

Estrategia de integración de cuidados formales y no formales en el anciano en la comunidad

Yoni Tejeda Dilou ¹.
Caridad Dandicourt Thomas ².
Rafael René Suárez Fuentes ².
Adriana Sarda Prada ¹.
Bárbara María Arias Reyes ³.

¹ Policlínico Universitario "José Martí Pérez". Dependencia Enfermería. Santiago de Cuba. Cuba.
yonitejeda@infomed.sld.cu o yoni.74@nauta.cu

² Universidad de Ciencias Médicas de La Habana, Facultad de Ciencias Médicas "Manuel Fajardo". Dependencia Docente. La Habana. Cuba.

³ Hospital Materno Norte "Tamara Bunke", Departamento Enfermería. Santiago de Cuba. Cuba.

RESUMEN

Introducción: El cuidado formal y no formal en la comunidad es considerado una herramienta fundamental para mejorar la atención de los ancianos desde la perspectiva profesional, familiar y comunitaria.

Objetivo: Evaluar la propuesta de una estrategia de integración de los cuidados formales y no formales en los ancianos en estado de necesidad en la comunidad.

Métodos: Estudio de intervención, desarrollo. Policlínico "José Martí Pérez", Santiago de Cuba, periodo 2019 al 2021. El universo estuvo conformado por 36 enfermeras (gestores de cuidados formales) y 36 familiares (agentes ejecutores de los cuidados no formales). Se diseñó una estrategia basada en los referentes identificados en los estudios históricos y Bibliométricos y el diagnóstico del estudio descriptivo previo, aplicada en la comunidad para abordar las acciones las fases clínico asistencial y clínico humanizado en el cuidado. Se compararon después de aplicadas de la estrategia las proporciones poblacionales mediante Mc Nemar.

Resultados: El grado de parentesco y tiempo de atención de los cuidadores no formales predominaron los nietos con 25,00%, los grupos de años de 1-5 años con 38,88%. Se logró cambio positivos después de la intervención, con 6 (16,66%) en los cuidadores formales y 7 (19,94%) en los no formales.

Conclusiones: Se logró el diseño de la estrategia de integración de los cuidados formales y no formales en los ancianos en la comunidad, que favorece al cuidado integrado desde el actuar del binomio enfermera familiar en la Atención Primaria de Salud.

Palabras clave: Salud del Anciano; Enfermería geriátrica; Atención de enfermería; Anciano.

I. INTRODUCCIÓN

La confluencia de diversos hechos políticos, económicos y sociales, hacen que la esperanza de vida de las poblaciones en diversos países aumente y con ello, todas las enfermedades prevalentes de la tercera edad, que no son enfermedades curativas, si no, más bien degenerativas que evolucionan hacia los procesos crónicos, con situaciones de dependencia funcional para desempeñarse en las actividades de

la vida diaria, acompañado de proceso de discapacidad prevalente a lo largo del ciclo vital del anciano, el cual transita hacia el anciano en estado de necesidad definido como los ancianos que han transcurrido por los diversos estados previos hasta convertirse en un anciano que necesita para su subsistencia de los cuidados permanentes de los cuidadores formales o no formales. Este fenómeno ha sido uno de los retos actuales más importantes para las políticas de salud. ^(1,2)

La Enfermería como ciencia, abordan en su esencia el cuidado desde una perspectiva holística que orienta su trabajo hacia la búsqueda de soluciones específicas para cubrir las necesidades reales de los pacientes en su entorno, y tiene entre sus funciones la de ayudar al individuo enfermo o sano a realizar, las actividades que contribuyen a su salud, recuperación o una muerte tranquila como refiere Virginia Henderson en su teoría. ⁽³⁻⁵⁾

En informe elaborado por la Fundación General sobre el anciano en estado de necesidad, para el examen de sus políticas de fomento en materia de envejecimiento, compara las necesidades reales que demandan las personas mayores de 65 años, entre sus preocupaciones, destaca la discapacidad y la dependencia “como uno de los factores más determinantes que influyen en la mejora de la calidad de vida general, lo que hace que la Enfermería como ciencia haya sufrido cambios y evolucionado de ser una mera aplicación de técnicas determinadas, a abrir su campo de acción a otros ámbitos, como el de la prevención y el desarrollo en las acciones a través de las estrategias comunitarias. ^(6,7)

El mayor impacto se sentirá para el año 2050 cuando alrededor del 20 % de la población mundial será envejecida según las cifras de las Naciones Unidas, la que se comportará que por cada dos personas mayores habrá un menor de 14 años. ^(8,9)

Debido a la transición demográfica que ocurre a nivel mundial y en Latinoamérica, la mayor media de vida según la Organización Mundial de la Salud (OMS), se encuentra en Cuba con 78 años, seguidos de Chile, Costa Rica con 77 años; después Argentina, Uruguay y Venezuela con 75 años de existencia promedio y posterior se ubican México con 74 y Perú con 71 años. ^(7,10)

En Cuba el Ministerio de Salud Pública (MINSAP) ha desarrollado planes estratégicos de proyección social en bienestar de la población, con la introducción del Programa del Médico Enfermera de la Familia, la enfermería tiene un rol docente asistencial mediante la promoción y prevención en la atención a los pacientes ancianos en la Atención Primaria de salud. Sin embargo, resulta importante que se integren los cuidados formales y no formales en la atención de los ancianos en estado de necesidad en la Atención Primaria de Salud. En este sentido, se aprecian nuevos retos asistenciales e investigativos para la Enfermería en esta dirección son numerosas las tareas que se han establecidos como estrategias de salud para garantizar la atención integral a los ancianos en este estado en la comunidad.

Desde los aspectos mencionados con anterioridad y su repercusión en la sociedad, se realiza la investigación con el objetivo de evaluar la propuesta de una estrategia de integración de los cuidados formales y no formales en los ancianos en estado de necesidad en la comunidad.

II. MÉTODOS

Se realizó un estudio de intervención, desarrollo, ya que aporta una estrategia de integración de cuidados formales y no formales en los ancianos en estado de necesidad en la comunidad, contextualizada en el "Policlínico José Martí Pérez" del municipio Santiago de Cuba, en el periodo de 2019 al 2021.

Universo: estuvo conformado por 36 enfermeras (gestores de cuidados formales) con un mismo perfil, característica o rasgos similares con funciones asistenciales en el área clínico asistencial comunitaria y 36 familiares (agentes ejecutores de los cuidados no formales) designados al cuidado de los ancianos en estado de necesidad en la comunidad.

Criterios de selección para las enfermeras.

1. Personal de enfermería que fue plantilla física y que realice funciones asistenciales en el área clínico asistencial comunitaria.
2. Personal de enfermería que atendió pacientes ancianos en estado de necesidad en la comunidad.

Criterio de selección de los familiares.

1. Familiar que permaneció en el área de salud al cuidado de los ancianos en estado de necesidad en la comunidad.

A partir de los criterios antes descritos se incluyeron a:

1. Enfermeras del servicio de Consultorio.
2. Familiares al cuidado de los ancianos en estado de necesidad en la comunidad.

El estudio transitó por cuatro etapas o momentos: etapa diagnóstica, diseño, implementación y evaluación de la estrategia.

Etapas I Diagnóstica: Respondió a un estudio descriptivo donde se identificó a través de las encuestas estructuradas en 5 preguntas, diseñada por los autores para el personal de enfermería y los familiares sobre la visión compleja holística de la situación en la integración de los cuidados en la atención al anciano en estado de necesidad como fenómeno social existente en la Atención Primaria de Salud (APS), se validó el contenido mediante la tabulación y procesamiento de las cifras obtenidas en la puntuación de la escala para la obtención del Índice de Validez de Contenido (IVC) de cada ítem del instrumento con resultados aceptables a través de la escala de Valor de Kappa de Fleiss que evaluó la redacción, coherencia, pertinencia y veracidad por los 22 expertos de las ciencias de la salud comunitaria.

Conceptualización y operacionalización de variables:

- Calificación técnica: calificación del personal de enfermería en el momento del estudio.
 - Tiempo como cuidador formal: (en años.)
 - Tiempo como cuidador no formal (en años)
 - Parentesco: relación de los cuidadores no formales con los ancianos en estado de necesidad
- Conocimientos de los Cuidadores formales sobre proceso de integración de los cuidados.
- Adecuados: Cuando obtuvieron 60,00 % y más de los conocimientos básicos sobre el proceso de la integración de los cuidados en la comunidad.
 - Inadecuados: Cuando obtuvieron 59,00 % y menos de los conocimientos básicos sobre el proceso de integración de los cuidados en la comunidad.

Conocimientos de los cuidadores no formales sobre proceso de integración de los cuidados.

- Adecuados: Cuando los familiares refirieron 60,00 % y más de los elementos de la integración en los cuidados en el anciano en estado de necesidad en la comunidad.
- Inadecuados: Cuando los familiares refirieron 59,00 % y menos de los elementos de la integración en los cuidados en el anciano en estado de necesidad en la comunidad.

Etapas II Diseño: Se procedió al diseño de una estrategia basada en la información de los referentes identificados en los estudios históricos y Bibliométricos y el diagnóstico del estudio descriptivo previo

sobre los conocimientos referentes al proceso de integración de los cuidados formales y no formal en la comunidad. Seguido de su elaboración, validación e implementación:

Se elaboró la estrategia desde los aspectos ético profesionales, las acciones de capacitación, asistenciales mediante la interacción de las fases clínico asistencial y clínico humanizada en el cuidado de los ancianos en estado de necesidad en la comunidad, sustentada sobre la persona y el cuidado de enfermería como ejes centrales de la propuesta, basada en los fundamentos filosóficos, epistemológicos, Psico-biológicos, Enfermeros y un diseño como respuesta a las problemática que surge al integrar a la persona, familia y comunidad y los aportes de valiosos resultados en los diversos contextos de atención. Se validó la estrategia mediante el criterio de 22 expertos que realizaron dos rondas, con 4 señalamientos y 3 recomendaciones de la primera ronda, dando paso a una propuesta más acabada y estructurada con los principales fundamentos desde lo asistencial y humanista en el cuidado al anciano en estado de necesidad y su integración, la cual se valoró y aprobó por los expertos a partir de la factibilidad de la propuesta.

Etapa III Implementación: La estrategia fue implementada por el personal de enfermería (cuidador formal) y los familiares a cargo de los ancianos en estado de necesidad (cuidadores no formales) en el contexto del consultorios del Médico y Enfermera de la familia quienes aceptaron formar parte del proyecto, se inició con la capacitación en el proceso de integración de los cuidados durante la actividad asistencial con una frecuencia semanal en el área de atención comunitaria por un periodo de 6 meses, a través de las sub etapas de sensibilización, capacitación y ejecución con su posterior aplicación de las acciones en las fase clínico asistencial y clínico humanizada en el cuidado para poner en práctica el proceso de integración de los cuidados y su evaluación en el cuidado del grupo de estudio.

Etapa IV Evaluación: Para evidenciar el dominio de la estrategia de integración de los cuidados formales y no formales en los ancianos en la comunidad, se realizaron talleres de capacitación con las enfermeras y familiares en secciones de trabajo de forma independiente, lo que facilitó el monitoreo, ejecución e implementación de las acciones a desarrollar en la estrategia en la comunidad.

En el monitoreo se tomó en consideración los siguientes elementos: Valoración por parte de la enfermera y familiar de las afectación en los ancianos en estado de necesidad de las 14 necesidades según patrón de Virginia Henderson, así como un cuidado integrado a través de las acciones clínico humanizada en la atención integral comunitaria, para lograr relaciones comunicativas entre el binomio enfermera-familia en el proceso de integración en el medio familiar, lo que potencia la responsabilidad para la solución a los problemas del anciano en estado de necesidad en la comunidad.

Se utilizó un instrumento diseñado por el equipo de investigadores y validado por expertos para evaluar de forma combinada el proceso de integración de los cuidados del binomio enfermera-familia, diseñado con preguntas que se evalúan con un puntaje según escala de clasificación al proceso. Un año después de concluido y aplicado el proceso de capacitación e implementación de la estrategia al binomio enfermera-familia, se procedió a evaluar los cambios en el proceso de integración de los cuidados desde la proporción de ancianos en estado de necesidad.

Se aplicó Prueba de Mc Nemar para comparar los resultados antes y después de la intervención mediante la siguiente (fórmula) y con un nivel de significación ($\alpha= 0,05$).

$$Mc = \frac{(a-d-1)^2}{a+b}$$

Fig: Fórmula para prueba de Mc Nemar

En el cuadro se resumen las características antes y después de la intervención.

- a- de adecuada a inadecuada.
- b- de adecuada a adecuada.
- c- de inadecuada a inadecuada.
- d- de inadecuada a adecuada.

Para lo cual: plantea como hipótesis:

Hipótesis Nula Ho: No hay diferencias en la proporción de cuidadores formales y no formales con cambios en el nivel de conocimientos antes y después de la intervención educativa (P1=P2)

Hipótesis alternativa H1: Hay diferencias en la proporción de cuidadores formales y no formales con cambios en el nivel de conocimientos antes y después de la intervención educativa (P1≠P2)

Regla de decisión: Si $p \leq 0,05$ se rechaza Ho

Este proyecto fue analizado y aprobado por la Comisión de Ética del Consejo Científico de Ciencias Médicas, Dirección Municipal de Salud de Santiago de Cuba. Se obtuvo por escrito el consentimiento informado de cada uno de los enfermeros y familiares de anciano en estado de necesidad, en el cual se explicó los objetivos del estudio y se estableció la voluntariedad de participar y de abandonar el estudio en el momento que lo desearan.

III. RESULTADOS

Se representa de forma gráfica en la figura 1, la modelación y de forma resumida y abstracta la propuesta de la estrategia en su totalidad.

En la tabla 1 se observa la distribución del grado de parentesco y años de atención de los familiares (cuidadores no formales) con los ancianos en estados de necesidad: El grado de parentesco que predominó en los cuidadores no formales de los ancianos en estado de necesidad en la comunidad fueron los nietos y hermanos con 9 (25,00%) seguido de los hijos con 8 (22,22 %), en cuanto al tiempo de atención en la comunidad se encontró el predominio de los grupos de años de 1-5 años con 38,88 % y 6-10 y 30,55%.

Tabla 1: Distribución porcentual de familiares según del grado de parentesco y tiempo de atención

Grado de parentesco	No	%
Hijo	8	22,22
Nieto	9	25,00
Sobrino	4	11,11
Hermano	9	25,00
Amigo	6	16,66
Total	36	100,00
Tiempo de atención (Años)	No	%
1-5	14	38,88
6-10	11	30,55

11-15	4	11,11
≥16	7	19,44
Total	36	100,00

Fuente: Encuestas.

En la tabla 2 se puede apreciar la distribución de los enfermeros según calificación técnica y años de atención en la comunidad donde predominaron las Licenciadas en Enfermería (cuidadores formales) con un 52,77 %, en cuanto al tiempo de atención en la comunidad se encontró el predominio en el grupo de entre 6-10 años con 16 (44,44 %).

Tabla 2: Distribución porcentual de enfermeras según calificación técnica y el tiempo de atención de los ancianos en estados de necesidad

Calificación técnica	No	%
Enfermera Técnico	5	13,88
Enfermera Post básico	2	5,55
Licenciada en Enfermería	19	52,77
Especialista de primer grado en Enfermería Comunitaria	10	27,77
Total	36	100,00
Tiempo de atención (Años)	No	%
1-5	8	22,22
6-10	16	44,44
11-15	9	25,00
≥16	3	8,33
Total	36	100,00

En cuanto al nivel de conocimiento de los cuidadores formales y no formales sobre las variables de conocimientos sobre el proceso de integración de los cuidados en los adultos mayores en estado de necesidad, en la tabla 3 se observa que antes de la intervención en todos los casos predominó los conocimientos inadecuados en los cuidadores formales en 25 (69,44 %) y en los no formales de 28 (77,77 %), lo que cambió siempre hacia lo positivo después de la intervención en los cuidadores formales con 6 (16,66 %) y en no formales 7 (19,94 %), con un nivel de confiabilidad de un 95 %, con la aplicación de la prueba de probabilidad de C ($p < 0,05$).

Tabla 3: Distribución porcentual de cuidadores formales y no formales según nivel de conocimientos sobre proceso de integración de los cuidados en los ancianos en estado de necesidad antes y después de la intervención

Nivel de conocimiento	Antes de la intervención		Después de la intervención	
	No	%	No	%

Cuidadores formales				
Adecuado	11	30,55	30	83,33
Inadecuado	25	69,44	6	16,66
Total	36	100,00	36	100,00
Cuidadores no formales				
Adecuado	8	22,22	29	80,55
Inadecuado	28	77,77	7	19,44
Total	36	100,00	36	100,00

En la tabla 4 se presenta el resultado del Test de McNemar donde se puede observar que con un nivel de confiabilidad de un 95 % y un (1) grado de libertad (GL), en el proceso de integración de los cuidados formales y no formales en los ancianos en estado de necesidad en la comunidad, se obtuvieron resultados que permiten rechazar la Hipótesis nula (Ho) y decir que hay diferencias significativa en la proporción de cuidadores formales y no formales en el conocimiento de integración de los cuidados antes y después de la intervención, donde el valor de p siempre fue inferior a 0.05; permitió corroborar que una alta proporción de adultos mayores en estado de necesidad recibieron un cuidado inadecuado desde la integración por los cuidadores formales, y de 69,44 % y no formales de 77,77 %. Después de aplicada la estrategia, permitió corroborar que se integró el cuidado de forma adecuada por los cuidadores formales en el 83,33 % y por los no formales en el 80,55 %, lo que obedeció a cambios de conductas.

En nivel de conocimientos inadecuado antes de la capacitación en los cuidadores formales y no formales en la comunidad, lo cual motivó la capacitación y la orientación de la auto preparación del personal de enfermería para mejorar el nivel de conocimiento sobre el proceso de integración de los cuidados en los ancianos en estado de necesidad en la comunidad. Después de evaluada la aplicación de la estrategia con sus procesos de capacitación, el binomio enfermera-familia mostró conocimientos adecuados, resultados semejantes al artículo Efectividad de una intervención educativa en nivel de conocimientos de cuidadores no formales de adultos mayores de *Tejeda Dilou Y.* ⁽¹¹⁾

Antes de aplicar la estrategia, no se evidenciaba el cuidado integrado en la atención de los ancianos en estado de necesidad en la comunidad, por lo que la calidad de la atención de los mismos se afectaba desde la esencia del accionar de enfermería como gestor y el actuar familiar como ejecutor de los cuidados en la comunidad. Resultado semejante refiere *Avalos-C,* ⁽⁵⁾ en su estudio de calidad de vida percibida en el adulto mayor de la provincia de Matanzas.

Los conocimientos del binomio enfermera-familia se comportó de forma inadecuado antes de la intervención como se evidencia en la investigación. Después de aplicada la estrategia se mejora el proceso de integración de los cuidados en la atención comunitaria como se referencia en estudios internacionales en Europa por *Masana,L.* ⁽⁷⁾

Tabla 4: Test de McNemar para nivel de conocimientos en los cuidadores formales y no formales sobre el proceso de integración de los cuidados en los ancianos en estado de necesidad en la comunidad antes y después de aplicada la estrategia de intervención

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

El cuidado integrado en la comunidad permitió corroborar que los ancianos en estado de necesidad en la comunidad recibieran cuidados adecuados con un incremento en la calidad de vida, dado por los cambios conductuales del binomio enfermera-familia en la atención comunitaria, resultado semejantes en los resultados de *Naranjo Hernández Y.*⁽¹²⁾

A consideración de los autores, la estrategia después de su implementación mostró, mejorías en el proceso de integración de los cuidados a través de los cambios aplicados en la modificación del binomio Enfermera-Familia en la comunidad mediante el accionar comunitario para lograr conductas generadoras de salud en los ancianos en estado de necesidad en la comunidad.

Desde estos resultados se evalúa la posible aplicabilidad y generalización de los resultados de la estrategia, así como instrumentarla en la atención comunitaria para mejorar el cuidado desde la mejora de los conocimientos del binomio Enfermera-Familia en la atención de los ancianos en estado de necesidad en la comunidad como posibles soluciones a modificar las conductas generadoras de salud.

Este estudio permitió evaluar la aplicación de la estrategia de integración de los cuidados formales y no formales que tiene una gran significación en la ciencia de la Enfermería ya que aporta una herramienta de utilidad para la aplicación de las acciones clínico asistencial y humanística con una repercusión favorable para el cuidado de los ancianos en estado de necesidad de forma integrado en la comunidad. Se reconoce como limitación haber realizado el estudio en un área de salud por lo que se recomienda su reproducción en otras áreas.

IV. CONCLUSIÓN

Se logró el diseño de la estrategia de integración de los cuidados formales y no formales en los ancianos en la comunidad que se evaluó de satisfactoria al evidenciar cambios en el nivel de conocimientos y favorece al cuidado el proceso de integración en la comunidad por el binomio enfermera-familia y así mejorar la calidad de vida de los ancianos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1- Firmino Bezerra ST, Mesquita Lemos A, Costa de Sousa SM, Lima Carvalho CM, Carvalho Fernandes AF, Santos Alves MD. Promoción de la salud: la calidad de vida en las prácticas de enfermería. *Enferm. glob.* [Internet]. 2013 Oct [acceso: 13/02/2021]; 12(32): 260-9. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412013000400016&lng=es.
- 2- Álvarez Lauzarique ME, Vea Bayarre H, Pérez Piñero J. Evaluación de la calidad de la atención al adulto mayor en el primer nivel de salud. *Revista Cubana de Medicina General Integral* [Internet]. 2018 [acceso: 13/02/2021]; 34(2):[aprox. 12 p.]. Disponible en: <http://www.revmgi.sld.cu/index.php/mgi/article/view/671>
- 3- Leon Ramon CA. Nuevas teorías en enfermería y las precedentes de importancia histórica. *Revista Cubana de Enfermería.* [Internet]. 2017 [acceso: 13/02/2021]; 33(4):[aprox. 8 p.]. Disponible en: <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/1587/301>
- 4- Beltrán Salazar Ó. Atención al detalle, un requisito para el cuidado humanizado. *Index Enferm.* [Internet]. 2015 Jun [acceso: 13/02/2021]; 24(1-2):49-53. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962015000100011&lng=es.
<http://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962015000100011>.
- 5- Avalos-C MT, Amador-Olvera E, Zerón-Gutiérrez L. Consultorio escuela. El aprendizaje vinculado de la teoría con la práctica. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc.* [Internet]. 2016 [acceso: 13/02/2021]; 54(5): [Aprox 4 p]. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2016/im165a.pdf>
- 6- Vázquez Garay F, Moncada Santos Md, Gola Rodríguez D. Representación social de la salud en ancianos de un área de salud en Santiago de Cuba. *MEDISAN.* [Internet]. 2019 [acceso: 13/02/2021]; 23(1):[aprox. 12 p.]. Disponible en: <http://www.medisan.sld.cu/index.php/san/article/view/2257>
- 7- Masana L. Cuidados informales de larga duración en España: retos, miradas y soluciones.[Internet]. 2017 [acceso: 13/02/2021];13(2). Disponible en: <https://doi.org/10.18294/sc.2017.1237>
- 8- Dueñas González D, Bayarre Vea HD, Triana Álvarez E, Rodríguez Pérez V. Calidad de vida percibida en adultos mayores de la provincia de Matanzas. *Rev Cubana Med Gen Integr.* [Internet]. 2009 [acceso: 13/02/2021]; 25(2): [aprox. 12 p.]. Disponible en: http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252009000200002&lng=es.
- 9- Sánchez Rodríguez JR, Aguayo Cuevas CP, Galdames Cabrera LG. Desarrollo del conocimiento de enfermería, en busca del cuidado profesional. Relación con la teoría crítica. *Revista Cubana de Enfermería* [Internet]. 2017 [acceso: 13/02/2021];33(3): e2091. Disponible en: <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/2091>
- 10- Naranjo Y. Reflexiones conceptuales sobre algunas teorías de enfermería y su validez en la práctica cubana. *Revista Cubana de Enfermería* [Internet]. 2016 [acceso: 13/02/2021];32(4): [aprox. 17 p.]. Disponible en: <http://revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/986/217>
- 11- Tejeda Dilou Y. Efectividad de una intervención educativa en nivel de conocimientos de cuidadores no formales de adultos mayores. *Revista Cubana de Enfermería.* [Internet]. 2020 [acceso:

13/02/2021];36(1):e3074.

Disponible

en:

<http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/3074>

12- Naranjo Hernández Y. Estrategia de autocuidado en el adulto mayor con úlcera neuropática en la comunidad. Revista Cubana de Enfermería. [Internet]. 2018 [acceso: 13/02/2021];34(3):[aprox. 9 p.].

Disponible en: <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/2428>