estrategia se acompañó de criterios de medida, que evaluaba el médico residente y especialista de Medicina Familiar, el que implementaba la estrategia. Los adultos mayores con CCR exponían frases positivas, negativas o interesantes de la acción realizada, técnica de Positivo, Negativo e Interesante (PNI).¹⁸²

La estrategia quedó diseñada con acciones y actividades, en cada acción se define el tiempo según valoración clínica del adulto mayor, disponibilidad de los participantes y el responsable: los médicos residentes y especialistas de Medicina Familiar de los CMEF donde se desarrolló la investigación. Al final de cada sección se realiza una valoración clínica, que se refleja en la historia individual del paciente (Anexo 6).

Las acciones y actividades fueron dirigidas al autocuidado del adulto mayor con CCR en la comunidad, las que se ofrecieron a los expertos para ser evaluadas. Se seleccionaron 23 posibles expertos potenciales dedicados a la atención del adulto mayor con CCR, consagrados en su mayoría a la atención del adulto mayor en la APS.

El proceso de selección y valoración de la estrategia por los expertos seleccionados se desarrolló desde el 1ro de abril hasta el 30 de abril del 2019 y se ejecutó por parte de la investigadora principal. Consistió en el proceso de selección de profesionales capaces de ofrecer criterios objetivos de la estrategia. El propósito de la investigadora, garantizar la confiabilidad de los juicios y, por consiguiente, la validez de la información.

Los posibles expertos potenciales, especialistas en Medicina Familiar, se caracterizaron por poseer más de 10 años de experiencia de trabajo como médicos en la especialidad, de ellos entre diez y quince años como especialistas dedicados a la APS, así como la presencia de dos Doctores en Ciencias, uno de ellos, Doctor en Ciencias de la Enfermería con tema doctoral en autocuidado de adultos mayores, otros, especialistas que laboraban en APS en la atención al adulto mayor y 21 Máster. De ellos, 17 laboran en APS y seis en la atención secundaria, pero con experiencia en el trabajo del adulto mayor con CCR.

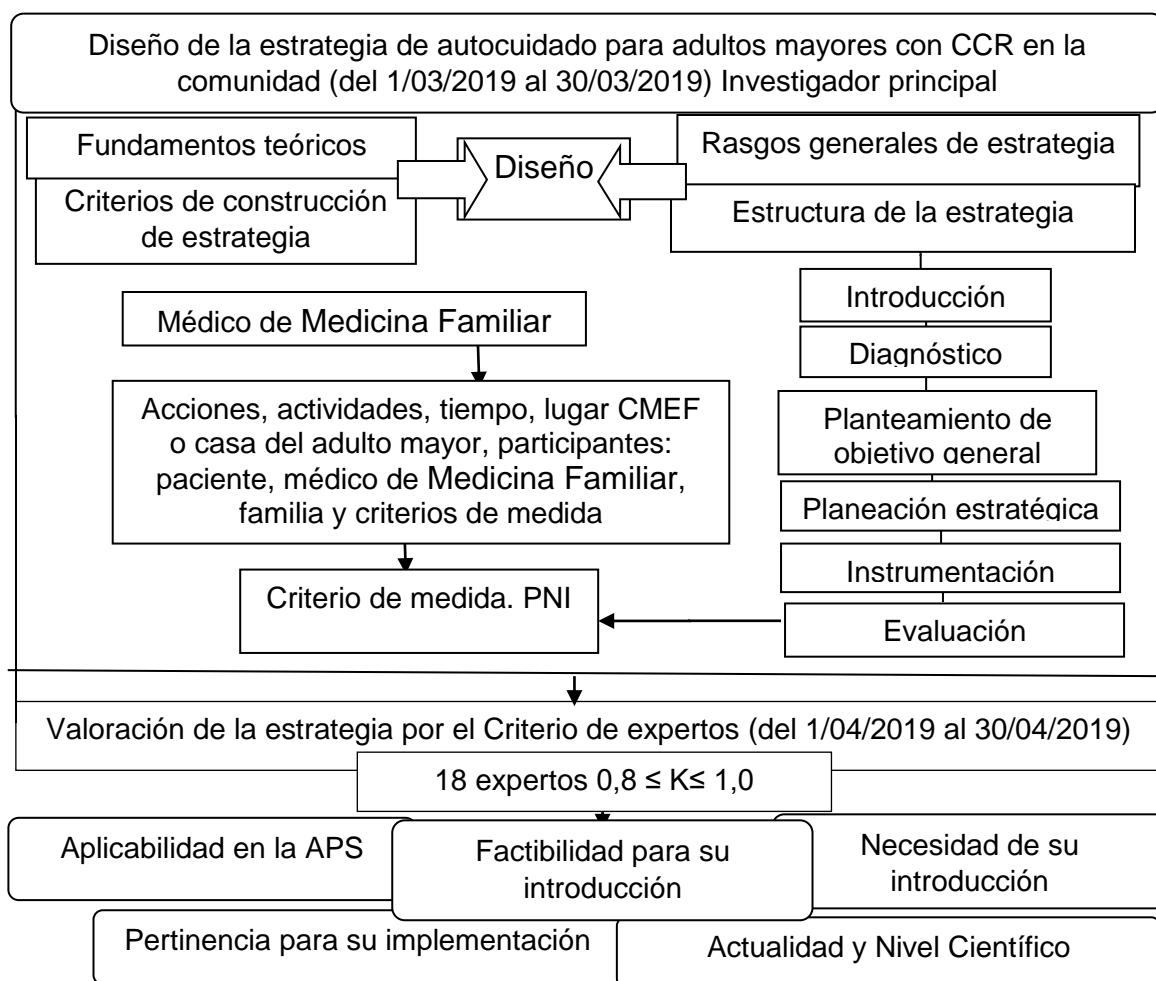
Se consideró como requisito indispensable su coeficiente de competencia el (K), (Anexo 7) el cual parte de las respuestas que los 23 potenciales expertos ofrecieron a las preguntas del instrumento adoptado a tal efecto. Al valorar los resultados obtenidos del coeficiente de conocimiento (Kc) y argumentación (Ka) de los expertos, se procede a seleccionar a los que obtuvieron un Coeficiente de Competencia (K) alto, $0,8 \leq K \leq 1,0$ por lo que se seleccionan definitivamente a 18 expertos (Anexo 8). Se confeccionó y entregó por escrito o vía correo electrónico a cada profesional seleccionado una encuesta para la caracterización, (Anexos 9 y 10).

Adjunto a la encuesta se entregaron las propuestas que les permitieron una mejor comprensión y posibilidad de emitir un juicio de valor con respecto a la estrategia de autocuidado, (Anexo 11). Los expertos debían expresar su criterio respecto a las acciones y actividades, calificándolas de: muy adecuada (MA); Bastante adecuada (BA); Adecuada (A); Poco adecuada (PA) y No adecuada

(NA), sobre la base de los aspectos que a continuación se expresan: Aplicabilidad en el APS, factibilidad para su introducción en el APS, necesidad de su introducción, pertinencia para su implementación, actualidad y nivel científico.

Se les proporcionó la posibilidad de exponer alguna idea crítica, recomendación u otro aspecto relacionado con las acciones y actividades o proponer nuevas si así lo consideraban. Cumplimentada la etapa tres, se procedió al desarrollo, es decir, a abordar la implementación del diseño realizado.

Fig.2.4. Esquema de la Tercera etapa



- ✓ Segundo momento y cuarta etapa: constituyó la implementación de la estrategia de autocuidado. En esta parte de la investigación, se explica cómo se aplicó, bajo qué condiciones, durante qué tiempo, quiénes son los responsables y participantes. Se implementó por los médicos

residentes y especialistas de Medicina Familiar, desde el 2 de mayo del 2019 hasta el 30 de marzo del 2020.

Los procedimientos generales para la ejecución de la estrategia. La estrategia fue implementada por los médicos residentes y especialistas de Medicina Familiar en los CMEF seleccionados. La investigadora principal actuó como coordinadora general de la estrategia, al facilitar el trabajo en los diferentes CMEF, con intercambios mensuales con los médicos en los CMEF. La coordinación de la estrategia en cada uno de ellos, estuvo a cargo de los médicos residentes y especialistas de Medicina Familiar.

La implementación de la estrategia se desarrolló en veintidós sesiones con una frecuencia quincenal, en la primera frecuencia del mes se desarrollaban las actividades 1 y 2, en la siguiente frecuencia las actividades 3 y 4 de la acción. Las sesiones fueron individualmente orientadas, personalizadas, respondieron a un requerimiento metodológico deseable en la instrucción del autocuidado al adulto mayor con CCR, por lo que la estrategia se desarrolló en los espacios instituidos: casa de los adultos mayores con CCR y CMEF. La duración de las sesiones de trabajo fue de una hora, en dependencia de las características clínicas de cada adulto mayor.

El diseño de la estrategia presentada relaciona al adulto mayor con los médicos residentes y especialistas de Medicina Familiar en la APS, familia y comunidad a través de acciones y actividades, utiliza la casa del paciente y el CMEF como espacios de intercambio para la búsqueda del autocuidado. Las acciones y actividades incluidas en la estrategia se establecieron a partir de los resultados del estado actual del autocuidado y la caracterización de los adultos mayores. Lo cual permitió organizar los temas y contenidos en las acciones según necesidades en los adultos mayores.

Las acciones favorecen criterios relacionados con un clima de relación propicio entre el adulto mayor con CCR y los médicos residentes y especialistas de Medicina Familiar, las relaciones personales e interpersonales, la instrucción a ellas y ellos sobre la identificación y solución de las necesidades afectadas. Los médicos con la información adquirida, ejecutaron la estrategia a los adultos mayores con CCR en los CMEF que formaron parte de la investigación.

Se realizaron 11 actividades, de una hora de duración, con acciones basadas en técnicas participativas de promoción en salud, previamente seleccionadas

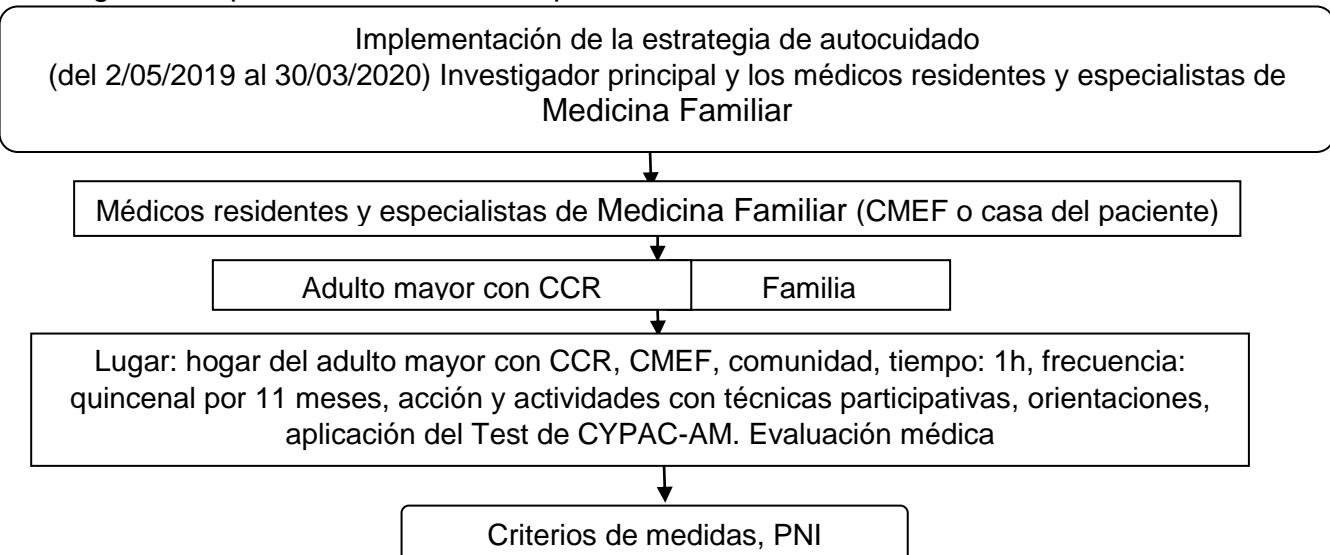
para integrar las actividades.¹⁸¹ Para determinar la influencia de la estrategia para el autocuidado implementada, se realizaron encuentros de trabajo entre la investigadora y los médicos residentes y especialistas de Medicina Familiar de los CMEF incluidos en el estudio, lo cual permitió, el monitoreo durante la implementación de las acciones y actividades contenidas en la estrategia.

En el monitoreo se tomó en consideración los siguientes elementos: valoración por parte del médico, a través del examen físico de las manifestaciones clínicas que se presentaron en los adultos mayores, así como síntomas y signos indicativos de recidivas, control del cumplimiento del tratamiento médico y orientaciones médicas, si el paciente requirió hospitalizaciones en el periodo, la necesidad de optimizar el autocuidado al grupo en estudio, el logro de relaciones comunicativas, las cuales facilitaron el vínculo con el medio familiar, lo que potencia la responsabilidad para la solución a los problemas del adulto mayor con CCR en la comunidad. Se visitaron los adultos mayores con CCR en sus hogares, donde se les aplicó el instrumento, (Anexo 5) para verificar y caracterizar el autocuidado.

En cada sección el médico residente y especialista de Medicina Familiar, efectuó consulta médica, realizó valoración clínica de los adultos mayores, así como lo relacionado con su autocuidado, quedó reflejado los datos en las historias clínicas. Cada sección concluyó con criterios de medidas de los resultados obtenidos de la actividad, para lo que se utilizó la técnica del PNI.¹⁸² Se tomaron en cuenta los criterios positivos relacionados con el clima adecuado de la actividad, los conocimientos adquiridos, las relaciones interpersonales, cambios en los hábitos de vida, vigilancia de la salud e identificación de nuevos problemas de salud y conducta responsable de autocuidado. Los criterios negativos relacionados con la no adquisición de nuevos conocimientos o técnicas de participación no apropiada para los adultos mayores, entre otras.

En relación a los criterios interesantes se tomaron los que expusieron los participantes de la investigación. Estos criterios de medida fueron utilizados para la evaluación individual de las acciones y actividades de la estrategia de autocuidado, (Anexo 12). Se agruparon todos los criterios ofrecidos por los adultos mayores con CCR derivados del PNI.¹⁸³

Fig.2.5. Esquema de la Cuarta etapa



✓ Segundo momento y quinta etapa de la investigación: se desarrolló en el mes de abril del 2020 por el investigador principal, los médicos residentes y especialistas de Medicina Familiar, tuvo el objetivo de identificar los cambios alcanzados con la introducción de las acciones y actividades dirigidas al autocuidado, valorada su aplicación en el área y población de estudio, Policlínico Dr. Rudesindo Antonio García del Rijo del municipio y provincia Sancti Spíritus. Se utilizó como método del nivel estadístico, la prueba de rangos con signos de Wilcoxon,¹⁸⁴ y como examen posprueba del preexperimento con grupo único, el test de CYPAC-AM (Anexo 5), como instrumento de recogida de información.

Con la aplicación de esta prueba, se determinaron las diferencias estadísticamente significativas, empleando niveles de significación estadística ($p \leq 0,05$).

Se utilizó la estadística descriptiva para la elaboración de tablas y gráficos, así como el cálculo porcentual que permitió el análisis y la presentación de la información de los resultados.

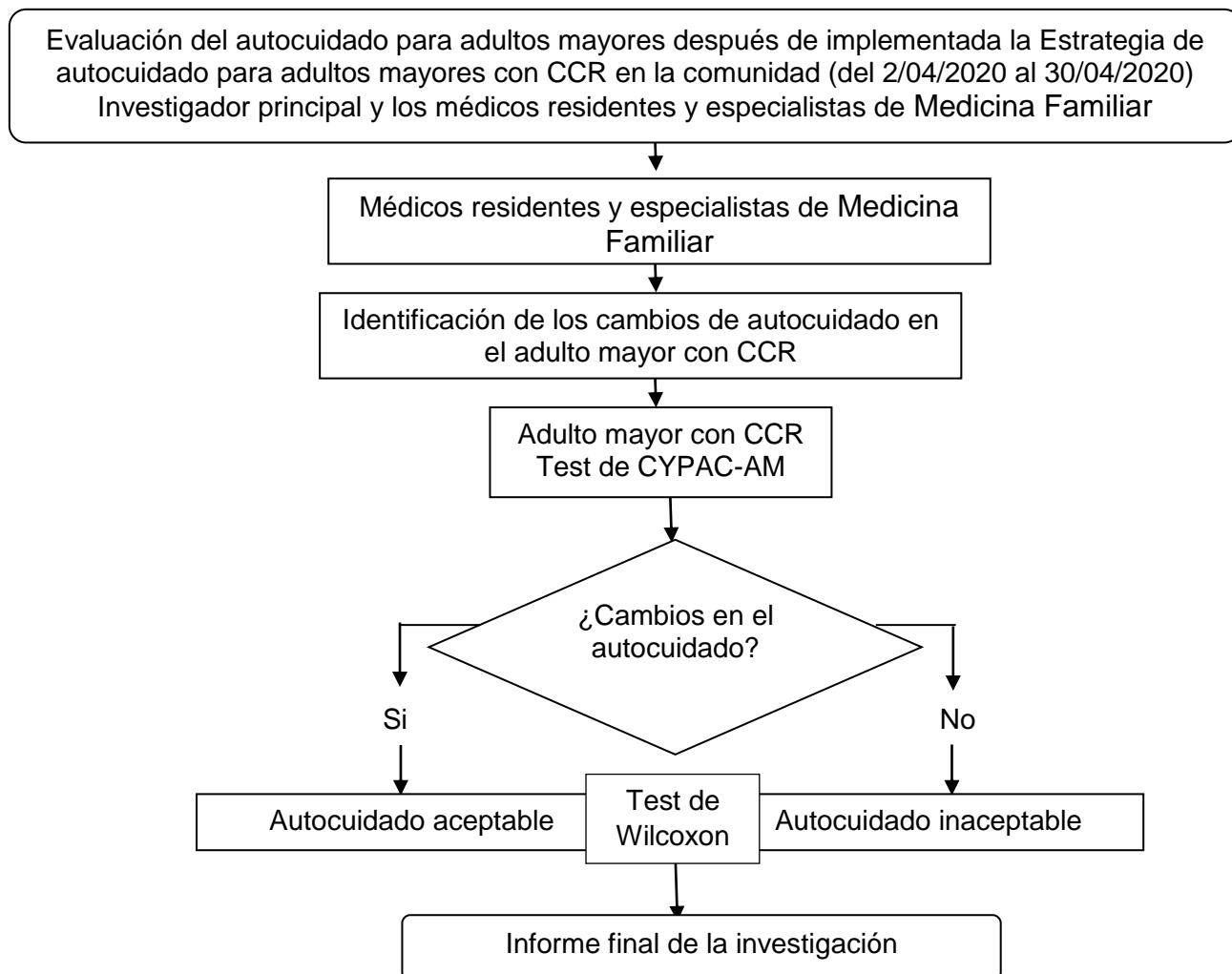
Con relación al plan de tabulación para análisis de los resultados, la información se introdujo en una base de datos, siendo automatizada y procesada mediante el sistema SPSS (*Statistical, Package, Scientific, Social*).¹⁸⁵

En cada etapa de aplicación de la estrategia, los médicos residentes y especialistas de Medicina Familiar registraron en la historia clínica las variaciones clínicas en los adultos mayores y se valoró la necesidad o no, de

reforzar las acciones y actividades brindadas en la etapa anterior. El procesamiento estadístico seguido en esta parte de la investigación, estuvo centrado en la variable autocuidado en los adultos mayores con CCR después de haber sido aplicada la estrategia.

La evaluación de la estrategia se realizó por la valoración de los resultados con la aplicación de los métodos utilizados en la caracterización inicial y se comprobó el establecimiento de diferencias en la comparación del grupo antes y después.

Fig.2.6. Esquema de la Quinta etapa



2.2. Aspectos éticos del estudio

Desde el punto de vista ético, el estudio fue analizado y aprobado por la Comisión de Ética y el Consejo Científico del Policlínico Dr. Rudesindo Antonio García del Rijo y por la Dirección Municipal de Salud del Municipio Sancti Spíritus. Se obtuvo por escrito el consentimiento informado (Anexos 2), de los

adultos mayores con CCR, se explicaron los objetivos del estudio y se estableció la voluntariedad de participar y de abandonar el estudio en el momento que lo desearan, se les pidió además el compromiso de no participar en ningún otro tipo de estrategia con fines investigativos. Los datos primarios, así como los resultados de la investigación, fueron utilizados sólo por los médicos residentes y especialistas de Medicina Familiar que atendían a los adultos mayores, en la más estricta confidencialidad. Este estudio no implicó afectaciones físicas ni psicológicas a los adultos mayores con CCR. En todo momento se tuvo en cuenta lo estipulado en la Declaración de Helsinki.¹⁸⁶ En este capítulo, se expone el tipo de estudio y las características de la metodología empleada. Se describen todas las técnicas de recogida de la información y la forma en que fueron empleadas, los procedimientos y el procesamiento estadístico, además de tomar en cuenta las consideraciones éticas. La metodología descrita se considera útil por sus posibilidades de aplicación en la población de adultos mayores con CCR. La aproximación al autocuidado para adultos mayores con CCR se desplegó sin intrusismo, a la cultura y la idiosincrasia de la familia y se intentó siempre conciliar o consensuar orientaciones o criterios involucrados en las acciones, sin imposiciones ni consejos directivos.

CAPÍTULO 3. RESULTADOS OBTENIDOS EN EL PROCESO INVESTIGATIVO

En el capítulo se presentan los resultados obtenidos en el proceso de investigación que permitieron evaluar el autocuidado para adultos mayores después de implementada la estrategia. De forma organizada se muestran los diferentes estudios que admitieron: el análisis crítico del contenido de los documentos escritos que regulan la atención del adulto mayor con CCR en la APS, la caracterización sociodemográfica y clínica de la muestra de estudio, así como la descripción del autocuidado de los adultos mayores con CCR antes y después de implementada la estrategia de autocuidado. Se incluye la valoración de la estrategia por los expertos. Todo lo que se representa en tablas y figuras, en cada uno de los momentos y etapas de la investigación.

El análisis de los resultados se dividió como persigue

1. Primer momento y primera etapa de la investigación: análisis crítico del contenido de los documentos escritos que sustentan el autocuidado para adultos mayores con CCR en la comunidad.
2. Primer momento y segunda etapa de la investigación: caracterización sociodemográfica y clínica, la descripción del autocuidado de los adultos mayores con CCR antes de implementada la estrategia de autocuidado.
3. Segundo momento y tercera etapa de la investigación: diseño de la estrategia de autocuidado y valoración por criterios de expertos.
4. Segundo momento y cuarta etapa de la investigación: implementación de la estrategia de autocuidado para adultos mayores con CCR en la comunidad.
5. Segundo momento y quinta etapa de la investigación: evaluación del autocuidado para adultos mayores después de implementada la Estrategia de autocuidado para adultos mayores con CCR en la comunidad.

3.1. Resultados obtenidos en el primer momento y primera etapa de la investigación

El análisis crítico del contenido de los documentos escritos que regulan la atención del adulto mayor con CCR en la APS (Anexo 1), ofreció las siguientes dificultades:

- carencia de orientación relativa al autocuidado del adulto mayor con CCR en la comunidad;
- no constatación de desglose de las actividades específicas de autocuidado a desarrollar por el Medicina Familiar, en cuanto a la atención a los adultos mayores con CCR;
- ausencia de formulación de las actividades declaradas para el logro de los objetivos específicos con vías instrumentadas para la implementación del autocuidado;
- necesidad de incrementar el uso de diversas formas de comunicación social y diseño gráfico para lograr resultados que contribuyan a la educación para la salud, relacionada con el autocuidado, de estos pacientes como parte del tratamiento;
- desbalance entre los indicadores evaluativos, los contenidos y objetivos expresados por los médicos residentes y especialistas de Medicina Familiar con énfasis en el control de las ENT, con especificidad en el autocuidado del adulto mayor con CCR y las modificaciones necesarias.

3.2. Resultados obtenidos en el primer momento y segunda etapa de la investigación

Los resultados obtenidos de la caracterización sociodemográfica según variables edad, sexo, escolaridad y variables clínica, estadio del CCR al diagnóstico, comorbilidades, tiempo de diagnóstico y autocuidado de los adultos mayores con CCR, se representan en la tabla siguiente.

Tabla 3.1. Caracterización sociodemográfica de los adultos mayores con cáncer colorrectal. Policlínico Dr. Rudesindo A. García del Rijo. Sancti Spíritus. 2019

Variables sociodemográficas n=127	N.º	%
Edad		
60 – 69	30	23,64
70– 79	65	51,17
80 – 89	29	22,83
90 y más	3	2,36
Sexo		
Femenino	74	58,26
Masculino	53	41,74
Escolaridad		
Primaria sin terminar	1	0,79
Primaria	7	5,51
Secundaria básica	74	58,26
Preuniversitario	31	24,40
Técnico medio	11	8,67
Universitario	3	2,36

El grupo etario predominante se observó entre los 70 y 79 años, representando el 51,17 % de la muestra, el sexo mayoritario fue el femenino con 74 pacientes para el 58,26 %, exponiendo que las féminas entre 70 y 79 años de edad preponderaron en este estudio. Se evidenció que, de los 127 adultos mayores, 74 poseían estudios de secundaria básica, representando el 58,26 % de la muestra.

Como resultado de la caracterización de los adultos mayores según variables clínicas, estadio del CCR al diagnóstico, comorbilidades y supervivencia se obtuvo la información siguiente:

Tabla 3.2. Caracterización de los adultos mayores con cáncer colorrectal según variables clínica

Variables clínica n=127	N.º	%
Estadio del CCR		
Estadio 0	1	0,79
Estadio I	8	6,30
Estadio II	105	82,68
Estadio III	10	7,87
Estadio IV	3	2,36
Comorbilidad		
Hipertensión arterial	61	48,03
Diabetes mellitus	65	51,18
Obesidad	48	37,79
Enfermedades cardiovasculares	17	13,38
Asma Bronquial	21	16,53
Insuficiencia renal crónica	3	2,36
Hiperlipidemia	7	5,51
Alcoholismo	1	0,79
Tiempo de diagnóstico		
Menos de 12 meses	3	2,36
de 12 a 24 meses	12	9,44
de 25 a 36 meses	16	12,59
de 37 a 48 meses	61	48,03
de 49 a 60 meses	28	22,07
Más de 60 meses	7	5,51

Al observar la caracterización de las variables clínica, imperó el estadio II del CCR al diagnóstico en 105 adultos mayores, representando el 82,68 % del total de la muestra. En estos pacientes la presencia de comorbilidades en 108 adultos mayores, representó el 85,04 % y fue preponderante en la investigación la diabetes mellitus constituyendo el 51,18 %, aunque se presentan otras como las cardiopatías y la hipertensión arterial en los estudiados. Con relación al tiempo, observado en meses, en que los adultos mayores habían sido diagnosticados, fueron mayoritarios los que exhibían entre 37 meses a 48 meses, representados en el 48,03 % de la muestra del estudio.

La caracterización de los adultos mayores con CCR según autocuidado antes de aplicada la estrategia, se realizó a través del Test de CYPAC-AC, lo que permitió observar los resultados de las ocho categorías del mismo y apreciar el

comportamiento en sus dimensiones capacidad y percepción de autocuidado. La siguiente tabla muestra los niveles predominantes en los estudiados.

Tabla 3.3. Caracterización de los adultos mayores con cáncer colorrectal según autocuidado antes de aplicada la estrategia

Categorías	Niveles Percepción Autocuidado					
	Adecuado		Parcialmente adecuado		Inadecuado	
	N.º	%	N.º	%	N.º	%
Actividad Física	7	5,51	120	94,48	0	0,00
Alimentación	2	1,57	58	45,66	67	52,75
Eliminación	3	2,36	53	41,73	71	55,90
Descanso y Sueño	12	9,44	82	64,56	33	25,98
Higiene y Confort	14	11,02	103	81,10	10	7,87
Medicación	2	1,57	20	15,74	105	82,67
Control de salud	9	7,08	35	27,55	83	63,35
Adicciones o Hábitos tóxicos	1	0,79	35	27,55	91	71,65

El autocuidado antes de aplicada la estrategia se comportó inadecuado mayoritariamente, en las categorías de alimentación, con un 52,75 %; eliminación, con el 55,90 %; medicación, con el 82,67 %; control de la salud en el 65,35 % y en la de adicciones o hábitos tóxicos se encontraban 91 de los adultos mayores, representando el 71,65 %. Las restantes tres categorías se comportaron con un autocuidado parcialmente adecuado.

Es relevante destacar que todos los estudiados mostraron capacidad de autocuidado al aplicarse el Test de CYPAC-AM, presentaban una independencia física, no tenían déficit de autocuidado para esos niveles. A pesar de la capacidad física y de autocuidado los adultos mayores no se encontraban incorporados a los círculos de abuelos u otra modalidad de práctica de ejercicios sistemáticos acorde a su edad, como caminar, subir

escaleras, entre otros, solo el 5,51 % se encontraba con un autocuidado aceptable para esta categoría.

Al realizar el cómputo de todos los aspectos incluidos en el Test de CYPAC-AM, se observó que 113 adultos mayores, obtuvieron 15 o menos puntos, que reflejó un autocuidado inadecuado para el 88,98 % del total de los estudiados.

3.3. Resultados obtenidos en el segundo momento y tercera etapa de la investigación

De los resultados obtenidos en el análisis del contenido de los documentos escritos que sustentan el autocuidado del adulto mayor con CCR en la comunidad, la caracterización sociodemográfica y clínica, así como el estado real del autocuidado de los adultos mayores con CCR, se derivó el diseño de una estrategia de autocuidado con acciones, actividades, tiempo, lugar, participantes y criterios de medida con carácter coherente y sistémico, dirigidos al paciente adulto mayor con CCR para que aprenda y logre su autocuidado, regule los factores que afectan su propio desarrollo y el funcionamiento de su vida, salud o bienestar, a través de la instrucción, favoreciéndose su relación con el médico residente y especialista de Medicina Familiar, familia y comunidad.

Una vez obtenidos los criterios, distribuidos en positivos e interesantes, con la exclusión de los criterios negativos que no fueron emitidos por los incluidos en la muestra, se agruparon por los criterios positivos e interesantes más frecuentes expuestos y se representó en tablas de números y porcentajes, (Anexo 12). Se contó con la colaboración de los 31 médicos residentes y especialistas de Medicina Familiar involucrados en el estudio.

Al llegar a la casa del paciente, se prepara un clima propicio que permita realizar las actividades en cada sección. Se desglosan a continuación las acciones y actividades que conforman la estratégica.

Acción 1. Intercambio sobre principios éticos, morales, políticos e ideológicos en la atención a pacientes, en términos de respeto a la diversidad, aceptación y cumplimiento de reglas y normas, tolerancia, iniciativa, aprender a aprender.

Objetivo: lograr la motivación de los adultos mayores para su participación en los encuentros y creación de un clima de relación propicio entre pacientes, médico y familia en términos de diálogo y respeto a los pares.

Lugar: casa.

Tiempo: 1 hora (según participación del adulto mayor).

Participante: adulto mayor y familia.

Actividades:

1. Lluvia de ideas de forma oral para indagar los gustos e intereses del adulto mayor con CCR e intentar favorecerlos. (20 minutos).
2. Entrevista educativa para inculcar la necesidad de que el paciente sea responsable de las actividades relacionadas con su autocuidado y para la distribución del tiempo y de las tareas de autocuidado a realizar. (40 minutos)
3. Dinámica familiar para fomentar la transferencia de experiencia, crear un clima de respeto y aceptación. Se exponen vivencias de otras familias en situaciones similares. (35 minutos).
4. Evaluación de lo aprendido para reforzar los elementos necesarios. (25 minutos).

Acción 2. ¿Qué sabe el adulto mayor sobre su enfermedad y el autocuidado?

Objetivo: identificar sobre los conocimientos de los pacientes acerca del CCR y así apropiarse del aprendizaje necesario para su correcto autocuidado.

Lugar: casa.

Tiempo: 1 hora.

Participante: adulto mayor e integrantes de la familia.

Actividades:

1. Lluvia de idea para averiguar qué conoce el adulto mayor sobre su enfermedad y su percepción de autocuidado. (20 minutos).
2. Técnicas visuales a través de láminas para inquirir en las necesidades de aprendizaje del adulto mayor en su patología y su autocuidado. (40 minutos)
3. Charla educativa para motivar al paciente en el aprendizaje y la inclusión en su vida diaria, según su patología y según sus capacidades reforzar los conocimientos adquiridos por el paciente acerca del CCR y el autocuidado. (20 minutos).
4. Técnica vivencial, donde se relata situación de otros adultos mayores y familias con similares problemas de salud y conductas tomadas por los mismos, para permitir que el adulto mayor y la familia incorporen

conocimientos de la enfermedad y las posibles crisis que pueden generarse. (40 minutos)

Acción 3. Favorecer la incorporación del ejercicio físico a favor de un modo de vida saludable.

Objetivo: valorar la importancia de la práctica de ejercicios físicos y modo de vida saludable.

Lugar: casa.

Tiempo: 1 hora.

Participante: adulto mayor.

Actividades:

1. Los ejercicios de respiración: en el control de la respiración diafragmática (respiración profunda), para reducir o eliminar tensiones. (20 minutos).
2. Entrevista educativa para persuadir al adulto mayor en la necesidad de su incorporación al círculo de abuelos, para la práctica de ejercicios físicos sistemáticos, caminar, montar bicicleta, ejercicios aeróbicos, según las habilidades y preferencias del paciente, con una frecuencia de dos veces por semana por 30 minutos, asistir al gimnasio en el policlínico del área, incorporación al círculo de abuelos si su capacidad lo permite y así favorecer el modo de vida saludable. (40 minutos).
3. Técnicas demostrativas para la realización de ejercicios durante 15 minutos todos los días. Se deberá iniciar un ejercicio de estiramiento y relajación centrado en la respiración. Se invitará a los adultos mayores a levantarse, y los que, por cuestiones de movilidad se les dificulte, se les invitará a realizar el ejercicio en sus sillas. (30 minutos).
4. Entrevista individualizada para repasar la importancia de la práctica de ejercicios físicos en el adulto mayor. (30 minutos).

Acción 4. Orientación nutricional para el autocuidado de la salud

Objetivo: reflexionar sobre el valor nutricional de los alimentos y hábitos adecuados de alimentación, la nutrición como acción de autocuidado para el control de la enfermedad.

Lugar: casa.

Tiempo: 1 hora.

Participante: adulto mayor.

Actividades:

1. Diálogo interactivo utilizando técnicas auditivas, audiovisuales y videos, para mostrar al adulto mayor cómo llevar una dieta con seis comidas diarias, alimentación y autocuidado. Se muestran videos y láminas con la ayuda de una tablet o teléfono celular. (40 minutos).
2. Entrevistas individuales utilizando técnicas visuales, plegables y láminas, para enseñar a incorporar a la dieta los probióticos naturales y la importancia nutricional de agregar a la dieta el yogurt y fibra dietética como lechuga, col y acelga. (20 minutos).
3. Charla donde se utilicen plegables, mostrar cómo se deben incorporar a la dieta: frutas y verduras (preferiblemente en su estado natural), balancear las proteínas en la dieta, disminuir el consumo de comidas (enlatadas, ahumados, conservas) y evitar comidas copiosas. Agregar a la dieta grasa vegetal, el consumo de 2 o más litros de agua tratada al día, alimentos ricos en vitamina D: pescados grasos, aceites de hígado de pescado, yema del huevo y aguacate, entre otros. (40 minutos).
4. Entrevista educativa para hacer énfasis en acciones aprendidas sobre alimentación y autocuidado. (20 minutos).

Acción 5. Vigilancia de la salud, el descanso y la eliminación para el autocuidado.

Objetivo: trasmitir conocimientos referidos a identificar cambios en el estado de salud, el descanso y la eliminación.

Lugar: casa.

Tiempo: 1 hora.

Participante: adulto mayor.

Actividades:

1. Entrevista educativa para reforzar lo aprendido sobre el descanso y la eliminación. (15 minutos).
2. Charla educativa para enseñar al adulto mayor sobre las horas necesarias de descanso, posición, formas de descanso, así como identificar cambios en su estado de salud. Motivar al anciano al aprendizaje y la inclusión en su vida diaria, del autocuidado, según su enfermedad y según sus capacidades. (45 minutos).

3. Charla educativa para enseñar que la alimentación contenga elementos ricos en fibras y/o añadir fibra a la comida habitual para evitar el estreñimiento y orientar la necesidad de eliminación diaria. (20 minutos).
4. Técnicas visuales a través de láminas para enseñar cuáles son los alimentos, los líquidos que favorecen la eliminación y para instruir en el manejo y autocuidado de la colostomía (si el adulto mayor con CCR la presentase). (40 minutos).

Acción 6. Contribución a la redimensión del estilo de vida en el adulto mayor con CCR, su higiene y confort.

Objetivo: explicar las características del paciente adulto mayor con CCR y la necesidad de una adecuada higiene, confort y estilo de vida para el fomento del autocuidado.

Lugar: casa o CMEF.

Tiempo: 1 hora.

Participante: adulto mayor y familia.

Actividades:

1. Técnicas visuales a través de videos sobre cómo mantener la higiene de su cuerpo, el baño diario y a un horario establecido, el uso de barandas en el lugar del baño y alfombras antideslizantes para evitar accidentes en el hogar. El uso de toallas independientes para el cuerpo y los pies. Enseñar la higiene y autocuidado de los miembros inferiores. Se utiliza televisor y tablet. (30 minutos).
2. Charla sobre el confort que debe tener el adulto mayor para mantener la higiene de su cuerpo e higiene bucal. (30 minutos).
3. Dinámica grupal para la modificación de estilos de vida: enseñar a los adultos mayores con CCR la importancia de evitar el tabaquismo, la polución, el sobrepeso, el consumo de café y el alcoholismo. (20 minutos).
4. Entrevista educativa relacionada con la higiene, confort, la sociabilización, los medios audiovisuales (la televisión y la radio) y estilos de vida saludables para el fomento del autocuidado. (40 minutos).

Acción 7. Orientación sobre la medicación en el adulto mayor con CCR.

Objetivo: explicar la utilización de medicamentos según indicaciones médicas, en el adulto mayor con CCR.

Lugar: casa.

Tiempo: 1 hora.

Participante: adulto mayor.

Actividades:

1. Entrevista individualizada relacionada con la responsabilidad para su medicación y control, cumplimiento de otros tratamientos en caso de comorbilidades. (20 minutos).
2. Técnica vivencial, apoyada en el relato de vivencias de otros adultos mayores que conocen del uso de los medicamentos y sus experiencias. (40 minutos).
3. Charla sobre la identificación de los medicamentos, el uso de pastilleros y los diferentes medicamentos a utilizar. (40 minutos).
4. Entrevista educativa para reforzar lo aprendido y la utilización de medicamentos según indicaciones médicas y autocuidado. (20 minutos).

Acción 8. Los síntomas en el adulto mayor con CCR y su vigilancia.

Objetivo: valorar la importancia de la observación por parte del adulto mayor en síntomas indicativos de alteración en el estado de salud.

Lugar: casa.

Tiempo: 1 hora.

Participante: adulto mayor.

Actividades:

1. Charla educativa para instruir en la observación de la coloración y forma de las heces fecales, recibir orientaciones médicas de la frecuencia de las evaluaciones y realización de los complementarios de seguimiento. (30 minutos).
2. Técnicas visuales a través de láminas para enseñar la escala analógica del dolor y la utilización de los medicamentos analgésicos indicados. (30 minutos).
3. Charla educativa para orientar sobre síntomas indicativos de recidiva de su enfermedad, como cansancio, debilitamiento, palidez de la piel, dolor intenso, sangramientos, entre otros. (45 minutos).
4. Entrevista educativa para hacer énfasis en los síntomas indicativos de alteración en el estado de salud. (15 minutos).

Acción 9. Evaluación del CCR como dimensión biológica en consultas y visitas al hogar, programadas por parte del médico residente y especialista de Medicina Familiar.

Objetivo: favorecer el control del adulto mayor con CCR por el médico.

Lugar: casa o CMEF.

Tiempo: 1 hora.

Participante: adulto mayor.

Actividades:

1. Valoración clínica sistemática según: examen físico, exámenes complementarios para la detección precoz de las complicaciones asociadas en correspondencia con las limitaciones físicas y psicológicas que se presentan en esta etapa de la vida, comorbilidades y otros daños a la salud. Identificación de los síntomas y signos de posibles recidivas o metástasis. (45 minutos).
2. Entrevista para controlar el cumplimiento de la dieta. (15 minutos).
3. Entrevista para controlar el cumplimiento del tratamiento farmacológico y no farmacológico. (15 minutos).
4. Evaluación clínico-epidemiológica de los riesgos. Remisión e interconsulta con otro especialista cuando sea necesario. (45 minutos).

Acción 10. Interacción del rol del adulto mayor con CCR y el accionar del médico residente y especialista de Medicina Familiar y de la comunidad como espacio de intercambio para la búsqueda de un autocuidado apropiado.

Objetivo: potenciar la relación adulto mayor con CCR, médico y comunidad.

Lugar: CMEF.

Tiempo: 1 hora

Participante: adultos mayores.

Actividades:

1. Técnicas grupales en el CMEF para crear y/o aprovechar espacios comunitarios para la ejecución de actividades que respondan a las necesidades de los adultos mayores con CCR. (15 minutos).
2. Audiencias de salud para debatir temas de autocuidado del adulto mayor con CCR en la comunidad, sobre la base de sus necesidades afectadas. (45 minutos).

Tema: Relación del CCR y factores de riesgo, las conductas generadoras de salud, los estilos de vida saludables, los signos de alerta de descompensación de la enfermedad, la escala del dolor y farmacología. El CCR y su relación con entidades asociadas, con la edad y la dieta, el reposo físico y tratamiento médico. El CCR y el diagnóstico precoz de los familiares.

3. Charla familiar para responsabilizar a la familia y al adulto mayor con CCR con las acciones en las que él debe participar. (15 minutos).
4. Audiencias de salud para debatir temas de autocuidado del adulto mayor con CCR en la comunidad, sobre la base de sus necesidades afectadas. (45 minutos).

Tema: Relación adulto mayor con su enfermedad el CCR y la familia. Las acciones socio familiares para el autocuidado de adultos mayores con CCR en la comunidad. La promoción y prevención de la salud y el CCR.

Acción 11. Diseño, implementación y control de Plan de Acción en correspondencia con las demandas y necesidades identificadas en el paciente.

Objetivo: evaluar la capacidad y percepción del autocuidado del adulto mayor con CCR.

Lugar: casa.

Tiempo: 1 hora.

Participante: adulto mayor.

Actividades:

1. Técnica participativa de evaluación del adulto mayor para conocer la capacidad y percepción adquirida para su autocuidado. (30 minutos).
2. Charla con el adulto mayor para proponer y formular actividades integrales en correspondencia con sus necesidades y el autocuidado. (30 minutos).
3. Aplicación del Test de CYPAC-AM al adulto mayor con CCR, después de finalizada la acción. (45 minutos).
4. Entrevista para realizar el PNI. (15 minutos).

La estrategia quedó constituida por 11 acciones con 44 actividades, cada acción integró cuatro actividades para desarrollarlas mensualmente con frecuencia quincenal, dos actividades cada quince días. En la primera frecuencia del mes de mayo del 2019, se realiza la actividad 1 y 2 y en la

segunda frecuencia las actividades 3 y 4 y así sucesivamente hasta llegar a las actividades de la 1 a la 4 en el mes de marzo del 2020. Cada uno de los 31 médicos residentes y especialistas de Medicina Familiar que participó en la investigación atendió al número de adultos mayores con CCR pertenecientes a su CMEF, lo que se desglosa como sigue:

- consultorio 5, 9 pacientes;
- consultorios 28 y 31, 8 pacientes en cada uno;
- consultorio 27, 7 pacientes;
- consultorios 29 y 32, 6 pacientes en cada uno;
- consultorios 1, 2, 8, 11 y 16, 5 pacientes en cada uno;
- consultorios 14, 15, 25, 30 y 33, 4 pacientes en cada uno;
- consultorios 3, 7, 10, 12, 22, 23 24 y 26, 3 pacientes en cada uno;
- consultorio 4, 6, 13, 17, 18, 20 y 21, 2 pacientes en cada uno.

La investigadora de la presente monitoreó el trabajo con las acciones y actividades de la estrategia en cada CMEF de forma presencial o a través de la recogida de información de los médicos residentes y especialistas de Medicina Familiar mencionados.

Las acciones y actividades incluidas en la estrategia, se elaboraron en función de la aplicación por parte de los profesionales, con información sobre relaciones interpersonales, principios éticos en el desempeño de su atención médica, el autocuidado, elementos de educación para la salud en lo general y lo particular, así como asertividad y componentes clínicos vinculados al CCR y el método científico de la profesión que de forma comprensible permiten su aplicación en el accionar de los médicos residentes y especialistas de Medicina Familiar, en función del autocuidado de los adultos mayores con CCR. Los criterios de medida en forma de PNI, se recogen al concluir la acción en la segunda frecuencia mensual y se agrupan en positivo, negativo e interesantes.

5. Instrumentación: el diseño de la estrategia presentada relaciona al adulto mayor con CCR con el médico residente y especialista de Medicina Familiar, utiliza la comunidad, el CMEF y casa del adulto mayor con CCR como espacios de intercambio para la búsqueda de un autocuidado aceptable. Las acciones y actividades sustentan criterios a favor de un clima de relación propicio entre el paciente y el médico, la promoción de las relaciones personales e

interpersonales, sobre principios éticos, morales, políticos e ideológicos en la atención al paciente adulto mayor, identificación y solución de capacidades y percepciones afectadas en pacientes. Estas acciones y actividades contribuyen a resolver las insuficiencias existentes en la ejecución del propio proceso, para con el adulto mayor con CCR en la comunidad y utilizan el sistema de relaciones médico-paciente-familia-comunidad que se materializa en la atención al individuo, familia, comunidad, en el CMEF y hogar del paciente.

Se consideró, además, las habilidades y actitudes de cada paciente, el nivel escolar e información que estos poseen sobre la entidad que padecen, así como la forma de construir su manera de entender la enfermedad, relacionarla con su vida cotidiana y minimizar así su dependencia de la enfermedad. Todo lo anterior propició la selección de las técnicas participativas a utilizar en las actividades para lograr la comunicación con los adultos mayores. Se evaluó el apoyo familiar que demanda las necesidades del adulto mayor con CCR, lo anterior desde la óptica del médico residente y especialista de Medicina Familiar.

Se ofreció, un marco de referencia para facilitar la comunicación oral-escrita y estimular la búsqueda científica para intervenir en la solución de los problemas que son de su competencia. Los problemas profesionales de la medicina proporcionaron una estructura propia y el crecimiento potencial de los conocimientos de las Ciencias Médicas que pudieran vincularse al desarrollo tecnológico de estos tiempos.

6. Evaluación: una vez implementada la estrategia de autocuidado por el médico residente y especialista de Medicina Familiar, se evaluaron los resultados del PNI (Anexo 12).

Obsérvese cómo los 127 adultos mayores con CCR resultaron participantes en el desarrollo de cada acción y actividad incluidas en la estrategia, ninguno causó baja y todos asistieron a las acciones programadas. No se constataron en las opiniones del PNI, ningún planteamiento negativo. Se agruparon los planteamientos que tenían aspectos en común.¹⁸⁶

Los planteamientos positivos favorecieron a criterios relacionados con:

- clima adecuado en torno a la relación médico-paciente;
- conocimiento sobre principios éticos, cumplimiento de reglas y normas;

- conocimiento sobre la enfermedad de adultos mayores con CCR y la familia;
- relaciones interpersonales entre los Adultos mayores con CCR, médico y familia;
- creación de autocontrol, empatía y aceptación;
- conocimiento sobre la dieta y los componentes nutricionales necesarios;
- recepción de información sobre la participación comunitaria y el logro de estilos de vida saludables, saber escuchar y trabajar en grupo;
- vigilancia de la salud y el autocuidado, en la identificación de problemas y ejecución de su solución;
- redimensión del estilo de vida en el adulto mayor con CCR en su vida diaria;
- conductas responsables en la vigilancia de los síntomas en el adulto mayor con CCR;
- conocimiento sobre la enfermedad como dimensión biológica en consultas y visitas al hogar por el médico residente y especialista de Medicina Familiar;
- interacción del rol del adulto mayor con CCR, el médico residente y especialista de Medicina Familiar y el empleo de la comunidad como espacio de intercambio para un autocuidado apropiado;
- control del Plan de Acción en correspondencia con las demandas y necesidades identificadas en el adulto mayor con CCR.

Fueron planteamientos interesantes los que siguen:

- comunicación verbal efectiva entre médico-paciente;
- identificación de necesidades, atendiendo a la situación actual de salud;
- transmisión de experiencias con clima de respeto y aceptación;
- análisis de necesidades de la dieta diaria y su elaboración;
- orientación sobre el descanso, hábitos higiénicos, ejercicios y las actividades de esparcimiento;
- análisis de necesidades de aprendizaje de la enfermedad y el autocuidado, según las capacidades del adulto mayor con CCR;
- orientación y comprensión sobre cambios de estilo de vida, aprendiendo su autocuidado;
- recepción de la repercusión de síntomas indicativos de recidivas de la enfermedad;
- orientación sobre escala analógica del dolor y frecuencia de evaluaciones;

- valoración de la dimensión biológica del adulto mayor con CCR, en la APS, evaluación según EGEF, examen físico, cumplimiento de tratamiento y control de dieta;
- reformulación de acciones y actividades de salud en correspondencia con las necesidades del adulto mayor con CCR;
- orientación y comprensión sobre la capacidad adquirida para su autocuidado y acciones integrales en correspondencia a sus necesidades de autocuidado.

La retroalimentación se establece a partir de los resultados obtenidos en la evaluación (Anexo 12). Desde estos hallazgos, se puede redimensionar cada uno de los elementos contenidos en la estrategia y sus relaciones desde el punto de vista metodológico, las que se identifican con:

- manifestación externa de lo que se hace, capacidad de hacer o actuar sobre algo, conjunto de las acciones y tareas de un campo, entidad o persona;
- centralización, papel rector, complejidad: compuesto por varios elementos que se organizan y denominan componentes del sistema;
- jerarquización: se ordena de acuerdo con este principio y se establecen sistemas y elementos;
- adaptabilidad: se puede modificar su estado o característica;
- integración: un cambio en un subsistema produce cambio en los demás, lleva implícito objetivos, dosificación del contenido, actividades variadas. Las relaciones descritas se corresponden en cierta medida con el cumplimiento de los principios de la modelación.

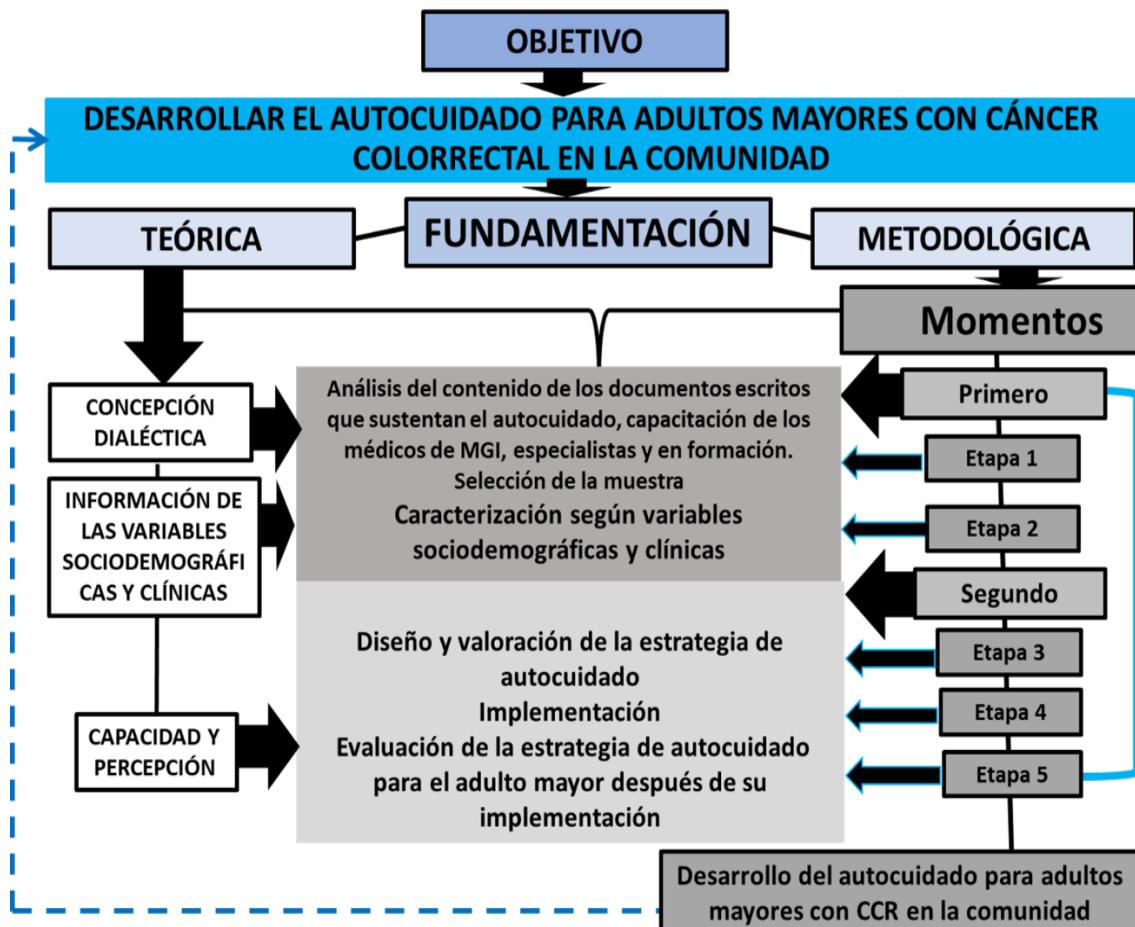
Principios que se cumplieron además en la aplicación de la estrategia propuesta:

El conjunto de objetos y procesos elaborados se encontraban relacionados entre sí, identificándose determinada independencia y coherencia, entre ellos. La evaluación se ejecutó de forma longitudinal: a corto, mediano y largo plazos, en correspondencia con el autocuidado en los adultos mayores. Los médicos residentes y especialistas de Medicina Familiar, utilizaron las opiniones referidas por los pacientes y familiares sobre la satisfacción de las necesidades de estos.

La estrategia de autocuidado es una representación de la realidad, y establece la relación entre lo real y lo ideal, que permite analizar e interpretar el objeto de

estudio en todas sus manifestaciones en correspondencia con el autocuidado para adultos mayores con CCR, la labor del médico residente y especialista de Medicina Familiar en la APS en este sentido y las exigencias de la sociedad cubana actual. Logrado el nivel de abstracción necesario, la autora representa de forma gráfica la estrategia en su totalidad.

Fig. 3.1 Representación gráfica de la Estrategia de autocuidado para adultos mayores con cáncer colorrectal en la comunidad



3.3.1 Resultados de la valoración de la estrategia de autocuidado por criterios de expertos

La opinión de los expertos a favor de la aplicabilidad de las acciones y actividades contenidas en la estrategia de autocuidado presentada en el (Anexo 13, Tabla 3.4), alcanzó una distribución porcentual mayor descendente en las categorías de muy adecuada, bastante adecuada y adecuada. La factibilidad para la introducción en la APS de la propuesta, (Anexo 13, Tabla 3.5), resultó, mayoritariamente muy adecuada.

En relación con la necesidad de la introducción de las acciones y actividades propuestas en la APS, (Anexo 13, Tabla 3.6), el criterio de expertos ocupó de forma unánime la categoría de muy adecuada, al igual que la actualidad y nivel científico de las acciones y actividades propuestas, (Anexo 13, Tabla 3.7). En correspondencia con la pertinencia de las acciones y actividades propuestas, (Anexo 13, Tabla 3.8), se observó en las acciones tres, cinco, ocho, nueve y diez, respuestas dicotómicas de los expertos, sin embargo, en la evaluación de estos, el lugar mayoritario lo ocupó la categoría de muy adecuada.

Se evidencia que la utilización de la estrategia favorece el autocuidado al adulto mayor con CCR en la comunidad. Esta perspectiva constituye un paso de avance en virtud del progreso de las Ciencias Médicas, lo cual permite dar respuesta a las necesidades que se presentan en los pacientes y la etapa de vida estudiada. La estrategia ofrece posibilidades de aplicación en el contexto, al estar formuladas de forma clara y accesible, con los recursos necesarios para convertirse en un instrumento de trabajo metodológico de los profesionales de esta ciencia y para que se apropien de un nuevo conocimiento en virtud de perfeccionar el autocuidado de estos pacientes.

Desde esta perspectiva, se contribuye al fortalecimiento de los servicios de la medicina comunitaria, como parte del Sistema Nacional de Salud Cubano, al planificar el autocuidado con la mirada en la relación existente entre el adulto mayor con CCR y el médico. La propuesta es generalizable y permite enriquecer el accionar del médico residente y especialista de Medicina Familiar, desde una dimensión sistémica del autocuidado para adultos mayores con CCR.

3.4. Resultados obtenidos en la cuarta etapa de la investigación

En esta etapa de implementación de la estrategia de autocuidado para adultos mayores con CCR en la comunidad, se evaluaron de forma individual los resultados obtenidos con la aplicación de las acciones y actividades incluidas en la misma con el uso de la técnica del PNI, lo que mostró:

Tabla 3.9. Aspectos positivos de las acciones y actividades incluidas de la estrategia de autocuidado con la técnica del positivo negativo e interesante

Positivo n=127	N.º	%
Clima adecuado en torno a la relación médico-paciente	127	100,00
Conocimiento amplio sobre la enfermedad del CCR	119	93,70
Mejores relaciones interpersonales entre los adultos mayores con CCR, médico residente y especialista de Medicina Familiar y familia	127	100,00
Adquisición del conocimiento sobre la dieta y los componentes nutricionales necesarios en la alimentación	127	100,00
Recepción de información sobre la participación comunitaria y el logro de estilos de vida saludables, saber escuchar y trabajar en grupo	127	100,00
Vigilancia de la salud y el autocuidado, en la identificación de problemas y ejecución de su solución	118	92,91
Redimensión del estilo de vida en el adulto mayor con CCR en su vida diaria	127	100,00
Conductas responsables en la vigilancia de los síntomas en el adulto mayor con CCR	118	92,91
Ganancia de conocimiento sobre la enfermedad como dimensión biológica en consultas y visitas al hogar por el médico residente y especialista de Medicina Familiar	127	100,00
Mejoría de la interacción del rol del adulto mayor con CCR, el médico residente y especialista de Medicina Familiar y el empleo de la comunidad como espacio de intercambio para un autocuidado apropiado	127	100,00
Control del Plan de Acción en correspondencia con las demandas y necesidades identificadas en el adulto mayor con CCR	112	88,18
Incorporación de los adultos mayores a la realización de ejercicios físicos y círculos de abuelos	116	91,33

Las acciones y actividades incluidas en la estrategia de autocuidado obtuvieron una adecuada acogida por parte de los adultos mayores con CCR y los familiares participantes. Destacan como aspecto que más se repite con el 100,00 %, los relacionados con el clima adecuado en torno a la relación médico-paciente, las mejores relaciones interpersonales entre los adultos mayores con CCR, médico residente y especialista de Medicina Familiar y familia, a través de las acciones y actividades pudieron adquirir conocimiento sobre la dieta y los componentes nutricionales en la alimentación. Otros

criterios positivos fueron la recepción de información sobre la participación comunitaria y de estilos de vida saludables, el saber escuchar y trabajar en grupo, así como redimensión del estilo de vida en el adulto mayor con CCR en su vida diaria, el ganar conocimiento sobre la enfermedad en consultas y visitas al hogar por el médico residente y especialista de Medicina Familiar. De igual forma resultó criterio positivo el empleo de la comunidad como espacio de intercambio para un autocuidado apropiado en el adulto mayor con CCR.

Los aspectos interesantes recogidos en el PNI, se observan en la siguiente tabla.

Tabla 3.10. Aspectos interesantes de las acciones y actividades incluidas de la estrategia de autocuidado con la técnica del positivo negativo e interesante

Interesante n=127	N.º	%
Identificación de necesidades, atendiendo a la situación actual de salud del adulto mayor	127	100,00
Transmisión de experiencias con clima de respeto y aceptación	127	100,00
Demostración de la dieta diaria y su elaboración	127	100,00
Orientación sobre el descanso, hábitos higiénicos, ejercicios y las actividades de esparcimiento	127	100,00
Ánalisis de necesidades de aprendizaje de la enfermedad y el autocuidado, según las capacidades del adulto mayor con CCR	127	100,00
Orientación sobre cambios de hábitos de vida, aprendiendo su autocuidado	122	96,06
Aprendizaje sobre los síntomas indicativos de recidivas de la enfermedad	116	91,33
Orientación sobre escala analógica del dolor y frecuencia de evaluaciones	125	98,42
Enseñanza del cumplimiento del tratamiento y control de dieta	127	100,00
Reformulación de acciones y actividades de salud en correspondencia con las necesidades del adulto mayor con CCR	127	100,00
Orientación y comprensión sobre la capacidad y percepción adquirida para su autocuidado y acciones integrales en correspondencia a sus necesidades de autocuidado	127	100,00
Comunicación verbal efectiva entre el médico-paciente	126	99,21

Una vez realizadas las acciones y actividades, se constató la aceptación de la misma a través de la técnica aplicada. El 100,00 % de los adultos mayores expresaron criterios interesantes relacionados a la comunicación verbal efectiva entre el médico y el paciente y la identificación de necesidades del adulto mayor.

Las acciones permitieron la transmisión de experiencias, la demostración de la dieta diaria y la forma de elaboración. También ofreció las orientaciones sobre el descanso, hábitos higiénicos, ejercicios y las actividades de esparcimiento. Los adultos mayores, según sus capacidades, pudieron aprender de su enfermedad y el autocuidado.

Igualmente, como criterios interesantes expresaron, la enseñanza del cumplimiento del tratamiento y control de dieta y la reformulación de acciones y actividades de salud en correspondencia con las necesidades del adulto mayor con CCR. La orientación y comprensión sobre la capacidad y percepción adquirida para su autocuidado y acciones integrales en correspondencia a sus necesidades de autocuidado.

Se pudieron observar, en el 100,00 % de los investigados, la coincidencia de tres criterios que fueron igualmente plasmados como positivos e interesantes, la relación médico-paciente favorable, el adquirir conocimiento de su enfermedad, del autocuidado, de la dieta, los cambios de hábitos, de modo de vida entre otros y el empleo de la comunidad como espacio de intercambio para un autocuidado apropiado.

3.5. Resultados obtenidos en la quinta etapa de la investigación.

Evaluación de la Estrategia de autocuidado para adultos mayores con CCR en la comunidad

Los resultados obtenidos en la quinta etapa permitieron cumplir la tarea científica número cinco relacionada con la evaluación de la estrategia de autocuidado la cual pudiera haber influido en los cambios logrados en cuanto a la percepción de autocuidado en los adultos mayores con CCR estudiados, (Anexo 14). La tabla 3.11 muestra los niveles del autocuidado en el pre y posprueba según el Test de CYPAC-AM.

Tabla 3.11. Autocuidado de los adultos mayores con cáncer colorrectal antes y después de implementada la estrategia

Categorías n=127	Niveles Percepción Autocuidado	PrePrueba		PosPrueba	
		N.º	%	N.º	%
Actividad Física	Autocuidado adecuado	7	5,51	116	91,33
	Parcialmente adecuado	120	94,48	11	8,67
	Inadecuado	0	0,00	0	0,00
Alimentación	Autocuidado adecuado	2	1,57	97	76,37
	Parcialmente adecuado	58	45,66	30	23,63
	Inadecuado	67	52,75	0	0,00
Eliminación	Autocuidado adecuado	3	2,36	102	80,31
	Parcialmente adecuado	53	41,73	25	19,69
	Inadecuado	71	55,90	0	0,00
Descanso y Sueño	Autocuidado adecuado	12	9,44	120	94,48
	Parcialmente adecuado	82	64,56	6	4,73
	Inadecuado	33	25,98	1	0,79
Higiene y Confort	Autocuidado adecuado	14	11,02	120	94,48
	Parcialmente adecuado	103	81,10	7	5,52
	Inadecuado	10	7,87	0	0,00
Medicación	Autocuidado adecuado	2	1,57	99	77,95
	Parcialmente adecuado	20	15,74	27	21,26
	Inadecuado	105	82,67	1	0,79
Control de Salud	Autocuidado adecuado	9	7,08	108	85,03
	Parcialmente adecuado	35	27,55	18	14,18
	Inadecuado	83	63,35	1	0,79
Adicciones o Hábitos tóxicos	Autocuidado adecuado	1	0,79	66	51,96
	Parcialmente adecuado	35	27,55	60	47,25
	Inadecuado	91	71,65	1	0,79

Después de aplicada la estrategia el autocuidado en sus dimensiones capacidad y percepción se observó que el 91,33 % de los adultos mayores para la categoría de actividad física presentaron un autocuidado adecuado,

existió un incremento con relación a la caracterización inicial. Es importante destacar que de los 120 que se encontraban en la categoría autocuidado parcialmente adecuado ascendieron a la categoría de adecuado 109, representando el 89, 82 %.

En la categoría alimentación el 76,37 % obtuvo un autocuidado adecuado, alcanzó categoría superior de parcialmente adecuado a adecuado 57 adultos mayores y de la categoría autocuidado inadecuado a categorías superiores de parcialmente adecuado y adecuado un total de 67 investigados para el 100,00 %, logró alcanzar categorías superiores la mayoría de los adultos mayores estudiados.

En relación a la eliminación, en la caracterización inicial solo el 2,36 % de los adultos mayores tuvieron la categoría de adecuada, posterior a la intervención mostraron un autocuidado adecuado para el 80,31 %. Con relación a los adultos mayores que se encontraban con autocuidado parcialmente adecuado, ascendieron a la categoría superior el 100,00 % de los mismos. Los que presentaban la categoría inferior de inadecuado todos obtuvieron categorías superiores, 46 de ellos obtuvieron un autocuidado adecuado y 25 autocuidado parcialmente adecuado.

Con respecto a las categorías descanso y sueño e higiene y confort en ambas se incrementaron 120 adultos mayores al nivel del autocuidado adecuado. En la de descanso y sueño, de 76 adultos mayores que se encontraban con un autocuidado parcialmente adecuado, alcanzaron un autocuidado adecuado y ascendieron a categorías superiores los que presentaban autocuidado inadecuado. Igualmente, en la categoría higiene y confort los 103 pacientes que se hallaban con un autocuidado parcialmente adecuado, alcanzaron un autocuidado adecuado en el 100,00 %. Los investigados que exhibían autocuidado inadecuado transitaron a categoría superior, tres ha adecuado y siete a categoría parcialmente adecuado, pero todos aumentaron el nivel del autocuidado.

Se observó el aumento del autocuidado adecuado en la categoría medicación, al 77,95 %, con un incremento de 97 de los adultos mayores. De los que se localizaban en la categoría autocuidado parcialmente adecuado, obtuvieron un autocuidado adecuado los 20 y de los inadecuados, ascendieron a categorías superiores 104 y solo un adulto mayor se mantuvo en igual categoría.

Se constató un incremento, en el autocuidado adecuado, posterior a la intervención en la categoría de control de salud en 108 adultos mayores para el 85,03 %, correspondió al 79,95 % de incremento a categoría superior. De los 35 adultos mayores que se encontraban con autocuidado parcialmente adecuado, 34 se hallaron posteriores a la estrategia con autocuidado adecuado y uno se mantuvo en igual nivel. Con relación a los pacientes que se observaron con autocuidado inadecuado, incrementaron a la categoría superior 82 y uno mantuvo igual el autocuidado.

Al observar la categoría de adicciones o hábitos tóxicos en comparación a la caracterización inicial, resultó preponderante el autocuidado adecuado en el 51,96 % de los adultos mayores. Aunque permanecieron el 47,25 % de los adultos mayores con autocuidado parcialmente adecuado e inadecuado un paciente. Se destaca que el tabaquismo y el consumo de café, estaba presente en un porcentaje importante de los adultos mayores, que no se modificó con las acciones de la estrategia.

El análisis estadístico ejecutado demuestra mejoría de los niveles de autocuidado después de haber sido introducida la estrategia. De forma general se logró mayor proporción de adultos mayores que presentaron un mejor autocuidado.

Lo esencial fue medir el cambio en el autocuidado. Al realizar el análisis global de todos los aspectos incluidos en el Test de CYPAC-AM, antes de aplicar la estrategia predominó la categoría de inaceptable con 88,98 % y posterior a la aplicación de la estrategia, se observa que 103 adultos mayores, se encontraban con una puntuación entre 21 y 24 puntos del test con un autocuidado adecuado para el 81,11 % del total de los estudiados. Los resultados de la prueba de rangos con signos de Wilcoxon aplicada revelaron $p \leq 0,001$.

CAPÍTULO 4. DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN LA INVESTIGACIÓN

El capítulo presenta la discusión de los resultados obtenidos en el proceso de investigación, los que se muestran a continuación.

4.1. Primer momento y primera etapa de la investigación: análisis crítico del contenido de los documentos escritos que sustentan el autocuidado para adultos mayores con CCR en la comunidad

La sistematización de los documentos rectores del autocuidado para el adulto mayor con CCR, en el programa nacional de atención integral al adulto mayor,⁸⁰ en su acepción del subprograma de atención comunitaria, tiene entre sus objetivos promover cambios en el estilo de vida, hábitos y costumbres que favorezcan la salud del adulto mayor, así como promover o retardar la aparición de enfermedades y de las discapacidades en los mismos, entre otros objetivos.

El programa del médico y enfermera de la familia,⁷⁴ aborda dentro de sus objetivos la promoción de acciones de salud que contribuyan a mejorar conocimientos, actitudes y prácticas saludables en la población, haciendo énfasis en la participación activa de la comunidad organizada y la intersectorialidad, así como desarrollar acciones que favorecen cambios positivos en la integración social del individuo, la familia y la comunidad para mejorar conocimientos, actitudes y prácticas saludables.

Asimismo, el programa integral para el control del cáncer en Cuba,⁷⁹ tiene dentro de sus objetivos reducir la mortalidad por cáncer en un 2,00 % anual, aumentar la supervivencia, así como mejorar la calidad de vida. En términos de creación de modalidades para la atención gerontológica, no se particulariza en los programas expuestos, la vía metodológica para la solución de las necesidades socioeconómicas, psicológicas y biomédicas que se presentan en los adultos mayores con CCR, no se analiza/enfoca el autocuidado al adulto mayor con CCR, ni se desglosan las actividades específicas a desarrollar por el médico residente y especialista de Medicina Familiar, en cuanto al autocuidado a los grupos dispensariales.

La formulación de las actividades declaradas para el logro de los objetivos específicos adolece de las vías instrumentadas para su implementación. El

cómo lograrlas no se relaciona de forma sistémica, se limitan a la inclusión del análisis del estado de salud del adulto mayor en el diagnóstico de la situación de salud y no al análisis del comportamiento del autocuidado de este grupo poblacional, como cambios en los hábitos y costumbres, que favorecen la salud del adulto mayor como parte esencial de la investigación, para resolver los principales problemas que se presentan en la atención de los mismos con participación comunitaria.

Resulta necesario desarrollar las vías metodológicas que desglosen las actividades específicas a desplegar por el médico residente y especialista de Medicina Familiar, en cuanto al autocuidado de los adultos mayores con CCR: el uso de las diversas formas de comunicación social, el diseño gráfico (láminas, pancartas) y virtuales, para el logro de resultados contribuyentes en la educación para la salud de estos pacientes como parte del tratamiento. Se aprecia desbalance entre los indicadores evaluativos, los contenidos y los objetivos expresados en los programas, con énfasis en el control de las ENT, las necesarias modificaciones de los estilos de vida y conductas generadoras de salud.

Relacionado con el programa integral para el control del cáncer y su paquete tecnológico, la formulación de las actividades dirigidas al cumplimiento de los objetivos específicos carece del espectro que en esa dirección contribuye al autocuidado del paciente adulto mayor con CCR. La evaluación clínica del paciente está prioritariamente dirigida al control biológico de la enfermedad y no así al necesario enfoque de la entidad y al autocuidado en el CCR. En el seguimiento del paciente con CCR en el nivel primario de salud, no se grafican las acciones y actividades específicas a desarrollar por el médico de la familia, en cuanto al seguimiento y autocuidado a los pacientes con CCR.

En el programa del médico y enfermera de la familia, se evidencia que las mejoras del estado de salud de la población son concebidas mediante acciones integrales dirigidas al individuo, a la familia, la comunidad y el ambiente, a través de una íntima vinculación con las masas, pudiéndose redimensionar el alcance sustentado en el enfoque sistémico y en la búsqueda de posibilidades de perfeccionamiento de la salud de la población. Dada la vigencia de la APS, como estrategia y como sub-sistema de atención, los contenidos del programa aún muestran su actualidad; pero a la luz del redimensionamiento de la APS,

los mismos deben reestructurarse para satisfacer las demandas siempre crecientes de los individuos, familias y comunidades. No se enfoca el autocuidado al adulto mayor con CCR desde la percepción del autocuidado, ni se desglosan las actividades específicas a desarrollar por el médico residente y especialista de Medicina Familiar, en cuanto al autocuidado a los pacientes con CCR.

Sansó,¹⁸⁷ en el análisis de los componentes que integran el programa de la asignatura Introducción a la Medicina Familiar, en el pregrado, expone que se omiten temas que no deben faltar cuando se hace referencia a cómo el especialista en Medicina Familiar soluciona los principales problemas de salud a los cuales se enfrenta. Es pertinente comenzar la carrera de medicina con asignaturas que muestren una visión más integral, distinta del paradigma biomédico que ha predominado durante milenios. No obstante, requiere de un perfeccionamiento y actualización en sus contenidos, acorde con el desarrollo que ha alcanzado la Medicina Familiar en el país.

Entenza *et al.*,¹⁸⁸ en estudio de análisis del programa del adulto mayor en Cuba evalúa los objetivos específicos que él dirige, el trabajo hacia el incremento de los proyectos de actividad física de la población adulta mayor. Aunque en los objetivos no se explicita la necesidad de evaluar el impacto integral del programa en la calidad de vida de sus practicantes y no aparecen precisiones en relación a cómo evaluar la incidencia del mismo en otras esferas como la salud, lo psicológico, lo social, afectivo, cognitivo.

Sin embargo, no garantiza el impacto integral del resto de los objetivos, no analiza la relación entre el ejercicio físico y el autocuidado, debido a que solo se desarrolla en la condición física. Por lo que no es coincidente con el resultado del análisis del programa expuesto en la presente investigación.

En investigación realizada del análisis del desarrollo del subprograma comunitario de atención al adulto mayor, por Purón *et al.*,¹⁸⁹ fue calificado de inadecuado. De los subcriterios evaluados solo ocho obtuvieron calificaciones de adecuados, todos del componente proceso, relacionados con las acciones promocionales y preventivas, entre otras.

De igual manera, para el desarrollo adecuado de este subprograma comunitario se requiere de formar y capacitar personal especializado y de la propia comunidad. Exuestos en las investigaciones realizadas por Godoy *et*

al.,¹⁹⁰ y Miranda *et al.*,¹⁹¹ quienes presentaron resultados similares en el análisis del programa del adulto mayor en Cuba.

4.2. Primer momento y segunda etapa de la investigación: caracterización sociodemográfica y clínica

La edad es uno de los factores no controlables o modificables que desempeña un importante rol en la evolución de los pacientes con cáncer de colon. El CCR aumenta notablemente pasada la quinta década de la vida.¹⁹² En la actualidad más del 50,00 % de los pacientes sobrepasan los 60 años.¹³⁰ La incidencia de esta enfermedad, observada en el sexo femenino en Cuba, es similar a la del Caribe y América del Sur, superior a la de Centroamérica e inferior a la reportada por los Estados Unidos y Canadá.³⁹

En la muestra del estudio realizado, el mayor número de pacientes pertenece al grupo etario entre 70 y 79 años, siendo el sexo femenino el predominante. Estos resultados coinciden con los obtenidos por Guibert *et al.*,¹⁹³ igualmente reportado por las investigaciones de Bofill *et al.*,¹⁹⁴ Albizar *et al.*,¹⁹⁵ Garrido *et al.*,¹⁹⁶ Vargas *et al.*,¹⁹⁷ donde la media de la edad fue de 70 años con predominio del sexo femenino.

Además, estudios de Murillo *et al.*,¹⁹⁸ y Fernández *et al.*,¹⁹⁹ observan que las mujeres entre los 60 y 79 años predominan, correspondiendo con los resultados obtenidos en el estudio actual. En investigación previa,⁶⁴ realizada por la autora corrobora el predominio entre los adultos mayores con CCR el sexo femenino y mayores de 70 años.

Sin embargo, Montes de Oca *et al.*,²⁰⁰ en el Hospital Guillermo Domínguez López, llevan a cabo una investigación en el período de un año y observan que el sexo femenino predomina, pero con una edad media de 61 años, al igual que en el estudio de Ferreira *et al.*,²⁰¹ y Morton *et al.*,²⁰² Otra investigación de Montes de Oca y Cera,²⁰³ prepondera una media de edad de 63 años, sin diferencias importantes respecto al sexo, no coincide en totalidad con los resultados de la presente.

Otras investigaciones se diferencian de los resultados del actual estudio,²⁰⁴⁻²⁰⁹ los que reportan una incidencia mayor en el sexo masculino y mayoritariamente hasta los 70 años. Datos similares, los reportados por Cervantes *et al.*,^{210, 211} en cuanto a la relación edad y sexo, pues se observa una mayor frecuencia del

grupo de 70-79 años, pero en el sexo masculino. Los resultados alcanzados por Trujillo *et al.*, ²¹² en la provincia de Camagüey, reportan que la edad predominante es entre 60-69 años y el sexo femenino, el más frecuente, el estudio actual realizado concuerda con estas investigaciones en el sexo, pero difiere en cuanto al grupo de edad.

La edad está relacionada con la pérdida de la motilidad intestinal de los adultos mayores, con el avance de la edad, existe mayor probabilidad para que una célula se malignice, debido a la disminución de la actividad del sistema inmune y al daño acumulado por hábitos y estilos de vida inadecuados. Las mujeres tienen tendencia al estreñimiento, con un volumen fecal menor, los desechos fecales permanecen mayor tiempo en contacto con la mucosa colónica y la acción bacteriana es más prolongada, el tiempo de tránsito intestinal es mayor, así como la acción de sustancias favorecedoras de la enfermedad.^{213, 214}

En cuanto a la escolaridad, estudios de secundaria básica se muestran predominantes en la actual investigación. Al respecto Valarezo, ²¹⁵ en investigación realizada, observa la importancia de la educación, en relación directa con la salud, los adultos mayores culminan sus estudios secundarios. Los resultados de la actual investigación son coincidentes con lo observado, no comportándose así con las investigaciones de Mesa *et al.*, ¹⁴ y Veliz, ²¹⁶ donde predomina el nivel primario de enseñanza.

Otras investigaciones como las de Contreras *et al.*, ²¹⁷ Ballesteros *et al.*, ²¹⁸ García *et al.*, ²¹⁹ Leiva *et al.*, ²²⁰ plantean que la escolaridad, revela si la preparación académica de un individuo puede afectar el autocuidado y a la vez poder apropiarse de los elementos que el médico le ofrece en las actividades realizadas para potenciar su autocuidado. También resulta la correlación encontrada entre el nivel escolar y la edad, puede ser un componente clave para el autocuidado de los adultos mayores, sugiere que las personas mayores podrían enfrentar más dificultades en acceder, comprender y juzgar la información en salud. Propone plantear nuevas estrategias educativas que faciliten el proceso de comprensión de dicha información.²²¹

A partir del primero de enero del año 1959 con el triunfo de la Revolución, se desarrolla un trabajo continuo en el sector de la educación donde se materializan cambios, que comienzan con la campaña de alfabetización, hasta llegar a los umbrales del siglo XXI donde la educación se encuentra inmersa en

la tercera revolución educacional cuyo propósito es lograr la formación del pueblo en general.²²² Con la revolución, las políticas de educación benefician a los adultos mayores, las que pueden incrementar el nivel escolar, resultados que se exponen en el estudio.

La investigadora concuerda en que la relación directa entre el nivel de escolaridad y la adquisición correcta de información sobre la enfermedad aporta habilidades y elementos favorecedores a un mejor autocuidado. La información que proporcionan los médicos residentes y especialistas de Medicina Familiar, se adapta a las necesidades de aprendizaje de los adultos mayores, con un lenguaje sencillo, coherente, ético, preciso, certero al producirse en un clima de confianza y respeto. En investigación previa,⁶⁴ la autora del estudio observa similares resultados en el nivel escolar de los adultos mayores con CCR.

El pronóstico de los pacientes con CCR depende fundamentalmente de la profundidad de la afectación transmural y de la extensión ganglionar. El estadio del CCR en el momento del diagnóstico, es el predictor más importante del tiempo de vida.²²³

En la caracterización clínica del presente estudio, impera el estadio II del CCR al diagnóstico, la misma ofrece similar resultado al de Tapia O *et al.*,²²⁴ en el Hospital Hernán Henríquez Aravena de Temuco en Chile, encuentran en los estudiados un predominio de infiltración tumoral correspondiente a T3, lo que se agrupa en el estadio II. Similar a los resultados que obtiene la investigación Bayas,²²⁵ en el Hospital de especialidades Carlos Andrade Marín de la Ciudad de Quito, Ecuador, el 35,00 % de casos se diagnostican en etapas tempranas, en el estadio II.

En investigaciones en otras provincias de Cuba, se encuentran similitudes con trabajos realizados a pacientes operados de CCR donde el estadio II es el predominante.^{199, 208} En estudio descriptivo y transversal de 192 adultos mayores con CCR realizado por Machado *et al.*,²²⁶ observan que predomina el estadio temprano del CCR al diagnóstico. Al igual que los resultados de la investigación de Umpiérrez *et al.*,²²⁷ al describir el comportamiento de esta entidad en adultos mayores. Los resultados obtenidos en la investigación actual son coincidentes con los anteriores estudios.

En estudios realizados por Cervantes *et al.*, ¹⁹⁷ y Agüero *et al.*, ²²⁸ también predominan, según la estadificación TNM y las diferentes variantes histológicas, el estadio II y las edades entre 70-79 años. Similar resultado con los estudios anteriores obtiene la autora de la tesis que se presenta, en investigación de caracterización previa.⁶⁴

Con respecto al estadio del CCR al diagnóstico Monte de Oca y Cera, ²⁰⁰ aportan que el 64,70 % de los tumores están en estadios I y II, semejante al resultado del estudio realizado por González *et al.*, ²²⁹ quienes en caracterización de pacientes operados de CCR del 2014 al 2016, observan prevalencia del estadio II y III al diagnóstico, la actual investigación recoge datos con parcial coincidencia con las investigaciones referidas.

En el artículo de Fernández *et al.*, ²³⁰ se observa que el 34,20 % de los pacientes están en el estadio III, lo que no guarda relación con lo presentado en la investigación. Desde otra arista Campo *et al.*, ²³¹ en estudio de cohorte histórico realizado sobre CCR predominio del estadio III, que difiere de los resultados alcanzados por la autora en el presente estudio.

Como se puede valorar, existe una tendencia al predominio de los casos diagnosticados en estadios más tempranos de la enfermedad. El haber encontrado una mayor cantidad de pacientes en estadio II en la presente tesis, muestra que se están realizando los diagnósticos en estadios más precoces en la APS. Los estadios al diagnóstico se tienen en cuenta para dirigir las acciones y actividades incluidas en la estrategia de autocuidado y así influir en el cambio de hábitos de los adultos mayores relacionados al autocuidado adecuado.

El aumento de la edad poblacional, trae un incremento significativo de las comorbilidades en los adultos mayores. En el CCR existen múltiples comorbilidades que podrían influir en el pronóstico de la enfermedad de forma independiente.²³²

La diabetes mellitus está relacionada con el pronóstico del CCR, independientemente de los niveles de insulina en sangre o del uso de terapias insulínicas a largo plazo. Según un estudio de cohortes realizado por Dehal AN, ²³³ el *Cancer Prevention Study- II Nutrition Cohort*, los pacientes con CCR y diabetes tipo 2 tienen una asociación.

En la investigación presente los adultos mayores con CCR poseen más de una comorbilidad, predomina la diabetes mellitus, la hipertensión arterial y en menor medida la obesidad.

Los resultados obtenidos en la caracterización de los adultos mayores con cáncer colorrectal según comorbilidades coinciden con la investigación de Cardoso *et al.*, ²³⁴ en adultos mayores con CCR. Del mismo modo en los estudios de Rodríguez *et al.*, ²³⁵ y Campo *et al.*, ²³¹ se obtienen como resultado de las investigaciones comorbilidades, con predominio en la diabetes mellitus. En investigación realizada por Aldás *et al.*, ²³⁶ se observa que los pacientes presentan comorbilidades y dentro de ellas, las de causas cardiovasculares y la hipertensión arterial se comporta como predominante.

La hipertensión arterial, relevante en la actual investigación, corresponde con resultados de estudios previos realizados en investigación doctoral de Gómez, ²³² que ocupa el 47,40 % de la comorbilidad de los adultos con CCR estudiados, seguido por las enfermedades cardiovasculares 27,60 %, resultado parcialmente coincidente con la investigación presentada.

El sobrepeso y la obesidad están relacionados con una mayor prevalencia y mortalidad por CCR, observado en una revisión sistemática a partir de 29 estudios prospectivos realizados por Rehenan *et al.*, ²³⁷ donde se recogen 37334 pacientes, se concluye que, por cada cinco kilogramos de peso de incremento en el índice de masa corporal, existe un aumento del 24,00 % en la incidencia de cáncer de colon y recto en hombres, y un nueve porciento de cáncer de colon en mujeres. Este estudio mide incrementos del índice de masa corporal, no apreciándose similitud con los resultados de la actual investigación.

El estudio realizado por Cajigas *et al.*, ²³⁸ describe al paciente adulto mayor con CCR sin presencia de comorbilidad. Los resultados de la investigación realizada por la autora no son coincidente con la descrita.

Las comorbilidades de los adultos mayores con CCR estudiados permiten a la investigadora diseñar acciones y actividades que tributan al beneficio de los adultos mayores con CCR estudiados. Dirigir las actividades de seguimiento del médico residente y especialista de Medicina Familiar, para favorecer cambios en el autocuidado.

Existe una relación directa, entre el tipo histológico, el grado de diferenciación celular, la extensión tumoral y el tiempo de diagnóstico con la supervivencia de los pacientes con CCR.²²⁶ El tiempo que transcurre desde el diagnóstico y manejo de paciente con CCR, atenta contra su supervivencia, así como otros factores como el estadio en que se realiza el diagnóstico.²³⁹ En estudio elaborado por Roder *et al.*,²⁴⁰ observan el tiempo desde el diagnóstico hasta el tratamiento y las asociaciones con la supervivencia de los pacientes.

Se aprecia al caracterizar el tiempo de diagnosticados, los adultos mayores con CCR, que predomina de 37 a 48 meses de diagnóstico del CCR.

Campo *et al.*,²³¹ en estudio realizado evidencian que el tiempo de diagnosticados los pacientes fue de 60 meses en el 45,50 %. En otras investigaciones como las realizadas por Siegel *et al.*⁵⁰ el tiempo es de 24 meses, en el 68,40 % de los investigados, superior a la reportada por Pardo y de Vries,²⁴¹ en su estudio.

Guerra *et al.*,²⁴² en publicación sobre pacientes operados de neoplasia de colon y recto, evalúa que están vivos al tercer año el 74,00 % y observa una meseta en el cuarto año hasta de un 70,00 %. Por su parte Fernández,²³⁰ sostiene que el tiempo de diagnosticado de los pacientes fue de cuatro años, en el 86,10 % del total, con una edad predominante en los pacientes entre 70 y 79 años. En estas investigaciones predomina el sexo femenino, estadios II respectivamente, resultados en correspondencia con los obtenidos por la autora.

Estudio de revisión realizado por Álvarez *et al.*,¹⁵⁴ concluye que la sobrevida en adultos mayores con CCR está condicionada por diversos factores. Influye la edad del paciente, estadio en el momento del diagnóstico, forma de presentación de la enfermedad nosológica, abordaje quirúrgico y estilo de vida.

Bayas *et al.*,²²⁵ observa en la investigación que predominan los pacientes que se encuentran con un tiempo estimado de hasta 145 meses de diagnosticados, no coincidiendo con la actual investigación. Expone que los resultados del estudio fue la hipertensión arterial como la comorbilidad predominante, mientras que en la investigación actual preponderó la diabetes mellitus.

La principal causa de muerte por CCR se debe a la diseminación metastásica de la enfermedad. Se calcula que aproximadamente el 50,00 % de los pacientes recientemente diagnosticados avanzarán hacia el cáncer

metastásico, estas cifras ponen de manifiesto la importancia de esta enfermedad, como un problema de salud pública a escala mundial.²⁴³

El diagnóstico en estadios más precoces de la enfermedad brinda mayores posibilidades, por consiguiente, con mayores probabilidades de lograr una tasa de curación más alta o un mayor tiempo de evolución de la enfermedad. Se relaciona el tiempo de evolución de la enfermedad con el estadio en el momento del diagnóstico, la edad del paciente, las comorbilidades asociadas y el manejo de la entidad que el médico residente y especialista de Medicina Familiar realice en la APS.

El autocuidado es primordial en todo momento de la vida y aún más en los adultos mayores quienes requieren incorporarlo a sus actividades diarias en actividades de promoción y prevención, para restablecer su salud. La autonomía e independencia crean un autocuidado aceptable. Se debe fomentar en todos los adultos mayores la capacidad de autocuidado y responsabilidad de su salud ya que la mayor parte de esta población tiene la capacidad mental y física necesaria para mantener su autocuidado.²⁴⁴⁻²⁴⁶

En cuanto a la caracterización de autocuidado se comporta, antes de aplicada la estrategia, inadecuado mayoritariamente en las categorías de alimentación, eliminación, en la de medicación y en la categoría de control de la salud con autocuidado inadecuado también en la de adicciones o hábitos tóxicos. Las restantes tres categorías se comportan con un autocuidado parcialmente adecuado. Mayoritariamente, el autocuidado inadecuado.

Los resultados de esta investigación son similares a los obtenidos por Naranjo,²⁴⁷ en un estudio de intervención, donde se evidencia que una alta proporción de adultos mayores, con ENT, presentan un autocuidado inaceptable al inicio del estudio. Similar resultado observó Baltazar,²⁴⁸ donde el 50,00 % de los pacientes con CCR, poseen un autocuidado bajo. No comportándose de esa manera en la investigación de Manão *et al.*,²⁴⁹ que observan la percepción de autocuidado adecuado, en el 50,00 % de los investigados

Velis *et al.*,²¹⁶ evidencia que existe un autocuidado inadecuado entre los adultos mayores investigados, en las categorías de alimentación, eliminación, de control de la salud, adicciones o hábitos tóxicos, también en las categorías de descanso y sueño e higiene y confort. Se manifiestan con autocuidado adecuado las categorías de medicación y actividad física parcialmente

adecuada. La presente investigación coincide con los resultados obtenidos en el estudio.

Investigación realizada por Vallejo,²⁵⁰ observa que predomina el sexo femenino en los investigados al aplicar el test de CYPAC-AM, los resultados que predominan son con autocuidado adecuado en las categorías de alimentación, higiene y confort, actividad física y eliminación, resultados con parcial coincidencia con la actual investigación.

Estudios realizados por Pardavé,²⁵¹ con la utilización del Test de CYPAC-AM, observan que en el autocuidado de los adultos mayores es predominante el parcialmente adecuado, aunque se percibe déficit de capacidad de autocuidado en una minoría de los estudiados.

Castiblanco y Fajardo,²⁵² determinan que la capacidad y percepción de autocuidado de los adultos mayores es parcialmente adecuada en las categorías: eliminación, descanso y sueño, higiene y confort y control de salud, no evidencian autocuidado inadecuado para ninguna categoría, resultados que no coinciden con los de la investigación realizada por la autora.

Resultados similares a las anteriores investigaciones se corresponden con los obtenidos por Hernández y Lewis,⁶³ en la evaluación de la capacidad y percepción de autocuidado la categoría como la actividad física, presenta puntajes de autocuidado adecuado, igualmente se observa en la medicación, la higiene y el control de adicciones. Sin embargo, las categorías alimentación y descanso, se mantienen en el orden de inadecuado.

En investigación realizada por Loredo *et al.*,⁹⁵ la valoración global obtenida, en el 76,60 % de los adultos mayores tienen muy buena capacidad de autocuidado, resultados coincidentes con la actual investigación. Sin embargo, los adultos mayores de la investigación a pesar de ser independientes funcionalmente, presentan un nivel de autocuidado inadecuado, al no desarrollar adecuadamente sus capacidades de autocuidado. Al parecer la presencia de enfermedad y comorbilidades condicionan en los individuos una percepción de autocuidado ante su salud, probablemente relacionada con el acceso a los servicios de salud y a la información recibida de su enfermedad.

A criterio de la autora el déficit evidenciado en el autocuidado, que tienen los adultos mayores investigados, mantiene una relación con el insuficiente aporte de información que le ofrece el médico residente y especialista de Medicina

Familiar al mismo, sobre su enfermedad y elementos que le ayudan a este grupo etario a realizar acciones y actividades de salud diferentes que contribuyen a mantener la salud, lo que denota la necesidad de proporcionarles herramientas que mejoren el autocuidado.

Todo lo descrito, aporta fundamentos al diseño de las acciones y actividades de la estrategia de autocuidado, logrando que el adulto mayor se instruya por el médico residente y especialista de Medicina Familiar, para aprender y alcanzar un autocuidado aceptable, favoreciéndose su relación con el médico, familia y comunidad.

4.3. Segundo momento y quinta etapa de la investigación: evaluación del autocuidado para adultos mayores después de implementada la Estrategia de autocuidado para adultos mayores con CCR en la comunidad

Debido a la complejidad de las ENT, se dificulta su control, reducir la mortalidad y la discapacidad asociadas con ellas. Entre los principales obstáculos, se encuentran el limitado acceso a servicios de salud de buena calidad, la insuficiente coordinación del tratamiento debido a la frecuente comorbilidad asociada, la deficiente educación dirigida a promover un mejor autocuidado, la escasa promoción sostenida de estilos de vida saludables y la inadecuada comunicación entre los pacientes y los equipos de salud que los atienden. Por ello, se mantiene la necesidad de implementar estrategias que funcionen y tomen en cuenta las realidades de los servicios de APS.¹⁶⁵

Estudios realizados en países desarrollados han demostrado que el autocuidado podría mejorar notablemente la calidad de vida de los pacientes, ya que favorecería una mayor adhesión a los tratamientos y la detección precoz de las complicaciones, además de mejorar la funcionalidad general y reducir las tasas de hospitalizaciones y consultas de urgencia.¹⁶⁵

Posterior a la intervención con la estrategia de autocuidado para los adultos mayores con CCR en la comunidad, se aprecian cambios en los niveles del autocuidado. Con relación a la categoría de actividad física el autocuidado se observa adecuado, existiendo un incremento del nivel con relación al nivel inicial. Se logra la incorporación a los círculos de abuelos, con la supervisión de profesores de educación física y a la práctica de ejercicio en la propia vivienda.

Con respecto a la categoría alimentación, también se eleva el nivel del autocuidado de parcialmente adecuado e inadecuado a autocuidado adecuado. Se alcanza con las actividades encaminadas a que los adultos mayores establezcan horarios estables en la administración de sus alimentos, así como la forma de elaborar los mismos e incorporarlos a la dieta indicada. Los adultos mayores poseen una percepción de autocuidado con relación a su alimentación, pero no lo realizan adecuadamente.

En la categoría de eliminación, se distingue un incremento en el nivel del autocuidado, transita de inadecuado en la preprueba a adecuado en la posprueba. Se encamina las acciones de la estrategia, para instruir a los adultos mayores a mantener hábitos regulares en sus deposiciones, así como el consumo adecuado de líquidos y alimentos que le permitan patrones intestinales diarios regulares.

Las categorías descanso y sueño e higiene y confort, muestran un incremento significativo en los niveles del autocuidado. A los adultos mayores con CCR se les enseñan los hábitos de descanso, se les ofrecen alternativas para minimizar la medicación para conciliar el sueño. También se le incorporan acciones relacionadas con hábitos higiénicos, las técnicas de cuidado de las osteomía en caso que la requirieran.

La categoría de medicación también exhibe cambios en el nivel de autocuidado, rebasa del inadecuado al adecuado. La estrategia realizada contiene actividades dirigidas al cumplimiento del tratamiento, se orientó la forma de ordenar los medicamentos, se les enseña escalas del dolor y medicamento a utilizar, siempre con la prescripción y orientaciones del médico.

Con respecto a la categoría de control de salud, se alcanza un autocuidado adecuado. En las consultas en el CMEF, se les orienta con relación a su seguimiento, su valoración nutricional, el seguimiento médico, así como exámenes de control a realizarse. Aprender a observar síntomas que puedan manifestar complicación en la evolución de su enfermedad también forma parte de las orientaciones del médico residente y especialista de Medicina Familiar.

Posterior a la implementación de la estrategia, en la categoría de adicciones o hábitos tóxicos el nivel de autocuidado resulta adecuado mayoritariamente, aunque persisten algunos arraigos en estos pacientes. El consumo de café y el tabaquismo está presente en los adultos mayores, que no se modifican con las

acciones de la estrategia, coincidiendo con los resultados observados en investigación nacional de Miranda *et al.*, ²⁵³ en caracterización a los adultos mayores de una comunidad.

Similar a lo encontrado en este estudio, lo observó Millán, ²⁵⁴ en la evaluación de la capacidad y percepción de autocuidado de adultos mayores en la comunidad, donde las categorías más afectadas son el control de salud, seguida por la actividad física y la no participación en el círculo de abuelos. La alimentación no adecuada y el consumo de medicamentos sin prescripción médica también constituyen categorías con autocuidado inadecuado.

Son equivalentes los resultados del estudio actual a los observados por Bello *et al.*, ²⁵⁵ en investigación de intervención cuaxiexperimental, para evaluar el autocuidado en adultos mayores, a través de Test de CYPAC-AM, posterior a la ejecución de estrategias educativas en promoción de salud, donde se revela mejoría en las categorías de: actividad física, alimentación, eliminación, descanso, sueño, confort, medicación, control de salud y hábitos tóxicos.

En investigación realizada por Naranjo, ²⁴⁷ se evidencia que adultos mayores con enfermedades crónicas, presentan un autocuidado inaceptable al inicio del estudio. Después de aplicada una estrategia de autocuidado, se corrobora una alta proporción de adultos mayores con un autocuidado aceptable, lo que obedece a cambios de conductas, coincidente con la actual investigación. Concuerda la investigación presentada con los resultados de Almaguer *et al.*, ²⁵⁶ Mendizábal *et al.*, ²⁵⁷ y Soler *et al.*, ²⁵⁸ en estudio donde se aplican estrategias en adultos mayores con enfermedades crónicas y se obtienen resultados favorables en el autocuidado pos intervención.

Autores como Van *et al.*,²⁵⁹ consideran que las intervenciones educativas mejoran el autocuidado y la autogestión de las personas, ya que desarrollan la capacidad para manejar los síntomas, el tratamiento, controlar las consecuencias físicas y psicosociales, así como los cambios en los estilos de vida inherentes al proceso de vida con ENT y sus consecuencias. Los resultados coinciden con los hallazgos en investigación previa realizada por la autora, en adultos mayores con CCR previa intervención, ²⁶⁰ se logra modificaciones en autocuidado y estado de salud de los adultos mayores.

Armoniza este estudio con los reportes previos de Almendárez *et al.*, ²⁶¹ en investigación de intervención detalla que las prácticas de autocuidado

realizadas por el grupo de estudio son inadecuadas antes del proceso de intervención educativa, incrementando el autocuidado en los pacientes enterostomizados después de la intervención.

La aplicación de la estrategia de autocuidado, facilita la instrucción de los adultos mayores por el médico residente y especialista de Medicina Familiar, lo que les permitió apropiarse de los elementos que proporcionan el aprendizaje de estos, para llevar a cabo un autocuidado adecuado. Todo esto se hace posible con la relación que ha de existir entre el paciente y el trinomio médico, familia y comunidad.

El presente estudio no se encuentra exento de limitaciones. Dentro de los aspectos que deben ser superados está el tamaño de la muestra. Próximos estudios y otros diseños de investigación pudieran considerar muestras más grandes que permitan realizar mayor número de comparaciones con la investigación actual en otros contextos.

Constituye otra limitación de la presente investigación que no fue considerada la supervivencia como una variable dependiente para la evaluación del impacto de la estrategia propuesta en la muestra del estudio. Ello obedeció a dos circunstancias: la primera, que en los estudios de supervivencia en el cáncer suele reflejarse períodos de cinco años y la presente investigación es más corta, la segunda es que tampoco fue posible utilizar un control concurrente, ni uno histórico, por no constar con otros estudios precedentes de este tipo en la propia área de salud en la que se realizó la investigación, ni control de estudios reportados en la literatura.

Es necesario considerar como fortalezas del estudio, el haber contado con médicos residentes y especialistas de Medicina Familiar en los CMEF, que implementan la estrategia en la comunidad. Los análisis y resultados de este estudio suponen una novedad al respecto y podrían tenerse en cuenta para investigaciones futuras.

CONCLUSIONES

- La fundamentación de los elementos teóricos del autocuidado para adultos mayores con CCR demostraron la carencia de estudios específicos de este tipo, lo que resultó válido para lograr una contextualización del autocuidado, a través de la instrucción por el médico residente y especialista de Medicina Familiar, al paciente para que aprenda y logre su autocuidado, regule los factores que afectan su propio desarrollo y el funcionamiento de su vida, salud o bienestar, todo lo que favorece su relación con el médico, familia y comunidad.
- La estrategia diseñada contiene acciones, actividades y criterios de medida pertinentes, con posibilidades de aplicación en el contexto para el que resultaron creadas, formuladas de forma clara y asequible y con el uso de los recursos necesarios para convertirse en un instrumento de trabajo metodológico de los médicos residentes y especialistas de Medicina Familiar en la APS, que permite un mejor seguimiento y control de los adultos mayores con CCR.
- Las acciones y actividades incluidas en la estrategia propuesta constituyen una oportunidad para el desarrollo del autocuidado para adultos mayores con CCR, el cual se aborda de forma sistémica a través de las dimensiones capacidad y percepción para lograr una relación entre el paciente, médico, familia y comunidad.

RECOMENDACIONES

- Valorar la replicación de la estrategia propuesta en otros policlínicos de la provincia y el país con las adecuaciones pertinentes, según las condiciones objetivas de cada territorio y de sus áreas de salud.
- Diseñar estudios que permitan comparar los resultados de la estrategia en adultos mayores con CCR.
- Continuar la presente línea de investigación con énfasis en el tratamiento de las dificultades en cuanto al autocuidado para adultos mayores con CCR.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. McCormack D. An examination of the self-care concept uncovers a new direction for healthcare reform. *Nurse Leader* [Internet]. 2003 [citado 05 Mar 2020]; 16 (4): 48-65. Disponible en: <https://www.longwoods.com/content/16342/nursing-leadership/an-examination-of-the-self-care-concept-uncovers-a-new-direction-for-healthcare-reform>
2. Orem D. *Nursing. Nursing: Concepts of practice.* 6^a ed. St Louis: Mosby; 2001. p.256 – 522.
3. Høy B, Wagner L, Hall EO. Self-care as a health resource of elders: an integrative review of the concept. *Scan J Caring Sci Internet*. [Internet]. 2007 [citado 05 Mar 2020]; 21(4): 456–466. Disponible en <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1471-6712.2006.00491.x>
4. Martínez N, Connelly CD, Pérez A, Callero P. Self-care: A concept analysis. *International Journal of Nursing Sciences* [Internet]. 2021 [citado 05 Mar 2020]; 8(4): 418-425. Disponible en: <https://escholarship.org/content/qt90m796g5/qt90m796g5.pdf?t=r15uiv>
5. Mendias EP, Clark MC, Guevara EB. Women's Self-Perception and Self-Care Practice: Implication for Health Care Delivery. *Health Care for Women International* 22 [Internet]. 2001 [citado 05 Mar 2020]; 299-312. Disponible en: <https://doi.org/10.1080/07399330120078>
6. Velis-Aguirre LM, Ormaza-Velásquez C, Vargas-Aguilar G, Teneda-Gómez T. Percepción de autocuidado y autoestima de los adultos y adultas mayores: Confraternidad "Lupita Nolivos Cevallos". VI Encuentro Latinoamericano de Metodología de las Ciencias Sociales, 7 al 9 de noviembre de 2018, Cuencua, Ecuador. En: [Actas]. Ensenada: Universidad Nacional de La Plata. Centro Interdisciplinario de Metodología de las Ciencias Sociales. Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación. En Memoria Académica [Internet]. 2018 [citado 05 Mar 2020]. Disponible en: https://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/trab_eventos/ev.12760/ev.12760.pdf
7. Cancio-Bello Ayes C, Lorenzo-Ruiz A, Alarcó-Estévez G. Autocuidado: una aproximación teórica al concepto. *Informes Psicológicos* [Internet].

- 2020 [citado 05 Mar 2020]; 20(2): 119-138. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/8340239.pdf>
8. Renpenning K, Taylor S. Self-Care Theory in Nursing. Selected Papers of Dorothea Orem. New York: Springer Publishing Company [Internet]. 2003 [citado 05 Mar 2020]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.18566/infpsic.v20n2a9>
9. Levin LS. Self-care, new challenge to individual health. J Am Coll Health Assoc [Internet]. 1979 [citado 05 Mar 2020]; 28 (2): 117–120. Disponible en: <https://doi.org/10.1080/01644300.1979.10392909>
10. Dean K, Hickey T, Holstein BE. Self-care and health in old age: health behaviour implications for policy and practice. ed.London. Dover, NH: Croom Helm, c1986
11. Haug MR, Wykle ML, Namazi KH. Self-care among older adults. Soc Sci Med. 1989; 29:171–83.
12. Mafalda-da Cunha SJ, Sousa Patrícia P. Estrategias para el autocuidado de las personas con cáncer que reciben quimioterapia / radioterapia y su relación con el bienestar. Enferm. glob. [Internet]. 2015 [citado 05 Mar 2020]; 14(37): 372-383. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412015000100017&lng=es.
13. Pérez-Sánchez de Loria G. Desarrollo de estrategias psicosociales y de autocuidado en equipos de salud para promover la calidad de vida en pacientes con cáncer. Revista de Investigación Psicológica [Internet]. 2013 [citado 08 de Jul 2020]; (9), 75-84. Disponible en: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2223-30322013000100007
14. Mesa-Trujillo D, Valdés-Abreu BM, Espinosa-Ferro Y, Verona-Izquierdo AI, García-Mesa I. Estrategia de intervención para mejorar la calidad de vida del adulto mayor. Rev. Cuba. de Medicina Gen. Integral [Internet]. 2020 [citado 2 Ene 2021]; 36(4): e1256. Disponible en: <http://www.revmgi.sld.cu/index.php/mgi/article/view/1256>
15. Cartwright A. Medicine taking by people aged 65 or more. Br Med Bull [Internet]. 1990 [citado 2 Ene 2021]; 46(1): 63–76. Disponible en: <https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.bmb.a072395>

16. Lawson B, Putnam W, Nicol K, Archibald G, Mackillop JC, et al. Managing osteoarthritis. Medication use among seniors in the community. *Can Fam Physician* [Internet]. 2004 [citado 2 Ene 2021]; 50: 1664-70. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2214529/pdf/15648382.pdf/?tool=EBI>
17. Organización Panamericana de la Salud. Directrices de la OMS sobre intervenciones de autocuidado para la salud y el bienestar. Washington, DC: OPS [Internet]. 2022 [citado 2 Ene 2021]. 133-34. Disponible en: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/56571/9789275326275_sp_a.pdf?sequence=1&isAllowed=y
18. Dean K, Kickbusch I. Health-related behavior in health promotion utilizing the concept of self-care. *Health Promot Int* 1995; 10: 35–40.
19. Soderhamn O. Self-care ability in a group of elderly Swedish people: a phenomenological study. *J Adv Nurs* 1998; 28: 745– 53.
20. Rodríguez-Ricardo A, Torres-Tamayo AM, Fernández-Santiesteban VM. Estrategia de orientación educativa sobre el autocuidado en el adulto mayor con infarto agudo del miocardio. *CCM* [Internet]. 2019 [citado 2 Ene 2021]; 23(4): 1224-1241. Disponible en: <https://revcocmed.sld.cu/index.php/cocmed/article/view/3353/1471>
21. Días FA, Azariah SJ, Anderson M, Sequeira A, Cohen JQ, Morse, et al. Effect of a lay counselor intervention on prevention of major depression in older adults living in low-and middle-income countries: a randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry* [Internet]. 2019 [citado 2 Ene 2021]; 76 (1):13-20. Disponible en: <https://jamanetwork.com/journals/jamapsychiatry/fullarticle/2712601>
22. Hauenstein EJ, Davey A, Clark RS, Daly S, You W, Merwin EI. Self-Care Capacity and Its Relationship to Age, Disability, and Perceived Well-Being in Medicare Beneficiaries. *Nurs Res* [Internet]. 2022 [citado 29 Ene 2023]; 71(1): 21–32. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8732301/>
23. Day R. M. Psicología de la Percepción Humana. Ed. Limusa Wiley SA, DF. México; 1994

24. Riegel B, Jaarsma T, Stromberg A. A middle-range theory of self-care of chronic illness. *ANS Adv Nurs Sci* [Internet]. 2012 [citado 2 Ene 2021]; 35(3): 194-204. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/228081614_A_Middle-Range_Theory_of_Self-Care_of_Chronic_Illness
25. Alvarez-Sintes R, et al. Fundamentos de Medicina General Integral [Internet]. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2023 [citado 2 Ene 2021]. Disponible en: <http://www.bvscuba.sld.cu/libro/fundamentos-de-medicina-general-integral>
26. Hickey T, Dean K, Holstein BE. Emerging trends in gerontology and geriatrics: implications for the self-care of the elderly. *Soc Sci Med* 1986; 23: 1363–9.
27. González-Pérez A, Naranjo-Hernández Y, Mirabal-Requena JC, Alvarez-Escobar B. Estratega de autocuidado en los adultos mayores con cáncer de próstata en la comunidad. *Arch. méd. Camagüey* [Internet]. 2019 [citado 05 May 2021]; 23(4): [aprox. 9 p.]. Disponible en: <http://www.revistaamc.sld.cu/index.php/amc/article/view/6667>
28. Morales-Ojeda IA. Autocuidado en usuarios diabéticos en centros de salud urbanos. *Rev. Cuba. de Medicina Gen. Integral* [Internet]. 2019 [citado 05 May 2021]; 35(4):e1034. Disponible en: <https://revmgi.sld.cu/index.php/mgi/article/view/1034>
29. Higuera-Dagovett E, Garzón-de-Laverde DI. Posturas de autocuidado, relaciones y significado de la hipertensión arterial. *Rev. Cuba. de Medicina Gen. Integral* [Internet]. 2019 [citado 05 May 2021]; 35(2): [aprox. 0 p.]. Disponible en: <https://revmgi.sld.cu/index.php/mgi/article/view/667>
30. Abreu-Cervantes A, Noriega-Fundora N, Pérez-Inerarity M. Diagnóstico de necesidades educativas para el envejecimiento activo en una comunidad. *Rev Cub Salud Pública* [Internet]. 2020 [citado 08 de Jul 2021]; 46 (2). Disponible en: <https://revsaludpublica.sld.cu/index.php/spu/article/view/1164>
31. Alvarez-Escobar B, Mirabal-Requena JC, Concepción-Pacheco JA. Safe-care of the elderly with cancer in the community. *WJARR* [Internet].

- 2023 [citado 21 Ene 2023]; 17(1): 527-530. Disponible en: <https://wjarr.com/sites/default/files/WJARR-2022-1408.pdf>
32. Barbón-Pérez OG, Añorga-Morales JA. La Educación Avanzada ante las exigencias de los procesos de profesionalización pedagógica en la Educación Médica. Rev. Cuba. de Educ. Medica Super. [Internet]. 2015 [citado 08 de Jul 2021]; 29(2): 254-263. Disponible en: <https://www.medicographic.com/pdfs/educacion/cem-2015/cem152f.pdf>
33. Hernández-Mojena G, Carrasco-García MR, Dueñas-Barbadillo F. Necesidad de preparar al médico general básico cubano en los sistemas de autocuidado al adulto mayor. Geroinfo [Internet]. 2019 [citado 08 de Jul 2021]; 14(2):1-7. Disponible en: <https://www.medicographic.com/pdfs/geroinfo/ger-2019/ger192c.pdf>
34. Barbón-Pérez OG, Apao. Díaz J, Añorga-Morales JA. Clasificación de los procesos de profesionalización pedagógica en Ciencias Médicas. Revista Habanera de Ciencias Médicas [Internet]. 2014 [citado 08 de Jul 2021]; 13(3). Disponible en: <https://revhabanera.sld.cu/index.php/rhab/article/view/219/306>
35. Huenchuan S. Envejecimiento, personas mayores y Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible: perspectiva regional y de derechos humanos. 2018 Libro de la CEPAL. Libros de la CEPAL, N° 154 (LC/PUB.2018/24-P), Santiago, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) [Internet]. 2018 [citado 7 Sep 2021]. Disponible en: <https://repositorio.cepal.org/server/api/core/bitstreams/431e4d95-46d9-4de6-a0a6-d41b1cb7d0b9/content>
36. Rodríguez-Hernández N, García-Peraza CA, Otero-Sierra M, López-Prieto ML, Campo-García Y. Percepción sobre factores de riesgo del cáncer de colon. Rev. Cienc. Méd. Pinar Río [Internet]. 2018 [citado 7 Sep 2021]; 22(4): 678-688. Disponible en: <https://revcmpinar.sld.cu/index.php/publicaciones/article/view/3536>
37. Ministerio de Salud Pública República de Cuba. Envejecimiento poblacional en Cuba: triunfo y desafío. [Internet]. 2019 [citado 7 Sep 2021]. Disponible en: <https://salud.msp.gob.cu/envejecimiento-poblacional-en-cuba-triunfo-y-desafio/>

38. Valdés-Villafranca R, Pérez-García S, Ramos-Cordero Á, Pérez-García S, Valdés-Villafranca R, Hernández E. Mortalidad prematura por cáncer colorrectal. Rev. Finlay [Internet]. 2020 [citado 7 Sep 2021]; 10(4): [aprox. 8 p.]. Disponible en: <https://revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/889>
39. Romero-Rojas AE. Cáncer de colón y dieta. Rev. colomb. cancerol. [Internet]. 2015 [citado 7 Sep 2021]; 19(4): 191-192. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0123-90152015000400001&lng=en.
40. Globocan. Cancer Tomorrow. Francia: International Agency for Research on Cancer-2018 [Internet]. 2018 [citado 7 Sep 2021]. Disponible en: https://gco.iarc.fr/tomorrow/graphicisotype?type=0&population=900&mode=population&sex=0&cancer=39&age_group=value&apc_male=0&apc_female=03.3.
41. Reguera-Suárez L. Cáncer colorrectal: calidad de vida y educación para la salud de los pacientes con ostomías digestivas. NPunto [Internet]. 2022 [citado 7 Sep 2021]; V(47): 33-51. Disponible en: <https://www.npunto.es/revista/47/cancer-colorectal-calidad-de-vida-y-educacion-para-la-salud-de-los-pacientes-con-ostomias-digestivas>
42. Globocan. Cancer Survival. Francia: International Agency for Research on Cancer [Internet]. 2018 [citado 7 Sep 2021]. Disponible en: https://gco.iarc.fr/survival/survmark/visualizations/viz2/?cancer_site=%22Colon%22&country=%22Australia%22&agegroup=%22All%22&gender=%22All%22&interval=%221%22&survival_year=%221%22&measures=%5B%22Mortality+%28ASR%29%22 %5D.
43. Hasanpour Heidari S, Fazel A, Semnani S, Khandoozi SR, Amiriani T, Sedaghat S, et al. Temporal and geographical variations in colorectal cancer incidence in Northern Iran 2004-2013. Cancer epidemiology [Internet]. 2019 [citado 7 Sep 2021]; 59: 143-7. Disponible en: DOI: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S187778211830540X?via%3Dihub>
44. Arnold M, Sierra MS, Laversanne M, Soerjomataram I, Jemal A, Bray F, et al. Global patterns and trends in colorectal cancer incidence and

- mortality. *Gut* [Internet]. 2017 [citado 7 Sep 2021]; 66(4):683-91. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26818619/>
45. Vilorio-Marqués L, Molina AJ, Diez-Tascón C, Álvarez-Cuenllas B, Álvarez-Cañas C, Hernando Martín M, et al. Características clínicas, anatomo patológicas y moleculares en casos de cáncer colorrectal según localización tumoral y grado de diferenciación. *Rev. colomb. cancerol.* [Internet]. 2015 [citado 25 Sep 2021]; 19(4): 193-203. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0123-90152015000400002
46. Xi Y, Xu P. Global colorectal cancer burden in 2020 and projections to 2040. *Translational oncology* [Internet]. 2021 [citado 21 Mar 2022]; 14(10): 101174. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34243011/>
47. Cardoso R, Guo F, Heisser t, Hackl M, Ihle P, De Schutter H, et al. Colorectal cancer incidence, mortality, and stage distribution in European countries in the colorectal cancer screening era: an international population-base study. *The LANCET Oncology* [Internet]. 2021 [citado 21 Mar 2022]; 22(7): 1002-1013. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/S1470-2045\(21\)00199-6](https://doi.org/10.1016/S1470-2045(21)00199-6)
<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1470204521001996?via%3Dhub>
48. Díaz-Rubio E. La carga del cáncer en España: situación en 2019. *An RANM* [Internet]. 2019 [citado 25 Sep 2021]; 136 (01): 25 a 33. Disponible en: https://analesram.es/wp-content/uploads/2019/numero_136_01/pdfs/ar136-01.pdf#page=25
49. Galceran J, Ameijide A, Carulla M, Mateos A, Quirós JR, Alemán A, et al. Estimaciones de la incidencia y la supervivencia del cáncer en España y su situación en Europa. *Red Española de Registros de Cáncer (REDECAN)* [Internet]. 2017 [citado 25 Sep 2021]. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s12094-016-1607-9>
50. Siegel RL, Miller KD, Fedewa SA, Ahnen DJ, Meester RGS, Barzi A, Jemal A. *et al.* Colorectal Cancer Statistics, 2017. *CA CANCER J CLIN* [Internet]. 2017 [citado 25 Sep 2021]; 67:177–193. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28248415/>

51. Burbano-Luna DF, Manrique MA, Chávez-García MA, Pérez-Corona T, Hernández-Velázquez NN, Escandón-Espinoza YM, et al. Epidemiología del cáncer colorrectal en menores de 50 años en el Hospital Juárez de México. *Endoscopia* [Internet]. 2016 [citado 25 Sep 2021]; 28 (4): 160-165 Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-endoscopia-335-pdf-S0188989316301087>
52. Uribe-Pérez CJ, Blanco-Quintero JJ, Bello-Zapata LM. Incidencia de cáncer de colon y recto en Bucaramanga, Colombia 2008 - 2012. *MedUNAB* [Internet]. 2019 [citado 25 Sep 2021]; 22(1):16-23. Disponible en:
<https://revistas.unab.edu.co/index.php/medunab/article/view/2711/3081>
53. Fitzpatrick-Lewis D, Ali MU, Warren R, Kenny M, Sherifali D, Paina P. Screening for Colorectal Cancer: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Clin. Colon Cáncer* [Internet]. 2018 [citado 25 Sep 2021]; 15(4):298-313. Disponible en:
<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1533002816300287?via%3Dihub>
54. Gupta S. Screening for Colorectal Cancer. *Hematol Oncol Cli N Am* [Internet]. 2022 [citado 25 Sep 2021]; 36(3), 393–414. Disponible en:
<https://doi.org/10.1016/j.hoc.2022.02.001https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0889858822000016?via%3Dihub>
55. Sánchez M. Cáncer de colon. Madrid: Asociación Española Contra el Cáncer [Internet]. 2019 [citado 03 Dic 2022]. Disponible en:
<https://cuidateplus.marca.com/enfermedades/cancer/cancer-de-colon.html>
56. Curipoma-Aguinsaca VA, Abarca-Aldean SP, Sarango-Saca NK, Guerrero-Jiménez CC, Ordoñez-Asanza GA, Vera-Murillo RA. Cáncer colorrectal: epidemiología, factores de riesgo y cribado: Revisión bibliográfica. *Rev Ocronos* [Internet]. 2022 [citado 03 Dic 2022]; V (8): 48. Disponible en: <https://revistamedica.com/cancer-colorrectal-cribado/#Introduccion>
57. Ministerio de Salud Pública. Cuba. Dirección Nacional de Registros Médicos y Estadísticas de Salud. Anuario Estadístico de Salud 2018. La Habana: MINSAP [Internet]. 2019 [citado 03 Dic 2022]; 66-69. Disponible

- en https://salud.msp.gob.cu/wp-content/Anuario/anuario_2018_edici%C3%B3n_2019.pdf
58. Ministerio de Salud Pública. Cuba. Dirección Nacional de Registros Médicos y Estadísticas de Salud. Anuario Estadístico de Salud. La Habana: MINSAP 2020 [Internet]. 2021 [citado 03 Dic 2022]. Disponible en: <https://files.sld.cu/bvscuba/files/2021/08/Anuario-Estadistico-Esp%C3%b3ol-2020-Definitivo.pdf>
59. Dirección Provincial de Salud. Sancti Spíritus. Oficina de estadística. Anuario Estadístico de Salud. Sancti Spíritus: MINSAP; 2019.
60. Lazaga-González L, Santana-Nápoles IG, Alarcón-Ortíz D, Pérez-Pérez E, Pérez-Cruz Y. Análisis de la situación de salud. Consultorio M-16. Policlínico Universitario "Leonilda Tamayo Matos". Isla de la Juventud. Febrero 2018. REMIJ [Internet]. 2020 [citado 03 Dic 2022]; 21(1): 13. Disponible en: <https://remij.sld.cu/index.php/remij/article/view/224/4300>
61. Martínez-Calvo S, et al. Análisis de situación de salud una nueva mirada. 3ra ed., La Habana: Editorial Ciencias Médicas. 2020. Cap 1: Análisis de situación de salud en la salud pública: identidad, vigencia y renovación. Pag.1-11
62. Pereira-Bordelais N, Rodríguez Y. Escala geriátrica de evaluación funcional en un área de salud. Arch. méd. Camagüey [Internet]. 2015 [citado 03 Dic 2022]; 5 (1) Disponible en: <http://www.revistaamc.sld.cu/index.php/amc/article/view/3369>
63. Hernández-Hernández E, Lewis-Hernández AE. Evaluación de la capacidad y percepción de autocuidado en Adultos mayores, Policlínico "Leonilda Tamayo Matos". Isla de la Juventud. 2016- 2017. REMIJ [Internet]. 2018 [citado 03 Dic 2022]; 19(1). Disponible en: <http://www.remij.sld.cu/index.php/remij/article/view/196>.
64. Álvarez-Escobar B, Mirabal-Requena J, Concepción-Pacheco J, Cruz-Rodríguez J, Naranjo-Hernández Y. Caracterización de adultos mayores con cáncer colorrectal en la comunidad. Rev. Finlay [Internet]. 2023 [citado 2023 Dic 9]; 13(4): [aprox. 0 p.]. Disponible en: <https://revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/1330>
65. Ruiz-Chow LCA. Metodología de Motivación, Autoestima y Autocuidado como Estrategia Transformadora en Adultos Mayores. Hallazgos21

- [Internet]. 2021 [citado 03 Dic 2022]; 6(1): 16-32. Disponible en: <https://revistas.pucese.edu.ec/hallazgos21/article/view/504/420>
66. Sturm N, Krisam J, Szecsenyi J, Bentner M, Frick E, Mächler R, *et al.* Spirituality, self-care, and social activity in the primary medical care of elderly patients results of a cluster-randomized interventional trial (HoPES3). *Dtsch Arztebl Int* [Internet]. 2022 [citado 06 Dic 2022]; 119: 124–31. Disponible en: <https://doi.org/10.3238/ärztebl.m2022.0078>
67. Can-Valle AR, Sarabia-Alcocer B, Guerrero-Ceh JG. Autocuidado en las personas mayores de la Ciudad de San Francisco de Campeche. *RIDE* [Internet]. 2016 [citado 03 Dic 2022]; 6(11): 721-739. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/4981/498150319043.pdf>
68. Almeida G, Artaza O, Donoso N, Fábrega R. La atención primaria de salud en la Región de las Américas a 40 años de la Declaración de Alma-Ata. *Rev Panam Salud Pública* [Internet]. 2018 [citado 03 Dic 2022]; 42:1–6. Disponible en: <https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/2018.v42/e104/es#page=1&zoom=auto,-99,792>.
69. Calpa-Pastas AM, Santacruz-Bolaños GA, Álvarez-Bravo M, Zambrano Guerrero CA, Zambrano Guerrero EL, Matabanchoy Tulcan. Promoción de estilos de vida saludables: estrategias y escenarios. *Hacia la Promoción de la Salud* [Internet]. 2019 [citado 03 Dic 2022]; 24(2): 139-155. Disponible en: <https://www.redalyc.org/journal/3091/309162719011/html/>
70. Pesse-Sorensen K, Fuentes-García A, Ilabaca J. Estructura y funciones de la Atención Primaria de Salud según el Primary Care Assessment Tool para prestadores en la comuna de Conchalí Santiago de Chile. *Rev Med Chil* [Internet]. 2019 [citado 03 Dic 2022]; 147(3):305–13. Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rmc/v147n3/0717-6163-rmc-147-03-0305.pdf>.
71. Inga R. Crecimiento de las tecnologías en la Atención Primaria de Salud (APS) en el sistema público de Chile. *Revista Electrónica Gestión de las Personas y Tecnologías* [Internet]. 2016 [citado 03 Dic 2022]; 9(26):26-36. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5771035>

72. Ministerio de Salud y la Protección Social de Colombia. "Política de Atención Integral En Salud." Repositorio Institucional Digital Minsalud (RID) 97 [Internet]. 2016 [citado 03 Dic 2022]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/.../VS/.../Lineamiento-desarrollo-mias.pdf>.
73. Skeen M, Zabala M. Opiniones y valoraciones de la población sobre las transformaciones del Sistema de Atención Primaria de Salud Pública. Estudios del Desarrollo Social: Cuba América Latina [Internet]. 2018. [citado 03 Dic 2022]; 07(2): 104-131. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/reds/v6n2/reds07218.pdf>.
74. Ministerio de Salud Pública (CUBA). Departamento de Atención Primaria de Salud. Programa del médico y la enfermera de la familia [Internet]. 2da. ed. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2023. Disponible en: <http://www.ecimed.sld.cu/2023/07/24/programa-del-medico-y-la-enfermera-de-la-familia/>
75. Di Fabio J, Gofin R, Gofin J. Análisis del sistema de salud cubano y del modelo atención primaria orientada a la comunidad. Revista Cubana de Salud Pública [Internet]. 2020 [citado 03 Dic 2022]; 46(2). Disponible en: <https://scielosp.org/article/rcsp/2020.v46n2/e2193/es/#>.
76. Álvarez R, Harris P. COVID-19 en América Latina: Retos y oportunidades. Rev. chil. Pediatr [Internet]. 2020 [citado 03 Dic 2022]; 91(2): 179-182. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062020000200179&lng=es.
77. Rojas-Torres IL, Gil-Herrera RJ. Estrategias de Atención Primaria en salud en cinco países latinoamericanos. Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica [Internet]. 2021 [citado 03 Dic 2022]; 40(7): 711-21. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=55971545009>
78. Alvarez-Escobar B, Mirabal-Requena J, Naranjo-Hernández Y, Pérez-Concepción I. Relación del cáncer colorrectal en el adulto mayor en la comunidad con ciencia, tecnología y sociedad. Rev. Cuba. de Medicina Gen. Integral [Internet]. 2021 [citado 06 Dic 2022]; 37 (2) Disponible en: <http://revmgi.sld.cu/index.php/mgi/article/view/1342>

79. Ministerio de Salud Pública. Cuba. Programa integral para el control del cáncer en Cuba. Estrategia Nacional para el Control del Cáncer. La Habana: Editorial de Ciencias Médicas [Internet]. 2020 [citado 23 Sep 2022]; Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/libros/programa_integral_control_cancer_cuba/programa_control_cancer_estrategia_nacional.pdf
80. Ministerio de Salud Pública. Cuba. Programa de atención integral al adulto mayor. La Habana: MINSAP. [Internet]. 2015 [citado 06 Dic 2022]. Disponible en: <https://especialidades.sld.cu/gerontogeriatria/programa-de-atencion-integral-al-adulto-mayor/>
81. Alvarez-Sintes R, Hernández-Cabrera GV, García-Núñez RD, Barcos-Pina I, Báster-Moro JC. Medicina General Integral; [Internet]. 4. ed. T. 1. Vol. 1. Salud y medicina. La Habana: Editorial Ciencias Médicas [Internet]. 2022 [citado 06 Dic 2022]. Disponible en: <http://www.bvscuba.sld.cu/libro/medicina-general-integral-tomo-i-salud-y-medicina-vol-1>
82. Ramis-Murillo T. El Autocuidado. Escrituras académicas. [Internet]. 2019 [citado 23 Dic 2022]. Disponible en: <https://www.google.com.cu/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwjU5Zr09L6CAxVMSjABHcikAnEQFnoECCcQAQ&url=https%3A%2F%2Fwww.ucm.es%2Fescrituraacademica%2Ffile%2Fautocuidado-&usg=AOvVaw2GXf1BDX3yuAbmoFsJNb-8&opi=89978449>
83. Marcos-Espino MP, Tizón-Bouza E. Aplicación del modelo de Dorothea Orem ante un caso de una persona con dolor neoplásico. Gerokomos [Internet]. 2013 [citado 30 Dic 2022]; 24(4). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4321/S1134-928X2013000400005>.
84. Silva IJ, Oliveira MFV, Silva SED, Polaro SHI, Radünz V, Do Santos EKA, *et al.* Cuidado, autocuidado e cuidado de si: uma compreensão paradigmática para o cuidado de enfermagem. RevEscEnferm USP [Internet]. 2009 [citado 30 Dic 2022]; 43(3):690-5. Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43n3/en_a28v43n3.pdf.

85. Vega-Angarita OM, González Escobar DS. Teoría del déficit de autocuidado: interpretación desde elementos conceptuales. Rev. cienc. cuidad [Internet]. 2007 [citado 30 Dic 2022]; 4(1): 28-35. Disponible en: <https://revistas.ufps.edu.co/index.php/cienciaycuidado/article/view/919>
86. Sánchez-Padilla ML, Álvarez-Chávez A, Flores-Cerón T, Arias-Rico J, Saucedo-García M. El reto del estudiante universitario ante su adaptación y autocuidado como estrategia para disminuir problemas crónicos degenerativos. ICSA [Internet]. 2014 [citado 10 Feb 2022]; 2(4): Disponible en: <https://repository.uaeh.edu.mx/revistas/index.php/ICSA/article/view/754>
87. Vázquez-Rodríguez Y, Sixto-Pérez A, Urbina-Laza O. Conocimientos en los cuidadores sobre el autocuidado de pacientes hemodializados. Instituto de Nefrología. 2016. Rev. CubanaTecnol.Salud [Internet]. 2017 [citado 30 Dic 2022]; 8(2):41-49. Disponible en: <https://revtecnologia.sld.cu/index.php/tec/article/view/857/768>
88. Domínguez González A, Herrero Jaén S. Análisis del sistema de limitación de acción en los requerimientos de autocuidado: una aproximación a un nuevo paradigma de dependencia en salud. Santa Cruz de la Palma [Internet]. 2018 [citado 30 Dic 2022]; 12(1): 788. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988-348X2018000100009&lng=es.
89. Alqahtani J, Alqahtani I. Self-care in the older adult population with chronic disease: concept analysis. Heliyon [Internet]. 2022 [citado 10 Feb 2022]; 8(7). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9304718/> <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2022.e09991>
90. Rojas-Gallo A, Pérez-Pimentel S, Lluch.Bonet A, Cabrera-Adán M. Gestión del cuidado enfermero en la teoría del déficit de autocuidado. Rev Cubana Enfermer [Internet]. 2009 [citado 30 Sep 2022]; 25 (3-4). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192009000200002

91. Salinas A, Manrique B, de la Cruz V, Rivera A. Socioeconomic inequalities in health and nutrition among older adults in Mexico. *Salud Pública de México* [Internet]. 2019 [citado 30 Sep 2022]; 61(6), 898-906. Disponible en: <https://doi.org/10.21149/10556https://www.saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/10556>
92. Rivas-Espinosa G, Feliciano-León A, Verde-Flota E, Aguilera-Rivera M, Cruz-Rojas L, Correa-Argueta E, *et al.* Autopercepción de capacidades de autocuidado para prevención de enfermedades crónicas no transmisibles en estudiantes universitarios. *EnfermUniv* [Internet]. 2019 [citado 30 Sep 2022]; 16(1): 4-14. Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632019000100004http://dx.doi.org/10.22201/eneo.23958421e.2019.1.575.
93. Herrera-Lían A, Andrade Y, Hernández O, Karen Faria JM, Machado M. Personas con diabetes mellitus tipo 2 y su capacidad de agencia de autocuidado, Cartagena. *Av.enferm* [Internet]. 2012 [citado 30 Sep 2022]; 30 (2): 12. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-45002012000200004&lng=en
94. El-Osta A, Webber DE, Gnani S, Banarsee R, Mummery DV, Majeed A, *et al.* The Self-Care Matrix: A unifying framework for self-care. *Selfcare Journal* [Internet]. 2019 [citado 2022 Jun 07]; 10(3):38-56. Disponible en: <https://selfcarejournal.com/wp-content/uploads/2019/07/El-Osta-et-al.-10.3.38-56.pdfhttps://selfcarejournal.com/wp-content/uploads/2019/07/El-Osta-et-al.-10.3.38-56.pdf>
95. Loredo-Figueroa MT, Gallegos-Torres RM, Xeque-Morales AS, Palomé-Vega G, Juárez-Lira A. Nivel de dependencia, autocuidado y calidad de vida del adulto mayor. *EnfermUniv* [Internet]. 2016 [citado 30 Sep 2022]; 13(3):159-165. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632016000300159&lng=es. https://doi.org/10.1016/j.reu.2016.05.002.
96. Prado-Solar LA, González-Reguera M, Paz-Gómez N, Romero-Borges K. La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Orem punto de partida

- para calidad en la atención. Rev. Méd. Electrón [Internet]. 2014 Dic [citado 30 Sep 2022]; 36(6):835-845. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242014000600004
97. Corona-Martínez LA. El objeto de aprendizaje en la carrera de medicina: el proceso de atención médica y su método, el método clínico. MediSur [Internet]. 2011 [citado 30 Sep 2022]; 9(2):142-5. Disponible en: <http://medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/1561/596>.
98. Rodríguez-Gázquez MA, Arredondo-Holguín E, Salamanca-Acevedo AY. Capacidad de agencia de autocuidado y factores relacionados con la agencia en personas con insuficiencia cardíaca de la ciudad de Medellín. Enferm Global [Internet]. 2013 [citado 30 Sep 2022]; 12(30):14. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412013000200009&lng=es.
99. Espinoza-Miranda K, Jofre-Aravena V. Sobrecarga, apoyo social y autocuidado en cuidadores informales. Ciencia y Enfermería [Internet]. 2012 [citado 30 Sep 2022]; 18(2): 23-30. Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532012000200003
100. Navarro-Peña Y, Castro-Salas M. Modelo de Dorothea Orem aplicado a un grupo comunitario a través del proceso de enfermería. Enferm Global. Chile [Internet]. 2010 [citado 30 Sep 2022]; (19): 15. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412010000200004
101. Sanhueza-Parra MIP, Castro-Salas M, Merino-Escobar J. Optimizando la funcionalidad del adulto mayor a través de una estrategia de autocuidado. Av. enferm [Internet]. 2012 [citado 30 Sep 2022]; 30(1): 23-31. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-45002012000100003&lng=en.
102. Bastidas-Sánchez CV, Olivella-Fernández M, Bonilla-Ibañez CP. Asociación entre la capacidad funcional y los resultados de autocuidado en personas con enfermedad cardiovascular. Av. enferm [Internet]. 2012

- [citado 30 Sep 2022]; 30 (1): 17. Disponible en:
<http://www.scielo.org.co/pdf/aven/v30n1/v30n1a05.pdf>
103. Berrios-Garcia N, Vieco-Gomez G. El autocuidado: entre la prevención y la promoción de la salud en el trabajo. Revista Cubana de Salud y Trabajo [Internet]. 2021 [citado 30 Sep 2022]; 22(Supl): 69-76. Disponible en:
<https://revsaludtrabajo.sld.cu/index.php/revsyt/article/view/277/273>
104. Pupo-Ávila NL, Hernández-Gómez LC, Presno-Labrador C. La formación médica en Promoción de Salud desde el enfoque de los determinantes sociales. Rev. Cuba. de Medicina Gen. Integral [Internet]. 2017 [citado 23 Sep 2022]; 33(2). Disponible en:
<https://revmgi.sld.cu/index.php/mgi/article/view/264/140>
105. Arés Muzio P. Familias y adultos mayores en Cuba. Revista Temas. longevidades [Internet]. 2020 [citado 18 Abr 2022]; 100-101: 18-26. Disponible en: <https://temas.cult.cu/articulos-academicos/familias-y-adultos-mayores-en-cuba/>
106. Arés Muzio P. Individuo, familia y sociedad. El desafío de ser feliz. La Habana: Editorial Caminos. 2018
107. Creagh-Peña M. Repercusión del envejecimiento en el funcionamiento familiar. Rev Cub Salud Pública [Internet]. 2019 [citado 18 Abr 2022]; 45(4). Disponible en:
<https://revsaludpublica.sld.cu/index.php/spu/article/view/1317/1314>
108. Murueta M, Osorio M. Psicología de la familia en países latinos del siglo xxi. Ciudad de México: Editorial Amapsi. 2009.
109. García Quiñones R. Cuba: envejecimiento, dinámica familiar y cuidados. Novedades en Población [Internet]. 2019 [citado 18 Abr 2022]; 15(29): 129-140. Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1817-40782019000100129
110. Franco-Suárez M, Menéndez-Jiménez J, Mena-Correa M, Montequín-Jiménez A, Plasencia-Padrón N, Mena-Martínez M, *et al.* Encuesta nacional de envejecimiento de la población 2017. Resultados obtenidos. An Acad Cienc Cuba [Internet]. 2022 [citado 12 Nov 2023]; 12 (2)

- Disponible en:
<https://revistaccuba.sld.cu/index.php/revacc/article/view/1143/1483>
111. Díaz-Perera Fernández G. Contexto, familia y envejecimiento. Rev Inf Cient [Internet]. 2022 [citado 18 Abr 2022]; 101(2 Sup). Disponible en: <https://revinfcientifica.sld.cu/index.php/ric/article/view/3899>
112. Baster-Moro JC, Mora-Pérez A. Envejecimiento demográfico y familia. Aproximaciones desde Holguín. CEDEM / Novedades en Población [Internet]. 2020 [citado 18 Abr 2022]; 15(30): 189-200. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1817-40782019000200189&lng=es&tlang=es.
113. Constitución de la República de Cuba. Cuba, de 10 de abril de 2019. Gaceta Oficial de la República de Cuba [Internet]. 2019 [citado 18 Abr 2022]. Disponible en: <https://www.gacetaoficial.gob.cu/sites/default/files/goc-2019-ex5.pdf>
114. Espinosa-Brito AD, Romero-Cabrera Ál J, Espinosa-Roca A. La geriatrización de los servicios y de los profesionales de la salud. Rev Cubana Med [Internet]. 2009 [citado 22 Abr 2022]; 48(4):135-8. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75232009000400001&lng=es
115. Partido Comunista de Cuba. Lineamientos de la Política Económica y Social [Internet]. La Habana: Editorial Consejo de Estado; 2011 [citado 22 Abr 2022]: [aprox. 8 p.]. Disponible en: <http://www.cubadebate.cu/noticias/2010/11/09/descargue-en-cubadebate-el-proyecto-de-lineamientos-de-la-politica-economica-y-social-del-pcc/print/>
116. Ministerio de Salud Pública. Cuba. Transformaciones necesarias en el Sistema de Salud Pública. La Habana: MINSAP; 2010 [citado 22 Abr 2022]. Disponible en: <http://files.sld.cu/editorhome/files/2010/11/transformaciones-necesarias-salud-publica.pdf>
117. Romero-Cabrera ÁJ, Espinosa-Brito AD. El método clínico en geriatría. Rev. Finlay [Internet]. 2017 [citado 22 Abr 2022]; 7(1). Disponible en: <http://revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/510>

118. Amaro-Cano MC. El envejecimiento poblacional en Cuba, desde el prisma de la epidemiología social y la ética. *Revi An Acad Cienc Cuba* [Internet]. 2017 [citado 22 Abr 2022]; 6(2). Disponible en: <http://www.revistaccuba.cu/index.php/revacc/article/view/340>
119. Guillén R, Quiroz S, Zambrana JM. Orientación psicosocial y picoeducativa a las familias en pacientes que padecen cáncer. *Revista Mikarimin. Cuba* [Internet]. 2019 [citado 22 Abr 2022]; [aprox. 13 p.]. Disponible en: <http://45.238.216.13/ojs/index.php/mikarimin/article/view/1372/626>
120. Oropea-Henríquez Y. Afectación a la salud familiar por diagnóstico de cáncer en adultos mayores. *Rev. Finlay* [Internet]. 2019 [citado 22 Abr 2022]; 9(3): 187-196. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2221-24342019000300187&lng=es.
121. Ortiz-García AO, González-Rodríguez R. Caracterización epidemiológica del envejecimiento poblacional en un área de salud. Octubre a diciembre 2017 / Epidemiological characterization of population aging in a health area. Octoberto December 2017. *Panorama. Cuba y Salud* [Internet]. 2018 [citado 22 Abr 2022]; 13(1 Especial). Disponible en: http://www.revpanorama.sld.cu/index.php/panorama/article/view/990http://www.revpanorama.sld.cu/index.php/panorama/article/view/990/pdf_206
122. Ramos-Monteagudo AM, Yordi-García MJ. Envejecimiento demográfico en Cuba y los desafíos que presenta para el Estado. *Medwave* [Internet]. 2018 [citado 22 Abr 2022]; 18(4): 7231. Disponible en: <https://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/Enfoques/Ensayo/7231.act>
123. Serra-Valdés M. Las enfermedades crónicas no transmisibles: una mirada actual ante el reto. *Rev. Finlay* [Internet]. 2016 [citado 22 Abr 2022]; 6(2): [aprox. 2 p.]. Disponible en: <http://revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/418>
124. Narasimhan M, de Longh A, Askew I, Simpson PJ. It's time to recognise self-care as an integral component of health systems. *BMJ (Clinical research ed.)* [Internet]. 2019 [citado 22 Abr 2022]; 365: I1403. Disponible en:

<https://doi.org/10.1136/bmj.l1403><https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/article/PMC6442398/>

125. Muñoz-de-Dios MD, Serrano-Lorenzo Y de la C, Rodríguez-González DR. Las familias en un contexto envejecido poblacionalmente, roles y funciones. Políticas sociales de apoyo. *Noved. poblac.* [Internet]. 2023 [citado 22 Abr 2022]; 16(Especial). Disponible en: <https://revistas.uh.cu/novpob/article/view/490>
126. Organización Panamericana de la Salud. Directrices de la OMS sobre intervenciones de autocuidado para la salud y el bienestar. Washington, DC: OPS [Internet]. 2022 [citado 22 Abr 2022]; 72-78. Disponible en: <https://doi.org/10.37774/9789275326275>
127. Berr F, Oyama T, Ponchon T, Yahagi N. Atlas de neoplasias precoces del tracto gastrointestinal. Diagnóstico endoscópico y decisiones terapéuticas. 2^a ed, Elsevier España: DRK [Internet]. 2021 [citado 22 Abr 2022]. Disponible en: <https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=lbqZEAQBAJ&oi=fnd&pg=PP1&dq=cuatro+tipos+de+c%C3%A1ncer+que+pueden+aparecer+en+el+colon+y+recto:+129+sarcomas:+si+son+originados+en+la+capa+muscular+de+la+mucosa+intestinal,+linfomas:+&ots=KAQkdqmo0R&sig=WQztmzw2KfFoZI-QiM02pKn6Cng#v=onepage&q&f=false>
128. Wang L, Sesso HD, Glynn RJ, Christen WG, Bubes V, Manson JE, et al. Vitamin E and C supplementation and risk of cancer in men: post trial follow-up in the Physicians' Health Study II randomized trial. *Am J ClinNutr* [Internet]. 2014 [citado 23 Jul 2022]; 100(3): 915-23. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0002916523047585?via%3Dihub>
129. García-Méndez I, Benavides-Couto A, Arrechea-Betancourt Y, Surí-García C, de la Mora-Martín F. Caracterización de los factores de riesgo modificables para el cáncer colorrectal. *Rev. Finlay* [Internet]. 2021 [citado 23 Jul 2022]; 11(2): [aprox. 6 p.]. Disponible en: <http://revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/954>.
130. Vanegas DP, Ramírez LX, Limas LM, Pedraza AM, Monroy AL. Factores asociados a cáncer colorrectal. *RevMéd Risaralda* [Internet].

- 2020 [citado 23 Jul 2022]; 26(1):68-77 Disponible en: <https://www.scielo.org.co/pdf/rmri/v26n1/0122-0667-rmri-26-01-68.pdf>.
131. Caballero AE, Fernández YE. Influencias de alimentos, sedentarismo y estrés en la prevención del cáncer colorrectal. *Rev Salud Pública (Córdoba)* [Internet]. 2019 [citado 23 Jul 2022]; 23(2): 53-68 Disponible en: <https://revistas.unc.edu.ar/index.php/RSD/article/view/21950>.
132. Glade MJ. Food, nutrition, and the prevention of cancer: a global perspective. American Institute for Cancer Research/World Cancer Research Fund, American Institute for Cancer Research. *Nutrition*. 1999; 15(6):523-6.
133. Gajardo-González DA, Torres-Mejías JH, Díaz-Herreras CH, Pino-Villalon JL. Factores asociados al estilo de vida en pacientes diagnosticados con cáncer colorrectal en un hospital de Chile. *PerspectNutr Humana* [Internet]. 2018 [citado 23 Jul 2022]; 20: 39-48. Disponible en: <https://revistas.udea.edu.co/index.php/nutricion/article/view/331647>.
134. Tayyem RF, Bawadi HA, Shehadah IN, Abu-Mweis SS, Agraib LM, Bani-Hani KE, et al. Macro- and Micro nutrients Consumption and the Risk for Colorectal Cancer among Jordanians. *Nutrients* [Internet]. 2015 [citado 23 Jul 2022]; 7(3): 1769-86. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25763533/>.
135. Sun Z, Zhu Y, Wang PP, Roebothan B, Zhao J, Zhao J, et al. Reported intake of selected micronutrients and risk of colorectal cancer: results from a large population-based case-control study in Newfoundland, Labrador and Ontario, Canada. *Anticancer Res* [Internet]. 2012 [citado 23 Jul 2022]; 32(2): 687-96. Disponible en: <https://ar.iiarjournals.org/content/anticanres/32/2/687.full.pdf>.
136. Aune D, Chan D, Lau R, Vieira R, Greenwood D, Kampman E, et al. Dietary fibre, whole grains, and risk of colorectal cancer: systematic review and dose response meta-analysis of prospective studies. *BMJ* [Internet]. 2011 [citado 23 Jul 2022]; (343):d6617. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22074852/>.
137. Kraja B, Muka T, Ruiter R, de Keyser C, Hofman A, Franco OH, et al. Dietary Fiber Intake Modifies the Positive Association between n-3 PUFA

- Intake and Colorectal Cancer Risk in a Caucasian Population. *J Nutr* [Internet]. 2015 [citado 23 Jul 2022]; 145(8):1709-16. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26041678/>.
138. Carpio K, Cornejo V, Leal-Witt MJ, Agüero SD. Consumo de lácteos y riesgo de cáncer colorrectal: Una revisión de la literatura científica. *Rev Chil Nutr* [Internet]. 2021 [citado 2 de julio 2020]; 48(3): 405-413. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75182021000300405>
139. Yao Y, Suo T, Andersson R, Cao Y, Wang C, Lu J, et al. Dietary fiber for the prevention of recurrent colorectal adenomas and carcinomas. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2017 [cited 23 Sep 2022]; 8(1):CD003430. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28064440/>.
140. Montenegro-Quesada E, Brenes-Coto LA. Revisión bibliográfica de cáncer de colon (Contenido de Especialidad de Cirugía Oncológica) *Rev. méd. Costa Rica Centroam* [Internet]. 2013 [citado 23 Sep 2022]; LXX (605) 103-108. Disponible en: <http://www.medicgraphic.com/pdfs/revmedcoscen/rmc-2013/s.pdf>.
141. Díaz-Llaudy T, Carmenate-Lalana D, Espinosa-Velázquez ME. Caracterización de pacientes operados de cáncer colorrectal en Las Tunas. *Rev. Electrón. "Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurreta"* [Internet]. 2019 [citado 23 Sep 2022]; 44(4). Disponible en: <http://revzoilomarinello.sld.cu/index.php/zmv/article/view/1871>
142. Vilches N, Luévano A, Barboza O, Garza R, Añcer J, Flores JP. Carcinoma colorrectal: comparación histopatológica entre pacientes mayores y menores de 51 años. *Revista Latinoamericana de patología* [Internet]. 2010 [citado 23 Sep 2022]; 48(1):12-17. Disponible en: <https://www.medicgraphic.com/pdfs/patrevlat/rlp-2010/rlp101d.pdf>.
143. Torrecillas-Torres L, Cervantes-Sánchez G, Cárdenas E, Martínez B, Reyes-Pérez JA, Sánchez IC et al. Recomendaciones para diagnóstico y tratamiento del cáncer de colon y recto en México. *Gac. mex. oncol.* [Internet]. 2019 [citado 23 Sep 2022]; 18(4): 265-327. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2565-005X2019000400265&lng=eshttps://doi.org/10.24875/j.gamo.m1900018

144. Sáez-López P, Filipovich-Vegas E, Filipovich-Vegas J, Jimenez-Mola S. Cáncer colorrectal en el anciano. Tratamiento quirúrgico, quimioterápico y aportación desde la geriatría. *Rev Esp Geriatr Gerontol* [Internet]. 2017 [citado 2023 Ago 04]; 52(5): 261–270. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-geriatria-gerontologia-124-pdf-S0211139X16301561>
145. Marzo-Castillejo M, Vela-Vallespín C, Bellas-Beceiro B, Bartolomé-Moreno C, Melús-Palazón E, Vilarrubí-Estrella M, et al. Recomendaciones de prevención del cáncer. Actualización PAPPS 2018. *Aten Primaria* [Internet]. 2018 [citado 23 Sep 2022]; 50(1): 41-65. Disponible en: <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S0212656718303627?token=989EA2E672259ABC57612DFC3ED1CC4E4736EF8FE70DD1C8B42BED66EC0BC503343EC6B5FD809BE38A3F8CEB92AB1A71&originRegion=us-east-1&originCreation=20221201200441>
146. García-Rodríguez ME, Armas-Pérez BA, Koelig-Padrón R, Armas-Moredo K. La octava edición del TNM en cáncer pulmonar: evaluación del descriptor T. *Arch. méd. Camagüey* [Internet]. 2016 [citado 23 Sep 2022]; 20(2):118-122. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552016000200003&lng=es
147. American Cancer Society. Cancer Facts&2019. Atlanta: American Cancer Society [Internet]. 2019 [citado 23 Sep 2022]. Disponible en: <https://www.cancer.org/content/dam/cancer-org/research/cancer-facts-and-statistics/annual-cancer-facts-and-figures/2019/cancer-facts-and-figures-2019.pdf>.
148. Fuente-García M, García-Laina G, García-Miguel M, Molinero-Herrera L, Santamaría-Gutiérrez E. Control de calidad de vida en pacientes oncológicos colostomizados [Internet]. Burgos: Universidad de Burgos [Internet]. 2016 [citado 23 Sep 2022]. Disponible en: <https://bit.ly/2IVkylvhttps://riubu.ubu.es/bitstream/handle/10259/4067/Fuente-Garc%EDa-Garc%EDa-Molinero-Santamar%EDa.pdf;jsessionid=1BEDBE1AC46E6EFD8E04E655469D5CE7?sequence=1>

149. Berman RS, Lee V, Ryan DP. Tratamiento del cáncer de colon (PDQ®)–Versión para profesionales de salud publicada originalmente por el Instituto Nacional del Cáncer. Institutos Nacionales de la Salud de Estados Unidos: Cigna Health and Life Insurance [Internet]. 2020 [citado 23 Sep 2022]. Disponible en: <https://www.cigna.com/individuals-families/health-wellness/hw-en-espanol/temas-de-salud/tratamiento-del-cancer-de-recto-ncicdr0000062726https://www.cancer.gov/espanol/tipos/colorectal/pro/tratamiento-colorectal-pdq>
150. Ballesteros-Pérez A, García-Pérez JC, Muriel A, Die-Trill J, Lobo E. Evaluación de la recidiva y supervivencia a largo plazo en enfermos de cáncer de colon izquierdo obstructivo: endoprótesis puente a cirugía. Rev. esp. enferm. dig. [Internet]. 2018 [citado 23 Sep 2022]; 110(11):718-725. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-01082018001100007&lng=es
151. Ward HA, Norat T, Overvad K, Dahm CC, Bueno-de-Mesquita HB, Jenab M, et al. Pre-diagnostic meat and fibre intakes in relation to colorectal cancer survival in the European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition. Br J Nutr [Internet]. 2016 [citado 23 Jul 2021]; 116(2):316-25. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5570524/>.
152. Singh B, Hayes SC, Spence RR, Steele ML, Millet G Y, Gergele L. Exercise and colorectal cancer: a systematic review and meta-analysis of exercise safety, feasibility and effectiveness. The international journal of behavioral nutrition and physical activity [Internet]. 2020 [citado 2023 Ago 08]; 17(1): 122. Disponible en: <https://ijbnpa.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12966-020-01021-7>
153. Choi YJ, Lee DH, Han KD, Kim HS, Yoon H, Shin CM, et al. The relationship between drinking alcohol and esophageal, gastric or colorectal cancer: A nationwide population-based cohort study of South Korea. PLoS One [Internet]. 2017 [citado 03 Mar 2021]; 12(10): e0185778. Disponible en:

- <https://journals.plos.org/plosone/article/file?id=10.1371/journal.pone.0185778&type=printable>. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0197765>.
154. Parra-Soto S, Martínez-Sanguinetti MA, Ciagrroa I, Díaz-Martínez X, Matus-Castillo C, Garrido-Méndez, *et al.* ¿Cuál es la asociación entre actividad física, sedentarismo y riesgo de desarrollar cáncer en la población adulta? Una revisión de la literatura. *Rev. Chil.nutr.* [Internet]. 2021 [citado 03 Mar 2021]; 48(12): 245-54. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75182021000200245&lng=es.
155. Van-Blarigan EL, Meyerhardt JA. Role of Physical Activity and Diet After Colorectal Cancer Diagnosis. *J Clin Oncol* [Internet]. 2015 [citado 2023 Ago 04]; 33(16):1825-1834. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4438267/pdf/zlj1825.pdf>
156. Alvarez-Escobar B, Mirabal-Requena J, Naranjo-Hernández Y, Valdés-Alvarez V. Sobrevida en adultos mayores con cáncer colorrectal: una revisión bibliográfica. *Arch. méd. Camagüey* [Internet]. 2021 [citado 03 Dic 2022]; 25 (1): [aprox. 13 p.]. Disponible en: <http://revistaamc.sld.cu/index.php/amc/article/view/7097>
157. Asociación Española de Gastroenterología y Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria. Guía de Práctica Clínica. Diagnóstico y Prevención del CCR. Actualización 2018. España. [Internet]. 2018 [citado 23 Sep 2022]. Disponible en: <https://www.aegastro.es/documents/pdf/Diagn%C3%B3stico-y-Prevenci%C3%B3n-del-C%C3%A1ncer-colorrectal.pdf>.
158. Guyatt GH, Oxman AD, Schünemann HJ, *et al.* GRADE guidelines: a new series of articles in the Journal of Clinical Epidemiology. *J ClinEpidemiol* [Internet]. 2011 [citado 23 Sep 2022]; 64(4): 380-382. Disponible en: <http://www.nusap.net/spe/GRADE%20guidelines%200.%20A%20new%20series%20of%20articles%20in%20the%20Journal%20%20of%20Clinical%20Epidemiology.pdf>
159. Romero-Gómez M, Bayo-Lozano E, Conde-Herrero V, De la Portilla-De Juan F, Del Nozal-Nalda M, *et al.* Cáncer colorrectal. Proceso Asistencial Integrado. 3^a ed. Sevilla. Andalucía. España [Internet]. 2018

- [citado 23 Sep 2022]. Disponible en:
https://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/PAI_Cancer_colorrectal_v6.pdf
160. Moorhead S, Johnson M, Clasificación de Resultados Enfermeros (NOC), Quinta Edición Elsevier España. Barcelona [Internet]. 2013. [citado 23 Sep 2022]. Disponible en: http://www.educsa.es/pdf/000_CONCEPTOS%20NOC.pdf.
161. Bulechek GM, Butcher HK, Mcloskey Dochterman J. Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). Sexta Edición Elsevier España. Barcelona [Internet]. 2013 [citado 23 Sep 2022]. Disponible en: <https://www.elsevier.com/books/clasificacion-de-intervenciones-de-enfermeria-nic/bulechek/978-84-9022-413-7>.
162. Ministerio de Salud y Protección Social. Guía de Práctica Clínica para el cáncer de colon y recto. Guía No 20. Guía de Práctica Clínica para la detección temprana, diagnóstico, tratamiento integral, seguimiento y rehabilitación del cáncer de colon y recto. Sistema General de Seguridad Social en Salud Colombia. 2^a ed [Internet]. 2017 [citado 23 Sep 2022]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/ETS/gpc-completa-colon.pdf>
163. Zárate AJ, Alonso FT, Garmendia ML, López-Köstner F. Increasing crude and adjusted mortality rate for colorectal cancer in a developing South American country. ColorectalDis [Internet]. 2013 [citado 23 Sep 2022]; 15: 47-51. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1463-1318.2012.03110.x>
164. López-Kostner F, Zárate AJ, Ponce A, Kronberg U, Kawachi H, Okada T, et al. Programa multicéntrico de cribado de cáncer colorrectal en Chile. Rev. Med Chile [Internet]. 2018 [citado 23 Sep 2022]; 146: 685-692. Disponible en: <https://www.scielo.cl/pdf/rmc/v146n6/0034-9887-rmc-146-06-0685.pdf>
165. López-Kostner F, Zárate AJ, Ponce A, Kronberg U, Kawachi H, Okada T, et al. Standard Protocol of Pathological Anatomy of polypoid lesions in the Colorectal Neoplasms Prevention Project (PRENEC in spanish) in Chile. Gastroenterol Latinoam [Internet]. 2016 [citado 23 Sep 2022];

- 27(1): 37-46. Disponible en:
<https://gastrolat.org/DOI/PDF/10.0716/gastrolat2016n100005.pdf>
166. De la Villa Moral-Jiménez M. Programas intergeneracionales y participación social: la integración de los adultos mayores españoles y latinoamericanos en la comunidad. *Universitas Psychohologica* [Internet]. 2017 [Citado 28/01/2022]; 16(1):15767. Disponible en:
<http://www.scielo.org.co/pdf/rups/v16n1/1657-9267-rups-16-01-00157.pdf>
167. Sapag JC, Lange I, Campos S, Piette JD. Estrategias innovadoras para el cuidado y el autocuidado de personas con enfermedades crónicas en América Latina. *RevPanam Salud Pública* [Internet]. 2010 [citado 30 Sep 2022]; 27(1):1–9. Disponible en:
<https://iris.paho.org/handle/10665.2/9573>.
168. Rodríguez-Hernández I. Estrategia comunitaria para desarrollar estilos de vida saludables en adultos mayores. *Rev.habanera cienc.médi.* [Internet]. 2022 [citado 30 Sep 2022]; 21(3): e4746. Disponible en:
<http://www.revhabanera.sld.cu/index.php/rhab/article/view/4746>
169. Saez-Carrera R, Velasco-Cornejo K, Vintimilla-Burgos NP. Técnicas de promoción de salud bucal en el adulto mayor. *Universidad y Sociedad* [Internet]. 2018 [citado 30 Sep 2022]; 10(5): 333-338. Disponible en:
<http://rus.ucf.edu.cu/index.php/rus>
170. Reynosa-Navarro E, Serrano-Polo EA, Ortega-Parra AJ, Navarro-Silva O, Cruz-Montero JM, Salazar-Montoya EO. Estrategias didácticas para investigación científica: relevancia en la formación de investigadores. *Universidad y Sociedad* [Internet]. 2019 [citado 30 Sep 2022]; 12(1), 259-266 Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S2218-36202020000100259
171. Pérez-Andrés IY, Travieso-Ramos N. Fundamentos del modelo formativo para la gestión del proceso de evaluación de tecnologías sanitarias. *Rev. CubanaTecnol.Salud* [Internet]. 2019 [citado 30 Sep 2022]; 10(3). Disponible en:
<https://revtecnologia.sld.cu/index.php/tec/article/view/1482>

172. Hernández-Naranjo Y, Concepción-Pacheco JA, Mirabal-Requena JC, Alvarez-Escobar B. Estrategia de enfermería en el autocuidado de los adultos mayores con diabetes mellitus. Rev. Cuba. de Medicina Gen. Integral [Internet]. 2020 [citado 2 Dic 2022]; 36(3). Disponible en: <http://www.revmgi.sld.cu/index.php/mgi/article/view/1188>
173. Concepción-Pacheco JA. ¿Cómo estimular el desarrollo de la competencia comunicativa en idioma inglés? EDUMECENTRO [Internet]. 2010 [citado 2023 Ago 10]; 2(3): 1-9. Disponible en: <https://revedumecentro.sld.cu/index.php/edumc/rt/printerFriendly/91/185>
174. Herrera-Masó JR, Calero-Ricardo JL, González-Rangel MÁ, Collazo-Ramos MI, Travieso-González Y. El método de consulta a expertos en tres niveles de validación. Rev haban cienc méd [Internet]. 2022 [citado 2 Dic 2022]; 21(1): e4711. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2022000100014&lng=es.
175. Hutton B, Catalá-López F, Moher D. La extensión de la declaración PRISMA para revisiones sistemáticas que incorporan metaanálisis en red: PRISMA-NMA [Internet]. 2016 [citado 2 Dic 2022]; 147(6): 262-66. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.medcli.2016.02.025>
176. Fernández-Sánchez H, Kingb K, Enríquez-Hernández CB. Revisiones Sistemáticas Exploratorias como metodología para la síntesis del conocimiento. Enfermería Universitaria [Internet]. 2020 [citado 2 Dic 2022]; 17(1):87-94. Disponible en: <https://doi.org/10.22201/eneo.23958421e.2020.1.697>
177. Otzen T, Manterola C. Técnicas de Muestreo sobre una Población a Estudio. Int. J. Morphol [Internet]. 2017 [citado 2 Dic 2022]; 35(1): 227-32. Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/ijmorphol/v35n1/art37.pdf>
178. Celada-Cifuentes CM, García-Gutiérrez J, Pérez-Palenzuela S, Navarrete-Dávalos C. Incidencia y control de síntomas al final de la vida de pacientes con cáncer. Rev. Finlay [Internet]. 2021 [citado 2 Dic 2022]; 11(4): 381-89. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2221-24342021000400381&lng=es

179. Morales-Yera Rodolfo A, Sierra-Pérez L, Alonso-Mariño OL. Bioética y consentimiento informado en pacientes con cáncer incluidos en ensayos clínicos. Medicentro Electrónica [Internet]. 2017 [citado 2 Dic 2022]; 21(4): 346-350. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30432017000400010&lng=es.
180. Barreno-Salinas Z, Astudillo-Cobos A, Barreno-Salinas MM. Hacia una estrategia de intervención en la comunidad: referentes teóricos metodológicos. Conrado [Internet]. 2018 [citado 15 Oct 2022]; 14(62): 258-265. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1990-86442018000200039&lng=es&tlng=es
181. Técnicas participativas para el trabajo en grupos [Internet]. 2013 [citado 15 Oct 2022]. Disponible en: <https://www.cear.es/wp-content/uploads/2013/11/Metodologias-participativas.pdf>.
182. López-González E, González-Cordero F, Gámez-Pérez A, Solimám-Díaz G, Díaz-Riesgo M. La anatomía comparada del corazón, una necesidad de práctica de laboratorio en la carrera de medicina. Rev. Cuba. de Educ. Medica Super [Internet]. 2018 [citado 15 Oct 2022]; 32(2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21412018000200009&lng=es.
183. Abrahan M. Técnicas de creatividad: Evaluación PNI. NEXT Proyecto [Internet]. 2021 [citado 24 Ago. 2022]. Disponible en: <https://nextproyecto.com/2021/05/06/tecnicas-de-creatividad-evaluacion-pni/>
184. Happ M, Bathke AC, Brunner E. Optimal sample size planning for the Wilcoxon-Mann-Whitney test. Statistics in Medicine [Internet]. 2018 [citado 2023 Ago 10]; 1–13. Disponible en: <https://eplus.unsalzburg.at/obvusboa/content/titleinfo/3010906/full.pdf>
185. Archemer. What is SPSS and how does benefit Survey data analysis? archemer.com [Internet]. 2021 [citado 01 Oct 2022]. Disponible en: <https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=CxUsEAAAQBAJ&oi=fnd&q=PP1&dq=What+is+SPSS+and+how+does+benefit+Survey+data+anal>

https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10000000/ysis&ots=n39HyKC74S&sig=2mJF1Ua1cXHI1pPpB_IYPhKO44#v=onepage&q=What%20is%20SPSS%20and%20how%20does%20benefit%20Survey%20data%20analysis&f=false

186. World Medical Association. Declaration of Helsinki - ethical principles for medical research involving human subjects [Internet]. 2018 [citado 2023 Ago 10]. Disponible en: <http://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medicalresearch-involving-human-subjects/>
187. Sansó-Soberats FJ. Análisis del programa de la asignatura "Introducción a la medicina general integral". Rev. Cuba. de Medicina Gen. Integral [Internet]. 2004 [citado 24 Ago. 2022]; 20(1). [aprox. 0 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252004000100010&lng=es.
188. Entenza-Pomares SG, Palacio-González DM, Barroso-Palmero M. Programa del Adulto Mayor y su impacto integral en el municipio Trinidad, periodo 2020-2022. Gac méd espirit [Internet]. 2023 [citado 24 Dic. 2023]; 25(2): 1-8. Disponible en: <https://revgmespirituana.sld.cu/index.php/gme/article/view/2558>
189. Purón-Prieto J, Hernández-Peláez D, García-Pérez R, Hidalgo-Ávila M, Vega-Lorenzo Y, Romero-Quintana A. Evaluación del subprograma comunitario de atención al adulto mayor en el Policlínico Universitario Norte de Ciego de Ávila. Mediciego [Internet]. 2021 [citado 9 Sep 2023]; 27(1): 1-19. Disponible en: <https://revmediciego.sld.cu/index.php/mediciego/article/view/2140>
190. Godoy-del Llano A, Casanova-Moreno MC, Álvarez-Lauzarique ME, Oliva-González Y, Rodríguez-Hernández N. Evaluación del subprograma de atención comunitaria al adulto mayor en el municipio Pinar del Río. Rev.cienc.méd.Pinar Río [Internet]. 2018 [citado 12 Jun 2018]; 22(4): 653-64. Disponible en: www.revcmpinar.sld.cu/index.php/publicaciones/article/view/3544
191. Miranda-Guerra AJ, Hernández-Vergel LL, Rodríguez-Cabrera A. Calidad de la atención en salud al adulto mayor. Rev. Cuba. de Medicina

- Gen. Integral [Internet]. 2009 [citado 12 Jun 2018]; 25(3):11-24. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/mgi/v25n3/mgi03309.pdf>
192. Márquez I, Sánchez-de-Diego C, Pradilla-Dieste A, Cerrada E, Rodríguez-Yoldi MJ. Colorectal Carcinoma: A General Overview and Future Perspectives in Colorectal Cancer. International Journal of Molecular Sciences [Internet]. 2017 [citado 2 de julio 2020]; 18(1): 197. Disponible en: <https://doi.org/10.3390/ijms18010197https://www.mdpi.com/1422-0067/18/1/197>
193. Guibert-Adolfo LA, Quiroga-Merino LE, Estrada-Brizuela Y, Maestre-Ramos OM, Guilarte-León G. Caracterización de los pacientes con cáncer de colon. Arch. méd. Camagüey [Internet]. 2018 [citado 27 Nov 2022]; 22(3). Disponible en: <http://www.revistaamc.sld.cu/index.php/amc/article/view/5552>
194. Bofill-Falcón AL, Hernández-Ortega A, Sánchez-Cruz JC, Collazo-García S, Sánchez-Hernández RC. Causas de muerte en pacientes con cáncer colorrectal en el quinquenio 2016-2020. Colón, Matanzas. Rev Méd Electrón [Internet]. 2022 [citado 27 Dic 2022]; 40(3): 535-45. Disponible en: <http://www.revmedicaelectronica.sld.cu/index.php/rme/article/view/4876/5470>
195. Albiza-Sotomayor L, Betancourt-Cervantes JR, Camejo-Rodríguez D, Lozano-Cancio L, Fernández-Villasante F. Caracterización de los pacientes operados de oclusión intestinal mecánica por cáncer colorrectal y anal. Gac méd espirit [Internet]. 2021 [citado 27 Nov 2022]; 23(1). Disponible en: <http://revgmespirtuana.sld.cu/index.php/gme/article/view/2085>
196. Garrido-Argota Y, Benítez-González Y, Solarana-Ortiz J, Arjona-Pacheco M, Leyva-Pupo A. Caracterización de pacientes atendidos por neoplasia de colon en el Hospital Vladimir Ilich Lenin. Holguín. CCM [Internet]. 2019 [citado 27 Nov 2022]; 23 (4) Disponible en: <http://www.revcoocmed.sld.cu/index.php/cocmed/article/view/3444>
197. Vargas-Román K, Tovar-Gálvez MI, Liñán-González A, Cañadas de la Fuente GA, de la Fuente-Solana EI, Díaz-Rodríguez L. Coping

- Strategies in Elderly Colorectal Cancer Patients.Cancers [Internet]. 2022 [citado 27 Nov 2022]; 14(608): 2-8. Disponible en: <https://doi.org/10.3390/cancers14030608>
198. Murillo-Basilio MR, Palta-González AM, Correa-Martínez FG, León-Pesantez MI, Patiño-Murillo GE. Inestabilidad de los microsatélites en cáncer colo-rectal y su distribución de acuerdo a factores pronósticos en SOLCA Cuenca 2004-2014. Revista de la Facultad de Ciencias Médicas Universidad de Cuenca [Internet]. 2018 [citado 27 Nov 2022]; 36 (1): 9-16. Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/32171/1/1%20Inestabilidad%20Microsatelites%209-16.pdf>
199. Fernández-Sotolongo J, Yero-Rodríguez R, Díaz-Elias JO, Castro-Alvárez L, Suárez-Romero M. Diagnóstico de lesiones preneoplásicas en colon y cáncer colorrectal en pacientes con SUMASOHF positiva. ArchHospUniv "Gen. Calixto García" [Internet]. 2018 [citado 27 Nov 2022]; 6(1). Disponible en: <http://www.revcalixto.sld.cu/index.php/ahcg/article/view/247>
200. Montes de Oca-Mastrapa JL, Cera-Gisbert AdC. Caracterización de pacientes operados de cáncer colorrectal en el hospital "Guillermo Domínguez López". Rev. Electrón. "Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurreta" [Internet]. 2020 [citado 27 Nov 2022]; 45(6). Disponible en: <http://revzoilomarinello.sld.cu/index.php/zmv/article/view/2408>
201. Ferreira-Bohórquez EJ, Meléndez-Héctor J. Características clínicas, demográficas e histopatológicas de los pacientes con cáncer colorrectal del Hospital Universitario de Santander. Rev Colomb de Cir [Internet]. 2012 [citado 27 Nov 2022]; 27(3). Disponible en: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&next Action=lnk&exprSearch=657000&indexSearch=ID>.
202. Morton D, Seymour M, Magill L, Handley K, Glasbey J, Glimelius B, et al. Preoperative Chemotherapy for Operable Colon Cancer: Mature Results of an International Randomized Controlled Trial. Journal of Clinical Oncology [Internet]. 2023 [citado 22 Nov 2023]; 41(8):1-12. Disponible en: <https://doi.org/10.1200/JCO.22.00046>

203. Montes de Oca-Mastrapa JL, Cera-Gisbert AdC. Caracterización de pacientes operados de cáncer colorrectal en Puerto Padre, estudio de cuatro años. Rev. Electrón. "Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurreta" [Internet]. 2021 [citado 27 Nov 2022]; 46(5). Disponible en: <http://revzoilomarinello.sld.cu/index.php/zmv/article/view/2874>
204. Romero-Pérez TC, Abreu-Ruiz G, Monzón-Fernández AN, Bermejo-Bencomo W. Programa integral para el control del cáncer en Cuba. Estrategia Nacional para el Control del Cáncer. La Habana: Ecimed; 2017 [citado 27 Nov 2022]. Disponible en: https://www.paho.org/cub/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=documentacion-tecnica&alias=378-control-del-cancer-en-la-aps-experiencias-cubanas2009&Itemid=226.
205. Macrae-Finlay A. Colorectal cancer: Epidemiology, risk factors, and protective factors. UpToDate [Internet]. 2019 [citado 27 Nov 2022]. Disponible en: <http://www.uptodate.cm/contents/colorectal-cancerepidemiology-riskfactors-and-protective-factors/contributors?utdPopup=true>.
206. Moura PF, Martínez JF Z, Moreno JM. Estudio descriptivo sobre Cáncer Colorrectal en Cova da Beira Portugal y el valor pronóstico de BCL2 en asociación con la localización del tumor, Estadificación TNM, y tipo histológico. Archivos de Medicina (Manizales) [Internet]. 2018 [citado 27 Nov 2022]; 18(2): 289-298. Disponible en: <https://doi.org/10.30554/archmed.18.2.2594.2018>.
207. Salim NA, Hussain H, Chehab F, Kathamuthu R, Mehairi AA, A, Ammar H, et al. Colorectal Cancer Epidemiology and Trends from 2008 to 2016 of the Cases Registered in Government Hospital, United Arab Emirates. J Palliative Care &Med [Internet]. 2019 [citado 27 Nov 2022]; 9(3): 1-4. Disponible en: <https://doi:10.4172/2165-7386.1000360.https://www.omicsonline.org/peer-reviewed/colorectal-cancer-epidemiology-and-trends-from-2008-to-2016-of-the-cases-registered-in-government-hospital-united-arab-emirates-109323.html>
208. Estrada-Pablos JG, Pastrana-Lugo CM, Izquierdo-González M, Alonso-Soto J, Jauregui-Haza U. Caracterización clínica, endoscópica e histológica del cáncer colorrectal en un grupo de pacientes cubanos.

- Cysa [Internet]. 2020 [citado 27 Nov 2022]; 4(3):43-52. Disponible en: <https://revistas.intec.edu.do/index.php/cisa/article/view/1920>
209. Hano-García O, Wood-Rodríguez L, Galbán-García E, *et al.* Factores de riesgo para el cáncer colorrectal. Rev. Cubana Med [Internet]. 2011 [citado 2 Dic 2022]; 50(2): 118-32. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/med/v50n2/med02211.pdf>
210. Cervantes-Peláez D, Álvarez-Cabote Y, Aguiar-González M, Thompson-Martínez Y, Escalona-Sánchez Y, González-Basulto MJ. Caracterización sobre lospacientes operados de cáncer colorrectal tratados con quimioterapia adyuvante en Camagüey. Arch. méd. Camagüey [Internet]. 2023 [citado 11 Dic 2023]; 27 Disponible en: <https://revistaamc.sld.cu/index.php/amc/article/view/9404>
211. Cervantes-Peláez D, Thompson-Martínez Y, Mestre-Ramos OM, Escalona-Sánchez Y, González-Basulto MJ, Bembibre-Mozo D. Caracterización del cáncer colon en pacientes operados en el servicio de Coloproctología de Camagüey. Arch. Méd. Camagüey [Internet]. 2022 [citado 11 Dic 2023]; 27 Disponible en: <https://revistaamc.sld.cu/index.php/amc/article/view/9438>
212. Trujillo-Pérez YL, Rojas-Peláez Y, Carmenates-Álvarez BM, Reyes-Escobar AD, Pérez-Álvarez M. Comportamiento del cáncer colorrectal en el Hospital Provincial Clínico Quirúrgico Docente Amalia Simoni. Arch. méd. Camagüey [Internet]. 2019 [citado 02 Dic 2023]; 23(2): [aprox. 9 p.]. Disponible en: <https://revistaamc.sld.cu/index.php/amc/article/view/6269>
213. González-Duarte JA, Barragán-Sánchez A, Villa-Meda F, Covarrubias-Leos AK, Betancourt-Vicencio S, Carrillo-Valdés S, *et al.* Opciones de tamizaje para cáncer colorrectal. Rev. Méd. MD [Internet]. 2019 [citado 2 de julio 2020]; 10(4): 277-284. Disponible en: <https://www.medicgraphic.com/pdfs/revmed/md-2019/md194h.pdf>.
214. Martínez IL, Chaves PHM, Aguilar AB, Peláez MB. Envejecimiento activo y participación social. En: Abizanda Soler P, Rodríguez Maña L. Tratado de Geriatría: fundamentos de la atención sanitaria a los mayores. 2da ed. España: Elsevier; 2020. 50-55. ISBN 978-84-9113-298-1

215. Valarezo-García CL. Adulto mayor: Desde una vejez “biológica-social” hacia un “nuevo” envejecimiento productivo. MSKN [Internet]. 2016 [citado 01 Oct 2022]; 7(2): 29-41. Disponible en: <https://publicaciones.ucuenca.edu.ec/ojs/index.php/maskana/article/view/1048>
<https://publicaciones.ucuenca.edu.ec/ojs/index.php/maskana/article/view/1048/938>
216. Velis-Aguirre LM, Macías-Solórzano CG, Vargas-Aguilar GM, Lozano-Domínguez MM. Percepción de la capacidad de autocuidado de los y las adultas mayores, Fundación NURTAC. RECIAMUC [Internet]. 2018 [citado 2 de julio 2020]; 2(3): 136-153. Disponible en: [https://doi.org/10.26820/reciamuc/2.\(3\).sepiembres.2018.a36-156](https://doi.org/10.26820/reciamuc/2.(3).sepiembres.2018.a36-156)
217. Contreras OA, Contreras MA, Hernández BC, Castro BM, Navarro PL. Capacidad de autocuidado en pacientes diabéticos que asisten a consulta externa. Investigaciones Andinas [Internet]. 2013 [citado 2 Dic 2022]; 15(26):21. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=239026287005>.
218. Ballesteros M, Bohórquez Y, Flórez M, Reyez D, Rincón M, Sánchez M *et al.* Ilustrar al paciente en el autocuidado de su seguridad. [Internet]. 2013 [citado 2 Dic 2022]. Disponible en: <https://repositorio.ucm.edu.co/bitstream/10839/627/1/Mayerly%20P.%20Ballesteros.pdf>
219. García-Macías NP, Racines-Delgado AS, Peñafiel-Cevallos RA, Bravo-Rodríguez LN. Autocuidado y calidad de vida en personas con hemodiálisis. Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinaria [Internet]. 2021 [citado 2 Dic 2022]. 5(5): 7053. Disponible en: https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v5i5.830
<https://ciencialatina.org/index.php/cienciala/article/view/830/1125>
220. Leiva-Díaz V, Acosta-Rojas P, Berrocal-Barboza Y, Carrillo-Sancho E, Castro-Marín M. Capacidad de agencia de autocuidado en las personas adultas con artritis reumatoide. Rev Enfermería Actual Costa Rica [Internet]. 2012 Abril [citado 23 Abr 2022]; 22. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=44823378001>
221. León-Landa EH, Orozco-Castillo L, Argüelles-Nava VG, Hernández-Barrera L, Luzanía-Valerio MS, Campos-Uscanga Y. La alfabetización

- en salud como factor clave en el autocuidado de la dieta en personas con diabetes mellitus tipo 2. Univ. Salud [Internet]. 2019 [citado 18 Abr 2022]; 21(2):132-140. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.22267/rus.192102.147>
222. Merlo-Bombino TM, Calderón-Mora MM, Jiménez-Puerto CL. El proceso de enseñanza aprendizaje: su impacto en el diagnóstico precoz del cáncer colorrectal. Pedagogía y Sociedad [Internet]. 2021 [citado 2 de julio 2020]; 24 (61), 76-91. Disponible en: <http://revistas.uniss.edu.cu/index.php/pedagogia-y-sociedad/article/view/1312>
223. Andrew AS, Parker S, Anderson JC, Rees JR, Robinson C, Riddle B, et al. Risk factors for diagnosis of colorectal cancer at a late stage: a population based study. J Gen Intern Med [Internet]. 2018 [citado 2 Dic 2022]; 33:2100-105. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s11606-018-4648-7>
224. Tapia O, Roa JC, Manterola C, Bellolio E. Cáncer de Colon y Recto: Descripción Morfológica y Clínica de 322 Casos. Internat J Morphology [Internet]. 2010 [citado 2 Dic 2022]; 28(2):393-8. Disponible en: <https://www.scielo.cl/pdf/ijmorphol/v28n2/art10.pdf>.
225. Bayas-Huilcapi GV, Bayas-Huilcapi M, Jimbo-Córdova G, García-Silvera F. Caracterización clínica y epidemiológica de los pacientes con cáncer de colon. CAMbios-HECAM [Internet]. 2022 [citado 18 oct 2023]; 21(2): e886. Disponible en: <https://revistahcam.iess.gob.ec/index.php/cambios/article/view/886>
226. Machado-Pineda M, Rodríguez-Fernández Z, González-Tuero JH, Rodríguez-Ramírez R. Relación diagnóstico y supervivencia en el cáncer de colon. MEDISAN [Internet]. 2011 [citado 2 Dic 2022]; 15(11): 1566. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192011001100009.
227. Umpiérrez-García I, Castellanos-Suárez J, Avalos-García R, Morales-Díaz M, Román-Castellini EV, Cambet-Umpiérrez Y. Comportamiento del cáncer colorrectal diagnosticado por colonoscopia en el Hospital Militar Mario Muñoz Monroy. Matanzas. RevMed Electrón [Internet].

- 2019 [citado 2 Dic 2022]; 41(5). Disponible en: http://www.revmedicaelectronica.sld.cu/index.php/rme/article/view/3290/html_689.
228. Agüero-Rodríguez A, Silva-Velasco E, Chacón-Bonet D, Pupo-Zúñiga A, Agüero-Uliver A. Aspectos clínicos y epidemiológicos del cáncer colorrectal en Hospital General Docente Vladimir Ilich Lenin de Holguín. CCM [Internet]. 2022 [citado 01 Dic 2022]; 26(2). Disponible en: <https://revcocmed.sld.cu/index.php/cocmed/article/view/4122/2123>
229. González-Gutiérrez L, Estepa-Pérez JL, Feliú-Rosa JA, Santana-Pedraza T, Estepa-Ramos JL. Caracterización de pacientes operados de cáncer colorrectal. Cienfuegos, 2014 a 2016. Medisur [Internet]. 2018 [citado 1 Feb 2022]; 16(4): 561-71. Disponible en: <https://medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/4048/2639>
230. Fernández-Santisteban LI, Hernández-Álvarez FE, González-Villalonga JA, Lima-Pérez M, González-Meisozo M. Resultados del tratamiento quirúrgico en pacientes con cáncer colorrectal avanzado. Rev. cuba. cir. [Internet]. 2020 [citado 01 Dic 2022]; 59(2). Disponible en: <https://revcirugia.sld.cu/index.php/cir/article/view/935/514>
231. Campo-Sánchez SM, Camargo-Trillos J, Calle-Ramírez JA, Gómez-Wolff LR, Sánchez-Patiño Ia, García-García HI. Supervivencia de cáncer colorrectal en un centro oncológico de Colombia. Estudio de cohorte histórica. RevGastroenterolMéx [Internet]. 2019 [citado 2 Dic 2022]; 84(2): 174-184. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0375090618301010?via%3Dihub>
232. Gómez-Sánchez T, impacto de comorbilidad y las complicaciones postoperatorias en el pronóstico del cáncer colorrectal en un hospital de segundo nivel. Universidad de Zaragoza. Tesis Doctoral. [Internet]. 2015 [citado 01 Dic 2022]; Disponible en: <https://zaguan.unizar.es/record/31891/files/TESIS-2015-074.pdf?version=1>
233. Dehal AN, Newton CC, Jacobs EJ, Patel AV, Gapstur SM, Peter TC. Impact of diabetes mellitus and insulin use on survival after colorectal cancer diagnosis: the Cancer Prevention Study-II Nutrition Cohort. J Clin

- Oncol [Internet]. 2012 [citado 05 Mar 2020];30, 53-59. Disponible en:<https://doi.org/10.1200/jco.2011.38.0303>
234. Cardoso-Lunar N, González-Moro AM, García-Sierra JC. Cáncer de colon en paciente mayor de 83 años. Geroinfo [Internet]. 2017 [citado 2 Dic 2022]; 12(1):1-16. Disponible en: <https://www.medicgraphic.com/pdfs/geroinfo/ger-2017/ger171e.pdf>
235. Rodríguez-Fernández Z, Jean-Louis B, Casaus-Prieto A, Pineda-Chacón J, Joubert-Álvarez G. Algunas especificidades sobre el diagnóstico del cáncer de colon recurrente. MEDISAN [Internet]. 2015 [citado 2 Dic 2022]; 19(2): 169-179. Disponible en: <http://www.medisan.sld.cu/index.php/san/article/view/151>.
236. Aldás-Erazo R, Echeverría-Bolaños GF, Villacrés-Montes de oca D, Ontaneda-Luciano MA, Pérez-Encalada VP. Comorbilidad y sobrevida en pacientes con adenocarcinoma colónico tratado con quimioterapia. RevFac Cien Med (Quito) [Internet]. 2016 [citado 2 Dic 2022]; 39(2): 43-8. Disponible en: https://revistadigital.uce.edu.ec/index.php/CIENCIAS_MEDICAS/article/view/1143.
237. Renahan AG, Tyson M, Egger M, Heller RF, Zwahlen M. Body-mass index and incidence of cancer: a systematic review and meta-analysis of prospective observational studies. Lancet [Internet]. 2008 [citado 05 Mar 2020]; 371: 569-578. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(08\)60269-x](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(08)60269-x)
238. Cajigas-Rodríguez O, Gómez-García N, Martínez-Leyva L, Fernández-Bueno GD, Herrera-Wainshtok AC. Cáncer Metasincrónico de Colon, presentación de un caso inusual por Imagenología. Convención Internacional de Salud. CubaSalud 2018 [Internet]. 2018 [citado 2 Dic 2022]. Disponible en: <http://www.convencionsalud2018.sld.cu/index.php/convencionsalud/2018/paper/view/1375/1092>
239. Pita-Fernández S, González-Sáez L, López-Calviño B, et al. Effect of diagnostic delay on survival in patients with colorectal cancer: a retrospective cohort study. BMC Cancer [Internet]. 2016 [citado 2 Dic

- 2022]; 16: 664. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12885-016-2717-z>
240. Roder D, Karapetis CS, Olver I, Keefe D, Padbury R, Moore J, *et al.* Time from diagnosis to treatment of colorectal cancer in a South Australian clinical registry cohort: how it varies and relates to survival. *BMJ open* [Internet]. 2019 [citado 2 Dic 2022]; 9(9), e031421. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-031421>
241. Pardo C, de Vries E. Supervivencia global de pacientes con cáncer en el Instituto Nacional de Cancerología (INC). *Rev Colomb Cancerol* [Internet]. 2017 [citado mar 2018]; 21(1):12-18. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rccan.2017.01.003> <https://www.revistacancercol.org/index.php/cancer/article/view/209/74>
242. Guerra-Pérez E, Torres-Ajá L, Domínguez-Suárez J, Bernal-Muñoz J, Gastón-Avilés C. Sobrevida a los cinco años en pacientes operados de neoplasia maligna de colon y recto. *Rev. Finlay* [Internet]. 2012 [citado 2023 Oct 18]; 2(1): [aprox. 11 p.]. Disponible en: <https://revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/95>
243. Cubiella J, Marzo-Castillejo M, Mascort-Roca JJ, Amador-Romero FJ, Bellas-Beceiro B, Clofent-Vilaplana J, *et al.* Guía de práctica clínica. Diagnóstico y prevención del cáncer colorrectal. Actualización 2018. *Gastroenterol. Hepatol* [Internet]. 2018 [citado 2 de Jul 2020]; 41(9): 585-96. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.gastrohep.2018.07.012>.
244. Sabando-Mera VM, Zambrano-Vera MF, Molina-Sabando L, Loor-Vega MP. Promoción de estilos de vida saludables en la investigación e intervención de la salud familiar intercultural en el adulto mayor. *YACHANA* [Internet]. 2018 [citado 18 de Oct de 2023]. Disponible en: <http://revistas.ulvr.edu.ec/index.php/yachana/article/view/435>
245. Laguado-Jaimes E, Camargo-Hernández KC, Campo-Torregroza E, Martín-Carbonell MC. Funcionalidad y grado de dependencia en los adultos mayores institucionalizados en centros de bienestar. *Gerokomos* [Internet]. 2017 [citado 2023 Oct 18]; 28(3): 135-141. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2017000300135&lng=es.

246. Chiriboga EV, Terranova-Barrezueta AE, Velis-Aguirre LM. Funcionalidad familiar y autoestima del adulto mayor, en situación de maltrato. Un estudio participativo comunitario. Rev. Lasallista Investig. [Internet]. 2018 [citado 2023 Oct 18]; 15(2): 300-314. Disponible en: <https://doi.org/10.22507/rli.v15n2a23>
247. Naranjo Hernández Y. Estrategia de autocuidado en el adulto mayor con úlcera neuropática en la comunidad. Rev Cubana Enferm [Internet]. 2018 [citado 01 Oct 2022]; 34(3): [aprox. 15 p.]. Disponible en: <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/2428>
248. Baltazar-López ML. Autocuidado de los pacientes portadores de colostomía que acuden a consulta externa de cirugía del Hospital San José Callao-2018. [Tesis de Especialidad] Lima: Universidad Cesar Vallejo. Perú. [Internet]. 2018 [citado 16 Nov 2021]. Disponible en: <https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/18388/BaltazarLML.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
249. Mañao-Figueiroa VP, Echevarría-Guanilo ME, Fuculo-Junior PRB. Relación entre causas de hospitalización y el autocuidado en adultos mayores con diabetes mellitus 2. Texto Contexto Enferm [Internet]. 2020 [citado 16 Nov 2021]; 29(Spe): e20190296. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2019-0296>
250. Vallejo-Pineda, D Autocuidado y calidad de vida en adultos mayores pertenecientes a un barrio de la comuna 3 de Armenia, Quindío. [Internet]. Universidad del Quindío, Colombia. [Tesis de especialidad]. [Internet]. 2021 [citado 16 Nov 2021] 123 páginas
251. Pardavé Cámara FG. Capacidad de autocuidado y percepción del estado de salud del adulto mayor de la localidad de Santa María del Valle. [Tesis de Especialidad]. Huánuco, Perú: Universidad de Huánuco. [Internet]. 2017 [citado 2 Dic 2022] Disponible en: http://200.37.135.58/bitstream/handle/123456789/130/T_047_46824428_T.pdf?sequence=1&isAllowed=y
252. Castiblanco-Amaya MA, Fajardo-Ramos E. Capacidad y percepción de autocuidado del adulto mayor del programa Centro día/vida, Ibagué, Colombia. Salud, Barranquilla [Internet]. 2017 [citado 2 Dic 2022]; 33(1):

- 58-65. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0120-55522017000100058&script=sci_abstract&tlang=es
253. Miranda-Pérez Y, Peáz-González M, Ochoa-Roca T, Sanz-Candía M, Velázquez-Garcés M. Caracterización del adulto mayor en el policlínico René Ávila Reyes, Holguín, Cuba. *Correo Científico Médico* [Internet]. 2018 [citado 23 Dic 2022]; 23(1). Disponible en: <https://revcocmed.sld.cu/index.php/cocmed/article/view/3055>
254. Millán-Méndez IE. Evaluación de la capacidad y percepción de autocuidado del adulto mayor en la comunidad. *Rev Cubana Enferm* [Internet]. 2010 [citado 23 Dic 2022]; 26(4): 222-234. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/enf/v26n4/enf07410.pdf>
255. Bello-Carrasco LM, Santos-Alvarez M del R, Núñez-Peña CR, Zambrano-Cornejo DT. Autocuidado: programa educativo de enfermeros para el adulto mayor. Universidad, CIENCIA y TECNOLOGÍA [Internet]. 2022 [citado 23 Dic 2022]; 26(113): 158-164. Disponible en: <https://doi.org/10.47460/uct.v26i113.581>
<https://uctunexpo.autanabooks.com/index.php/uct/article/view/581>
256. Almaguer-Herrera A, Miguel-Soca PE, Reynaldo-Sera C, Mariño-Soler AL, Oliveros-Guerra RC. Actualización sobre diabetes mellitus. *CCM* [Internet]. 2012 [citado 24 Dic 2022]; 16(2). Disponible en: <http://www.revcocmed.sld.cu/index.php/cocmed/article/view/507/71>.
257. Mendizábal T, Navarro N, Ramírez A, Cervera M, Estrada E, Ruiz I, et al. Características sociodemográficas y clínicas de pacientes con diabetes tipo 2 y microangiopatías. *AnFacmed* [Internet]. 2010 [citado 24 Dic 2022]; 71(1). Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S10255583201000100002&lng=es&nrm=iso.
258. Soler-Sánchez YM, Pérez-Rosabal E, López-Sánchez MC, Quezada-Rodríguez D. Conocimientos y autocuidado en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. *AMC* [Internet]. 2016 [citado 24 Dic 2022]; 20(3):244-52. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S102502552016000300004&lng=es.

259. Van Hooft SM, Becqué YN, Dwarswaard J, Van Staa AL, Bal R. Teaching self-management support in Dutch Bachelor of Nursing education: A mixed methods study of the curriculum. *Nurse Educ Today* [Internet]. 2018 [citado 24 Dic 2022]; 68: 146-52. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2018.06.005>.
260. Álvarez-Escobar B, Mirabal-Requena J, Naranjo-Hernández Y. Estrategia de autocuidado en los adultos mayores con cáncer colorrectal en la comunidad. *Arch. méd. Camagüey* [Internet]. 2019 [citado 24 Dic 2022]; 23(5). Disponible en: <http://revistaamc.sld.cu/index.php/amc/article/view/6629>
261. Almendárez-Saavedra JA, Landeros-López M, Hernández-Castañón MA, Galarza-Maya Y, Guerrero-Hernández MT. Prácticas de autocuidado de pacientes enterostomizados antes y después de intervención educativa de enfermería. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc* [Internet]. 2015 [citado 24 Dic 2022]; 23(2): 91-8. Disponible en: http://revistaenfermeria.imss.gob.mx/editorial/index.php/revista_enfermeria/article/view/48/80

ANEXO 1

ANÁLISIS CRÍTICO DEL CONTENIDO DE LOS DOCUMENTOS ESCRITOS QUE SUSTENTAN EL AUTOCUIDADO PARA ADULTOS MAYORES CON CCR EN LA APS

DOCUMENTOS O PROGRAMAS	CATEGORÍA DE ANÁLISIS	RESULTADOS DEL ANÁLISIS
1. Programa Nacional de Atención Integral al Adulto Mayor en su acepción del Subprograma de Atención Comunitaria.	Objetivos	<ul style="list-style-type: none"> • El propósito de este programa se esboza de manera general, en términos de creación de modalidades para la atención gerontológica no particularizando en la vía metodológica para la solución de las necesidades socioeconómicas, psicológicas y biomédicas que se presentan en los adultos mayores con cáncer colorrectal. • No se analiza/enfoca el autocuidado al adulto mayor con cáncer colorrectal desde una perspectiva de autocuidado. • No se desglosan las actividades específicas a desarrollar por el médico y enfermero de la familia, en cuanto al autocuidado a los grupos dispensariales.
	Contenido	<ul style="list-style-type: none"> • La formulación de las actividades declaradas para el logro de los objetivos específicos adolece de las vías instrumentadas para su implementación: El ¿cómo lograrlas? • No se relacionan de forma sistemática.
	Método	<ul style="list-style-type: none"> • Se limita a la inclusión del análisis del estado de salud del adulto mayor en el

		<p>diagnóstico de la situación de salud y no al análisis de la situación de salud de este grupo poblacional como parte esencial de esa investigación, para resolver los principales problemas que se presenta en la atención de los mismos con participación comunitaria.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Necesita incrementarse el uso de las diversas formas de comunicación social, diseño gráfico (láminas, pancartas) y virtuales, para lograr resultados contribuyentes en la educación para la salud de estos pacientes como parte del tratamiento y no la educación para el tratamiento.
	Evaluación	<ul style="list-style-type: none"> • Existe desbalance entre los indicadores evaluativos, los contenidos y objetivos expresados en los mismos, con énfasis en el control de las enfermedades no transmisibles, y las necesarias modificaciones de los estilos de vida para el logro de conductas generadoras de salud
<p>2. Programa Integral para el control del cáncer. (Paquete tecnológico para control de cáncer de colon, PTCC).</p>	Objetivos	<ul style="list-style-type: none"> • Reducir la mortalidad por cáncer en un 2 % anual, Incrementar el diagnóstico en etapas tempranas aumentar la supervivencia y mejorar la calidad de vida de los pacientes
	Contenidos	<ul style="list-style-type: none"> • La formulación de las actividades dirigidas al cumplimiento de los objetivos específicos no cubre el espectro que en esa dirección puede contribuir el

		<p>autocuidado del paciente adulto mayor con cáncer colorrectal.</p> <ul style="list-style-type: none"> • La evaluación clínica del paciente está prioritariamente dirigida al control biológico de la enfermedad y no así al necesario enfoque de la entidad.
	Evaluación	<ul style="list-style-type: none"> • La evaluación clínica del paciente está prioritariamente dirigida al diagnóstico precoz, pero no se refleja el autocuidado en el cáncer colorrectal. • En el seguimiento del paciente con CCR en el nivel primario de salud no se grafica las acciones y actividades específicas a desarrollar por el médico residente y especialista de Medicina Familiar, en cuanto al seguimiento y autocuidado a los pacientes con CCR en la comunidad.
3. Programa del médico y enfermera de la familia.	Objetivos	<ul style="list-style-type: none"> • Las mejoras del estado de salud de la población son concebidas mediante acciones integrales dirigidas al individuo, a la familia, la comunidad y el ambiente, a través de una íntima vinculación con las masas, pudiéndose redimensionar su alcance sustentado en el enfoque sistémico y en la búsqueda de posibilidades de perfeccionamiento de la salud de la población
	Contenidos	Dada la vigencia de la APS, como estrategia y como subsistema de atención, los

		<p>contenidos del Programa aún muestran su actualidad; pero a la luz del redimensionamiento de la APS, los mismos deben reestructurarse para satisfacer las demandas siempre crecientes de los individuos, familias y comunidades.</p>
	Evaluación	<ul style="list-style-type: none"> • No se analiza/enfoca el autocuidado al adulto mayor con cáncer colorrectal desde una perspectiva de autocuidado. • No se desglosan las actividades específicas a desarrollar por el médico residente y especialista de Medicina Familiar, en cuanto al autocuidado a los pacientes con CCR en la comunidad.

ANEXO 2

CONSENTIMIENTO INFORMADO AL ADULTO MAYOR CON CÁNCER COLORRECTAL

Consentimiento informado Yo: _____

quién suscribe este documento, estoy de acuerdo en participar en la investigación “Autocuidado para adultos mayores con cáncer colorrectal en la comunidad”, Policlínico Rudesindo Antonio García del Rijo. Se me ha explicado que esta investigación forma parte del perfeccionamiento del actuar del médico en Medicina Familiar del redimensionamiento de la APS. El estudio está dirigido a caracterizar el autocuidado de los adultos mayores, por su sexo, edad, escolaridad, estado de salud, comorbilidades. Los instrumentos seleccionados para las mediciones no son dañinos, son de fácil aplicación y se utilizan de manera rutinaria en otras investigaciones. Queremos enfatizar que la participación en este estudio es completamente voluntaria y que toda la información que usted aporte será mantenida como confidencial. Toda la información recopilada será codificada y los identificadores personales (nombre y dirección), no se incluirán en la base de datos. Las entrevistas originales quedarán bajo custodia del investigador principal. Si decide no participar, esto no tendrá ninguna consecuencia para usted ni para el tipo de atención médica que actualmente recibe. Además, estará en libertad de no responder a cualquiera de las preguntas, y que su participación puede ser interrumpida en cualquier momento sin que esto acarree ninguna consecuencia. Si durante la investigación identificamos problemas de salud de los cuales usted no estaba al tanto, o si estaba al tanto no los trató apropiadamente, le explicaremos a esas condiciones y usted nos indicará si desea ser remitido a algún servicio de salud.

Para que conste y por mi libre voluntad firmo este documento de consentimiento informado junto con el entrevistador que me brindó las explicaciones a los _____ días del mes de _____ de _____.

Firma de la paciente

Firma del entrevistador

ANEXO 3

CURSO DE CAPACITACIÓN AL MÉDICO FAMILIAR

Título del curso: Manejo y autocuidado del adulto mayor con cáncer colorrectal en la Atención Primaria de Salud.

Universidad o centro autorizado: Policlínico docente Dr. Rudesindo Antonio García del Rijo. Universidad de Ciencias Médicas de Sancti Spíritus.

Facultad o departamento: Facultad de Ciencias Médicas Dr. Faustino Pérez Hernández.

Cantidad de créditos académicos: 2 créditos

Modalidad: Presencial y a tiempo parcial.

Dirigido a: Médicos de Medicina Familiar.

Comité académico: MSc. Dra. Belkis Alvarez Escobar. Especialistas 1er y 2do Grado en Medicina Familiar. Máster en Longevidad Satisfactoria. Profesor Auxiliar. Investigador Agregado.

Justificación

En el mundo las personas mayores de 60 años aumentaron en el siglo XX, desde 400 millones en la década del 50 hasta 700 millones en la de los años 90 del propio siglo. El proceso de envejecimiento continúa incrementándose de manera acelerada, en Cuba constituye el principal problema demográfico, con cifra que alcanza 21, 20 % de la población con 60 años y más, siendo uno de los países más envejecidos de América Latina. Es el principal reto demográfico que enfrenta el país, su expresión impacta en la familia, la comunidad, y sobre la atención médica social.

Con la edad se incrementa el riesgo de padecer enfermedades como las no transmisibles (ENT). El cáncer es una ENT que afecta a la salud de los individuos adultos mayores en las poblaciones de todas partes del mundo. El cáncer colorrectal (CCR) es la neoplasia maligna más frecuente que se puede presentar en el sistema digestivo y agrupan ambos sexos. En Cuba el CCR es un problema de salud de primer orden por su elevada incidencia y morbimortalidad, constituye la tercera causa de muerte. El perfeccionamiento de su prevención, manejo y control es un desafío para todos los países y un interés de las instituciones de salud, la población y los gobiernos.

La presentación de las enfermedades en el adulto mayor y las particularidades que presenta el proceso de diagnóstico y tratamiento demandan de un profesional de la salud con las competencias necesarias para abordar los principales problemas de salud que se presentan en esta población, independientemente que exista una especialización al respecto, al mismo tiempo la familia con adultos mayores debe ser apoyada desde las estructuras sociales y comunitarias.

El autocuidado del adulto mayor se considera un elemento coherente en el manejo del mismo. Esta perspectiva ayuda al adulto mayor a tomar conciencia de su propia condición, mediante la mejora de sus conocimientos y habilidades para realizar acciones adecuadas de autocuidado. En una mirada al fenómeno desde la perspectiva del Médico General Integral, se observa la necesidad de implementar acciones y actividades que permitan materializar de forma efectiva el autocuidado a este grupo poblacional y sus principales problemas de salud.

Las políticas sanitarias van dirigidas a fortalecer la Atención Primaria de Salud, fortaleciendo la preparación de los recursos humanos responsabilizados con la atención al adulto mayor a través del presente curso, con el objetivo estratégico de incrementar la información sobre el manejo adecuado del adulto mayor en la atención primaria de salud.

Estructura del programa:

a) Objetivos General:

1. Desarrollar habilidades para asumir la atención médica social del adulto mayor con cáncer colorrectal desde la Atención Primaria de Salud.
2. Instruir al médico en Medicina Familiar en el manejo y el autocuidado del adulto mayor con cáncer colorrectal para potenciar su estado de salud.
3. Aplicar los principios éticos básicos, por parte de la familia y la comunidad, relacionados con los cuidados del adulto mayor con cáncer colorrectal.

Estrategia docente:

El curso se desarrollará a tiempo parcial, con dos frecuencias semanales por espacio de ocho semanas, con un total de 60 horas, distribuidas en 28 horas de actividades presenciales (conferencias y trabajo grupal) y 28 de estudio independiente. Del total de horas, cuatro se destinan a la evaluación final

certificativa. En el tiempo asignado a la docencia directa se imparten temas relacionados con el manejo y autocuidado del adulto mayor con cáncer colorrectal en la Atención Primaria de Salud (APS), que incluye: envejecimiento poblacional en el mundo y en Cuba, epidemiología del envejecimiento, introducción al Examen Periódico de Salud al Adulto Mayor, en la APS, Programa de Atención Integral al Adulto Mayor en Cuba, atención a la familia con adulto mayor, Cáncer colorrectal, diagnóstico, tratamiento y manejo en la comunidad, autocuidado, envejecimiento activo y longevidad satisfactoria.

Contenidos y objetivos temáticos

Temas	Objetivos temáticos	Contenidos	FO RD	Hora	Nro. de horas
Tema I Envejecimiento poblacional en el mundo y en Cuba.	1. Identificar los cambios morfológicos y funcionales relacionados con el envejecimiento individual. 2. Caracterizar la situación actual que presenta el envejecimiento demográfico a nivel internacional nacional y territorial.	1. Envejecimiento individual. 2. Términos y definiciones geriátricas. 3. Envejecimiento del mundo moderno. 4. Envejecimiento en Cuba y área de salud. 5. Edades geriátricas y esperanza de vida. 6. Implicaciones biopsicosocial del envejecimiento.	C TV EI EI	2 2 2 2	8hrs
Tema II Epidemiología del envejecimiento.	1. Identificar las características del proceso salud enfermedad en el adulto mayor. 2. Relatar los indicadores sanitarios relacionados con la	1. Salud y enfermedad a los 60 años. Envejecimiento fisiológico y patológico. 2. Morbilidad geriátrica. 3. Mortalidad	C	2	8hrs

	atención médica general integral al adulto mayor.	geriátrica. 4. Discapacidad. 5. Epidemiología de algunos problemas de salud en la senectud.	TV EI	2 4	
Tema III Introducción al Examen Periódico de Salud al Adulto Mayos, en la Atención Primaria de Salud.	1. Definir los principios generales Examen Periódico de Salud. (ES). 2. Explicar las etapas y componentes del ES y los instrumentos para su materialización. 3. Escala Geriátrica de Evaluación Funcional (EGER)	1. Definición. Objetivos. Evolución histórica. Bases teóricas. Etapas y componentes. 2. Beneficios y dificultades de su implementación. 3. El ES en la atención primaria de salud. 4. Principales instrumentos para realizar el ES. 5. EGER y su aplicación.	C TV EI	2 2 4	8hrs
Tema IV Programa de Atención Integral al Adulto Mayor en Cuba. Programa Integral para el Control del Cáncer	1. Aplicar las estrategias y enfoques gerontológicos en la atención al adulto mayor. 2. Cáncer Colorrectal como problema de salud	1. Introducción. 2. Objetivos. 3. Subprogramas. 4. Indicadores. 5. Evaluación. 1. Diagnóstico, Manifestación Clínica, factores de riesgos. 2. Clasificación y estadios. 3. Exámenes complementarios para el diagnóstico,	C TV EI	2 2 2	8hrs

		<p>seguimiento y familiares.</p> <p>4. Sobrevida en el CCR.</p>	EI	2	
Tema V Atención a la familia del adulto mayor con CCR.	<p>1. Caracterizar la familia con miembros adultos mayores.</p> <p>2. Evaluar la salud familiar en familias con adultos mayores.</p> <p>3. Aplicar acciones relacionadas con los cuidados de adulto mayor.</p>	<p>1. Estructura familiar, propuesta de clasificación de acuerdo a la edad de los integrantes, etapas, crisis relacionadas con miembros envejecidos.</p> <p>2. Salud familiar y funcionamiento familiar.</p> <p>3. Cuidados al final de la vida y paciente geriátrico en estado terminal.</p>	C TV EI	2 2 4	8hrs
Tema VI Autocuidado	<p>1. Definir el proceso de autocuidado en el adulto mayor. Aplicar las Teorías de Autocuidado por Dorothea E. Orem.</p> <p>2. Orientar acciones relacionadas con Autocuidado en el adulto mayor con CCR desde la perspectiva del Médico General Integral.</p>	<p>1. Definición de autocuidado. Teorías de Dorothea E. Orem.</p> <p>2. Análisis conceptual del Autocuidado y sus dimensiones.</p> <p>3. Orientaciones para el autocuidado en el adulto mayor con CCR.</p> <p>4. Herramientas para evaluar la Capacidad y Percepción de Autocuidado del Adulto Mayor. Test</p>	C TV	2 2	8hrs

		<p>de CYPAC-AM y categorías para medirlo.</p> <p>5. Autocuidado y conductas generadoras de salud en el adulto mayor con CCR.</p>	EI	4	
Tema VII Envejecimiento activo y longevidad satisfactoria	<p>1. Promover el desarrollo de los estilos de vida saludables en el adulto mayor para un envejecimiento activo y una longevidad satisfactoria.</p> <p>2. Utilizar los espacios institucionales y comunitarios a favor de los envejecidos.</p>	<p>1. Promoción y educación para la salud en el fomento de estilos de vida saludables.</p> <p>2. Prevención de salud en edades avanzadas de la vida. Nutrición y actividad física en el adulto mayor.</p> <p>3. Programas educativos para adultos mayores.</p> <p>4. Movimiento instituciones y comunidades por la salud del adulto mayor. Ciudades amigables con el adulto mayor.</p>	TV	2	8hrs
Evaluación Final	1. Evaluar los conocimientos adquiridos durante el curso.	Seminario	EI	4	
Total					60

Habilidades que se adquieren:

1. Evaluar los principales problemas de salud que se presentan en el adulto mayo con CCR en la APS.

2. Realizar la evaluación geriátrica con el uso de los instrumentos protocolizados por el MINSAP.
3. Aplicar los principios éticos básicos, por parte de la familia y la comunidad, relacionados con el autocuidado del adulto mayor con CCR.
Aplicar las estrategias y enfoques gerontológicos en la atención al adulto mayor.
4. Instruir al médico en el cáncer colorrectal, diagnóstico, tratamiento y manejo en la comunidad.
5. Evaluar la salud familiar en familias de los adultos mayores con CCR.
6. Aplicar acciones relacionadas con el Autocuidado de adulto mayor con CCR.
7. Promover el desarrollo de los estilos de vida saludables en el adulto mayor con CCR.

c) Escenarios, materiales y medios: aula con computadora y medios de proyección.

d) Sistema de evaluación: constará de dos componentes

- ✓ Formativa (frecuente o sistemática): 60 puntos. Serán evaluados cada tema impartido al inicio de la clase que precede. Tendrá un mínimo de 42 puntos.
- ✓ Certificativa: Tendrá un valor de 40 puntos como máximo y un mínimo de 28 puntos como mínimo, y se desarrollará a través de la presentación de un trabajo final individual o en grupo de hasta dos cursistas, el cual tendrá las siguientes estructuras:
 - a) Portadilla (carátula o primera página donde queden detallados: institución que imparte el programa, título, nombre y apellidos del autor y del tutor, si los hubiere, localidad y fecha donde se efectúa la defensa).
 - b) Síntesis (no más de una cuartilla); índice; introducción.
 - c) Desarrollo, estructurado en acápites.
 - d) Conclusiones.
 - e) Recomendaciones.
 - f) Bibliografía, debidamente referenciada y acotada.
 - g) Anexos (cuando proceda).

El trabajo final tendrá una puntuación total de 30 puntos (con un mínimo de 21 puntos) y 10 puntos para la presentación y defensa del mismo, con una puntuación mínima de 7 puntos. La presentación y defensa del trabajo no excederá los 30 minutos

✓ **Calificación final:** resultará de la suma de los dos componentes (formativo y certificativo), resultando un máximo de puntos a alcanzar de 100 puntos y un mínimo de 70 puntos; y cualitativamente se enunciará de la siguiente forma:

- Mal: menos de 70 puntos
- Regular: de 70 a 79.9 puntos.
- Bien: de 80 a 89.9 puntos.
- Muy bien: de 90 a 94.9 puntos.
- Excelente: de 95 o más puntos.

e) Bibliografía

1. La Oficina Nacional de Estadísticas e Información (ONEI): www.onei.cu. 2018
2. El Centro de Estudios Demográficos de la Universidad de La Habana (CEDEM): www.cedem.uh.cu.2018
3. Naranjo Hernández Y, Figueroa Linares M, Cañizares Marín R. Envejecimiento poblacional en Cuba. GacMédEspirit [Internet]. 2015 Dic [citado 2019 Marz 18]; 17(3): 223-233. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1608-89212015000300025&lng=es.
4. Naranjo Hernández Y. El envejecimiento de la población en Cuba: un reto. GacMédEspirit [Internet]. 2015 Dic [citado 2019 Marz 18]; 17(3): 11-14. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1608-89212015000300003&lng=es.
5. Berrio Valencia MI. Envejecimiento de la población, un reto para la salud pública. Rev Coloma Anestesiol. 2012 Aug-oct [citado: 2019 feb]; 40(3):192-4. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0120334712000111>

6. González Rodríguez R, Cardentey García J. El envejecimiento social: presente y futuro. Medicentro Electrónica [Internet]. 2016 [citado 2019 Mar 18]; 20(3): 241-242. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30432016000300015&lng=es.
7. Cuba. Minsap. Cuba. Proyección de la Población Nivel Nacional y Provincial, periodo 2011- 2035. La Habana: Minsap; 2010. <http://www.one.cu/publicaciones/investigaciones/proyecciones.pdf>.
8. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Anuario Estadístico de Salud 2016. La Habana: Minsap; 2017. Disponible en: <http://files.sld.cu/bvscuba/files/2015/04/anuario-estadistico-de-salud-2014.pdf>.
9. Naranjo Hernández Y, Concepción Pacheco JA, Rodríguez Larreynaga M. La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Elizabeth Orem. Gaceta Médica Espirituana. Vol.19, No. 3 (2017).
10. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Programa de Atención Integral al Adulto Mayor: La Habana. 2017
11. Colectivo de autores. Medicina General Integral. Editorial Ciencias Médicas: La Habana. 2014.
12. Sáez López P, Filipovich Vegas E, Martínez Peromingo J, Jiménez Mola S. Cáncer colorrectal en el anciano. Tratamiento quirúrgico, quimioterápico y aportación desde la geriatría. RevEspGeriatrGerontol. 2017; 52(5):261-70. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-geriatria-gerontologia-124-pdf-S0211139X16301561>.
13. Siegel RL, Miller KD, Fedewa SA, Ahnen DJ, Meester RGS, Barzi A, Jemal A. *et al.* ColorectalCancerStatistics, 2017. CA CANCER J CLIN [Internet] 2017 [cited 0 23 July 2021]; 67:177–193. Disponible en: <https://doi.org/10.3322/caac.21395>.
14. Kuiper RP, Weren RDA, Van Kessel AG. Chapter 11 - ColorectalCancer. In David SP, editor. Genomic and Precision Medicine. Third Edition ed. Boston: Academic Press; 2017. p. 195-209.

15. Asociación Española Contra el Cáncer. Cáncer de colon. Informe de un grupo científico de la AECC [Internet]. Madrid: AECC, Elsevier; 2017 [citado 16 Feb 2021]. Disponible en: <https://bit.ly/2plcyzE>
16. Meljem JL, Sánchez J, Peraza F, Irineos A, Quintero B, Trujillo S. Frecuencia de cáncer colorrectal en pacientes con cirugía de colon. RevEspMédQuir [Internet]. 2012 [citado 16 Feb 2021]; 17(1):24-28. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/quirurgicas/rmq-2012/rmq121f.pdf>.

ANEXO 4
OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

Variable	Clasificación	Definición Conceptual	Indicadores	Escala
Edad	Cuantitativa Continua.	Años cumplidos.	rango	60 – 69 años 70 – 79 años 80 – 89 años 90 y más.
Sexo	Cualitativa nominal dicotómica	Constitución orgánica que diferencia un hombre de una mujer.	Sexo	Femenino Masculino
Escolaridad	Cualitativa nominal politómica	Se refiere al grado escolar terminado.	Nivel	-Primaria sin terminar. -Primaria. -Secundaria básica. -Preuniversitario. -Técnico Medio. -Universitario.
Estadio del CCR al diagnóstico	Cualitativa ordinal politómica	Son los distintos estadios que presenta el CCR en base a su	Estadio	Estadio 0: se denomina cáncer in situ. Estadio I: el cáncer ha crecido atravesado la mucosa e invadido la capa muscular del colon o el recto. No se ha diseminado a los tejidos cercanos o ganglios linfáticos (T1)

		extensión según la clasificación anatomo-clínica (TNM estadios o estadificación tumoral): ¹⁵⁰⁻¹⁵²		<p>o T2, N0, M0).</p> <p>Estadio II: el cáncer ha crecido y atravesado la pared del colon o del recto, ha crecido a través del revestimiento interno o en las capas musculares del intestino. Este se ha diseminado hacia uno a tres ganglios linfáticos, o hacia un ganglio del tumor en tejidos que rodean el colon o el recto que no parecen ser ganglios linfáticos, pero no se ha diseminado hacia otras partes del cuerpo (T1 – T2, N2a, N1/N1c, M0). IIA, B, C</p> <p>Estadio III: el cáncer ha crecido a través del revestimiento interno o en las capas musculares del intestino. Ha crecido hacia las capas más externas del colon o del recto o a través del peritoneo visceral, pero no ha alcanzado los órganos adyacentes. Se propagó a siete o más ganglios linfáticos adyacentes. No se ha propagado a sitios distantes (T3 o T4a, N2b, M0) IIIa, B, C</p> <p>Estadio IVA: el cáncer se ha diseminado a una sola parte distante del cuerpo como el hígado o los pulmones o el cáncer se ha diseminado al peritoneo. También puede haberse diseminado a otras partes y órganos (cualquier T, cualquier N, M1c). IVA,B,C</p>
Comorbilidad	Cualitativa nominal politómica	La presencia de uno o más enfermedades, además de la enfermedad o	Comorbilidad presente en los adultos mayores	<ul style="list-style-type: none"> - Hipertensión arterial. - Diabetes mellitus. - Obesidad. - Enfermedades cardiovasculares. - Asma Bronquial.

		trastorno primario según historia clínica individual.		<ul style="list-style-type: none"> - Insuficiencia renal crónica. - Hiperlipidemia. - Alcoholismo.
Tiempo de diagnóstico	Cuantitativa continua	Tiempo de diagnosticado en meses, estimado que se mide en las personas en un determinado momento después del diagnóstico.	Meses	<ul style="list-style-type: none"> -Menos de 12 meses. - de 12 a 24 meses. - de 25 a 36 meses. - de 37 a 48 meses. - de 49 a 60 meses. - Más de 60 meses.
Autocuidado	Cualitativa nominal politómica. Dependiente	Actividad aprendida por los individuos, orientada hacia un objetivo, como una conducta que existe en situaciones concretas de la vida, dirigida por las personas sobre sí mismas, hacia	Capacidad y Percepción.	<p>Entre 21 y 24 puntos: percepción de autocuidado adecuado.</p> <ul style="list-style-type: none"> · Entre 16 y 20 puntos: percepción de autocuidado parcialmente adecuado. · Con 15 puntos o menos, sin ninguna categoría evaluada de 0: percepción de autocuidado inadecuado. · Con 15 puntos o menos, pero con al menos una categoría evaluada de 0: Sin capacidad de autocuidado, o con déficit parcial para esa categoría. · Con 0 en más de cuatro categorías evaluadas: Con déficit de autocuidado total. (Test de CYPAC).⁶⁴

		<p>los demás o hacia el entorno ²;</p> <p>contextualizado al adulto mayor con CCR en la comunidad, a través de la instrucción por el médico residente y especialista de MEDICINA FAMILIAR, al paciente para que aprenda y logre su autocuidado, regule los factores que afectan su propio desarrollo y el funcionamiento de su vida, salud o</p>		
--	--	---	--	--

		bienestar, favoreciéndose su relación con el médico, familia y comunidad. ³¹		
--	--	---	--	--

ANEXO 5

TEST DE CYPAC-AM (Capacidad y Percepción de Autocuidado del Adulto Mayor).

Categorías a medir Formas de medición

A. Actividad Física

1. Puede movilizarse sin ayuda _____ Si____ No____
2. Participa en el círculo de abuelos _____ Si____ A veces____ No____
3. Practica ejercicios físicos sistemáticamente _____ Si____ A veces____ No____
(Nadar, correr, montar bicicleta, asistir al gimnasio, u otros)
4. Camina 10 cuadras (1km) diario y/o sube escaleras. Si____ A veces____ No____

B. Alimentación

1. Prepara sus alimentos y/o se alimenta sin ayuda _____ Si____ No____
2. Tiene establecido un horario fijo para comer _____ Si____ A veces____ No____
3. Prefiere los alimentos salcochados que fritos _____ Si____ A veces____ No____
4. Ingiere la dieta indicada, aunque no le guste _____ Si____ A veces____ No____

C. Eliminación

1. Puede controlar sus esfínteres y eliminar sin ayuda _____ Si____ No____
2. Tiene un patrón intestinal diario con horario regular. Si____ A veces____ No____
3. Tiene como hábito observar sus deposiciones _____ Si____ A veces____ No____
4. Tiene como hábito ingerir agua entre las comidas. Si____ A veces____ No____
(Más de 6 vasos al día comenzando por la mañana al levantarse)

D. Descanso y Sueño

1. Puede controlar su período de descanso y sueño _____ Si____ No____
2. Tiene hábito de descansar sin dormir después de comer. Si____ A veces____ No____
3. Tiene el hábito de irse a la cama a un horario fijo— Si____ A veces____ No____
4. Procura dormir las horas necesarias diarias _____ Si____ A veces____ No____
(5 horas diariamente sin necesidad de medicamentos)

E. Higiene y Confort

1. Puede mantener su higiene y confort sin ayuda _____ Si____ No____
2. Se baña diariamente, y a un horario establecido —Si____ A veces____ No____
3. Acostumbra bañarse con agua tibia _____ Si____ A veces____ No____
4. Usa una toallita independiente para secarse los pies. Si____ A veces____ No____

F. Medicación

1. Se responsabiliza con su medicación y puede controlarla - Si____ No____
2. Cumple estrictamente con el tratamiento indicado. Si____ A veces____ No____
3. Solo toma medicamentos que le indica su médico — Si____ A veces____ No____
4. Si necesita algún medicamento lo consulta primero. Si____ A veces____ No____

G. Control de Salud

1. Tiene control y puede responsabilizarse con su salud — Si____ No____
2. Controla su peso o sabe cuánto debe pesar — Si____ A veces____ No____
3. Conoce la frecuencia de sus consultas y asiste a ellas — Si____ A veces____ No____
4. Se realiza autochequeos periódicos en la casa — Si____ A veces____ No____
(autoexamen de mamas, control de glucosa, inspección de piel y de la boca, medición de temperatura)

H. Adicciones o Hábitos tóxicos

1. Puede mantenerse sin ningún hábito tóxico — Si____ No____
2. Puede controlar la cantidad del tóxico que consume. Si____ A veces____ No____
3. Tiene un hábito tóxico, pero intenta deshacerse de él. Si____ A veces____ No____
4. Tiene más de un hábito, pero intenta dejarlos — Si____ A veces____ No____

Norma de evaluación del Instrumento

El ítem 1 de cada categoría determina el nivel de independencia o no, para realizar esa actividad; **si la respuesta es negativa, la persona es dependiente** y por tanto tiene déficit de autocuidado para esa categoría, **si la respuesta es positiva, la persona es independiente para esa actividad** y entonces se miden los otros ítems.

Los ítems 2,3 y 4 **Si tres o más respuestas positivas** y ninguna respuesta negativa; se considera el autocuidado para esa categoría adecuado y se le da una **puntuación de 3**.

Si dos o más respuestas intermedias (a veces); se considera el autocuidado para esa categoría parcialmente adecuado y se le da una **puntuación de 2**.

Si más de una respuesta negativa; se considera el autocuidado para esa categoría inadecuado y se le da una **puntuación de 1**.

Interpretación del Test.

- Entre 21 y 24 puntos: percepción de autocuidado adecuado.

- Entre 16 y 20 puntos: percepción de autocuidado parcialmente adecuado.
- Con 15 puntos o menos, sin ninguna categoría evaluada de 0: percepción de autocuidado inadecuado.
- Con 15 puntos o menos, pero con al menos una categoría evaluada de 0: Sin capacidad de autocuidado, o con déficit parcial para esa categoría.
- Con 0 en más de cuatro categorías evaluadas: Con déficit de autocuidado total.

ANEXO 6

MODELO DE CONSULTA MÉDICA EN HISTORIA CLÍNICA INDIVIDUAL

Nombre y apellidos: _____ Feche de nac: _____

Sexo: _____ Dirección: _____ H. Clínica: _____

CMF: _____

Escolaridad: _____

Interrogatorio:

Antecedentes patológicos personales:

Fecha de diagnóstico del CCR:

Resultado de la biopsia:

Examen Físico:

I. Piel y Mucosa: _____

II. Tejido Celular Subcutáneo: _____

III. Aparato Respiratorio

● Inspección: _____

● Palpación: _____

● Percusión: _____

● Auscultación: _____

IV. Aparato Cardiovascular

● Inspección: _____

● Palpación: _____

● Percusión: _____

● Auscultación: _____

● TA: _____

● FC: _____

● Pulsos Periféricos: _____

V. Abdomen

● Inspección: _____

● Palpación: _____

● Percusión: _____

- Auscultación: _____

VI. Sistema Nervioso: _____

VII. Peso: _____

VIII. Talla: _____

IX. IMC: _____

ESCALA GERIÁTRICA DE EVALUACIÓN FUNCIONAL (EGEF)

COTINENCIA	
MOVILIDAD	
EQUILIBRIO	
VISIÓN	
AUDICIÓN	
USO DE MEDICAMENTOS	
SUEÑO	
ESTADO EMOCIONAL	
MEMORIA	
SITUACIÓN FAMILIAR	
SITUACIÓN SOCIAL	
SITUACIÓN ECONÓMICA	
ESTADO FUNCIONAL	
GLOBAL	
Clasificación final :	

X. Resultados de exámenes complementarios indicados

XI. Orientaciones y Recomendaciones médicas:

XII. Diagnóstico y Dispensarización:

ANEXO 7

ALGORITMO PARA EL CÁLCULO DEL COEFICIENTE DE COMPETENCIA DE LOS CANDIDATOS A EXPERTOS

Secuencia de pasos a seguir:

1. Confeccionar un listado inicial de personas posibles de cumplir los requisitos para ser expertos en la materia a trabajar.
 2. Realizar una valoración sobre el nivel de experiencia que poseen, evaluando de esta forma los niveles de conocimientos que poseen sobre la materia. Para ello se realiza una primera pregunta para una autoevaluación de los niveles de información y argumentación que tienen sobre el tema en cuestión. En esta pregunta se les pide que marquen con una X, en una escala creciente del 1 al 10, el valor que se corresponde con el grado de conocimiento o información que tienen sobre el tema a estudiar.

3. A partir de aquí se calcula fácilmente el **Coeficiente de Conocimiento o Información** (Kc), a través de la siguiente fórmula:

$$Kc = n / (0,1)$$

Dónde:

Kc: Coeficiente de Conocimiento o Información

n: Rango seleccionado por el experto

4. Se realiza una segunda pregunta que permite valorar un grupo de aspectos que influyen sobre el nivel de argumentación o fundamentación del tema a estudiar. Marcar con una cruz (X)

Fuentes de argumentación o fundamentación	Alto	Medio	Bajo
Análisis teóricos realizados por usted			
Su experiencia obtenida			
Trabajos de autores nacionales			
Trabajos de autores extranjeros			
Su conocimiento del estado del problema en el extranjero			
Su intuición			

5. Aquí se determinan los aspectos de mayor influencia. A partir de estos valores reflejados por cada experto en la tabla se contrastan con los valores de una tabla patrón:

Fuentes de argumentación o fundamentación	Alto	Medio	Bajo
Análisis teóricos realizados por usted	0,3	0,2	0,1
Su experiencia obtenida	0,5	0,4	0,2
Trabajos de autores nacionales	0,05	0,05	0,05
Trabajos de autores extranjeros	0,05	0,05	0,05
Su conocimiento del estado del problema en el extranjero	0,05	0,05	0,05
Su intuición	0,05	0,05	0,05

6. Los aspectos que influyen sobre el nivel de argumentación o fundamentación del tema a estudiar permiten calcular el **Coeficiente de Argumentación** (Ka) de cada experto:

$$Ka = (n_1 + n_2 + n_3 + n_4 + n_5 + n_6)$$

Donde:

Ka: Coeficiente de Argumentación

ni: Valor correspondiente a la fuente de argumentación i (1 hasta 6)

7. Una vez obtenido los valores del **Coeficiente de Conocimiento** (Kc) y el **Coeficiente de Argumentación** (Ka) se procede a obtener el valor del **Coeficiente de Competencia** (K) que finalmente es el coeficiente que determina en realidad que experto se toma en consideración para trabajar en esta investigación. Este coeficiente (K) se calculó de la siguiente forma:

$$K = 0,5 (Kc + Ka)$$

Donde:

K: Coeficiente de Competencia

Kc: Coeficiente de Conocimiento

Ka: Coeficiente de Argumentación

8. Posteriormente obtenido los resultados se valoran de la manera siguiente:

$0,8 \leq K \leq 1,0$ Coeficiente de Competencia Alto

$0,5 \leq K \leq 0,7$ Coeficiente de Competencia Medio

$K \leq 0,4$ Coeficiente de Competencia Bajo

9. Se utilizan para la consulta expertos de competencia alta.

ANEXO 8

RESULTADOS DEL COEFICIENTE DE COMPETENCIA DE LOS CANDIDATOS A EXPERTOS

Experto	Kc	Ka	K	Valoración el Coeficiente de Competencia de cada experto
1	0,9	0,9	0,90	Alto
2	0,8	0,9	0,85	Alto
3	0,8	0,9	0,85	Alto
4	0,8	1,0	0,90	Alto
5	0,8	1,0	0,90	Alto
6	0,7	0,8	0,75	Medio
7	0,8	0,8	0,80	Medio
8	0,9	0,8	0,85	Alto
9	0,7	0,6	0,65	Medio
10	0,8	0,9	0,85	Alto
11	0,9	0,9	0,90	Alto
12	0,8	0,9	0,85	Alto
13	0,7	0,8	0,75	Medio
14	0,9	0,9	0,90	Alto
15	0,8	0,8	0,80	Medio
16	0,8	0,9	0,85	Alto
17	0,8	1,0	0,90	Alto
18	0,8	0,8	0,80	Medio
19	0,8	0,9	0,85	Alto
20	0,7	0,8	0,75	Medio
21	0,9	0,9	0,90	Alto
22	0,8	0,9	0,85	Alto
23	0,7	0,8	0,75	Medio

ANEXO 9

ENCUESTA PARA PARA CARACTERIZACIÓN DEL GRUPO DE EXPERTOS

Estimado colega:

Con vista a evaluar el grado de pertinencia y factibilidad de la "Estrategia de Autocuidado al adulto mayor con cáncer colorrectal, (CCR), en la comunidad" se necesita seleccionar los especialistas que en calidad de expertos nos brindarían los criterios que nos permitirían decidir al respecto.

Para realizar la sección de expertos, se necesita saber los elementos que permitan conocer el grado de competencia que tienen en la materia y en tal sentido se elabora esta encuesta para determinar el coeficiente de competencia de los expertos y algoritmo para el cálculo del coeficiente de competencia de los expertos.

Por favor, conteste las siguientes preguntas:

1. Nombre y Apellidos: _____

2. Calificación profesional, Especialidad, (marque con una X)

_____ Especialista de 1er Grado en Medicina Familiar.

_____ Especialista de 2do Grado en Medicina Familiar

_____ Especialista de 1er en Grado Geriatría y Gerontología.

_____ Especialista de 2do en Grado Geriatría y Gerontología.

_____ Médico Especialistas de 1er en Grado Medicina Interna.

_____ Médico Especialistas de 2do en Grado en Medicina Interna.

_____ Médico Especialistas de 1er Grado en Cirugía.

_____ Médico Especialistas de 2do en Grado en Cirugía.

_____ Licenciatura de Enfermería Especialistas de 1er Grado en Atención Primaria de Salud.

3. Categoría científica

_____ Doctor en Ciencias.

Máster en Ciencias.

4. Categoría Docente

Instructor.

Asistente.

Auxiliar.

Titular.

5. Fecha de graduación: _____

6. Fecha de graduación como especialista: _____

7. Tiempo de experiencia en la APS (años): _____

ANEXO 10
CARACTERIZACIÓN DEL GRUPO DE EXPERTOS

Nº	Especialidad	Especialidad 1er o 2do Grado	Categoría/ grado científico	Categoría Docente	Años de experiencia
1	Medicina Familiar	2do Grado	Master	Auxiliar	19
2	Medicina Familiar	2do Grado	Master	Auxiliar	26
3	Medicina Familiar	2do Grado	Master	Auxiliar	24
4	Medicina Familiar	2do Grado	Master	Auxiliar	26
5	Medicina Familiar	2do Grado	Master	Auxiliar	24
6	Medicina Familiar	2do Grado	Master	Auxiliar	19
7	Medicina Familiar	1er Grado	Master	Auxiliar	28
8	Medicina Familiar	1er Grado	Master	Asistente	30
9	Medicina Familiar	1er Grado	Master	Asistente	31
10	Medicina Familiar	1er Grado	Master	Asistente	31
11	Medicina Familiar	1er Grado	Master	Asistente	29
12	Geriatría y Gerontología	2do Grado	Master	Auxiliar	17
13	Geriatría y Gerontología	2do Grado	Master	Asistente	11
14	Lic. Enfermería	1er Grado	Dr. C.	Titular	16
15	Medicina Interna	2do Grado	Dr. C.	Titular	21
16	Cirugía	2do Grado	Master	Auxiliar	28
17	Cirugía	2do Grado	Master	Auxiliar	26
18	Cirugía	2do Grado	Master	Auxiliar	22

CARACTERIZACIÓN DEL GRUPO DE EXPERTOS

Clasificación Profesional	No.	%
Médico Especialista en Medicina Familiar	11	61,11
Médico Especialista en Geriatría y Gerontología	2	11,11
Médico Especialista en Medicina Interna	1	5,55
Lic. Enfermería. Especialista en Atención Primaria de Salud	1	5,55
Médico Especialista en Cirugía	3	16,66
Total	18	100,00

Tiempo de experiencia profesional	No.	%
0-4	0	0,00
5-9	5	21,73
≥ 10	18	78,27
Total	18	100,00

Tiempo de experiencia como especialista (Años)	No.	%
0-4	0	0,00
5-9	0	0,00
≥10	18	100,00
Total	18	100,00

Categoría/Grado Científico	No.	%
Master en Ciencia	16	88,89
Doctor en Ciencia	2	11,11
Total	18	100,00

Categoría Docente	No.	%
Asistente	5	27,78
Auxiliar	11	61,11
Titular	2	11,11
Total	18	100,00

ANEXO 11

ENCUESTA A EXPERTOS

Estimado(a) Experto(a):

Por favor, lea y analice detenidamente las acciones y que se adjuntan al presente cuestionario, las cuales tienen el objetivo de contribuir al autocuidado para adultos mayores con cáncer colorrectal en la comunidad, en forma de estrategia.

En las tablas que se muestran a continuación evalúe cada una de ellas de acuerdo a cada aspecto señalado y en las líneas correspondientes exprese su criterio. Usted podrá proponer alguna nueva si así lo considera.

Muchas Gracias

7													
Acción 8													
Acción 9													
Acción 10													
Acción 11													

Leyenda

MA: Muy Adecuada **BA:** Bastante Adecuada **A:** Adecuada **PC:** Poco Adecuada
NA: No Adecuada

Acción 1 y actividades correspondientes _____

Acción 2 y actividades correspondientes _____

Acción 3 y actividades correspondientes _____

Acción 4 y actividades correspondientes _____

Acción 5 y actividades correspondientes _____

Acción 6 y actividades correspondientes _____

Acción 7 y actividades correspondientes _____

Acción 8 y actividades correspondientes _____

Acción 9 y actividades correspondientes _____

Acción 10 y actividades correspondientes _____

Acción 11 y actividades correspondientes _____

Otras acciones

Propuestas _____

ANEXO 12

Evaluación individual de las acciones y actividades incluidas en la estrategia de Autocuidado en adultos mayores con cáncer colorrectal en la comunidad. Criterios de medida. PNI

Acción	Actividades	Adultos mayores con CCR	Positivo	Negativo	Interesante
1	4	127	Clima adecuado en torno a la relación médico-paciente	-	Comunicación verbal efectiva entre el médico-paciente
2	2	127	Conocimiento sobre principios éticos, cumplimiento de reglas y normas. Conocimiento sobre la enfermedad el Adultos mayores con CCR y la familia	-	Identificación de necesidades, ateniendo a la situación actual de salud
3	3	127	Relaciones interpersonales entre los adultos mayores con CCR, médico residente y especialista de Medicina Familiar y familia. Crear autocontrol, empatía y aceptación	-	Transmisión de experiencias con clima de respeto y aceptación
4	3	127	Conocimiento sobre la dieta y los componentes nutricionales necesarios	-	Ánalisis de necesidades de la dieta diaria y su elaboración
5	5	127	Recepción de	-	Orientación

			información sobre la participación comunitaria y el logro de estilos de vida saludables, saber escuchar y trabajar en grupo	sobre el descanso, hábitos higiénicos, ejercicios y las actividades de esparcimiento
6	2	127	Vigilancia de la salud y el autocuidado, en la identificación de problemas y ejecución de su solución	- Análisis de necesidades de aprendizaje de la enfermedad y el autocuidado, según las capacidades del adulto mayor con CCR
7	4	127	Redimensión del estilo de vida en el adulto mayor con CCR en su vida diaria	- Orientación y comprensión sobre cambios de estilo de vida, aprendiendo su autocuidado
8	4	127	Conductas responsables en la vigilancia de los síntomas en el adulto mayor con CCR	- Recepción de la repercusión de síntomas indicativos de recidivas de la enfermedad Orientación sobre escala analógica del dolor y frecuencia de evaluaciones
9	6	127	Conocimiento sobre la enfermedad como dimensión biológica en consultas y visitas al hogar	- Valoración de la dimensión biológica del adulto mayor con CCR, en la APS, evaluación según escala

			por el médico residente y especialista de Medicina Familiar	geriátrica de evaluación funciona, examen físico, cumplimiento de tratamiento y control de dieta	
10	5	127	Interacción del rol del adulto mayor con CCR, el médico residente y especialista de Medicina Familiar y el empleo de la comunidad como espacio de intercambio para un autocuidado apropiado	-	Reformulación de acciones y actividades de salud en correspondencia con las necesidades del adulto mayor con CCR
11	2	127	Control del Plan de Acción en correspondencia con las demandas y necesidades identificadas en el adulto mayor con CCR	-	Orientación y comprensión sobre la capacidad adquirida para su autocuidado y acciones integrales en correspondencia a sus necesidades de autocuidado

ANEXO 13

Tabla 3.4. Evaluación de la estrategia según criterio de expertos en relación con la aplicabilidad en la Atención Primaria de Salud de las acciones y actividades propuestas

Acciones y Actividades	Muy Adecuada		Bastante Adecuada		Adecuada		Poco Adecuada		No Adecuada	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Acción 1	9	50,00	2	11,11	6	-	1	5,55	-	-
Acción 2	15	83,33	3	16,66	-	-	-	-	-	-
Acción 3	17	94,44	1	5,55	-	-	-	-	-	-
Acción 4	18	100,00	-	-	-	-	-	-	-	-
Acción 5	11	61,11	1	5,55	4	22,22	2	11,11	-	-
Acción 6	16	88,88	2	11,11	-	-	-	-	-	-
Acción 7	18	100,00	-	-	-	-	-	-	-	-
Acción 8	10	55,55	1	5,55	4	22,22	3	16,66	-	-
Acción 9	18	100,00	-	-	-	-	-	-	-	-
Acción 10	14	77,77	4	22,22	-	-	-	-	-	-
Acción 11	13	72,22	5	27,77	-	-	-	-	-	-

Tabla 3.5. Evaluación de la estrategia según criterio de expertos en relación con la factibilidad para la introducción en la Atención Primaria de Salud de las acciones y actividades

Tabla 3.6. Evaluación de la estrategia según criterio de expertos en relación con la necesidad de la introducción de las acciones y actividades propuestas

Tabla 3.7. Evaluación de la estrategia según criterio de expertos en relación con la pertinencia para la implementación de las acciones y actividades propuestas

Tabla 3.8. Evaluación de la estrategia según criterio de expertos en relación con la actualidad y nivel científico de las acciones y actividades propuestas

ANEXO 14

Tabla 3.12. Autocuidado de los adultos mayores con cáncer colorrectal antes y después de implementada la estrategia

Categorías n=127	Niveles	PrePrueba		PosPrueba	
		N.º	%	N.º	%
Actividad Física	Percepción de autocuidado adecuado	7	5,51	116	91,33
	Percepción de autocuidado parcialmente adecuado	120	94,48	11	8,67
	Percepción de autocuidado inadecuado	0	0,00	0	0,00
	Sin capacidad de autocuidado	0	0,00	0	0,00
Alimentación	Con déficit de autocuidado total	0	0,00	0	0,00
	Percepción de autocuidado adecuado	2	1,57	97	76,37
	Percepción de autocuidado parcialmente adecuado	58	45,66	30	23,63
	Percepción de autocuidado inadecuado	67	52,75	0	0,00
Eliminación	Sin capacidad de autocuidado	0	0,00	0	0,00
	Con déficit de autocuidado total	0	0,00	0	0,00
	Percepción de autocuidado adecuado	3	2,36	102	80,31
	Percepción de autocuidado parcialmente adecuado	53	41,73	25	19,69
Descanso y Sueño	Percepción de autocuidado inadecuado	71	55,90	0	0,00
	Sin capacidad de autocuidado	0	0,00	0	0,00
	Con déficit de autocuidado total	0	0,00	0	0,00
	Percepción de autocuidado adecuado	12	9,44	120	94,48
Higiene y Confort	Percepción de autocuidado parcialmente adecuado	82	64,56	6	4,73
	Percepción de autocuidado inadecuado	33	25,98	1	0,79
	Sin capacidad de autocuidado	0	0,00	0	0,00
	Con déficit de autocuidado total	0	0,00	0	0,00
Higiene y Confort	Percepción de autocuidado adecuado	14	11,02	120	94,48
	Percepción de autocuidado parcialmente adecuado	103	81,10	7	5,52
	Percepción de autocuidado inadecuado	10	7,87	0	0,00

		Sin capacidad de autocuidado	0	0,00	0	0,00
		Con déficit de autocuidado total	0	0,00	0	0,00
Medicación	Percepción de autocuidado adecuado		2	1,57	99	77,95
	Percepción de autocuidado parcialmente adecuado		20	15,74	27	21,26
	Percepción de autocuidado inadecuado		105	82,67	1	0,79
	Sin capacidad de autocuidado		0	0,00	0	0,00
Control de Salud	Con déficit de autocuidado total		0	0,00	0	0,00
	Percepción de autocuidado adecuado		9	7,08	108	85,03
	Percepción de autocuidado parcialmente adecuado		35	27,55	18	14,18
	Percepción de autocuidado inadecuado		83	63,35	1	0,79
Adicciones o Hábitos tóxicos	Sin capacidad de autocuidado		0	0,00	0	0,00
	Con déficit de autocuidado total		0	0,00	0	0,00
	Percepción de autocuidado adecuado		1	0,79	66	51,96
	Percepción de autocuidado parcialmente adecuado		35	27,55	60	47,25
	Percepción de autocuidado inadecuado		91	71,65	1	0,79
	Sin capacidad de autocuidado		0	0,00	0	0,00
	Con déficit de autocuidado total		0	0,00	0	0,00