

**SANCTI SPÍRITUS
UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS DE LA HABANA
FACULTAD DE ENFERMERÍA LIDIA DOCE**

**Estrategia de autocuidado en el adulto mayor con
Úlcera Neuropática en la comunidad**

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

Ydalsys Naranjo Hernández

Sancti Spíritus, 2016

**SANCTI SPÍRITUS
UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS DE LA HABANA
FACULTAD DE ENFERMERÍA LIDIA DOCE**

**Estrategia de autocuidado en el adulto mayor con
Úlcera Neuropática en la comunidad**

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

Autora: MSc. Lic. Ydalsys Naranjo Hernández

Tutores: Prof. Tit. Dr. C. José Alejandro Concepción Pacheco

Prof. Tit. Dr. C. Mario Avila Sánchez

Sancti Spíritus, 2016

DEDICATORIA

A Dios,

Por iluminar mi mente durante la elaboración de la tesis, por bendecirme con la oportunidad de terminar el Doctorado en Ciencias de la Enfermería. Gracias por alumbrarme en los momentos difíciles, sobre todo gracias por darme la fortaleza interna para sobreponerme en las adversidades.

A mi hijo,

Isbel Antonio Consuegra Naranjo

Por permitirme sacrificar el tiempo que podría dedicarle a él, por ser lo más grande y valioso que Dios me ha dado, por ser mi fuente de inspiración y la razón por quién lucho día a día para ser mejor.

A mis padres,

Por su ayuda incondicional para lograr el presente éxito profesional.

A mi esposo,

Eliezer Ruíz Brunet por estar a mi lado siempre y contribuir incondicionalmente en todos mis empeños.

A la Revolución Cubana,

Por darme la oportunidad de ser una profesional de estos tiempos.

AGRADECIMIENTOS

- A mis tutores Dr. C. José Alejandro Concepción Pacheco, y Dr. C. Mario Avila Sánchez por haber aceptado la tutoría de esta investigación, por sus enseñanzas para la vida, su apoyo y su amistad.
- A mis profesores del programa curricular, por tanto conocimiento puesto en beneficio del desarrollo de la Enfermería cubana.
- A los profesores: el Dr. Gustavo Díaz Pacheco, el MSc. Roberto P. Martín Chávez y la MSc. Rosa María Ramos Palmero por sus enseñanzas y críticas oportunas.
- A mis amigos y compañeros de trabajo: Rolando Cañizares Marín, Tania Felipe, Daimara Padilla, Míriam Larrainaga Rodríguez, Carlos Rafael Rodríguez, Teresita González García, Elizabeth Manso Fernández, y Rosa González Cobas.
- A la dirección de la Universidad de Ciencias Médicas de Sancti Spíritus y de la Facultad Dr. Faustino Pérez Hernández por brindarme todo el apoyo y la ayuda posible.
- A la dirección de postgrado de la UCM de Sancti Spíritus.
- A los ancianos y sus familiares que permitieron penetrar en sus hogares para hacer realidad esta investigación.
- A los miembros del tribunal del acto de predefensa presidido por el Dr. C. Jorge Alberto Martínez Isaac y al oponente Dr. C. Berto Delis Conde Fernández por sus oportunos señalamientos y valiosas sugerencias.

A todos, MUCHAS GRACIAS

SÍNTESIS

La Úlcera Neuropática constituye una de las complicaciones crónicas que se incluyen dentro del Síndrome del Pie Diabético, caracterizada por predisponer a la infección, agravar la isquemia y con frecuencia determinar secuelas invalidantes. En el área de salud Dr. Rudesindo A. García del Rijo del municipio Sancti Spíritus, en la provincia del mismo nombre, en el período comprendido de 2011-2015, se evidenció una alta incidencia de esta entidad. Para minimizar la situación problemática planteada, se realizó una investigación de intervención y desarrollo, donde el compromiso de la autora se evidencia en el objetivo: Desarrollar una estrategia para el autocuidado del adulto mayor con Úlcera Neuropática en la comunidad del policlínico Dr. Rudesindo A. García del Rijo del municipio Santi Spíritus. Se emplearon métodos del nivel teórico y empíricos, así como estadísticos matemáticos lo que permitió identificar el nivel de conocimiento de las Enfermeras (os) responsables del autocuidado de los adultos mayores, antes y después de implementada la estrategia, la caracterización de los adultos mayores con Úlcera Neuropática, se implementó la estrategia de autocuidado a los adultos mayores con esta entidad, se observó el restablecimiento cutáneo de la Úlcera Neuropática y se identificó el estado de salud de los adultos mayores con esta afección. Resultante de la influencia de la estrategia se favoreció el autocuidado de los adultos mayores con Úlcera Neuropática, así como cambios significativos en el actuar del personal de Enfermería, con el autocuidado de este grupo de pacientes. La estrategia realizada produjo cambios significativos en las dimensiones estudiadas lo que condujo a modificaciones hacia las conductas generadoras de salud.

ÍNDICE

Contenido	Ág.
INTRODUCCIÓN.....	1
CAPÍTULO I. MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL Y CONTEXTUAL DE LA INVESTIGACIÓN.....	11
1.1 La diabetes como problema de salud.....	11
1.2 Principales factores determinantes de la Úlcera Neuropática.....	14
1.2.1 Tratamiento Convencional.....	18
1.2.2 Medidas de atención de la Úlcera Neuropática.....	19
1.2.3 Los cuidados de Enfermería.....	20
1.3 Adaptación de la Teoría del déficit de autocuidado de Dorothea E. Orem en personas con DM complicada con Úlcera Neuropática.....	23
1.3.1 La teoría de Dorothea E. Orem y el Proceso de Atención de Enfermería.....	28
1.4 Relación entre factores de riesgo y determinantes sociales.....	32
1.5 Las estrategias como resultado científico.....	34
CAPÍTULO II. CONCEPCIÓN Y DISEÑO METODOLÓGICO DE LA INVESTIGACIÓN.....	45
2.1. Diseño metodológico de la investigación.....	45
2.2. Universo.....	46
2.3. Operacionalización de las variables en estudio.....	46
2.4. Diseño de intervención.....	47
2.5. Procedimientos generales para la ejecución de la estrategia.....	49
2.6. Aspectos éticos del estudio.....	66
CAPÍTULO III. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS EN LA APLICACIÓN DE LA ESTRATEGIA PARA EL AUTOCUIDADO DEL ADULTO MAYOR CON ÚLCERA NEUROPÁTICA EN LA COMUNIDAD DEL POLICLÍNICO DR. RUDESINDO A. GARCÍA DEL RIJO DEL MUNICIPIO SANTI SPÍRITUS.....	68
3.1. Primera etapa: Identificación del nivel de conocimientos del personal de Enfermería. Restablecimiento cutáneo. Estado de salud de los adultos mayores. Autocuidado de los adultos mayores.....	68

3.2. Segunda etapa: Caracterización de los pacientes adultos mayores con Úlcera Neuropática.....	72
3.3. Tercera etapa: Diseño de la estrategia de autocuidado del adulto mayor con Úlcera Neuropática en la comunidad.....	74
3.4. Cuarta etapa. Implementación de la estrategia.....	89
3.5. Quinta etapa. Evaluación de la Estrategia de Autocuidado del adulto mayor con Úlcera Neuropática en la comunidad.....	93
CONCLUSIONES.....	97
RECOMENDACIONES.....	99
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	
BIBLIOGRAFÍA	
ANEXOS	

INTRODUCCIÓN

INTRODUCCIÓN

La humanidad siempre ha tenido la aspiración de lograr la inmortalidad, cada generación ha comprendido que la única forma de perdurar es reproducirse, desarrollarse, envejecer y morir para transformarse, es el ciclo de vida que se repite una y otra vez en la especie viviente con marcada exactitud.¹

En América Latina ha existido un incremento sostenido en la proporción y el número absoluto de personas de 60 años y más de edad. El proceso de envejecimiento seguirá acentuándose de manera acelerada en los próximos años, sobre todo en el período 2010- 2030, cuando la tasa de crecimiento del segmento de 60 años y más será el 2,3 %, la más elevada de la población en su conjunto.^{1,2}

El envejecimiento en Cuba constituye el principal problema demográfico con un 19,0 % de la población con 60 años y más, se espera que para el 2025 este grupo ocupe más del 25 por ciento de la población total y para el 2050, la proporción de la población mundial con más de 60 años de edad se duplicará. Se considera que, el número de personas de 60 años o más aumente de 605 millones a 2000 millones en ese mismo período, encontrándose entre los países más envejecidos de América Latina,^{3, 4, 5, 6}

El envejecimiento de la población en los países desarrollados y en vías de desarrollo, ha causado, entre otros fenómenos, una repercusión en la producción de las enfermedades crónicas no transmisibles sobre dichas poblaciones y dentro de ellas, la Diabetes Mellitus (a partir de aquí DM).

En el mundo existen entre 194 y 246 millones de personas con DM y se espera que aumente entre 333 y 380 millones de individuos en el 2025.⁷

En América Latina existen alrededor de 15 millones de personas diabéticas y esta cifra llegará a 20 millones en los próximos 10 años, mucho más de lo esperado por el crecimiento poblacional.⁸

En Cuba, la DM prevalece en 160.0 por cada 1000 habitantes con predominio, entre sus diferentes formas clínicas, de la DM tipo II. Desde 1960 se encuentra entre las diez primeras causas de muerte de la población en general.^{9, 10, 11}

En la provincia de Sancti Spíritus la prevalencia de la DM es de 64.5 por 1000 habitantes.¹²

Para interés del presente estudio, se relaciona la DM con la Úlcera Neuropática, este vínculo fue declarado por primera vez, en 1887 por el cirujano Pryce y constituye una de las complicaciones de peor evolución y de mayores gastos de recursos en los sistemas de salud, con una incidencia anual ligeramente mayor al dos por ciento de estos pacientes con DM. Llega desde el 5 al 7.5 % en los que presentan Neuropatía Periférica.¹³

El 50 % de los enfermos diabéticos hospitalizados en el Reino Unido, lo son por Úlcera Neuropática. En Estados Unidos Gran Bretaña, España y México, más del 25 % de los ingresos hospitalarios de los diabéticos están relacionados con la Úlcera Neuropática.^{14, 15}

En Cuba, en el Instituto Nacional de Angiología y Cirugía Vascular, con un servicio especializado en Angiopatía diabética, el 20 % de los pacientes que ingresan lo hacen por la Úlcera Neuropática. Aproximadamente el 15 % de todos los pacientes con DM desarrollarán una Úlcera Neuropática.¹⁶

El autocuidado del paciente diabético se considera un elemento coherente en el tratamiento de la Úlcera Neuropática. Esta perspectiva ayuda al paciente a tomar

conciencia de su propia condición, mediante la mejora de sus conocimientos y habilidades para realizar acciones adecuadas de autocuidado y autoexploración, orientados hacia un cambio de comportamiento positivo que les permita, en última instancia, reducir el riesgo de complicaciones.^{17, 18}

El autocuidado, que promueve la teoría de Dorothea E. Orem, se define como las acciones que permiten al individuo mantener la salud, el bienestar y responder de manera constante a sus necesidades para mantener la vida, curar las enfermedades y/o heridas y hacer frente a las complicaciones.^{19, 20, 21, 22}

En este sentido, la autora considera se vislumbran nuevos retos asistenciales e investigativos para la Enfermería Comunitaria desde el paradigma de la Salud Pública Cubana, dado el papel que desempeña el personal de Enfermería dentro del equipo básico de salud, al ser mayor la necesidad de sustentar las prácticas de salud comunitarias con enfoque en el cuidado a los individuos, familias y comunidades, con la creación de las Casas de Abuelos, la constitución de los Círculos de Abuelos y una atención geriátrica especializada para lograr que las personas que transitan hacia la tercera edad disfruten de un envejecimiento saludable y feliz.

En el entorno cubano, se han realizado investigaciones sobre: El autocuidado del adulto mayor y de estos diabéticos con Úlcera Neuropática, sin embargo, son escasos hasta el momento estudios coordinados por enfermeras (os) para mejorar este autocuidado.

En la actualidad la dinámica de salud con la Úlcera Neuropática, constituye uno de los eventos sanitarios de relevante importancia, identificados en el análisis de la situación de salud, así como línea de investigación para disminuir su incidencia en

los adultos mayores, necesaria entonces la fundamentación desde la perspectiva teórica y práctica en investigaciones científicas que constituyan futuro instrumento de trabajo para la asistencia médica en la Atención Primaria de Salud (de aquí en adelante APS). Lo antes expuesto, permite plantear como **situación problemática** la siguiente:

En el Policlínico Dr. Rudesindo A. García del Rijo del municipio Sancti Spiritus, se trabaja con la Úlcera Neuropática que complica la DM. En el año 2011 padecieron de Úlcera Neuropática seis pacientes; en el año 2012, 46 pacientes; en el 2013, 25 pacientes; en el año 2014, 16 pacientes y en el 2015, 96 pacientes, constatado en la revisión de historias clínicas familiares, análisis de la situación de salud e historias clínicas individuales.

El personal de Enfermería necesita elementos que permitan el manejo de este tipo de personas afectas en relación al autocuidado. Los datos aportados concuerdan con la experiencia y vivencias previas de la autora en el desempeño de sus funciones como especialista del área.

De la situación problemática planteada se revela la **contradicción** existente entre la elevada incidencia de pacientes adultos mayores diabéticos portadores de Úlcera Neuropática en la APS, necesitados de mejorar el autocuidado y la atención de enfermería en relación al autocuidado, esperada por el nivel experticia en esta área que se manifiesta en el objeto de la profesión.

Se identifica como **problema científico** ¿Cómo contribuir al perfeccionamiento del autocuidado del adulto mayor con diagnóstico de Úlcera Neuropática dispensarizados como diabéticos?

Constituyó el **objeto de estudio**: El proceso de autocuidado del adulto mayor con Úlcera Neuropática en la comunidad, desde la perspectiva de Enfermería, mientras que el **campo de acción**: La relación sistémica entre los elementos del autocuidado, restablecimiento cutáneo y el estado de salud de los adulto mayor con Úlcera Neuropática, desde la perspectiva de Enfermería.

La **hipótesis** que sustenta esta investigación expresa:

Si se implementa una estrategia de autocuidado del adulto mayor con Úlcera Neuropática en los pacientes dispensarizados como diabéticos, en el Policlínico Dr. Rudesindo A. García del Rijo, entonces se logrará reducir, la evolución clínica de la entidad patológica en estudio.

El compromiso de la autora con el proceso investigativo, se manifiesta en el siguiente **objetivo general**: Desarrollar una estrategia para el autocuidado del adulto mayor con Úlcera Neuropática en la comunidad del policlínico Dr. Rudesindo A. García del Rijo del municipio Santi Spíritus.

Como **objetivos específicos** para cumplimentar el objetivo general propuesto:

1. Identificar los referentes teóricos que sustentan el autocuidado del adulto mayor con Úlcera Neuropática, desde la perspectiva de Enfermería.
2. Caracterizar el estado actual de los pacientes adultos mayores con Úlcera Neuropática y el nivel de conocimientos del personal de Enfermería.
3. Diseñar una estrategia para el autocuidado del adulto mayor con Úlcera Neuropática en la comunidad.
4. Evaluar el resultado de la aplicación de la estrategia de autocuidado del adulto mayor con Úlcera Neuropática en la comunidad.

Para el cumplimiento de los objetivos trazados se emplearon los procesos lógicos del pensamiento como: la inducción, la deducción, el análisis y la síntesis, además métodos del nivel teórico, empírico y estadístico.

Del **nivel teórico**:

El **análisis bibliográfico**, para profundizar, como aspecto esencial, en la conformación del marco teórico de la investigación y como sustento de las valoraciones realizadas.

El **enfoque de sistema**, en el diseño del algoritmo de la estrategia, facilitó establecer la relación estructural entre sus componentes y los supuestos principales de la teoría del déficit de autocuidado de Dorothea E. Orem. En la organización del informe al establecer las interrelaciones necesarias para expresar claramente la concepción dialéctica y cambiante del objeto como resultado de la actividad transformadora y su relación con el medio.

La **sistematización**, para la estructuración y organización de los conocimientos referentes al autocuidado del adulto mayor con Úlcera Neuropática, existentes en la literatura científica nacional e internacional para arribar a definiciones operacionales y establecer comparaciones.

La **modelación**, posibilitó el proceso de abstracción para la elaboración de la estrategia de autocuidado del adulto mayor con Úlcera Neuropática, y la concreción en la práctica.

El **grupo nominal**, para identificar el autocuidado del paciente adulto mayor con Úlcera Neuropática en el grupo poblacional objeto de estudio, así como evaluar la percepción de los problemas de salud que se presentan en los adultos mayores, desde la perspectiva de Enfermería. Permitió superar la desigualdad en la

representación de opiniones y ordenar jerárquicamente al realizar la votación final para ponderar un orden en las respuestas.

La **consulta a expertos**, fue empleada en la evaluación de la pertinencia de la metodología, facilitó la validación de las acciones incluidas en la estrategia propuesta.

Del nivel empírico:

La **observación**, permitió obtener información visual de la entidad patológica y su relación con el autocuidado del adulto mayor con Úlcera Neuropática y los procedimientos de Enfermería.

La **entrevista**, para recoger en dos momentos las opiniones referidas por los adultos mayores con Úlcera Neuropática, de los principales problemas en el autocuidado y la atención que brinda el personal de Enfermería de la APS e identificar los cambios generados una vez implementada la estrategia.

La **encuesta**, permitió obtener información en relación con el autocuidado de los adultos mayores con Úlcera Neuropática y contrastar la opinión del personal de Enfermería que brindó el cuidado en la comunidad.

Dentro de los **métodos estadísticos**, se utilizaron estadígrafos descriptivos. De la estadística inferencial se utilizó:

Prueba de Rangos con Signos de Wilcoxon, para la significación estadística de los cambios del nivel de información del personal de Enfermería y los cambios del autocuidado del adulto mayor con Úlcera Neuropática. En análisis global y en dos vertientes: modificaciones positivas del personal de Enfermería referente al autocuidado del adulto mayor con Úlcera Neuropática y las modificaciones de estos últimos hacia conductas generadoras de salud.

Prueba de McNemar para determinar la significación estadística de los cambios en la proporción de adultos mayores con Úlcera Neuropática en la comunidad.

La **novedad científica** está dada por la planificación del autocuidado desde la relación existente entre factores de riesgo, determinantes sociales y adecuada atención de salud, sustentada en el modelo de la Teoría del déficit de autocuidado de Dorothea E. Orem, contextualizado a la población objeto de estudio y en los propios nexos que se establecen entre los componentes de la estrategia diseñada.

La **contribución teórica** se concreta en la redimensión contextualizada del autocuidado, del adulto mayor con Úlcera Neuropática, que como base primaria mide el nivel de conocimiento del personal de Enfermería en la aplicación de la Teoría del déficit de autocuidado de Dorothea E. Orem y a través de una relación sistémica entre los elemento del nivel de conocimiento, restablecimiento cutáneo y estado de salud del paciente con Úlcera Neuropática en el logro de un autocuidado responsable del mismo contribuye a un restablecimiento cutáneo y mejora el estado de salud del paciente de una forma rápida y efectiva. Elementos que representan un enriquecimiento de las bases epistemológicas para las Ciencias de la Enfermería

La **significación práctica** consiste en brindar desde la perspectiva de Enfermería una solución a una situación problemática, relacionada con la elevada incidencia de la Úlcera Neuropática en adultos mayores en un área de salud, a través de acciones y actividades de tipo comunitarias de este personal, para modificar de forma favorable el restablecimiento cutáneo de la Úlcera Neuropática, lo que contribuye a mejorar el estado de salud del paciente. La flexibilidad del diseño permite su generalización.

Brinda **aportes metodológicos** desde el diseño de la estrategia, a partir de dimensiones afectadas de los adultos mayores con Úlcera Neuropática en la comunidad, con una validación y evaluación sensible, que permite predecir cambios, producto del autocuidado de los adultos mayores objeto de estudio con la intervención enfermera.

El **aporte social** está dado por ofrecer al sector salud una elevación del nivel de conocimiento del personal de Enfermería que labora con los pacientes adultos mayores con Úlcera Neuropática en la comunidad, para educar a esta población en el autocuidado de su enfermedad, y lograr estilos de vida saludables que favorezcan la calidad de vida. En lo **económico**, las habilidades adquiridas para el autocuidado de los adultos mayores con Úlcera Neuropática, contribuyen a espaciar los períodos de institucionalización, reducir la medicación y atención médica, con disminución de los costos.

Los resultados alcanzados en esta investigación son válidos, oportunos y pertinentes de acuerdo a los objetivos de trabajo del programa priorizado por el Sistema Nacional de Salud cubano del adulto mayor. Cumple con los objetivos de trabajo del Departamento Nacional de Enfermería y favorece el perfeccionamiento y el impacto del Programa Integral del Control de Enfermedades Crónicas no Trasmisibles.

La tesis está estructurada en introducción y tres capítulos, el primero se refiere a los fundamentos teóricos del autocuidado del adulto mayor con Úlcera Neuropática en la comunidad, el segundo a la metodología utilizada en el desarrollo de la investigación y el tercero a los resultados obtenidos del propio proceso. Cada capítulo cuenta con sus conclusiones parciales. Finalmente, se plantean las

conclusiones y recomendaciones. Cuenta además con las referencias bibliográficas, la bibliografía y anexos que ayudan a la mejor comprensión de la investigación.

Los resultados de la investigación han sido socializados mediante eventos científicos y publicaciones, dentro de las que se encuentran los artículos: Envejecimiento poblacional en Cuba. 2015, volumen 17 N°3; El envejecimiento de la población en Cuba: un reto. Volumen 6 N°3, del mismo año en la Gaceta Médica Spirituana; Analizando la teoría general de enfermería de Orem. En portalesmedicos.com en 2016, Volumen 11 N°1 y Diabetes mellitus: Un reto para la salud pública. Revista Cubana de Enfermería, en 2016 ene-marzo, Volumen 32 N°1, entre otros.

***CAPÍTULO I. Marco teórico
conceptual y contextual de la
investigación***

CAPÍTULO I. MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL Y CONTEXTUAL DE LA INVESTIGACIÓN

En el presente capítulo se describen los antecedentes teóricos, conceptuales y contextuales de la investigación los cuales se desglosan en elementos esenciales relacionados con: La DM como problema de salud, de la Úlcera Neuropática, principales factores determinantes, tratamiento convencional, medidas de prevención y cuidados de Enfermería. Adaptación de la Teoría del déficit de autocuidado de Dorothea E. Orem en personas con DM complicados con Úlcera Neuropática y la aplicación de esta teoría al Proceso de Atención de Enfermería, relación existente entre factores de riesgo y determinantes sociales y la estrategia como resultado científico.

1.1. La diabetes como problema de salud

La DM está reconocida como un problema importante de salud pública que sigue afectando de manera grave la salud de la humanidad. Los datos e informaciones estadísticas alarman, pues sus consecuencias dañinas para la salud de la población, se mantienen y aumentan.^{23, 24}

El 80 % de la población diabética mundial habita en los países pobres económica y socialmente subdesarrollados, con mínimos recursos para subsistir, lo que favorece en forma alarmante el aumento de este mal. Así, las estadísticas realizadas por expertos, señalan llamativas y complejas circunstancias que atrasan y dificultan su solución.²⁵

A los 382 millones de seres humanos que actualmente padecen DM sintomática, mayormente tipo II, se agregarán en los años venideros 316 millones de personas

que desarrollarán intolerancia a la glucosa, circunstancia que aumentará excesivamente las posibilidades de llegar a padecer la DM sintomática, con todas sus consecuencias.

Ambos tipos de diabetes producirán un altísimo costo en dinero para su atención médica y un terrible y doloroso sufrimiento humano durante su evolución, al aumentar sus conocidas complicaciones crónicas. En el aparato cardiovascular, el más afectado, el Infarto del Miocardio; en el cerebro, los accidentes vasculares, con su secuela de parálisis de los miembros inferiores. También será frecuente la ceguera y en los riñones, la insuficiencia, paralelamente con la Hipertensión Arterial, como cierre del daño vascular generalizado, que con frecuencia se manifiesta también en forma combinada, con afectaciones de los nervios periféricos, y como consecuencia el temido mal del Pie Diabético, responsable más frecuente, después de las traumáticas, de la amputación de los miembros inferiores, con la consecuente incapacidad para caminar.²⁶

En 2014 causó millones de muertes a un costo de 548 billones de dólares en los Estados Unidos de Norteamérica, y si la epidemia no se detiene antes de 25 años, en el mundo habitarán 592 millones de personas diabéticas, con todas sus complicaciones. Como hecho alarmante, los expertos en Epidemiología consideran que cada seis segundos fallece un paciente diabético.²⁷

Los datos epidemiológicos, tomados del anuario estadístico del 2014, llaman la atención en cuanto, en el 2014, en todo el mundo, 382 millones de personas en edades de 20 a 79 años se diagnosticaron portadoras de DM, de las cuales el 80 % vive en los países con mayores condiciones de pobreza. Los cálculos indican que en menos de 25 años, el total de personas afectadas aumentará a 592 millones. En

Norteamérica, incluyendo Puerto Rico y México, la cifra actual de personas con esta enfermedad es de 37 millones. Se destacan China, con 98,4 y la India, con 65,1 millones. África aumentará de 2013 a 2035, a 41,4 millones, un 109 %. En Centroamérica, el resto de El Caribe, Centro y toda Suramérica, la cantidad es de 24 millones. América Central y del Sur sufrirán un incremento del 60 % (38,5 millones).

9, 27,

Europa se proyecta con el menor aumento: Solo un 22 %. A su vez, los porcentajes de personas fallecidas por esta enfermedad fueron del 38 % en Norteamérica y del 44 % en Centro y Suramérica, y la cifra mayor, un 76 %, correspondió al continente africano. En casi todos los países, la gran mayoría de los diabéticos reside en zonas urbanas. Es interesante señalar que en personas en edades entre 20 y 79 años, la prevalencia de diabetes en la Región Centroamericana, de El Caribe y América del Sur, es en promedio del 8 %, y aumentará al 9,8 % en 2035.^{27, 28}

Se calcula que el porcentaje global de intolerancia a la glucosa descenderá del 7,4 % al 6,5 %, probablemente por el efecto de los programas educativos para mejorar la calidad de la alimentación y disminuir la obesidad como factor predisponente de DM tipo II, y mediante el aumento de la práctica del ejercicio físico, que contribuye también positivamente a disminuirla y a reducir los males cardiovasculares.²⁹

En Cuba la DM es un problema de salud, existió una prevalencia en el año 2014 del 55.7 por cada 100 000 habitantes, con mayor frecuencia en el sexo femenino con 66.3 mujeres y en edades de 60 a 64 años, 217.7 por cada 1000 000 habitantes En la provincia de Sancti Spíritus en el año 2014 prevaleció la DM en 64.5 por cada 100 000 habitantes.^{7, 30}

Luego de valorados referentes sobre la DM, y para el logro de la profundización necesaria en esta complicación que debe alertar al personal de salud sobre factores que determinan la aparición de la Úlcera Neuropática.

1.2. Principales factores determinantes de la Úlcera Neuropática

La Úlcera Neuropática es una ulceración crateriforme, profunda y encubierta por una formación hiperqueratósica, es indolora en la mayoría de los casos, causada por un estímulo mecánico continuado en el pie neuropático, factor etiológico más importante, la Neuropatía Diabética Periférica.³¹

Se presenta en los estados de disminución o ausencia de la sensación dolorosa, debido a neuropatía. Normalmente, asienta sobre sitios de traumas repetidos, los cuales se inflaman y eventualmente se ulceran. En un pie o miembro con sensación normal, el traumatismo reiterado no es tolerado por el dolor.

Los factores determinantes más frecuentes de la Úlcera Neuropática en el paciente diabético son:

- La neuropatía diabética: Es la complicación más frecuente de la DM, se encuentra entre el cinco y el 80 % de los diabéticos examinados. Se presenta tanto en la diabetes tipo I, como en la diabetes tipo II y su incidencia aumenta de forma paralela a la duración y severidad de la hiperglicemia. Es raro que ocurra en diabéticos de menos de 10 años de evolución, aunque en pacientes con diabetes tipo II, al existir períodos largos de hiperglicemia asintomáticos, este tiempo puede ser más corto.³²

En la literatura se recoge que la mayoría de los diabéticos de más de 10-15 años de evolución tienen alguna evidencia de neuropatía; en España esto ocurre en casi el

23 % de los pacientes. En Estados Unidos más del 25 % de los pacientes con DM padecen de Neuropatía Periférica.³³

Se dice que la neuropatía es más común en diabéticos de más de 50 años de edad, menos frecuente en sujetos de menos de 30 años y rara en niños. Se considera a la DM la causa más común de neuropatía, pues su prevalencia se estima en no menos del cinco por ciento de la población y aproximadamente del 15 al 25 % de los diabéticos se consultan por neuropatía sintomática.

En Cuba a partir de estudios sobre la velocidad de conducción se constató una frecuencia de neuropatía diabética de 36,2 % en diabéticos tipo I y de 65,2 % en diabéticos tipo II.^{31, 32, 33}

- La enfermedad vascular periférica:

En el clásico estudio de Framingham quedó establecido que la enfermedad arterial oclusiva tiene una prevalencia cuatro veces mayor en la población diabética que en los que no padecen esta enfermedad.^{34, 35}

Palumbo y colaboradores han encontrado una prevalencia de la enfermedad arterial de miembros inferiores del 8 % al comienzo de la diabetes. Otros estudios epidemiológicos y clínicos plantean una prevalencia que oscila entre el 7,0 y el 40,0 % de los diabéticos examinados, en dependencia del uso de criterios clínicos, de criterios de Doppler ultrasonográfico o de ambos procedimientos.³⁵

- La Macroangiopatía diabética

Al igual que la Arterioesclerosis, la Macroangiopatía diabética tiene como característica primordial su desarrollo multifocal con afectación de manera simultánea a las arterias coronarias, cerebrales, mesentéricas, renales y de las extremidades. La isquemia tisular condiciona un cuadro clínico en dependencia de

las estructuras orgánicas cuyo aporte sanguíneo arterial resulta empobrecido; en el caso de las extremidades inferiores su expresión máxima es la gangrena, proceso consecutivo a lesiones esteno oclusivas de las arterias correspondientes.

Los estudios que se han realizado reflejan un valor de 40,2 % en la prevalencia de arteriopatías oclusivas de miembros inferiores en la población de 65 años y más. En el caso de los pacientes con diabetes a partir de los 10 años de evolución de la enfermedad, entre el 50 y el 61,5 % de los enfermos tienen manifestaciones clínicas evidentes en los sectores aortoiliaco y femoropoplíteo-tibial, las que se observan en todos aquellos con una evolución de la enfermedad superior a los 25 años.^{34, 35, 36}

Según la Escuela Cubana de Angiología entre el 28 y el 32 % de la población diabética es portadora de Macroangiopatía de la pierna y/o del pie, los más afectados son los mayores de 65 años de edad. Asimismo se registran tasas desde ocho a 19,5 por cada 100 000 habitantes.³⁶

Es frecuente la asociación de la Macroangiopatía del diabético en los miembros inferiores con otras entidades como: Cardiopatía isquémica e insuficiencia cerebrovascular, lo que constituye un factor agravante del estado de salud de estos pacientes. Estudios realizados por Mc Cook y colaboradores reportan asociación a diferentes afecciones, donde 30,4 % de los pacientes con Macroangiopatía de miembros inferiores presentaban Cardiopatía Isquémica, 5,5 % Insuficiencia Cerebrovascular, 1,8 % Angina abdominal y 22,6 % Hipertensión Arterial.³⁷

- La Microangiopatía diabética: Constituye un engrosamiento del endotelio que conforma la capa basal del capilar al nivel de la microcirculación. Este engrosamiento no es oclusivo y se destaca como el cambio dominante en la

retinopatía y en la nefropatía, pero en las extremidades inferiores se expresa con manifestaciones localizadas de gangrena seca o húmeda.³⁷

En un estudio realizado por el INACV, de 1 750 pacientes examinados, 32,8 % presentaron Microangiopatía, no se encontró relación con el sexo y la prevalencia aumentó con el incremento de los años de evolución. En otras investigaciones la frecuencia fue de 46,1 %: 16,5 % como lesión única y 29,6 % con lesiones de Macroangiopatía.³⁸

- La infección

Constituye un factor agravante dentro este cuadro, puede asociarse a lesiones neuropáticas e isquémicas, pues los pacientes con este tipo de afecciones son más susceptibles de sufrir infección y una vez que esta se ha establecido presentan una mayor gravedad y dificultades para el tratamiento.

Estudios realizados en Cuba demuestran que el Pie Diabético neuroinfeccioso es la primera causa de ingreso en los servicios de Angiología; aproximadamente el 80 % de los pacientes que ingresaron por pie diabético tienen sepsis, lo cual pone en evidencia su frecuencia elevada como lesión importante a esta entidad.

Dentro de los factores de riesgo contribuyentes a la Úlcera Neuropática, se encuentran: El tabaquismo, hiperglicemia (cifras mayores de 7,1 mmol/L), Hipertensión, dislipidemias, obesidad, sedentarismo, alcoholismo, defibrinogenemia, situación cultural, social y familiar deficiente.

Constituyen manifestaciones clínicas de la Úlcera Neuropática, la claudicación intermitente, pie frío, dolor en reposo, dolor en reposo que mejora con el declive, palidez con la elevación del pie, retraso del relleno venoso tras la elevación del pie,

eritema con el declive, atrofia de piel y faneras uñas engrosadas, ausencia de pulsos, necrosis.^{27,28}

Descritos los factores que se registran en la literatura revisada por la autora, se aborda el tratamiento convencional a este tipo entidad.^{38, 39}

1.2.1 Tratamiento Convencional

a) Educar al paciente sobre su enfermedad y la importancia de inspeccionar diariamente sus pies y el calzado.

b) Tratamiento médico general (control glucémico y de factores de riesgo).⁴⁰

c) Tratamiento médico local con desbridantes químicos inertes o activos, lavados con soluciones, uso de la ozonoterapia y de la oxigenación hiperbárica, uso de estimulantes biológicos (epiplón), empleo de laserterapia, utilización de estimulantes de la cicatrización (factor de crecimiento epidérmico recombinante, factor de crecimiento plaquetario recombinante, ketaserina, piel cultivada, matriz péptica de ácido aspártico-arginina-glicina RGD, factor de crecimiento plaquetario, Satín S100 y gasa hemostática), uso de geles tópicos y apósitos.⁴¹

d) Tratamiento médico quirúrgico (simpatectomía lumbar, neuroatricción, revascularización, tromboendarterectomía, injertos arteriales, derivación profunda plastias, cirugía endovascular, amputación mayor o menor y desarticulación).

e) Tratamiento farmacológico (antiagregantes plaquetarios, hemorreológicos, prostaglandinas, trombolíticos, vasodilatadores, anticoagulantes).^{42, 43}

El enfoque salubrista de la salud pública cubana, hace énfasis en la prevención de las afecciones, por lo que la Úlcera Neuropática en cuestión, también tiene aspectos que permiten al tenerlos en cuenta, su prevención.

1.2.2 Medidas de prevención de la Úlcera Neuropática

Para la prevención de las Úlceras Neuropáticas, se debe hacer un examen anual del pie para ver si hay alguna patología o factores de riesgo de úlceras, indicando maniobras protectoras de las alteraciones presentes para evitar el desarrollo de úlceras.⁴⁴

Es difícil determinar actividades importantes en la prevención de lesiones, porque todas deben realizarse al mismo tiempo o en conjunto. Mediante el diseño de programas de autocuidado se logrará ayudar a las personas que padecen DM para, que puedan optar por las medidas necesarias para evitar que se produzca la Úlcera Neuropática, como son:⁴⁵.

- a) Inspeccionar de forma diaria la planta del pie,
- b) Usar zapatillas adecuadas,
- c) Cambiarse de calzado dos veces al día,
- d) No caminar descalzo,
- e) Lavarse los pies durante cinco minutos,
- f) Utilizar crema hidratante para el pie,
- g) No fumar.

Además existen otras medidas preventivas que deben considerarse para la prevención de las Úlceras Neuropáticas, como las siguientes:

- Lavar los pies diariamente, con agua y jabón.
- Secar los pies con una toalla suave.
- Mantener seco entre los dedos, en caso de humedad, colocar talco.

Cabe destacar que llevar un estilo de vida saludable, consumir alimentos sanos y preferiblemente naturales, libre de químicos, constituyen medidas importantes para la prevención de cualquier complicación en los pacientes diabéticos.^{46, 47}

Líder en los elementos preventivos, al ser el personal que mayor contacto mantiene con la comunidad y comunicador por excelencia, el profesional de Enfermería, brinda como lo contempla su objeto de estudio, cuidados que para el paciente portador de Úlcera Neuropática son de vital importancia.^{48, 49}

1.2.3 Los cuidados de Enfermería

Estos están encaminados en esencia a la preparación del paciente para el autocuidado, al brindar elementos de educación sanitaria que favorezcan la incorporación de hábitos de vida saludables en correspondencia con su afección como son:⁵⁰

- No bañarse sin comprobar primero la temperatura del agua. El agua debe estar tibia; evitar las temperaturas extremas. Si es posible, solicitar de otra persona que compruebe la temperatura del agua, no olvidar que la enfermedad puede causarle afectaciones que le dificultan la apreciación correcta de la temperatura; de preferencia usar la ducha. Utilizar chancletas de madera de no menos de media pulgada de espesor mientras se baña o colocar rejillas de madera en el piso.
- Una vez finalizado el baño general diario, dedicar algunos minutos a un baño minucioso especial de los pies. No se requiere para ello de jabones especiales. Después secar bien con una toalla, insistir entre los dedos de los pies, evitar cualquier humedad residual y la ulterior maceración, aplicar masajes con lanolina, especialmente donde haya callosidad. No olvidar después del baño el uso

sistemático entre los dedos y en la planta de los pies, del talco Micocilén o del talco secante.

- La piel de los pies con frecuencia se torna seca y escamosa. En tal caso el uso de una crema suavizante (evitar el uso entre los dedos de los pies) estaría justificado; evitar la aplicación de antisépticos fuertes como la tintura de yodo u otros.
- No usar ligas, no cruzar las piernas al sentarse, no usar medias ni zapatos apretados. El uso de sandalias, o cualquier otro tipo de calzado que deje los dedos expuestos, está totalmente contraindicado, usar de preferencia zapatos de piel suave, puntera ancha y tacón raso o mediano. No usar los zapatos nuevos por tiempo prolongado, usarlos media hora por día y media hora más cada día en lo sucesivo. Usar medias limpias, preferentemente de algodón que no tengan costuras ni remiendos.
- Si hubiera frialdad en los pies, usar medias de lana por las noches, en especial en invierno. Acostumbrarse a dormir con las piernas bien abrigadas. No se debe aplicar calor externo (botellas o bolsas de agua caliente), tampoco usar bombillos o almohadas eléctricas. No caminar descalzo, ni en casa, ni en la playa, un tropiezo dentro de la habitación o la pisada de un cigarrillo encendido, pudiese causar serias complicaciones.
- No ponerse zapatos sin antes revisarlos. Evitar la presencia de un clavo, piedrecillas o arrugas en la suela interior. Al quitar los zapatos revisar los pies en busca de zonas irritadas.
- En caso de deformidades en los pies, seguir las instrucciones del ortopédico. El uso de los zapatos modificados pudiera ser muy importante; ellos redistribuyen el

peso corporal fuera de los anteriores puntos de apoyo, previniendo la aparición de callosidades y ulceraciones en las plantas.

- No realizarse cirugía casera sobre uñas y callosidades. Las uñas deberán cortarse en línea recta con una tijera apropiada y preferiblemente por profesional, no utilizar agentes químicos para remover sus callosidades. El uso de una lija o piedra pómez, puede ayudar a las callosidades bajo control. Aun así, no omitir las visitas regulares al podólogo que conozca la enfermedad.
- Asistir a las consultas programadas por el policlínico, para el control estratégico de la DM y de los factores asociados casualmente con las complicaciones y solicitar el examen de los pies en cada una de las visitas. Acudir inmediatamente al médico ante cualquier molestia, lesión o cambio de coloración o temperatura a nivel de los pies, y no dejar de asistir a la consulta de Angiología, si tuviera remisión. Ningún tipo de cirugía de los pies, por insignificante que parezca, debe permitirse sin un minucioso examen circulatorio previo.⁵¹

La lista de cuidados ofrecidos anteriormente permite adentrarse a la autora en elementos que sustentan teóricamente la especificidad de la atención de Enfermería hacia el autocuidado en este tipo de complicación.

1.3 Adaptación de la Teoría del déficit de autocuidado de Dorothea E. Orem en personas con DM complicada con Úlcera Neuropática

Dorothea E. Orem, dio a conocer su modelo de autocuidado de Enfermería y menciona el trabajo de otras autoras que han contribuido a las bases teóricas de la Enfermería, entre ellas Faye Glenn Abdella, Virginia Henderson, Dorothy E. Johnson Imogene King Levine, Florence Nigthingale, Ida Jean Orlando, Hildegard E. Peplau, Martha E. Rogers, Sor Callista Roy y Virginia Wiedenbach.^{52, 53}

Esta teórica presenta su Teoría del déficit de autocuidado como una teoría general compuesta por tres teorías relacionadas entre sí: Teoría de autocuidado, teoría del déficit autocuidado y la teoría de los sistemas de Enfermería.⁵⁴

- Teoría de autocuidado, muestra aquello que las personas necesitan saber, qué se requiere y qué deben estar haciendo o haber hecho por ellos mismo, 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 puede ser calculada a fin de proporcionar el cuidado, de acuerdo a 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 la enfermera se relaciona con el individuo, lo diagnostica, prescribe, diseña y ejecuta el cuidado, basado en el diagnóstico del déficit de autocuidado.

En este marco se retoma la aplicación del modelo de atención de Enfermería de la Teoría de Dorothea E. Orem, centrado en el autocuidado, porque permite abordar al paciente con DM complicado con Úlcera Neuropática al proporcionarle las acciones necesarias para hacerlo partícipe del propio cuidado y responsable de su tratamiento.⁵⁵

En esta teoría el paciente es el protagonista en la toma de decisiones en la salud y desarrollo de sus capacidades de autocuidado pero para ello, deben realizarse acciones y secuencias de acciones aprendidas, dirigidas hacia sí mismo o hacia características ambientales conocidas y supuestas, para cubrir requisitos identificados para, el control de factores que promueven y afectan adversamente,

interfieren la regulación continuada de su propio funcionamiento y desarrollo, para contribuir así a la continuación de la vida, al auto mantenimiento de la salud y bienestar personal, ya que como personas maduras y en proceso de maduración, requieren aprender sobre el cuidado de sí mismo y estos requerimientos pueden ir cambiando o modificándose a lo largo del tiempo en función de sus propias demanda de autocuidado.⁵⁶

El autocuidado también tiene elementos culturales y varían con los individuos y los grandes grupos sociales, además es una acción intencionada y dirigida, implica el uso de recursos materiales y el gasto de energía. Igualmente el autocuidado es intelectualizado como una función reguladora humana ejecutada deliberadamente con cierto grado de complejidad y efectividad.

En el caso de la persona con DM, complicado con Úlcera Neuropática se entiende que buscan adaptarse intencionalmente a la situación de cronicidad del padecimiento por lo que llevan a cabo acciones dirigidas a promover el proceso de adaptación. El conocimiento de las condiciones ambientales implica acciones deliberadas que, para el adulto mayor con Úlcera Neuropática pueden ser el reconocimiento de las barreras que interfieren en las acciones de autocuidado.⁵⁷

Dorothea E. Orem contempla el concepto de auto como: La totalidad de un individuo (que incluye necesidades físicas, psicológicas y espirituales) y el concepto cuidado como: La totalidad de actividades que un individuo inicia para mantener la vida y desarrollarse de una forma que sea normal para él. El autocuidado es la práctica de actividades que los individuos inician y realizan en su propio beneficio para el mantenimiento de la vida, la salud y el bienestar.⁵⁸

La Teoría de Dorothea E. Orem articula un campo de conocimientos que guían las acciones de Enfermería, satisface las demandas y promoción del ejercicio de autocuidado entre otras. Una persona para cuidar de sí misma es capaz de realizar las siguientes actividades: Apoyar los procesos vitales y del funcionamiento normal, mantener el crecimiento, maduración y desarrollo normal, prevenir o controlar los procesos de enfermedad o lesión, prevenir incapacidad (o su compensación) y promover el bienestar.

El cuidado se inicia voluntaria e intencionalmente por los individuos. 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.⁵⁹

El autocuidado 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 o afectan al tipo y cantidad de autocuidado requeridos son: Edad, sexo, estado de desarrollo, estado de salud, orientación sociocultural, factores del sistema de cuidados de salud; por ejemplo diagnóstico médico y modalidades de tratamiento, factores del sistema familiar, patrón de vida, que incluye las actividades que se ocupan regularmente, factores ambientales y la disponibilidad y adecuación de los recursos.⁶⁰

Los requisitos de autocuidado son un componente principal del modelo y constituyen una parte importante de la valoración del paciente.

Dorothea E. Orem ha identificado o descrito ocho actividades que son esenciales para el logro del autocuidado, son los requisitos del autocuidado universal.⁶¹

Así mismo los requisitos del autocuidado universal 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. Cuando estos requisitos se proporcionan de manera efectiva el autocuidado refuerza la salud positiva y el bienestar de las personas:

1. Mantenimiento de un aporte suficiente de aire.
2. Mantenimiento de un aporte suficiente de agua
3. Mantenimiento de un aporte suficiente de alimentos.
4. Provisión de cuidados asociados con los procesos de eliminación y los excrementos.
5. Mantenimiento entre el equilibrio y el reposo.
6. Mantenimiento entre el equilibrio entre la soledad y la interacción social.
7. Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento humano, y el bienestar humano.
8. Promoción del funcionamiento y desarrollo humanos dentro de los grupos sociales de acuerdo con el potencial humano, las limitaciones humanas conocidas y el deseo de ser normal (normalidad).

Estos requisitos de autocuidado universal abarcan los elementos físicos, psicológicos, sociales y espirituales esenciales para la vida. Cada uno de ellos es importante para el funcionamiento humano. 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 positivamente en el nivel de salud al lograr que los propios adultos mayores, familia y comunidad mejoren sus conocimientos y

destreza para cuidar su propia salud, fomentar su capacidad de decidirse a buscar ayuda profesional cuando sea necesario.⁶²

Por lo expuesto la autora considera que es una teoría oportuna para llevarla a la práctica y evaluar su aplicación en la comunidad.

Por ser la DM complicada con Úlcera Neuropática una enfermedad para toda la vida donde se suceden cambios drásticos en el estilo de vida, en la ocupación, en la relación y en la dinámica familiar entre otras, es preciso restablecer la auto suficiencia de los pacientes.

Sustentos teóricos que en su contextualización, es imprescindible vincularla al método científico que rige la profesión de Enfermería, el PAE (a partir de aquí PAE), abordaje que se realiza a continuación.

1.3.1 La teoría de Dorothea E. Orem y el Proceso de Atención de Enfermería

Dorothea E. Orem con el concepto de autocuidado considerado como acto propio de individuo que sigue un patrón y una secuencia que, cuando se lleva a cabo eficazmente, contribuye en forma específica a la integridad estructural, al funcionamiento y al desarrollo de los seres humanos.

Las actividades de autocuidado se aprenden, conforme el individuo madura y son afectadas por creencias culturales, hábitos, costumbres de la familia y la sociedad.

La edad, las etapas del desarrollo y el estado de salud, pueden afectar la capacidad del individuo para, realizar actividades de autocuidado.

La teoría de Dorothea E. Orem, al ser puesta en práctica con el método científico de la profesión el PAE, por el personal de Enfermería, les ayuda a ser más minuciosos en las búsquedas de las necesidades que afectan al individuo, si se conoce que lo

anteriormente planteado, influye en el autocuidado del paciente. Al realizar el PAE, en la etapa de la valoración, se debe detectar cualquier alteración relacionada con la edad, etapas de desarrollo, costumbres de la familia, entre otras, que ayudaría no solo a diagnosticar sino también a tratar la respuesta del individuo a los problemas reales o potenciales de salud existentes.^{63, 64}

La autora considera que es importante que el personal de Enfermería conozca las condiciones universales expuestas por Dorothea E. Orem, además de conocer los requisitos de autocuidado relativos al desarrollo, la enfermera (o) puede realizar el PAE, en las diferentes etapas de la vida, al trazar acciones que promuevan el desarrollo del individuo y la prevención de enfermedades que afectan dicho desarrollo.

Dorothea E. Orem describe tres etapas del proceso de Enfermería, la primera implica determinación de por qué una persona debe recibir atención de Enfermería. Se considera que es la etapa de valoración, donde la enfermera encaminará su marcha, al detectar las necesidades afectadas y enunciar su diagnóstico.⁶⁵

La segunda etapa incluye el diseño de un sistema de Enfermería que dé por resultado, la consecución de las metas de salud, esta etapa incluye básicamente la planificación de métodos para satisfacer las necesidades de autocuidado, teniendo en cuenta las limitaciones existentes.⁶⁶

Esta etapa es la intervención de Enfermería, donde la enfermera (o) diseña y aplica un plan de acción para compensar las limitaciones expresadas como déficit de autocuidado, donde se manifiesta la relación estrecha entre enfermera (o) y el paciente durante la realización del plan de cuidado.⁶⁷

Plantea que la tercera etapa es la referida a la implementación y evaluación de las acciones diseñadas para, superar las limitaciones de autocuidado, proporcionar atención terapéutica y prevenir el desarrollo de nuevas limitaciones de autocuidado.

El PAE, que se aplica en las instituciones de salud, en la actualidad, culmina, con una evaluación exhaustiva, del plan de acción, reflejado en la respuesta del paciente a la intervención brindada. El personal de Enfermería no solo tendrán presente resolverle la necesidad existente, sino, después de resueltas, evitar la reaparición de esa o de otras.

Con la teoría de los sistemas de Enfermería descrita por Dorothea E. Orem, la enfermera (o) emprende un plan de acción que le ayudará a mejorar su modo de actuación en dependencia del trastorno de salud o de la necesidad afectada del individuo, apoya y protege al mismo, por lo que es importante que se conozca que la enfermera (o) dispone de un sistema totalmente compensador en el cual brinda y maneja la atención, elabora juicios y toma decisiones sobre el cuidado del paciente, ya que este está puede estar totalmente incapacitado para realizar su autocuidado. En análisis de lo expuesto, el personal de Enfermería tendrá que ser exhaustivo para realizar una correcta valoración, y la detección de las necesidades afectadas del paciente, incapaz de cualquier acto deliberado, para poder entonces, diagnosticar, tratar y evaluar el trabajo.⁶⁸

Por otra parte en el sistema parcialmente compensador tanto la enfermera (o) como el paciente realizan acciones de atención, mientras que en el sistema educativo y de apoyo el paciente es capaz de desempeñarlas y puede o debe aprender a ejecutar las actividades necesarias de autocuidado.

Estos aspectos tratados anteriormente ayudarán a aplicar el método científico, al realizar acciones de Enfermería más concretas, con el apoyo de la persona afectada.

La autora señala que el modelo de Dorothea E. Orem se aplica en el PAE al cumplimentar todas las etapas que se desarrollan en la actualidad.

1. La valoración: De las demandas del autocuidado y de las incapacidades/limitaciones de la persona para cubrir los requisitos demandados (agencia de autocuidado)

2. Intervención de Enfermería: Es la realización o puesta en práctica de los cuidados programados

a.) Planificación: Formulación de objetivos o expectativas dirigidos al mantenimiento y/o recuperación de los requisitos del autocuidado (encaminados al paciente).

Descripción de acciones para lograr el objetivo (a desarrollar por la enfermera (o).

b.) Ejecución: Establecimiento de métodos para suplir a la persona, ayudarla o apoyarla con enseñanza y orientación

c.) Evaluación: Valorar el cambio en la agencia del autocuidado, la demanda del autocuidado y los requisitos del autocuidado.

Los referentes teóricos sistematizados llevaron a la autora de la presente investigación a plantear la definición de autocuidado del adulto mayor con Úlcera Neuropática como: Autocuidado que debe estar coordinado por enfermero (a) a través del plan de cuidados, individualmente orientado (personalizado), basado en el conocimiento y juicio clínico, donde el personal de Enfermería organiza, coordina e implementa cuidados, donde se deben incluir, acciones independientes, dependientes y/o colaborativas, para obtener mejoría y la búsqueda de la adaptación

intencional a la situación de cronicidad del padecimiento, con el conocimiento de las condiciones ambientales y de acciones deliberadas que, pueden ser el reconocimiento de las barreras que interfieren en las acciones de autocuidado.

Referidos los puntos manifiestos de la teoría de Dorothea E. Orem en la aplicación del PAE, por su relevancia la autora hace alusión a la relación que se manifiesta entre factores de riesgo y determinantes sociales, para concretar el objeto de la investigación.

1.4 Relación entre factores de riesgo y determinantes sociales

Para intervenir en los daños a la salud, el enfoque utilizado en el policlínico Dr. Rudesindo A. García del Rijo fue el de riesgo. Se considera riesgo a la probabilidad que se produzca un evento como el desarrollo de una enfermedad en presencia de determinadas circunstancias que inciden en una persona, grupo, comunidad o ambiente. Así mismo, el llamado factor de riesgo es un atributo o característica que le confiere al individuo un grado variable de susceptibilidad para contraer una enfermedad o alteración de la salud; estos pueden ser físicos, químicos, biológicos o psicosociales, a la vez que modificables y no modificables.⁶⁹

Se ha señalado con acierto que determinados acontecimientos de la vida, el estrés, características de la personalidad, estilos de vida, creencias de salud, recursos personales y la falta de apoyo social, son agentes de orden psicosocial que sitúan a la persona en una posición de riesgo de enfermar; sin embargo, existe una gama de factores con potencialidades para preservar o dañar la salud, pues lo psíquico y lo social están ligados desde su propio origen y cada uno de ellos está contenido en el otro. De manera que, aunque no se han estudiado suficientemente los indicadores

subjetivos de salud, hay que tenerlos en cuenta por la repercusión que tienen tanto para mantenerse en estado de salud como para enfermarse, aliviarse y curarse.⁷⁰

El enfoque de riesgo es utilizado en la prevención, dada la existencia de individuos enfermos o con características personales o ambientales que los hacen vulnerables a padecer una afección determinada. Se aplica a la prevención primaria para promover salud y propiciar la protección específica; en la secundaria, para el establecimiento del diagnóstico temprano, el tratamiento oportuno y la limitación de incapacidades; y a nivel terciario, con fines de rehabilitación integral.

Es frecuente encontrar la descripción y asociación de factores de riesgo psicosociales en la etiología y evolución de las enfermedades cardiovasculares, el asma bronquial y la DM. A pesar de que se reconocen limitaciones al enfoque de riesgo, sobre todo por la diversidad de factores que pueden actuar sobre los individuos y la susceptibilidad a ellos, ha sido útil, tanto a nivel del sistema de salud como de la sociedad en general, donde se ha probado como un poderoso instrumento para elevar la educación de la población y fomentar cambios en los estilos de vida. La presencia de riesgos identifica las necesidades de acometer acciones de salud.⁷¹

Los determinantes de la salud han sido planteados en diferentes modelos entre los que se encuentran: el modelo sociológico de Morris (1968), el de Lafromboise-Lalonde (1974), Blume (1974), Dever (1980) y Mosley y Chen (1984); entre ellos ha prevalecido el llamado Campos de salud de Lalonde que comprende el ambiente, la biología humana, los estilos de vida y la organización de los servicios de salud. Castellanos, Breihl y Granda introducen cambios al modelo de Lalonde al retomar los enfoques sociales de la salud, considerar las condiciones de vida y la

reproducción de las clases sociales como mediadores del proceso salud enfermedad.⁷²

El análisis del estado de salud de una población debe partir del conocimiento de la estructura social, la organización político jurídica y conciencia espiritual, lo que determina en última instancia las condiciones de vida, las diferentes forma de actividad vital del hombre y sus consecuencias, en definitiva las características del modo y estilo de vida de dicha población. A la vez esto está determinado por el modo de producción y las relaciones económicas existente en cada sociedad.⁷³

Las condiciones naturales y sociales y el modo de vida de las personas están determinados por la estructura económica social y la influencia del desarrollo científico técnico que le imprimen una dinámica siempre cambiante, al proceso histórico natural del desarrollo de la salud del hombre, aseveración que permite un abordaje a las estrategias desde la ciencia no solo como teoría sino como resultado, descritos en el siguiente epígrafe.

1.5 Las estrategias como resultado científico

El término estrategia, comenzó a invadir el ámbito de las ciencias aproximadamente en la década de los años 60 del siglo XX, relacionada con el comienzo del desarrollo de investigaciones.

En un análisis de las estrategias y en aras de llevarla al cabo de la ciencia de la Enfermería se asumen valoraciones sobre el término Estrategia formulada por diferentes autores, pues este se aborda desde diferentes aristas de la sociedad, inicialmente en el campo militar, luego se hizo objeto de estudio en la mayoría de las esferas como en la pedagógica, las metodológicas, didácticas, interdisciplinarias, de superación, investigativas, educativas, así como en otras áreas como las

interventivas y comunitaria como la que ocupa el marco de esta investigación.

En la salud pública, se aprecia un interés renovado por la creación de modelos y estrategias a partir de la celebración de la Conferencia Internacional de APS de Alma Ata, en 1978. Se producen cambios en las estrategias de salud de los diferentes países, de manera que se comienza a hablar de la planificación estratégica, la cual se puede considerar como un enfoque metodológico para planificar intervenciones en salud; se caracteriza por atravesar cuatro momentos: el explicativo, el normativo, el estratégico y el operacional.

Por esta razón se consideran las descritas por autores como: Beltrán VM en el año 2008, Landín M en el año 2009. Valle AD en el año 2010, Pernas IA en el año 2011, Gafas C en el año 2011, Rojas GA en el año 2013, Martínez N en el año 2012, Fernández J en el año 2014, Valentín F en el año 2015..

A propósito Beltrán VM en el año 2007 considera las valoraciones que sobre estrategia se han descrito y resume que es "... la manera de planificar y dirigir las acciones para alcanzar algunos objetivos"..."El propósito (...) es vencer dificultades con una optimización de tiempo y recursos..."Coincide en señalar que las estrategias son instrumentos de la actividad cognoscitiva que permite al sujeto formas de actuar sobre el mundo, de transformar los objetos y situaciones. Lo anterior permite inferir que las estrategias son siempre conscientes, intencionadas y dirigidas a la solución de problemas de la práctica.⁷⁴

En tal sentido el Diccionario de la Real Academia Española, citado por Landín M en el año 2009, refiere que estrategia es: "arte, traza para dirigir un asunto", "... proceso regulable, conjunto de las reglas que aseguran una decisión óptima en cada momento".⁷⁵ Además en su obra reconoce ideas que abordan las estrategias en

salud desde el punto de vista educativo, con carácter social, cambio organizacional, de mercadotecnia, sobre los niveles de atención, prevención, promoción, recuperación, rehabilitación y mixtas.

Valle AD en el año 2010 en el libro *la Investigación Pedagógica otra mirada*, al definir la estrategia educativa plantea que: “Es el conjunto de acciones secuenciales e interrelacionadas que parten de un estado inicial y permiten dirigir la formación del hombre hacia determinados objetivos en un plano social general.”⁷⁶

Por otra parte Pernas IA en el año 2010, aborda el desarrollo histórico de las estrategias desde sus enfoques conductista, cognitivista y constructivista esta última con una didáctica en la graduación de los procesos de autorregulación.⁷⁷

Por lo que respecta el salubrista Gafas C. en el año 2011 en su tesis doctoral también aborda el desarrollo de las estrategias y considera que esta evolución teórica abre nuevos problemas y preguntas de las que se ocupan investigaciones en desarrollo en sus más específicos detalles. Y tiene en cuenta además que estas distintas visiones sobre las estrategias exigen múltiples aproximaciones al tema en sus diversas representaciones.⁷⁸

De Armas N en el año 2003, citado por Rojas GA concibe que “La estrategia establece la dirección inteligente desde una perspectiva amplia y global de las acciones encaminadas a resolver los problemas que muestra algún segmento de la actividad humana. Supone la existencia de contradicciones entre el momento actual del objeto y lo que se desea; así como una articulación dialéctica entre los objetivos y la metodología”.⁷⁹

En armonía con los autores anteriores Martínez N en el año 2012 plantea la propuesta de estrategia de desarrollo al concebir que “Las estrategias implican el

desarrollo de pasos que se organizan para el alcance de sus metas.” Y donde la efectividad de su implementación lo facilita en el logro de los objetivos previstos que se concretan en los cambios que ésta espera.⁷⁹

Así mismo Fernández J en el año 2015 en su sistematización resume que las definiciones de estrategia contienen expresión de cambio, creación, visión, conjunto de acciones, relaciones con el entorno o campos de fuerza. A todo esto le agrega que las estrategias son dinámicas, conscientes, flexibles, creativas, contextualizadas y asume que a partir de un conocimiento de una situación existente y a través de un conjunto de acciones que armonicen un sistema y su entorno se pueden generar los cambios necesarios para alcanzar un objetivo.⁸¹

A propósito Barreras F en el año 2004, citado por Valentín F, concibe las estrategias como “...conjunto de tareas, procedimientos, acciones que se planifican previamente y que conducen al cumplimiento de objetivos que se establecen y que constituyen lineamientos para el proceso de perfeccionamiento de los programas, (...) se obtiene un sistema de conocimientos que opera como un instrumento, que permite a los sujetos a los que se dirige formas de actuar sobre el mundo, de transformar los objetos y situaciones que estudia”.⁸²

Igualmente al considerar intervención los autores como Beltrán VM en el año 2007, Landín M en el año 2009, Valentín F en el año 2014 coinciden en que este término se refiere a la puesta en práctica de acciones que se dirigen a un individuo, un grupo o una comunidad, desde un sistema de conocimientos y habilidades con el fin de contribuir a promover, mantener y restaurar la salud.^{74, 75, 82}

Las estrategias que se basan en el abordaje de las enfermedades crónicas en salud, deben valorar, los aspectos informativos y educativos que mejoran los conocimientos

hacia la enfermedad, lo que favorecería el impacto emocional y se manifestaría en cambios en el comportamiento; esto permite superar las limitaciones, promover el auto cuidado en los pacientes, la responsabilidad y se alcancen niveles aceptables en la calidad de vida del objeto social.

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. Se entienden como problemas las contradicciones o discrepancias entre el estado actual y el deseado, entre lo que es y debería ser, de acuerdo con determinadas expectativas que dimanen de un proyecto social dado. 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 espacialmente ubicado, desde un estado real hasta un estado deseado, mediante la utilización de determinados recursos y medios que responden a determinadas líneas directrices.

Luego de realizada la sistematización a la obra de los autores antes expuestos se asume por rasgos generales de una estrategia:

- Concepción con enfoque sistémico en el que predominan las relaciones de coordinación, aunque no dejan de estar presentes las relaciones de subordinación y dependencia.
- Una estructuración a partir de fases o etapas relacionadas con las acciones de orientación, ejecución y control, independientemente de la disímil nomenclatura que se utiliza para su denominación.

- 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 a 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.
- La adopción de una tipología específica que viene delimitada a partir de lo que se constituya en objeto de transformación.

Existen elementos que deben estar presentes en una estrategia, entre ellos:

- Existencia de insatisfacciones respecto a los fenómenos, objetos o procesos en un contexto a ámbito determinado.
- Diagnóstico de la situación.
- Planteamiento de objetivos y metas a alcanzar en determinados plazos de tiempo.
- Definición de actividades y acciones que respondan a los objetivos trazados y entidades responsables.
- Planificación de recursos y métodos para viabilizar la ejecución.
- Evaluación de resultados.

Para organizar una estrategia en los marcos de un trabajo científico se han definido aspectos tales como:

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.

En las ciencias la tipología de las estrategias incluye las que se expusieron anteriormente como: Pedagógica, Didáctica, Educativa, Metodológica, Escolar, Educacional, entre otras. El que una estrategia sea de uno u otro tipo depende del contexto o ámbito concreto sobre el cual se pretende incidir y de la especificidad del objeto de transformación.

Al hablar de aportes de las estrategias, la bibliografía consultada sobre el tema coincide en privilegiar a la estrategia como aporte práctico, por cuanto su diseño propende a la emisión de recomendaciones, orientaciones, entre otras, que orientan su puesta en práctica y la elaboración de medios disímiles para su instrumentación.

No obstante, las estrategias pueden contener metodologías dentro del diseño de sus acciones, o requerir de la elaboración de algún concepto, de sistematizaciones que permitan la conformación de alguna de sus fases, elementos que, sin duda, constituyen aportes teóricos.

La Dr. C Nerelis de Armas y su colectivo pedagógico plantean que: “La estrategia establece la dirección inteligente desde una perspectiva amplia y global de las acciones encaminadas a resolver los problemas detectados en determinado segmento de la actividad humana. Supone la existencia de contradicciones entre el estado actual del objeto y el deseado; así como una articulación dialéctica entre los objetivos y la metodología”.^{84, 85} Señalan, además que los elementos que deben estar presentes en toda estrategia son:

- Existencia de insatisfacciones respecto a los fenómenos, objetos o procesos educativos en un contexto o ámbito determinado.
- Diagnóstico de la situación actual.
- Planteamiento, objetivos y metas a alcanzar en determinados plazos de tiempo.
- Definición de actividades y acciones que respondan a los objetivos trazados y entidades responsables.
- Planificación de recursos y métodos para viabilizar la ejecución
- Prever la evaluación de los resultados.

En este mismo camino, la Dr. C. Gisela Sanabria plantea que, una estrategia es la dirección que se toma para alcanzar los objetivos y responde a la pregunta ¿cómo se va a lograr algo? Significa describir los pasos o algoritmos para alcanzar los objetivos, expone esta autora que se vincula con un programa educativo, con un plan de acción, luego el diseño y la ejecución de la estrategia y, posteriormente su evaluación.^{87, 88, 89}

Se valora la definición de estrategia del Dr. C. Concepción, J. A. 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”.⁹⁰

Con el sustento teórico que aportan los anteriores autores, se estima pertinente tener en cuenta el conocimiento actualizado de la situación sobre la que se desea intervenir, definir las necesidades de atención a partir de su caracterización, lo que permite plantear objetivos y las acciones a ejecutar; cuyo resultado debe ser evaluado para confirmar el cumplimiento de las metas propuestas.

Luego de sistematizar las definiciones de autores que han abordado estrategias y al pretender contextualizar a las ciencias de la Enfermería, la autora la define como: Estrategia a 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.

Conclusiones del capítulo

En este capítulo se fundamenta la relevancia del autocuidado del adulto mayor con Úlcera Neuropática en la comunidad y se pone de manifiesto la carencia de estudios específicos de este tipo desde la perspectiva de Enfermería. Se valora la teoría de Dorothea E. Orem y se concluye que el logro de la toma de conciencia del autocuidado que requiere la persona afectada con Úlcera Neuropática en función de mejorar o mantener el estado de salud, a través de las posibilidades que le brinda al enfermero de la comunidad debe nutrirse de las experiencias personales, normas culturales y conductas aprendidas, modificables o no, crear así los niveles de compromiso, para conservar la salud y bienestar de las personas. Se considera necesaria la implementación de los sistemas de Enfermería, en especial el sistema de apoyo educativo ya que permite a los pacientes diabéticos desarrollar su propia

agencia de autocuidado. Prevé asegurar que las personas adultas pueden o no ocuparse de sus acciones de autocuidado, incluye en esta la falta de conocimientos científicamente derivados del autocuidado. Las formas de llevarlo a cabo son propias de cada persona y están influidos por los valores culturales del grupo social al que pertenece que condicionan su realización y la forma de hacerlo requiere para ello de conocimientos.

Todos los referentes teóricos sistematizados llevaron a la autora a plantear la definición de autocuidado del adulto mayor con Úlcera Neuropática.

***CAPÍTULO II. Concepción y diseño
metodológico de la investigación***

CAPÍTULO II. CONCEPCIÓN Y DISEÑO METODOLÓGICO DE LA INVESTIGACIÓN

En este capítulo se presenta el diseño de la investigación, el tipo de estudio, el universo la muestra, los criterios de exclusión, así como la operacionalización de las variables de estudio. Además la metodología seguida en el empleo de los métodos de la ciencia descritos en la introducción, para la obtención de los resultados en cada una de las etapas previstas en la misma. Se muestra una descripción del algoritmo seguido en el proceso de diseño de la estrategia, así como el modelo de esta y elementos metodológicos de la validación. Se abordan los aspectos éticos en el proceso investigativo.

2.1. Diseño metodológico de la investigación

La investigación realizada clasifica como un estudio de intervención y desarrollo ya que aporta una estrategia de autocuidado en el adulto mayor con Úlcera Neuropática en la comunidad contextualizada en el Policlínico Dr. Rudesindo A. García del Rijo del Municipio y Provincia de Sancti Spíritus en el período comprendido del 2011-2015.

El estudio transitó por dos momentos. El primer momento respondió a un estudio descriptivo y estuvo dado por la identificación del nivel de conocimientos de las enfermeras (os) involucrados en el estudio, el restablecimiento cutáneo y el estado de salud de los adultos mayores estudiados.

El segundo momento, consistió en el diseño y evaluación de la estrategia de autocuidado de los adultos mayores con Úlcera Neuropática. Se realizó un pre experimento. Se utilizó una combinación de métodos en las diferentes etapas de la estrategia los cuales arrojaron información.

En el proceso investigativo se establecieron cinco etapas, la primera y segunda se corresponde con el primer momento de la investigación. La tercera, cuarta y quinta etapa, se corresponden con el segundo momento de la investigación, donde se diseñó la estrategia para el autocuidado del adulto mayor con Úlcera Neuropática en la comunidad, con la validación de las acciones y actividades de Enfermería propuestas. Se aplicó la estrategia para el autocuidado del adulto mayor con Úlcera Neuropática en la comunidad y se evaluó la misma.

2.2. Universo

Población: Estuvo constituida por 100 pacientes adultos mayores con Úlcera Neuropática y 41 enfermeras (os) de los consultorios del Médico y Enfermera de la Familia, vinculados al policlínico Dr. Rudesindo A García del Rijo. La muestra en el caso de los pacientes quedó constituida por 96 pacientes, que cumplieron los criterios de inclusión.

Criterios exclusión

Ancianos con deterioro cognitivo puesto que invalidan las respuestas por presentar el diagnóstico de Síndrome Demencial según Test de Folstein. ^(Ver anexo 4)

2.3. Operacionalización de las variables en estudio

Para el alcance de los propósitos investigativos, se definieron variables en relación con cada una de las unidades de análisis, las que se desglosaron por objetivos y agruparon según dimensiones. Su clasificación, escala e indicadores aparecen en el (Anexo 1)

Las variables de estudio identificadas se definieron operativamente como se listan a continuación:

- Edad y sexo: definidas como, dimensión cronológica en años cumplidos en el momento del evento y Expresión fenotípica, respectivamente.
- Tipología de la DM: En consonancia con las clasificaciones actuales la DM, tipo I: es una enfermedad autoinmune en la cual el sistema inmune del cuerpo ataca las células beta del páncreas, provocando que este sea incapaz de producir insulina. La DM tipo II se desarrolla a menudo en etapas adultas de la vida, en muchas ocasiones va asociada a la obesidad y el sedentarismo, mostrando una pronunciada agregación familiar. Tiene un mayor predominio de padecer complicaciones macrovasculares y microvasculares.
- Nivel de conocimientos de los enfermeros (as) involucrados en el estudio, expresado como el conocimiento de estos profesionales en los Consultorio del médico de la familia sobre la atención en el cuidado del adulto mayor con Úlcera Neuropática en la comunidad.
- Autocuidado del adulto mayor con Úlcera Neuropática en la comunidad: Plan de cuidados individualmente orientado y personalizado, basado en el conocimiento y juicio clínico donde la enfermera (o) organiza, coordina e implementa cuidados que incluye acciones independientes, dependientes y colaborativas para obtener la mejoría.
- Restablecimiento cutáneo de la Úlcera Neuropática en los adultos mayores: Recuperación del tejido cutáneo, de la Úlcera Neuropática.
- Estado de salud de los adultos mayores con Úlcera Neuropática: Descripción y/o medida de la salud del individuo o población en un momento concreto en el tiempo, según ciertas normas identificables, habitualmente con referencia a indicadores de salud. Operativamente clasificado bueno, regular y malo.

2.4. Diseño de intervención

El estudio de los adultos mayores con Úlcera Neuropática se complejiza por razones prácticas: Las características específicas de este grupo etario, la disponibilidad real para participar en el estudio y la carencia de experiencias anteriores. Estas causas reforzaron la intención explícita de diseñar una estrategia en la comunidad con un grupo único con pre y post prueba. Se tuvo en cuenta la necesidad de que las evaluaciones en los domicilios, incorporaran instrumentos de medición breves, características de la comunicación, acciones breves, amenas, concretas, reiteradas y sobre todo personalizadas.

La investigadora principal realizó coordinaciones con las autoridades del Policlínico Dr. Rudesindo A. García del Rijo para darles a conocer los propósitos de la estrategia como parte del proceso asistencial, especialmente dirigido a los adultos mayores con Úlcera Neuropática, con el objetivo de controlar estrategias clínicas y/o educativas, dirigidas a los adultos mayores ajenas a la estrategia bajo estudio o, al menos, que estas fueran comunicadas a la investigadora principal para resolver situaciones emergentes de salud en los adultos mayores con Úlcera Neuropática, que demandaran una actuación rápida por parte de otro profesional; en este caso, el conocimiento de los investigadores favorecería la toma de decisiones en el control de las variables confusoras.

No obstante, cada enfermera (o) de los consultorios del Médico y Enfermera de la Familia corroboró en la práctica el control de dichas variables durante la ejecución de la estrategia, a través de las visitas de seguimiento en el hogar.

2.5. Procedimientos generales para la ejecución de la estrategia

La estrategia fue implementada por las enfermeras (os) de los consultorios del Médico y Enfermera de la Familia, las (os) cuales se capacitaron en el autocuidado del adulto mayor con Úlcera Neuropática para formar parte del proyecto en el Policlínico Dr. Rudesindo A. García del Rijo.

Durante las sesiones con las enfermeras (os) de los consultorios del Médico de la Familia en el diseño de los componentes y de las acciones a implementar la estrategia de autocuidado del adulto mayor con Úlcera Neuropática; la autora los capacitó en los principales conceptos y definiciones de la Teoría de Dorothea E. Orem, con el propósito de que la estrategia se aplicara de la manera más homogénea posible.

La investigadora principal actuó como coordinadora general de la estrategia, al ser facilitadora para el trabajo en los diferentes consultorios del Médico y Enfermera de la Familia. La coordinación de la estrategia en cada consultorio del Médico y Enfermera de la Familia estuvo a cargo del profesional de Enfermería, a través de las acciones con el adulto mayor con Úlcera Neuropática. La intervención de la estrategia se desarrolló en diez sesiones por este profesional con un seguimiento semanal de un año.

Las sesiones fueron individualmente orientadas, personalizadas, respondieron a un requerimiento metodológico deseable en la prestación de autocuidado del adulto mayor con Úlcera Neuropática, por lo que la estrategia se desarrolló en cada hogar de los adultos mayores. La duración de las sesiones de trabajo fue variable, en dependencia de la situación real de cada uno.

Se realizó un proceso de análisis, reflexión y síntesis de las actividades desarrolladas y se conformó la propuesta de la estrategia de autocuidado en los adultos mayores con Úlcera Neuropática en la comunidad coordinada por enfermeras (os) validada por consulta a expertos.

Etapas de la investigación

Para llevar a cabo la investigación que se presenta, se tuvo en cuenta diferentes etapas que se hicieron coincidir con los objetivos específicos planteados en la misma y que se presentan a continuación.

- Primera etapa: Identificación del nivel de conocimientos de los enfermeros y enfermeras involucrados en el estudio, autocuidado, restablecimiento cutáneo, estado de salud de los adultos mayores estudiados.

Se realizó análisis crítico del contenido de los documentos escritos que regulan el autocuidado al adulto mayor con Úlcera Neuropática en la Atención Primaria Salud: Historia de salud individual, familiar; Análisis de la Situación de Salud; Programa del adulto mayor y el Programa del médico y enfermero de la familia.

Para la identificación del nivel de conocimientos de los enfermeros y enfermeras involucrados en el estudio, se procedió de la forma siguiente:

- Aplicación de una encuesta que permitió identificar el nivel de conocimiento del personal de Enfermería responsable del autocuidado en los adultos mayores incluidos en la investigación. (ver anexo 10)
- La medición del restablecimiento cutáneo, se realizó a través de la observación participante de la lesión en la cura diaria. (ver anexo 8)
- El estado de salud de los adultos mayores con Úlcera Neuropática incluidos en el estudio se midió con la aplicación de la escala de Kaff y Lautow. (ver anexo 9)

○ Se aplicó encuesta elaborada al efecto para realizar la medición del autocuidado de los adultos mayores con Úlcera Neuropática incluidos en el estudio. (ver anexos 8 y 9)

• Segunda etapa: Caracterización de los pacientes adultos mayores con Úlcera Neuropática.

Para realizar la caracterización de los pacientes adultos mayores con Úlcera Neuropática se tuvo en cuenta: Sexo, edad, y tipología de la DM. Todos los resultados obtenidos se muestran en el capítulo tres de la presente investigación.

La información recopilada se utilizó para establecer características de los adultos mayores con Úlcera Neuropática en la comunidad estudiados.

• Tercera etapa: Diseño de la estrategia de autocuidado del adulto mayor con Úlcera Neuropática en la comunidad

En la elaboración de la propuesta, se tuvo en cuenta a la necesidad de perfeccionar el autocuidado del adulto mayor con Úlcera Neuropática en la comunidad desde la perspectiva de Enfermería, se utilizaron los principales conceptos y definiciones de la Teoría de Dorothea E. Orem, con el propósito de hacer énfasis en el desarrollo de actividades como vías instrumentadas para alcanzar este perfeccionamiento, y así lograr relacionar el conocimiento adquirido por el enfermero con las demandas que se presentan en la atención a este grupo poblacional.

El desarrollo del proceso de análisis lógico-reflexivo del pensamiento hipotético-deductivo, la explicación, la búsqueda de argumentos y de alternativas para el autocuidado, lo que permitió lograr la incursión sistémica del actuar enfermero en virtud de la solución de los problemas biológicos, psicológicos, sociales que se presentan en estos pacientes.

La estrategia cumplió con los siguientes criterios en su diseño:

- a) Concreción de la información metodológica esencial sobre el autocuidado del adulto mayor con Úlcera Neuropática, desde la perspectiva de Enfermería en la comunidad.
- b) Perfeccionamiento del autocuidado del adulto mayor con Úlcera Neuropática en la comunidad, como expresión de la articulación sistémica de las dimensiones biológica, psicológica y social
- c) Aproximación a la solución del problema de la incidencia de la Úlcera Neuropática en la población y área 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 la autorregulación por parte del paciente adulto mayor con Úlcera Neuropática en la comunidad, así como en la retroalimentación que se desarrolla por parte del enfermero, resultado del comportamiento del adulto mayor con Úlcera Neuropática en el área de estudio.

La estrategia posee un enfoque científico con el propósito esencial de dirigir el trabajo hacia la transformación del objeto temporal y espacialmente ubicado, desde un estado real hasta un estado deseado, mediante la utilización de determinados recursos y medios que responden a determinadas líneas directrices. La propuesta debía ser flexible, en el contexto de las características y variables que inciden en las situaciones de salud del adulto mayor con Úlcera Neuropática.

La puesta en práctica del proceder estratégico implementó las acciones que la componen y evaluó el logro de los objetivos a través de la evaluación de las 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 de las acciones encaminadas a resolver los problemas detectados en el autocuidado del adulto mayor con Úlcera Neuropática en la comunidad.^{84, 85}

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

- Se concibe con un enfoque sistémico, en cuanto a 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 y evaluación y el logro de cambios cualitativos en los adultos mayores con Úlcera Neuropática, así como en el accionar del personal de enfermería y la concepción de autocuidado, desde la propia metodología de implementación y las acciones y actividades propuestas.
- Se incorpora en la estructuración fases o etapas relacionadas que permiten la interrelación entre ellas e incluso determinación de objetivo en función de los resultantes del diagnóstico.
- Se incorpora a la tipología rasgos que no contemplan los diseños en salud, pero que facilitan la comprensión del proceso, para la transformación del autocuidado.

Al estructurar la propuesta, se tuvieron en cuenta los elementos siguientes:

1. Introducción: La estrategia se desarrolla en el contexto de la APS. Se ubicó la problemática a resolver por el personal de Enfermería en los adultos mayores con Úlcera Neuropática. Se incursionó en el estudio de los paradigmas psicológicos; específicamente en el enfoque histórico cultural para esbozar las interacciones esenciales que aporta a la relación hombre-medio y hombre-hombre, a partir de la crítica y superación de las posiciones parciales en el abordaje del objeto de estudio

de la ciencia, y desde la reflexión teórica y la investigación, se llevó a vías de hecho, el principio de la relación dialéctica entre la teoría y práctica.

Se propició una nueva visión del desarrollo intelectual en la ontogénesis, también 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:

La revisión de documentos rectores, entre los que se encuentran: Programa del médico y enfermero (a) de la familia, programa de atención integral adulto mayor (subprograma atención comunitaria), programa de prevención, diagnóstico, evaluación y control de la DM con Úlcera Neuropática y guía para la prevención, diagnóstico y tratamiento de la DM con Úlcera Neuropática.

Entrevista a los adultos mayores, con la finalidad de indagar sobre las necesidades afectadas, percepción de estos sobre el trabajo del enfermero (a), valoración sobre la relación enfermero (a) paciente-familia-comunidad e información que poseen sobre su enfermedad.

Encuesta al personal de Enfermería con el objetivo de identificar el nivel de conocimiento y experiencia profesional y de trabajo de estos en la Atención Primaria Salud para la atención a este grupo dispensarial

Grupo nominal al personal de Enfermería: Para identificar los nodos críticos existentes en la atención, por parte de estos, al adulto mayor con DM con Úlcera Neuropática.

3. Planteamiento del objetivo general: Enfocado hacia el perfeccionamiento del autocuidado del adulto mayor con Úlcera Neuropática en la comunidad desde la perspectiva de Enfermería.

4. Planeación estratégica: Se integró por acciones y actividades que tomaron en consideración: Valoración de las necesidades de autocuidado en el adulto mayor con Úlcera Neuropática en el contexto comunitario, las manifestaciones clínicas individuales, la determinación del tratamiento en función de la causa, optimizar el cuidado de Enfermería al grupo dispensarial en estudio.

Esto implicó: La coordinación con los sectores sanitarios y 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 y formación (contenidos educativos) al paciente, a la familia y población general que actúan como soporte del anciano, la negociación sistemática de los objetivos a cubrir en la atención al adulto mayor con Úlcera Neuropática en la comunidad, así como el logro de relaciones comunicativas entre el enfermero (a) y el adulto mayor y su familia, la cual facilita el vínculo y permite la aceptación de un elemento contribuyente, como es el enfermero (a), en el medio familiar, lo que potencia la corresponsabilidad para la solución a los problemas del adulto mayor con esta afectación en la comunidad.

Además estas modificaciones constituyeron uno de los principales motivos de atención de Enfermería en el autocuidado a los adultos mayores, justificado en que una pequeña causa es capaz de romper el equilibrio del proceso salud-enfermedad, al colocar al anciano en una situación de riesgo, descompensación o de enfermedad.

La estrategia que se presenta adoptó, el análisis de las necesidades del adulto mayor con Úlcera Neuropática 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 éste.

b) Aportar una valoración integral y sistémica que permite al personal de Enfermería realizar la determinación del estado de salud del paciente en base a las necesidades afectadas y en correspondencia con estas, elaborar los diagnósticos de Enfermería y plan de acción para ofrecer cuidados a la salud del paciente. ^(Ver anexo 9)

5. Instrumentación. El diseño de la estrategia presentada relaciona al adulto mayor con Úlcera Neuropática con el enfermero (a), a través de actividades educativas, y utiliza la comunidad como espacio de intercambio para la búsqueda de un autocuidado apropiado. Se incorporó a este elemento la búsqueda de una redimensión del autocuidado del adulto mayor con Úlcera Neuropática, desde la perspectiva de Enfermería en el marco de la APS, que en su dimensión educativa inscribe actividades que sustentan criterios a favor de un clima de relación propicio entre el paciente y el personal de Enfermería, la promoción de las relaciones personales e interpersonales, la instrucción a los enfermeras (os) sobre principios éticos, morales, políticos e ideológicos en la atención a pacientes, reconocimiento del valor de la labor de cada uno, identificación y solución de necesidades afectadas en pacientes.

Estas actividades constituyen eslabones fundamentales del PAE, a partir de un diagnóstico inicial de Enfermería, se propone su elaboración para contribuir a resolver las insuficiencias existentes en la ejecución del propio proceso, para con el

adulto mayor con Úlcera Neuropática en la comunidad, actividades que utilizan el sistema de relaciones enfermero-paciente-familia-comunidad y que se materializan en la atención al individuo, familia y comunidad en el consultorio del Médico y Enfermero de la Familia y en la visita al hogar del paciente.

Se tuvo en cuenta, además, las habilidades y actitudes de cada paciente, el nivel cultural e información que éstos 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, lo anterior desde una óptica de Enfermería.

Desde el punto de vista metodológico, se propició a los enfermeros (as) un marco de referencia para facilitar la comunicación oral y escrita y estimular la búsqueda científica para intervenir en la solución de los problemas que son de su competencia. El enfermero (a) se planteó desarrollar un pensamiento crítico, antes de asumir que un diagnóstico médico determina y garantiza, las acciones de Enfermería. Las dimensiones de la Enfermería quedaron clarificadas y desde el modelo de formación se debe asumir el carácter específico de la profesión.

Los problemas profesionales de Enfermería proporcionaron una estructura propia y el crecimiento potencial de los conocimientos de esta ciencia, que pudieran vincularse al desarrollo tecnológico de estos tiempos. La identificación de los problemas en la prestación de cuidados y soluciones creativas con un éxito inmediato en términos de calidad permitió el uso del método investigativo.

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 la misma, 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. En la estrategia que se propone, el conjunto de objetos y procesos que se elaboraron, se encuentran relacionados entre sí, identificándose determinada independencia y coherencia en la misma.

La evaluación se ejecuta de forma longitudinal a corto, mediano y largo plazo, en correspondencia con las necesidades afectadas en los adultos mayores con Úlcera Neuropática. La enfermera (o) utiliza las opiniones referidas por los pacientes y familiares sobre la satisfacción de las necesidades de éstos, la evolución del estado de salud del paciente y del desarrollo de conductas generadoras de salud.

Esta etapa de la estrategia tiene el objetivo de demostrar los cambios que se proponen alcanzar con la introducción de acciones dirigidas al perfeccionamiento del autocuidado desde la perspectiva de Enfermería, valorada su aplicación en el área y población de estudio: Policlínico Dr. Rudesindo A. García del Rijo del municipio y provincia Sancti Spíritus.

La retroalimentación se establece a partir de los resultados obtenidos en la evaluación llevada a cabo, en correspondencia con la participación de los pacientes

y/o familiares en las respuestas y la evaluación del personal de Enfermería sobre las mismas.

A partir de estos hallazgos, 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 tarea 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 a 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, llevan implícito: Objetivos, dosificación del contenido, actividades variadas y educativas que sistematicen el uso del mapa.

Las relaciones descritas se corresponden en cierta medida con el cumplimiento de los principios de la modelación, descritos por Bringas Linares J en 1999 y citados por Avila Sánchez M, ⁹¹. Principios que se cumplieron además en la aplicación de la modelación como método, para la estrategia propuesta:

- Principio de deducción por analogía: se basa en establecer semejanza entre las facetas, cualidades y componentes de objeto real y la estrategia propuesta para el autocuidado de los adultos mayores con Úlcera Neuropática.
- Principio de la consistencia lógica en la modelación: consiste en la estabilidad, solidez, fundamentación científica de los elementos que sustenta la estrategia

propuesta para el autocuidado de los adultos mayores con Úlcera Neuropática, en el caso que ocupa se refiere a la ciencia de la Enfermería y la Ciencia de la Salud.

- Principio del Enfoque Sistémico: se refiere a las relaciones que se manifiestan entre la estrategia propuesta para el autocuidado de los adultos mayores con Úlcera Neuropática, los problemas, necesidades afectadas de manera individual de estos sujetos en el contexto de la atención de Enfermería en la comunidad.

- Principio de la simplicidad y asequibilidad: se pretende que la estrategia propuesta para el autocuidado de los adultos mayores con Úlcera Neuropática, que se propone sea asequible, pero sin perder valor y el carácter científico.

La estrategia que se propone en esta investigación es una representación de la realidad, y establece la relación entre lo real y lo ideal, sustentado en la teoría del Déficit de autocuidado de Dorothea E. Orem, que permite analizar, e interpretar el objeto de estudio en todas sus manifestaciones en correspondencia con el autocuidado del adulto mayor con Úlcera Neuropática, la labor del personal de Enfermería en la APS en este sentido y las exigencias de la sociedad cubana actual. Con el empleo de la modelación y logrado el nivel de abstracción necesario, la autora representa de forma gráfica la propuesta en su totalidad, que se presenta el diagrama 1. Estrategia de autocuidado en el adulto mayor con Úlcera Neuropática en la comunidad. (ver Anexo 12)

En esta tercera etapa de la investigación, se edificaron las acciones y actividades de Enfermería dirigidas a perfeccionar el autocuidado del adulto mayor con Úlcera Neuropática en la comunidad. (ver anexo 10). Se realizó la validación de las acciones y actividades de Enfermería diseñadas.

Para obtener criterios especializados y juicios críticos sobre la validez de las acciones y actividades propuestas y su aplicación en las actuales condiciones de reordenamiento de la APS, se seleccionaron 32 expertos potenciales dedicados a la atención al adulto mayor con Úlcera Neuropática.

El propósito de la investigadora no fue conseguir representatividad en el sentido estadístico, sino garantizar la autoridad de los juicios y por consiguiente, la validez de la información. No se pretendió conocer “la opinión promedio” de todos los potenciales respondedores, sino la opinión respaldada por juicios de autoridad y competencia.

Se confeccionó y entregó por escrito a cada profesional seleccionado, consentimiento informado de cooperación como experto. ^(ver Anexo 13)

Para la selección de los mismos, se consideró como requisito indispensable su coeficiente de competencia, calculado como se describe en el algoritmo presentado, el cual parte de las respuestas que los 32 potenciales expertos ofrecieron a las preguntas del instrumento adoptado a tal efecto. ^(ver anexo 14, 15 y 16)

En la misma, los expertos debían expresar su criterio respecto a las acciones y actividades, calificándolas de: muy adecuada; bastante adecuada; adecuada; poco adecuada y no adecuada, sobre la base de los aspectos que a continuación se expresan: Aplicabilidad en la APS, factibilidad para su introducción en la APS, necesidad de su introducción, pertinencia para su implementación, actualidad y nivel científico.

Se les dio la posibilidad de exponer alguna crítica, idea, recomendación, otro aspecto relacionado con las acciones y actividades o proponer nuevas si así lo consideraban. Adjunto a la encuesta, se entregaron las propuestas que les

permitieron una mejor comprensión y posibilidad de emitir un juicio de valor al respecto.

La distribución por especialidades e instituciones, de los 32 expertos seleccionados, se desglosan a continuación:

- Cinco especialistas en Geriatría y Gerontología del Hospital General Camilo Cienfuegos de Sancti Spíritus.
- Un especialista en Medicina General Integral de la Comisión Provincial Técnica Asesora del Programa de DM.
- Dos Licenciado en Enfermería de la Universidad de las Ciencias Médicas de Sancti Spíritus.
- Cuatro Licenciados en Enfermería, especialistas en Enfermería Comunitaria de Sancti Spíritus.
- Tres Licenciados en Enfermería del Departamento Provincial de Enfermería de Sancti Spíritus.
- 14 Licenciados en Enfermería que laboran en Consultorios del Médico y Enfermera de la Familia en Sancti Spíritus.
- Tres Especialistas en Medicina Interna del Policlínico Dr. Rudesindo A. García del Rijo del municipio Sancti Spíritus. (Ver Anexo 15)

Los expertos seleccionados como se aprecia fueron en su mayoría Licenciados en Enfermería y Especialistas en Medicina Interna que se caracterizaron por poseer más de 10 años de experiencia de trabajo como médicos o licenciados, de ellos entre cinco y nueve años como especialistas e igual cantidad de años dedicados a la APS. (Ver anexo 15)

- Cuarta etapa: Implementación de la estrategia de autocuidado del adulto mayor con Úlcera Neuropática en la comunidad.

Bajo la premisa de que el incremento del nivel de conocimiento en las enfermeras (os) contribuye al desarrollo de buenas prácticas que estos ofrecen al adulto mayor con Úlcera Neuropática en la comunidad y que favorecen en los pacientes el desarrollo de conductas generadoras de salud y la responsabilidad individual ante la salud y la enfermedad, se elaboró un programa del curso de capacitación el cual responde a las exigencias metodológicas que se declaran en el Reglamento de Postgrado vigente de la Educación Superior en Cuba Resolución 132 de 2004 del Ministerio de Educación Superior: Reglamento de la Educación de Postgrado de la República de Cuba; en cuanto a: Estructura, diseño metodológico, sistema de evaluación, emisión y entrega de créditos académicos y curricular. El curso comprende un conjunto de contenidos que abordan resultados de investigaciones relevantes y asuntos trascendentes (académicos) con el propósito de fortalecer la competencia especificadora, la cual quedará certificada a través de una evaluación final teórico práctica y evidenciada con la entrega a cada graduado del documento certificativo de curso terminado; lo que permitirá un desempeño de excelencia en el personal de enfermería, basado en la teoría del déficit de autocuidado de Dorotea E Orem ^{17, 106}.

Desde el punto de vista estructural el programa incluyó título, comité académico, duración en horas, modalidad, objetivos, temas, contenidos y bibliografías. Con relación al título otorgado a este documento, se relacionó con: Por un mejor autocuidado del adulto mayor con Úlcera Neuropática en la comunidad, desde la perspectiva de Enfermería. (ver anexo16)

Se tuvo en cuenta ofrecer como modalidad la de tiempo parcial para no afectar la actividad asistencial. Las horas otorgadas a esta actividad obedecieron a las estipuladas en la fecha de comienzo de la investigación. La organización, horario y calendario de actividades utilizó como formas de organización de la enseñanza la conferencia, la clase práctica y el examen teórico.

El objetivo general diseñado correspondió al segundo nivel de asimilación del conocimiento y se relacionó con instruir a este personal en las acciones y actividades propuestas para contribuir al autocuidado del adulto mayor con Úlcera Neuropática en el contexto comunitario.

Los contenidos impartidos se relacionaron con el estudio de los documentos rectores de la atención integral al adulto mayor con Úlcera Neuropática en la comunidad. Se analizaron las vías para la creación de conductas generadoras de salud a través de acciones dirigidas a lograr modificaciones del estilo de vida en estos pacientes. Evaluación clínica y dispensarización de éstos, tratamiento y seguimiento en consulta y visitas al hogar. Este programa del curso fue implementado con todos los enfermeros de los consultorios Médicos de la Familia del Policlínico Dr. Rudesindo A. García del Rijo del municipio y provincia Sancti Spíritus.

Diez meses después de concluida la capacitación se comprobó la influencia del programa del curso de capacitación sobre el nivel de conocimiento de los enfermeros (as). Este proceso de comprobación se realizó mediante la aplicación de una encuesta elaborada al efecto, que se utilizó para establecer la línea base del nivel de conocimiento de cada enfermero (a) incluido en el estudio. Para lograr una mayor confiabilidad de los criterios, la encuesta fue anónima e individual; pero, personalizada por un código autodefinido por cada enfermero (a).

- Quinta Etapa: Evaluación de la estrategia de autocuidado del adulto mayor con Úlcera Neuropática en la comunidad.

Para determinar la influencia de la estrategia para el autocuidado implementada, se realizaron tres encuentros de trabajo entre la investigadora y los enfermeros y enfermeras de los consultorios Médicos de la Familia incluidos en el estudio, lo cual permitió, el monitoreo de la implementación de las acciones contenidas en la estrategia.

En el monitoreo se tomó en consideración los siguientes elementos: Valoración por parte del enfermero (a) de las necesidades afectadas en los pacientes, manifestaciones clínicas individuales que se presentan en este tipo de pacientes, control del cumplimiento del tratamiento médico, cura de la Úlcera Neuropática y logro de conductas generadoras de salud, la necesidad de optimizar el autocuidado al grupo dispensarial en estudio, lo que implica: la coordinación con los diferentes sectores sanitarios y sociales, el logro de relaciones comunicativas entre el enfermera (o) y el adulto mayor y su familia, la cual facilita el vínculo y permite la aceptación del enfermera (o) en el medio familiar, lo que potencia la responsabilidad para la solución a los problemas del adulto mayor con Úlcera Neuropática en la comunidad.

Se utilizó la entrevista estructurada para verificar caracterizar el autocuidado brindado por las enfermeras (os) del consultorio Médico de Familia, un año después de concluida la capacitación al personal de Enfermería. Se visitaron los adultos mayores con Úlcera Neuropática en sus hogares, donde se les aplicó el instrumento elaborado. (Ver anexo 11)

Este proceso permitió evaluar los cambios en términos de: Proporción de adultos mayores con Úlcera Neuropática cicatrizadas, proporción de adultos mayores que recibieron autocuidado apropiado y proporción de adultos mayores con mejoría del estado de salud.

Para el primer caso, se tuvo en cuenta la cicatrización de la Úlcera Neuropática durante la aplicación de la entrevista, así como la mejoría del estado de salud.

Se estimaron las proporciones poblacionales de adultos mayores con Úlceras Neuropáticas cicatrizadas, así como la mejoría del estado de salud después de la aplicación de la estrategia de autocuidado que se compararon mediante una Prueba de Mc Nemar.

2.6. Aspectos éticos del estudio

Desde el punto de vista ético, el estudio fue analizado y aprobado por la Comisión de Ética del Consejo Científico de Ciencias Médicas de Sancti Spíritus y por la Dirección Municipal de Salud del Municipio Sancti Spíritus. Se obtuvo por escrito el consentimiento informado ^(ver anexo 2 y 3) de cada uno de los adultos mayores con Úlcera Neuropática, en el cual 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 el equipo de salud que atendía a los adultos mayores, en la más estricta confidencialidad.

Este estudio no implicó afectaciones físicas ni psicológicas a los adultos mayores con Úlcera Neuropática. En todo momento se tuvo en cuenta lo estipulado en la Declaración de Helsinki.¹⁰⁷ La aproximación al autocuidado del adulto mayor con

Úlceras Neuropática se desplegó sin intrusismo, a la cultura y la idiosincrasia de la familia y se intentó siempre conciliar o consensar orientaciones o criterios involucrados en las acciones, sin imposiciones ni consejos directivos.

Conclusión del capítulo

Se describió población y muestra, así como el tipo de estudio. Se definieron variables y escalas valorativas para la aplicación de los diferentes métodos según la metodología. Se diseñó la estrategia de autocuidado del adulto mayor con Úlcera Neuropática en la comunidad, parte de la situación problemática concerniente con la alta incidencia de Úlcera Neuropática en la población y área de estudio. En esta propuesta, se articulan acciones y actividades educativas que favorecen la relación enfermera (o) -paciente-contexto sociocultural, para llevar el autocuidado hasta una concepción sistémica que favorece el seguimiento y control de la enfermedad en la APS.

CAPÍTULO III. Análisis y discusión de los resultados en la aplicación de la estrategia para el autocuidado del adulto mayor con Úlcera Neuropática en la comunidad del Policlínico Dr. Rudesindo A. García del Rijo del municipio Sancti Spíritus

CAPÍTULO III. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS EN LA APLICACIÓN DE LA ESTRATEGIA PARA EL AUTOCUIDADO DEL ADULTO MAYOR CON ÚLCERA NEUROPÁTICA EN LA COMUNIDAD DEL POLICLÍNICO DR. RUDESINDO A. GARCÍA DEL RIJO DEL MUNICIPIO SANCTI SPÍRITUS

En este capítulo, se presenta el análisis y discusión de los resultados obtenidos en el proceso de investigación, apoyado en tablas y referentes comparativos, los que se ofrecen en cada una de las etapas según el propio diseño de la estrategia y que se muestran a continuación.

3.1. Primera etapa: Identificación del nivel de conocimientos del personal de Enfermería. El restablecimiento cutáneo. Estado de salud de los adultos mayores. Autocuidado de los adultos mayores

El análisis crítico del contenido de los documentos escritos que regulan el autocuidado al adulto mayor con Úlcera Neuropática en la Atención Primaria Salud, ofreció las siguientes dificultades: ^(ver anexo 7)

- Carencia de información relativa al autocuidado del adulto mayor con Úlcera Neuropática desde la perspectiva de Enfermería en la APS.
- No se constata un desglose de las actividades específicas a desarrollar por el médico y enfermero (a) de la familia, en cuanto a la atención a los grupos dispensariales.
- Ausencia de formulación de las actividades declaradas para el logro de los objetivos específicos con vías instrumentadas para su implementación.
- Supremacía de la atención dirigida hacia el cuidado médico, exentas del enfoque clínico-enfermera (o).

- La enfermera (o) se limita a la caracterización del estado de salud del adulto mayor como parte del análisis de la situación de salud y no al estudio de la situación de salud de este grupo poblacional como parte esencial de esa investigación.
- Necesidad de incrementar el uso de diversas formas de comunicación social y diseño gráfico (láminas, pancartas) para lograr resultados que contribuyan a la educación para la salud de estos pacientes como parte del tratamiento, dirigida a trabajar sobre los factores de riesgo y la promoción.
- Desbalance entre los indicadores evaluativos, los contenidos y objetivos expresados en los enfermeras (os), con énfasis en el control de las enfermedades no transmisibles, las necesarias modificaciones de los estilos de vida para el logro de conductas generadoras de salud.

Con relación a la identificación del nivel de conocimiento del personal de Enfermería sobre el autocuidado del adulto mayor con Úlcera Neuropática en la comunidad, se exponen a continuación los resultados obtenidos con la aplicación de la encuesta a las enfermeras y enfermeros antes de la capacitación.

Tabla 1. Distribución de las enfermeras y enfermeros según nivel de conocimiento antes de aplicada la estrategia

Nivel de Conocimiento	Antes	
	n.º	%
Aceptable	5	12,20
Mínimo Aceptable	10	24,39
Inaceptable	26	63,41
Total	41	100,00

Fuente: Encuesta

Como se observa en la tabla 1 en la distribución de las enfermeras y enfermeros según nivel de conocimientos antes de la capacitación, primó la categoría de

inaceptable, en un 63,41 % expresión de la necesidad de capacitar a este personal en aras de mejorar su nivel de conocimientos sobre el autocuidado al adulto mayor con Úlcera Neuropática en la comunidad. Este resultado es semejante al obtenido por otras investigaciones que exploran el nivel de concurriendo de profesionales sanitarios. Fernández A, Abdala T, Alvara E, Tenorio G, López E, Centeno S, Dávila R.⁹²

La medición del restablecimiento cutáneo, realizado a través de observación participante de la lesión en la cura diaria ofreció los siguientes resultados.

Tabla 2. Restablecimiento cutáneo de la Úlcera Neuropática en la comunidad antes de aplicada la estrategia

Restablecimiento Cutáneo	Antes	
	n.º	%
Una semana	17	17,71
Dos semana	21	21,88
Más de dos semanas	58	60,42
Total	96	100,00

Fuente: Observación de la cura diaria.

Como se puede apreciar en la tabla 2 antes de aplicar la estrategia, el restablecimiento cutáneo demoraba más de dos semanas con 60.42 % para cicatrizar la Úlcera Neuropática, puesto que los adultos mayores no sabían autocuidarse de forma apropiada, ni los enfermeros tenían todos los conocimiento para brindarles los cuidados necesarios para que se recuperaran en un menor tiempo posible. Este resultado es semejante al obtenido por Clapés Hernández S, García Gómez D, Marquetti Hernández A, Martínez Bons O, Battes Lanz C,⁹³

Para identificar el estado de salud de los adultos mayores estudiados se aplicó la escala de Kaff y Lawton para evaluar el nivel de funcionabilidad con actividades de la vida diaria y actividades instrumentadas de la vida diaria.

Tabla 3. Estado de salud de los adultos mayores con Úlcera Neuropática antes de aplicada la estrategia

Estado de Salud	Antes	
	n.º	%
Bueno	17	17,71
Regular	10	10,42
Malo	69	71,88
Total	96	100,00

Fuente: Escala de Kaff y Lawton

Como se observa, la mayoría de los adultos mayores evaluados muestran un estado de salud malo 71.88 % seguido por un estado de salud regular 10,42 %. Esta información se corrobora con estudios de Formiga Pérez F, Rodríguez Mañas L ⁹⁴ y Lozano Álvarez Elio Edgar. ⁹⁵

Tabla 4. Resultados en el autocuidado de los adultos mayores con Úlcera Neuropática antes de implementada la estrategia

Autocuidado de los adultos mayores con Úlcera Neuropática en la comunidad relacionado con modificaciones en el actuar de las enfermeras (os).	Antes	
	n.º	%
Aceptable	14	14,58
Mínimo aceptable	40	41,67
Inaceptable	42	43.75
Total	96	100,00

Fuente: Encuesta.

El análisis de la tabla presentada, permitió corroborar que una alta proporción de adultos mayores recibieron un autocuidado inaceptable el 43.75 %, que obedecía a

la necesidad de realizar cambios de conductas de los adultos mayores con Úlcera Neuropática en la comunidad al no cumplir con los mínimos cuidados para la salud como: La dieta hipoglúcida, hiposódica con menos de seis gramos de sodio al día, con grasa vegetal, el reposo físico con el pie lesionado en alto, la medición de los niveles de glucosa en sangre y la realización de la cura diaria de la lesión, entre otros.

Identificado el nivel de conocimientos del personal de Enfermería, así como el restablecimiento cutáneo, el estado de salud de los adultos mayores y el autocuidado de los adultos mayores, antes de aplicada la estrategia, se está en condiciones de pasar a la segunda etapa que se corresponde con la caracterización.

3.2. Segunda etapa: Caracterización de los pacientes adultos mayores con Úlcera Neuropática

Se presenta a continuación en la tabla cinco la distribución de los adultos mayores con Úlcera Neuropática según edad y sexo.

Tabla 5. Adultos mayores con Úlcera Neuropática según grupo de edades y sexo

Edad	Sexo	Total	%			
	Femenino	%	Masculino	%	Total	%
60-69	15	15.63	24	25	39	40.63
70-79	12	12.5	18	18.75	30	31.25
80-89	6	6.25	4	4.16	10	10.42
90 y más	8	8.33	9	9.38	17	17.70
Total	41	42.8	55	57.2	96	100

Fuente: Historias clínicas individuales.

Como se puede apreciar existió un predominio del sexo masculino con 55 hombres para un 57.2%, con un número de las femeninas 41, para un 42.8%, existe mayor incidencia de Úlcera Neuropática en pacientes de sexo masculino. Este resultado es

semejante al de Pereira Despaigne O. L., Palay Despaigne M.S., Frómeta Ríos V., Neyra Barrios R. M⁹⁶ y Rodríguez Gurri D, González Expósito A.⁹⁷.

Según la edad se puede observar, existencia de mayor frecuencia en los grupos de 60-69 años para un 40.6 % de la población estudiada, destacándose que a partir de esta edad es donde se producen los cambios orgánicos a nivel de las células betas del páncreas y la tendencia a la resistencia a la insulina, resultados que coinciden con los que ofrecen Mondéjar Barrios MD, Rosas Durand LO, Morgado Rodríguez A Hernández Martínez N, Junco Martínez G.en su investigación.⁹⁸

Se presenta a continuación la distribución de los adultos mayores con Úlcera Neuropática según tipología de la DM.

Tabla 6. Adultos mayores según tipología de la DM

Tipo de diabetes	Nº de adultos mayores con Úlcera Neuropática	%
Tipo I	24	25.00
Tipo II	72	75.00
Total	96	100

Fuente: Historias clínicas individuales.

Desde el punto de vista de la tipología de la Diabetes, se aprecia que es más frecuente la Diabetes tipo II, con 72 pacientes para un 75.0%. Estos hallazgos coinciden con lo reportado por American Diabetes Association.⁹⁹

Caracterizados los adultos mayores con Úlcera Neuropática objetos de estudio y cumplida la primera y segunda etapa se dio salida al objetivo específico número dos relacionado con caracterizar el estado actual de los pacientes adultos mayores con Úlcera Neuropática y el nivel de conocimientos del personal de Enfermería y se está condiciones de realizar el diseño de la estrategia, descrito en la tercera etapa.

3.3. Tercera etapa: Diseño de la estrategia de autocuidado del adulto mayor con Úlcera Neuropática en la comunidad

Al estructurar la propuesta (Ver anexo 12) , se tuvieron en cuenta los elementos siguientes que se describieron en el capítulo anterior como: Introducción, Diagnóstico, Planteamiento del objetivo general, Planeación estratégica, Instrumentación y Evaluación, organizados en el diseño como etapas. Diseño que se fundamenta además 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.

El sistema quedó constituido por 11 acciones con 43 actividades, que de forma comprensible permiten su aplicación en el accionar del personal de enfermería en función de fomentar el autocuidado y lograr modificaciones de las conductas a generadoras de salud, en estos pacientes portadores de la Úlcera Neuropática.

Estas se elaboraron en función de la aplicación por parte del personal de Enfermería de conocimientos que van desde las relaciones interpersonales, principios éticos en el desempeño de su atención, elementos de educación para la salud en lo general y lo particular, las relaciones con el medio ambiente y los factores protectores y de riesgo. La asertividad, elementos clínicos epidemiológicos y vinculados con la calidad de vida, el método científico de la profesión, entre otros; personal de Enfermería que como elemento dador de cuidados, cede el nivel protagónico el propio sujeto objeto de estudio, el adulto mayor con Úlcera Neuropática y los sujetos que con su accionar inciden en este.

Se presentan a continuación el sistema de acciones y actividades propuestas en esta etapa, como parte del cuerpo de la Estrategia de autocuidado en el adulto

mayor con Úlcera Neuropática en la comunidad del Policlínico Dr. Rudersindo A. García del Rijo del municipio Santi Spíritus, a desarrollar por el personal de Enfermería que labora en los Consultorios médico y enfermera de la familia de esta comunidad.

Acción 1. Creación de un clima de relación propicio entre pacientes y enfermera (o), en términos de: Diálogo, respeto a los pares, reconocimiento de los roles e identificación de las entidades patológicas.

Actividades:

- aconsejar al paciente que hable lentamente evitando aquellas conversaciones que puedan generarle estrés y disnea.
- Educarlo para el uso de otras formas alternativas de comunicación.
- Inculcar la necesidad de que el paciente sea responsable de las actividades relacionadas con su autocuidado.
- Averiguar los gustos e intereses del adulto mayor con Úlcera Neuropática e intentar favorecerlos.

Acción 2. Promoción de las relaciones personales e interpersonales entre pacientes y enfermera (o) en términos de: auto respeto, flexibilidad, adaptabilidad a la situación de salud, auto confianza, compromiso e interés en la atención de Enfermería, autocontrol, empatía y aceptación:

Actividades:

- Enseñar aquellos ejercicios que generen menos esfuerzos y que incluyan técnicas de relajación, descanso.
- Enseñar técnicas de relajación y los medios que favorezcan el sueño y el reposo.
- Enseñar el tipo de zapatos requeridos.

- Procurar un entorno tanto doméstico como urbano lo más seguro posible y exentos de barreras
- Enseñar a llevar una dieta con seis comidas diaria en desayuno, merienda, almuerzo, merienda, comida, merienda

Acción 3. Instrucción 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

Actividades:

- Fomentar la transferencia de experiencia creando un clima de respeto y aceptación.

Acción 4. Reconocimiento del valor de la labor que cada uno, enfermera (o) y paciente ejerce, en términos de: Auto reconocimiento, aceptación y cumplimiento de roles, tolerancia, negociación, interacción, compromiso e interés en la atención, así como presentación y explicación de ideas propias.

Actividades:

- Facilitar espacios de discusión entre los adultos mayores con Úlcera Neuropática en la comunidad y su enfermera (o) a favor de intereses, necesidades de aprendizaje sobre la entidad que padecen, y sobre cumplimiento de los tratamientos a llevar a cabo

Acción 5. Identificación y solución de necesidades afectadas en pacientes, en términos de: Saber escuchar, planteamiento de posibles alternativas, decisión de soluciones más adecuadas, empáticas, y asertivas.

Actividades:

- Orientar a los adultos mayores con Úlcera Neuropática sobre conversaciones a llevar a cabo con su enfermera (o) concerniente a problemas de salud, medicación, relaciones familiares, alternativas de tratamiento, información y actualización sobre la entidad que padecen.
- Orientar a los familiares sobre la importancia del reconocimiento del adulto mayor con Úlcera Neuropática, para la armonía colectiva en virtud del funcionamiento familiar como expresión del proceso de salud-enfermedad.

Acción 6. Manejo de aspectos teóricos y prácticos de la APS para incentivar la participación comunitaria y el logro de estilos de vida saludables, en términos de: Saber escuchar, cooperar y trabajar en grupo, creatividad, escuchar ideas y propuestas de otros, intercambiar información, establecer relaciones de ayuda y educación individual y grupal.

Actividades:

- Instruir a los adultos mayores con Úlcera Neuropática sobre beneficios del reposo con el miembro inferior afectado más alto que el resto del cuerpo.
- Averiguar la cantidad y calidad del sueño y del reposo necesario para el individuo.
- Planificar un programa de reposo y sueño junto con el individuo.
- Procurar la ventilación adecuada en función de la estación del año, que permita la realización de actividades sin riesgos.
- Indagar y planificar los hábitos higiénicos con el paciente.
- Enseñar a que el paciente camine de forma segura.

Acción 7. Vigilancia de la salud y el autocuidado del medio ambiente en la identificación de problemas y ejecución de medidas de control en su solución, a

través de: Transferencia de conocimientos de un contexto a otro, expresión oral y escrita con claridad, discriminación y diferenciación de los aspectos relevantes e irrelevantes.

Actividades:

- Inquirir las necesidades de aprendizaje del anciano.
- Motivar al anciano para el aprendizaje y la inclusión en su vida diaria.

Acción 8. Contribución a la redimensión del estilo de vida en el adulto mayor con Úlcera Neuropática, en términos de: Orientación y comprensión sobre la relación existente entre: Rol del adulto jubilado - auto reflexión - apoyo emocional y dieta - peso.

Actividades:

- Enseñar a los adultos mayores con Úlcera Neuropática sobre la importancia de evitar comidas copiosas, el tabaquismo, la polución, el sobrepeso y los zapatos ajustados
- Averiguar cuáles son los gustos y hábitos de alimentación del paciente para ajustar la dieta a sus preferencias en la medida de lo posible.
- Enseñar los componentes de la dieta a seguir y la cantidad de líquidos a consumir para que él mismo pueda controlar su alimentación.
- Controlar que la alimentación contenga alimentos ricos en fibras y/o añadir fibra a la comida habitual para evitar el estreñimiento.
- Enseñar cuáles son los alimentos y los líquidos que favorecen la eliminación.

Acción 9. Interacción del rol del adulto mayor diabético con Úlcera Neuropática y el accionar enfermero de la APS, y el empleo de la comunidad como espacio de intercambio para la búsqueda de un autocuidado apropiado.

Actividades:

- Incorporar a los adultos mayores dispensarizados con Úlcera Neuropática a las actividades para su cuidado enfermero (a) en la comunidad.
- Programar visitas de control y seguimientos a los adultos mayores con Úlcera Neuropática en el hogar, según necesidades afectadas en los mismos.
- Responsabilizar en las visitas de terreno programadas al hogar, a la familia y al adulto mayor con Úlcera Neuropática con las acciones en las que él mismo deberá participar.
- Crear y/o aprovechar espacios comunitarios para la ejecución de actividades comunitarias que respondan a las necesidades de los adultos mayores con Úlcera Neuropática en la comunidad.
- Planificar temas para el autocuidado al adulto mayor con Úlcera Neuropática en la comunidad, en base a sus necesidades afectadas.
- Adecuar como temas fundamentales para las actividades comunitarias a tratar con los adultos mayores con Úlcera Neuropática las siguientes:

Del nivel biológico:

- Úlcera Neuropática y factores de riesgo.
- Conductas generadoras de salud.
- Estilos de vida saludables.
- Signos de alerta de descompensación de la enfermedad.
- Úlcera Neuropática y su relación con entidades asociadas.
- Úlcera Neuropática y edad.
- Úlcera Neuropática y dieta.
- Úlcera Neuropática y reposo físico.

- Úlcera Neuropática y tratamiento médico.
- Evolución natural de la enfermedad y respuestas terapéuticas.

Del nivel psicológico:

- ¿Cómo aprender a convivir con la DM con Úlcera Neuropática?
- Úlcera Neuropática y personalidad.
- Capacidad, desempeño y Úlcera Neuropática.
- Desestrés a la enfermedad Úlcera Neuropática.
- Respuestas afectivas al estrés.
- El rol de la adultez en éste período de la vida.
- El logro y la satisfacción vital.

Del nivel social:

- Relación adulto mayor Úlcera Neuropática-familia.
- Acciones socio familiares para el autocuidado del adulto mayor con Úlcera Neuropática en la comunidad.
- Los niños y los ancianos en la sociedad.
- Adultez y adolescencia.
- Sociedad, adultez y DM.
- Úlcera Neuropática y atención de Enfermería Comunitaria.
- Educación para la Salud y Úlcera Neuropática.
- Impartir los temas planificados en los espacios seleccionados para tal efecto.

Acción 10. Evaluación de la entidad patológica como dimensión biológica en consultas y visitas al hogar, programadas.

Actividades:

- Valoración clínica según: a) examen físico general, regional y por aparatos, b) exámenes de laboratorio, c) examen imagenológico y d) otros exámenes necesarios para la detección precoz de las complicaciones asociadas a la edad y a la entidad, en correspondencia con las limitaciones físicas y psicológicas que se presentan en esta etapa de la vida y otros daños a la salud.
- Identificación de los síntomas y signos de la Úlcera Neuropática.
- Fiscalización del cumplimiento del tratamiento farmacológico y no farmacológico.
- Evaluación clínico-epidemiológica de los riesgos.
- Control de la dispensarización.
- Medición sistemática de la glucemia en consultas y visitas al hogar programadas para lograr el seguimiento clínico del paciente, control de las cifras tensionales y evaluación de la efectividad del tratamiento.
- Control de la dieta hiposódica, hipograsa, normocalórica y rica en fibras.
- Remisión e interconsulta con otro especialista cuando sea necesario.

Acción 11. Diseñar, implementar y controlar un plan de cuidados de Enfermería en correspondencia con las demandas y necesidades identificadas en el paciente.

- Valoración de las necesidades afectadas en los adultos mayores con Úlcera Neuropática, recursos materiales y humanos disponibles, así como lograr la corresponsabilidad en el cumplimiento del mismo con el paciente y su familia.
- Formulación de acciones de Enfermería en correspondencia con las necesidades del paciente.

Validación de las acciones y actividades de Enfermería para el restablecimiento cutáneo de la Úlcera Neuropática en los pacientes estudiados.

Se utilizaron los resultados obtenidos en las etapas precedentes y como parte de la etapa tres de la misma, se trazaron acciones y actividades de Enfermería dirigidas al perfeccionamiento del autocuidado del adulto mayor con Úlcera Neuropática en la comunidad, las que fueron evaluadas por expertos dedicados a la atención al adulto mayor con Úlcera Neuropática. Los criterios de estos sobre la propuesta presentada se ofrecen a continuación.

Tabla 7. Evaluación de los expertos en relación con la aplicabilidad en la APS de las acciones y actividades propuestas

Acciones y actividades	Muy Adecuada		Bastante Adecuada		Adecuada		Poco Adecuada		No Adecuada	
	n.º	%	n.º	n.º	n.º	%	n.º	%	n.º	%
Acción 1	12	40,00	4	13,33	12	40,00	2	6,67	0	0,00
Acción 2	28	93,33	2	6,67	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Acción 3	24	80,00	6	20,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Acción 4	26	86,67	4	13,33	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Acción 5	30	100,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Acción 6	16	53,33	2	6,67	8	26,67	4	13,33	0	0,00
Acción 7	14	46,67	2	6,67	8	26,67	6	20,00	0	0,00
Acción 8	30	100,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Acción 9	22	73,33	8	26,67	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Acción 10	30	100,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Acción 11	20	66,67	10	33,33	0	0,00	0	0,00	0	0,00

La opinión de los expertos a favor de la aplicabilidad de las acciones y actividades contenidas en la estrategia de autocuidado presentada alcanzó una distribución

porcentual mayor descendente en las categorías de muy adecuada, bastante adecuada y adecuada, lo que muestra que la utilización de las mismas favorece el autocuidado al adulto mayor con Úlcera Neuropática en la comunidad. Esta perspectiva constituye un paso de avance en virtud del progreso de la Ciencia de la Enfermería, la cual permite dar respuesta a las necesidades que se presentan en los pacientes y la etapa de vida estudiada.

El estudio que se presenta, contribuye a mejorar las conductas, actitudes y prácticas relacionadas con la cultura en salud de estos pacientes, lo cual es preciso tomar en consideración para el logro de un adecuado estado de salud individual, familiar y social.

Tabla 8. Evaluación de los expertos en relación con la factibilidad para la introducción en la APS de las acciones y actividades

Acciones y actividades	Muy Adecuada		Bastante Adecuada		Adecuada		Poco Adecuada		No Adecuada	
	n.º	%	n.º	%	n.º	%	n.º	%	n.º	%
Acción 1	28	93,33	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Acción 2	30	100,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Acción 3	30	100,00	4	13,33	4	13,33	0	0,00	0	0,00
Acción 4	30	100,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Acción 5	26	86,67	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Acción 6	30	100,00	0	0,00	2	6,67	0	0,00	0	0,00
Acción 7	30	100,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Acción 8	28	93,33	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Acción 9	28	93,33	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Acción 10	30	100,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Acción 11	20	66,67	5	16,67	0	0,00	0	0,00	0	0,00

La factibilidad para la introducción en la APS de las acciones y actividades propuestas resultaron, en criterios de los expertos, mayoritariamente muy adecuadas, lo que demuestra sus posibilidades de aplicación en el contexto, al estar formuladas de forma clara y asequible, con los recursos necesarios para convertirse en un instrumento de trabajo metodológico de los profesionales de esta ciencia y que se apropien de un nuevo conocimiento en virtud de perfeccionar el cuidado a la salud de estos pacientes.

Desde esta perspectiva, se contribuye al fortalecimiento de los servicios de Enfermería Comunitaria, como parte de la piedra angular del Sistema Nacional de Salud cubano, al planificar el autocuidado con la mirada en la relación existente

entre los factores de riesgos, los determinantes sociales y la adecuada atención a la salud.

Tabla 9. Evaluación de los expertos en relación con la necesidad de la introducción de las acciones y actividades propuestas

Acciones y actividades	Muy Adecuada		Bastante Adecuada		Adecuada		Poco Adecuada		No Adecuada	
	n.º	%	n.º	%	n.º	%	n.º	%	n.º	%
Acción 1	6	20,00	2	6,67	6	20,00	1	3,33	0	0,00
Acción 2	14	46,67	1	3,33	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Acción 3	12	40,00	3	10,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Acción 4	13	43,33	2	6,67	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Acción 5	15	50,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Acción 6	8	26,67	1	3,33	4	13,33	2	6,67	0	0,00
Acción 7	7	23,33	1	3,33	4	13,33	3	10,00	0	0,00
Acción 8	15	50,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Acción 9	11	36,67	4	13,33	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Acción 10	15	50,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Acción 11	10	33,33	5	16,67	0	0,00	0	0,00	0	0,00

El criterio de los expertos con respecto a la necesidad de la introducción de las acciones y actividades propuestas en la APS, ocupó de forma unánime la categoría de muy adecuada. Esta introducción de las acciones, contribuye al aumento de la productividad y racionalidad del quehacer de la enfermera (o) en el contexto comunitario, lo que favorece el autocuidado de Enfermería a la entidad estudiada (DM), lo que permite un mejor seguimiento y control de los adultos mayores con Úlcera Neuropática. Desde esta perspectiva se coincide con De la Paz Castillo K.L, Proenza Fernández L, Gallardo Sánchez Y, Fernández Pérez S, Mompié Lastre A.¹⁰⁰. Al definir pautas de actuación para la atención de Enfermería a personas con

procesos crónicos. En tal sentido, la propuesta es generalizable y permite enriquecer el accionar del enfermero desde una dimensión sistémica del autocuidado al adulto mayor con Úlcera Neuropática.

Tabla 10. Evaluación de los expertos en relación con la pertinencia para la implementación de las acciones y actividades propuestas

Acciones y actividades	Muy Adecuada		Bastante Adecuada		Adecuada		Poco Adecuada		No Adecuada	
	n.º	%	n.º	%	n.º	%	n.º	%	n.º	%
Acción 1	28	93,33	0	0,00	0	0,00	2	6,67	0	0,00
Acción 2	30	100,00	1	3,33	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Acción 3	30	100,00	3	10,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Acción 4	30	100,00	2	6,67	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Acción 5	26	86,67	0	0,00	0	0,00	4	13,33	0	0,00
Acción 6	30	100,00	1	3,33	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Acción 7	30	100,00	1	3,33	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Acción 8	28	93,33	0	0,00	0	0,00	2	6,67	0	0,00
Acción 9	28	93,33	1	3,33	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Acción 10	30	100,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Acción 11	10	33,33	5	16,67	0	0,00	0	0,00	0	0,00

Se observa que en las acciones tres, cinco, ocho, nueve y 10 los expertos respondieron dicotómicamente, sin embargo, en la evaluación de estos el lugar mayoritario lo ocupó la categoría de muy adecuada, por lo que se considera que la implementación de las acciones y actividades propuestas son pertinentes por constituir una oportunidad para el perfeccionamiento del autocuidado de Enfermería estudiado, el cual se aborda de forma sistémica a través de las dimensiones biológicas, psicológicas y sociales.

Este enfoque del autocuidado es realizado desde el análisis de la Úlcera Neuropática como complicación de la DM, por lo que se hace necesario trazar acciones eficaces y factibles, a un costo que la sociedad y el país puedan soportar para minimizar los daños y secuelas que de esta enfermedad.

Tabla 11. Evaluación de los expertos en relación con la actualidad y nivel científico de las acciones y actividades propuestas

Acciones y actividades	Muy Adecuada		Bastante Adecuada		Adecuada		Poco Adecuada		No Adecuada	
	n.º	%	n.º	%	n.º	%	n.º	%	n.º	%
Acción 1	30	100,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Acción 2	30	100,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Acción 3	30	100,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Acción 4	30	100,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Acción 5	30	100,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Acción 6	30	100,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Acción 7	30	100,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Acción 8	30	100,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Acción 9	30	100,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Acción 10	30	100,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Acción 11	30	100,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00

A criterio de los expertos, la actualidad y nivel científico de las acciones y actividades educativas que se presentan alcanzaron calificaciones de muy adecuada, lo cual demuestra que la científicidad de la propuesta se expresa en términos de una posible solución a la situación problemática planteada y se nutren de una estructura accionar coherente que funciona de forma sistémica.

Las acciones están en correspondencia con el necesario enfrentamiento a los factores de riesgo y a los determinantes sociales a la salud, para impactar sobre la enfermedad y sus secuelas. El enfoque de promoción de salud y de prevención de riesgos y daños a la salud presentes en las formulaciones de esta investigación, constituyen, en correspondencia con la literatura especializada enfoques asertivos para mejorar la salud y el bienestar del grupo poblacional estudiado.

Cumplimentada la etapa tres y con los elementos abordados en el capítulo precedente relacionado con la elaboración de la estrategia se cumplimentó el objetivo específico número tres: diseñar una estrategia para el autocuidado del adulto mayor con Úlcera Neuropática en la comunidad. Esto permite pasar a la implementación del diseño realizado.

3.4. Cuarta etapa. Implementación de la estrategia

Para la implementación de la estrategia, se impartió el programa de capacitación elaborado para incrementar el nivel de conocimientos de las enfermeras y enfermeros incluidos en el estudio. ^(ver anexo 16)

El establecer una línea base del nivel de conocimientos de los enfermeras (os), permitió determinar la influencia del programa de capacitación sobre el nivel de conocimiento de estos. Información que se presenta a continuación:

Tabla 13. Distribución de las enfermeras y enfermeros según nivel de conocimiento después de aplicada la estrategia

Nivel de Conocimiento	Después	
	n.º	%
Aceptable	33	80,49
Mínimo Aceptable	5	12,20
Inaceptable	3	7,32
Total	41	100,00

$$Z = -3.666 \text{ p} < 0.001$$

Al finalizar el programa de capacitación el 80,49 % muestran un nivel de conocimientos con categoría de aceptable. En la sistematización a investigaciones afines, Rodríguez Gurri Daniel, González Expósito Armando.¹⁰¹; entre otras, ofrecen resultados de estudios pre-experimentales, en los que igualmente al que se presenta, después de aplicar la intervención educativa los encuestados tenían un incremento del nivel de conocimiento.

La medición del restablecimiento cutáneo, realizado a través de observación participante de la lesión en la cura diaria y ofreció los siguientes resultados.

Tabla 14. Restablecimiento cutáneo de la Úlcera Neuropática en la comunidad después de aplicada la estrategia

Restablecimiento Cutáneo	Después	
	n.º	%
Una semana	43	44,79
Dos semana	21	21,88
Más de dos semanas	32	33,33
Total	96	100,00

$$X^2 = -200.028 \text{ p} < 0.001$$

Lo que demuestra que después de implementada la estrategia la cicatrización de la Úlcera Neuropática ocurre en un período de tiempo más corto, lo que constituye una cifra estadísticamente muy significativa.

Tabla 15. Estado de salud de los adultos mayores con Úlcera Neuropática en la comunidad después de aplicada la estrategia

Estado de Salud	Después	
	n.º	%
Bueno	89	92,71
Regular	5	5,21
Malo	2	2,08
Total	96	100,00

$$Z = -17.068 \text{ p} < 0.001$$

Después de aplicada la estrategia el 92.71 % de los adultos mayores con Úlcera Neuropática alcanzaron buen estado de salud, lo que constituye una cifra estadísticamente significativa ($p < 0.001$).

Tabla 16. Autocuidado de los adultos mayores con Úlcera Neuropática relacionado con modificaciones en el actuar de las enfermeras (os), después de implementada la estrategia

Autocuidado	Después	
	<i>n.</i> °	%
Aceptable	79	82,29
Mínimo aceptable	13	13,54
Inaceptable	4	4,17
Total	96	100,00

Z = -19.191 p < 0.001

El análisis de la tabla presentada, permitió corroborar que una alta proporción de adultos mayores recibieron un autocuidado aceptable, el 82.29 %, lo que obedeció a cambios de conductas.

El análisis estadístico realizado demuestra que los cambios fueron significativos y que de forma general aportó logros a la proporción de adultos mayores que recibieron un mejor autocuidado, después de implementada la estrategia

La aplicación de intervenciones de alcance comunitario e intersectorial, favorecen el control de la Úlcera Neuropática. Se considera por tanto que la efectividad del proceder estratégico aplicado favoreció el control de la Úlcera Neuropática en el 78.57 % de la población estudiada, la cual fue expresión del incremento del nivel de conocimientos de los enfermeras (os) y del logro de conductas generadoras de salud en la población, a través de un conjunto de acciones específicas que enriquecieron su actuar y por consiguiente el seguimiento y control de la enfermedad.

Tabla 17. Tabla resumen de las variables relacionadas con el autocuidado de los adultos mayores con Úlcera Neuropática en la comunidad

Variable	No. Adultos Mayores con Úlcera Neuropática	%
Diabéticos no controlados	7	6,72
Diabéticos Controlados.	89	0,07
Total	96	100

A pesar de que existe predominio de pacientes controlados en relación con la DM, el porcentaje alcanzado en la acepción contraria 6,72 %, de los pacientes estudiados, se compromete con la situación relacionada con el inapropiado cuidado de Enfermería a los mismos.

En consonancia con otros investigadores ^{102, 103, 104, 105}. Desde la perspectiva del equipo de salud, la atención al paciente crónico implica un modelo diferente de atención, en la relación del profesional de la salud con la enfermedad no transmisible, en quien recae, en gran parte, la responsabilidad del cumplimiento y ajuste diario de sus exigencias terapéuticas.

Se evidencia que las personas adultas mayores diabéticas con Úlcera Neuropática requieren un autocuidado en relación a sus hábitos de vida, como: alimenticios, cuidados de los pies, de la higiene de forma general y los cuidados necesarios en todo momento, para mantenerse saludables. Las personas con diabetes deben saber cómo manejar los aspectos higiénicos de la manera efectiva, para lograr mejores resultados en su control.

Los resultados obtenidos con la implementación de la propuesta, permiten arribar a la quinta etapa relacionada con la evaluación de la Estrategia de autocuidado del adulto mayor con Úlcera Neuropática en la comunidad, descritos a continuación.

3.5. Quinta etapa. Evaluación de la Estrategia de autocuidado del adulto mayor con Úlcera Neuropática en la comunidad

En la sistematización realizada a estudios de estrategias en adultos mayores, se limitan a realizar la evaluación de los resultados obtenidos, se consideró pertinente por tanto evaluar el proceso y encontrar desde el inicio y durante la estrategia, aspectos que pudieran limitar la obtención de los resultados deseados.

En cada etapa con los adultos mayores se anotaban en una hoja de registro los cambios en el restablecimiento cutáneo de la Úlcera Neuropática y la mejoría del estado de salud; se valoró la necesidad de reforzar acciones brindadas en la etapa anterior, se hizo un análisis del estado de salud y se rediseñaron los objetivos.

Los criterios de evaluación de resultados se midieron a través del pre-experimento con un grupo de pre y posprueba.

El procesamiento estadístico seguido, estuvo centrado en identificar las dimensiones más afectadas en los adultos mayores con Úlcera Neuropática y medir esas dimensiones de la escala después de haber sido aplicada la estrategia. Incluyó un análisis con estadísticas descriptivas (frecuencia absolutas y relativas) y varios análisis de significación (uni y multivariado) en base a la necesidad en cada parte.

En las intervenciones en salud se identifican tres momentos: La evaluación del proceso, de resultado/cambio y de relación causa-efecto. En el segundo caso se trata de determinar en qué grado se logra el resultado o cambio deseado, es decir

en qué medida se cumple el objetivo y para ello es necesario tener datos de antes y después.¹⁰⁹ Es esta la evaluación que se previó realizar en la investigación.

La evaluación de la efectividad 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 significativas en la comparación de los grupos antes, después y de cada grupo consigo mismo de manera longitudinal, en relación con las variables declaradas en el capítulo II.

Se incluyeron, de forma complementaria, variables sociodemográficas de los adultos mayores con Úlcera Neuropática que no deben cambiar, medidas en un corte transversal, así como variables clínicas, que sí podían cambiar durante la estrategia; pero lo esencial fue medir el cambio en el autocuidado, antes de aplicar la estrategia predominó la categoría de inaceptable con 43.75 % y después de aplicada la estrategia se observó la categoría de aceptable con un 82,29 %, lo que constató la proporción de adultos mayores que recibieron un autocuidado apropiado.

El análisis estadístico realizado muestra que los cambios fueron significativos. En el restablecimiento cutáneo de la Úlcera Neuropática, antes de aplicada la estrategia demoraba más de dos semanas con un 60.42 % para cicatrizar, debido a que los adultos mayores no sabían auto cuidarse. Después de aplicada la estrategia la cicatrización de la Úlcera Neuropática ocurría en un período más corto, de una semana en un 44, 79 %, lo que constituyó una cifra estadísticamente significativa ($p < 0.000$).

En cuanto al estado de salud de los adultos mayores antes de aplicada la estrategia la mayoría de los evaluados mostraron un estado de salud malo, el 71.88 %, seguido por un estado de salud regular en un 10,42 % y después de aplicada la estrategia se

evidenció un estado de salud bueno en el 92.71 % con cambios significativos favorables (p de 0.000).

Los resultados obtenidos en la quinta etapa permitieron dar salida al objetivo número cuatro relacionado con evaluar el resultado de la aplicación de la estrategia de autocuidado del adulto mayor con Úlcera Neuropática en la comunidad, por lo que concluye el capítulo.

Conclusiones del capítulo

La identificación de las acciones y actividades de Enfermería para el perfeccionamiento del autocuidado al adulto mayor con Úlcera Neuropática en la comunidad, reveló que los documentos escritos que lo regulan para el grupo poblacional y entidad estudiada en la comunidad adolecen de actividades específicas de Enfermería.

En el nivel de conocimientos de las enfermeras (os) antes de la capacitación, existió un mayor número de involucrados con resultados de mínimo aceptable e inaceptable, lo que expresó la necesidad de capacitar a este personal en aras de mejorar su preparación con respecto al autocuidado del adulto mayor con Úlceras Neuropática en la comunidad. Al finalizar la aplicación del programa de capacitación se demuestra que el incremento del nivel de conocimientos de los investigados fue estadísticamente significativo.

El sistema de acciones y actividades diseñadas fue validado por criterio de expertos con valoración de muy adecuado y bastante adecuado en sentido general, lo que demuestra la aplicabilidad, factibilidad para la introducción, viabilidad en la introducción de las acciones, pertinencia para la implementación y actualidad y nivel científico de la propuesta.

La determinación de la influencia de la estrategia de autocuidado al adulto mayor con Úlcera Neuropática en la comunidad, mostró que después de su implementación el mismo mejoró, con significativos cambios logrados por modificaciones en el actuar de los enfermeros de los consultorios hacia la entidad y población estudiada y por modificaciones hacia las conductas generadoras de salud.

CONCLUSIONES

CONCLUSIONES

- La sistematización realizada a las investigaciones vinculadas con el autocuidado del adulto mayor con Úlcera Neuropática, desde la perspectiva de Enfermería en general y lo relacionado con la Teoría de Dorothea E. Orem y su vinculación con el PAE, como método científico de la profesión, permitió estimar necesaria la implementación de los sistemas de Enfermería, en especial el sistema de apoyo educativo, así como la valoración de las estrategias como resultado científico, lo que permitió elaborar la definición de autocuidado del adulto mayor con Úlcera Neuropática.
- En los resultados obtenidos mediante las indagaciones empíricas y teóricas en la caracterización realizada de los adultos mayores diabéticos con Úlcera Neuropática predominó el sexo masculino, con edades entre 60 y 69 años, coincidente con que a partir de esta edad es donde se producen los cambios orgánicos a nivel de las células betas del páncreas y la tendencia a la resistencia a la insulina. En el abordaje de la tipología predominó la diabetes tipo II.
- A través de la medición inicial del nivel de conocimientos de enfermeras (os), se constató la necesidad de capacitar a este personal en el autocuidado del adulto mayor con Úlcera Neuropática en la comunidad, se diseñó el curso de capacitación titulado Por un mejor auto cuidado del adulto mayor con Úlcera Neuropática en la comunidad, desde la perspectiva de Enfermería, que luego de ser impartido como parte de la implementación de la estrategia, representó un incremento significativo del nivel de estos profesionales.

- A partir de los fundamentos de las Ciencias de la Enfermería y otras sistematizados, se logró el diseño de la Estrategia para el autocuidado del adulto mayor con úlcera Neuropática en la comunidad del policlínico Dr. Rudesindo A. García del Rijo del municipio Santi Spíritus, que incluye acciones y actividades que favorecen la relación adulto mayor con Úlcera Neuropática, enfermera (o), familia y comunidad, y ofrece una concepción sistemática de seguimiento y control de la enfermedad en la APS. Logró cambios significativos en las dimensiones estudiadas: Nivel de conocimiento de enfermeras (os), estado de salud de los adultos mayores con Úlcera Neuropática involucrados en el estudio; así como su restablecimiento cutáneo y autocuidado, lo que conduce a modificaciones hacia las conductas generadoras de salud.
- La valoración de los resultados de la consulta a expertos, de los instrumentos y el pre-experimento aplicado en el desarrollo de la estrategia de autocuidado en el cuidado al adulto mayor con Úlcera Neuropática en la comunidad, mostró que después de su implementación el mismo fue mejor, siendo significativos los cambios logrados por modificaciones en el actuar de los enfermeros de los consultorios médicos de la familia hacia la entidad y población estudiada y por modificaciones de ésta última hacia las conductas generadoras de salud, lo anterior permitió constatar la validez de la propuesta de solución al problema científico investigado y corroborar la hipótesis planteada.

RECOMENDACIONES

RECOMENDACIONES

- Instrumentar la Estrategia de autocuidado desde la perspectiva de Enfermería a personas adultas mayores con el diagnóstico de DM complicada con Úlcera Neuropática en la comunidad como vía para modificar conductas favorables a la salud.
- Proponer a las autoridades de la Vice Dirección de Asistencia Médica y Social del Municipio de Sancti Spíritus, con el sustento de los resultados de esta investigación, la posible generalización, por el propio carácter flexible de la estrategia, en otras instituciones y áreas de salud del municipio.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Berrio Valencia MÍ. Envejecimiento de la población, un reto para la salud pública. Rev Coloma Anestesiol. 2012; 40(3):192-4. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=195124163005>
2. Organización Panamericana de la Salud. Prevalencia de la diabetes entre adultos mayores en siete países de América Latina y el Caribe (ALC): Proyecto SABE (Salud, Bienestar y Envejecimiento).
3. Naranjo Hernández Ydalsys, Figueroa Linares Marlene, Cañizares Marín Rolando. Envejecimiento poblacional en Cuba. Gac Méd Espirit [Internet]. 2015 Dic [citado 2016 Ago 18] ; 17(3): 223-233. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1608-89212015000300025&lng=es.
4. Naranjo Hernández Ydalsys. El envejecimiento de la población en Cuba: un reto. Gac Méd Espirit [Internet]. 2015 Dic [citado 2016 Ago 18] ; 17(3): 11-14. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1608-89212015000300003&lng=es.
5. González Rodríguez Raidel, Cardentey García Juan. El envejecimiento social: presente y futuro. Medicentro Electrónica [Internet]. 2016 Sep [citado 2016 Ago 23] ; 20(3): 241-242. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30432016000300015&lng=es.

6. Cuba. Oficina Nacional de Estadística (ONE-CEPSE), Cuba proyección de la Población Nivel Nacional y Provincial, periodo 2011- 2035. Edición 2014. La Habana, 2014.
7. Cuba. Ministerio de Salud Pública de Cuba. Informe de Balance 2014. La Habana, Marzo 2015.
8. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Oficina Nacional de Estadística (ONE) Anuario Estadístico de Salud. La Habana: Minsap; 2014. Disponible en: http://bvscuba.sld.cu/?find_again=Anuarios+Estad%C3%ADsticos
9. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Oficina Nacional de Estadística (ONE) Anuario Estadístico de Salud. La Habana: Minsap; 2014. Disponible en: http://files.sld.cu/dne/files/2013/04/anuario_2012.pdf
10. Sancti Spiritus Dirección Provincial de salud. Oficina de estadística. Anuario Estadístico de salud. Sancti Spiritus. Minsap. 2015. Disponible en: http://files.sld.cu/dne/files/2013/04/anuario_2012.pdf
11. Naranjo Hernández Y. Diabetes mellitus: Un reto para la salud pública. Rev. Cubana Enf 2016 ene-marz, 32(1): Disponible en: <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/1000/146>
12. Valdés Ramos Eduardo, Castillo Oliva Yelani, Cedeño Ramírez Yadira. Intervención educativa en personas con diabetes mellitus en la provincia Granma. Rev Cubana Med Gen Integr [Internet]. 2012 Dic [citado 2016 Ago 23] ; 28(4): 658-667. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252012000400009&lng=es.

13. García Carrasco J. Prevención de la Úlcera Plantar Neuropática en Pacientes Diabéticos de la Región de Murcia. Uso de las Plantillas de Absorción de Energía. [Tesis Doctoral]. Murcia: Universidad de Murcia; 2012. Disponible en: <http://digitum.um.es/jspui/bitstream/10201/29547/1/TESIS%20DOCTORAL%20JULIAN%20GARCIA%20CARRASCO.pdf>
14. Alvarez Crespo Alina R., Alonso Carbonell Liuba, Yera Alós Isis, García Milián Ana J.. Evolución clínica de pacientes con úlcera del pie diabético tratados con Heberprot-P®. AMC [Internet]. 2013 Oct [citado 2016 Ago 23] ; 17(5): 544-557. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552013000500004&lng=es.
15. García Herrera A, Rodríguez Fernández R, Peña Ruíz V. El significado clínico del pie diabético en un análisis de diez años. Rev Cubana AngCirVasc. 2011; 12(1):42-5
16. Navarro-Flores E, Gijón-Noguerón G, Cervera-Marín JA, Lavajos-Manzanares MT. Evaluación de los autocuidados del pie en pacientes diabéticos. Análisis retrospectivo (2008-2013). RICP 2014, 8(1) [Internet]. 2014 [citado: ene 2015] Disponible en: <https://revistas.ucm.es/index.php/RICP/article/viewFile/43253/40981>
17. Naranjo Hernández Y. Analizando la teoría de Dorothea E Orem. [revista en la Internet]2016 Mar [citado 2016 Mar 2]; 11(1):PortalesMedicos.com disponible en: http://www.portalesmedicos.com/revista/vol11_n01.htm

18. 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 9 Jul 2014]; 24(4). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4321/S1134-928X2013000400005>
19. Prado Solari A L. La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Orem punto de partida para calidad en la atención. Rev médica electrónica 2014 [citado 22Febr 2016]; 36 (6):352-8. Disponible en : <http://www.revmedicaelectronica.sld.cu/index.php/rme/article/view/1139/html>
20. Pereda Acosta M. Explorando la teoría general de enfermería de Orem. Rev Enf Neurol (Mex)[Internet]. 2011`citado 9 Jul 2014]; 10(3): 163-67. Disponible en: <http://new.medigraphic.com/cgi-bin/contenido.cgi?IDREVISTA=221&IDPUBLICACION=3438>
21. Fernández A, Abdala T, Alvara E, Tenorio G, López E, Centeno S, Dávila R, et al. Estrategias de autocuidado en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. Rev Esp Med Qui. 2012; 17 (2):94-99. Disponible en: www.medigraphic.com/pdfs/quirurgicas/rmq-2012/rmq122f.pdf
22. García Torres JA. Comportamiento clínico epidemiológico de la Diabetes Mellitus en pacientes mayores de 60 años. Rev Medica Multimed 2014 18(3). [Citado 17 febrero 2016]; [Internet] Disponible en <http://www.multimedgrm.sld.cu/articulos/2014/v18-3/4.html>
23. Acosta García Yusimy, Gómez Juanola Manolo, Venero Gálvez Marieta, Hernández Jiménez Omaidá Rosa, del Busto Borges Johnny. Comportamiento clínico epidemiológico de la diabetes mellitus en el

anciano. Rev Ciencias Médicas 2013 Jun17 (3): 92-101. [revista en la Internet]. [citado 2016 Feb 17]; Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942013000300010&lng=es.

24. García Guerra Luis Armando, Beatón Lovaina Yarima Beatriz, Couso Seoane Clemente. Morbilidad oculta del síndrome metabólico en ancianos con diabetes mellitus de tipo 2. MEDISAN [Internet]. 2013 Dic [citado 2016 Ago 23] ; 17(12): 9044-9050. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192013001200003&lng=es.

25. Pérez Rodríguez Arnoldo, Berenguer Gouarnaluses Maritza. Algunas consideraciones sobre la diabetes mellitus y su control en el nivel primario de salud. MEDISAN 2015 marz, 19(3): 375-390 [revista en la Internet]. 2015 Mar [citado 2016 Feb 16]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192015000300011&lng=es.

26. Almaguer Herrera A, Miguel Soca PE, Reynaldo Sera C, Mariño Soler AL, Oliveros Guerra RC. Actualización sobre diabetes mellitus. CCM. 2012[citado 24 ene 2013]; 16(2).Disponible en: <http://www.revcoemed.sld.cu/index.php/cocmed/article/view/507/71>

27. 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. An. Fac. med.2010 71(1) [Revista en Internet]. 2010

[Citada: 16 de noviembre de 2011]; [Aprox. 13 p]. Disponible en:
http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-55832010000100002&lng=es&nrm=iso.

28. García Torres JA. Comportamiento clínico epidemiológico de la Diabetes Mellitus en pacientes mayores de 60 años. Rev Medica Multimed 2014 18(3). [Citado 17 febrero 2016]; [Internet] Disponible en <http://www.multimedgrm.sld.cu/articulos/2014/v18-3/4.html>
29. Guilarte Selva OT, Álvarez Cortés JT, Selva Capdesúñer A, Bonal Ruiz R, Salazar Duany Z. Caracterización clínico epidemiológica de pacientes diabéticos en un área de salud. MEDISAN. 2013 [citado 28 Sep 2013];17(5). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1029-30192013000500010&script=sci_arttext
30. Acosta García Yusimy, Gómez Juanola Manolo, Venero Gálvez Marieta, Hernández Jiménez Omaidá Rosa, del Busto Borges Johnny. Comportamiento clínico epidemiológico de la diabetes mellitus en el anciano. Rev Ciencias Médicas 2013 Jun17 (3): 92-101. [revista en la Internet]. [citado 2016 Feb 17]; Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942013000300010&lng=es.
31. Abbott R, Brand F, Kannel W. Epidemiology of some peripheral arterial findings in diabetic men and women: experiences from the Framingham study. Am. J. Med 1990; 88:376-81.

32. Zacca E. Epidemiología de las enfermedades vasculares. En: Epidemiología de las enfermedades crónicas no transmisibles. La Habana: Pueblo y Educación; 1992. p. 219-29.
33. Pinilla AE, Barrera MP, Rubio C, Devia D. Actividades de prevención y factores de riesgo en diabetes mellitus y pie diabético. Acta Med Colomb. 2014;39:250-7.
34. Sabir A, Ohwovoriole A, Isezuo S, Fasanmade O, Abubakar S, Iwuala S. Type 2 diabetes mellitus and its risk factors among the rural Fulanis of Northern Nigeria. Ann Afr Med. 2013;12(4):217-22.
35. Amer MS, Khater MS, Omar OH, Mabrouk RA, Mostafa SA. Association between Framingham risk score and subclinical atherosclerosis among elderly with both type 2 diabetes mellitus and healthy subjects. Am J Cardiovasc Dis. 2014; 4(1):14-9.
36. Font Difour MV, del V Garcia Nancy, Sánchez Bonne AH, Gallego Galano J, Lashey Olivares Magdalena L. Caracterización de pacientes diabéticos de tipo 2 con complicaciones vasculares y riesgo de aterosclerosis. MEDISAN [Internet]. 2014 Dic [citado 2016 Mar 22] ; 18(12): 1686-1692. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192014001200008&lng=es
37. Valdés Ramos E, Bencosme Rodríguez N. Las complicaciones macrovasculares y su relación con algunas variables clínicas y bioquímicas en diabéticos tipo 2. Rev Cubana Endocrinol [Revista en Internet]. 2010, 21(3). [Citada: 20 de octubre de 2013][Aprox. 17p]. Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-29532010000300001&lng=es.

38. Mc Cook J, Aldama A, Rodríguez N, Lima B, Montalvo J. Reversibilidad de la microangiopatía diabética periférica. *Rev Cubana Med* 1982; 21(1):21-5.
39. Goicoechea Díaz P, Cabrera Cantelar N, Artaza Sanz HM, Suárez Cobas M. Caracterización clínica de pacientes diabéticos con lesiones infecciosas en amputaciones de miembros inferiores. *Rev Cubana AngiolCirVasc* 2011, 11(2) [Internet]. [citado 8 May 2012]; Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/ang/vol_11_2_11/ang05211.htm
40. Franco N, Valdés C, Lobaina R, Inglés N. Comportamiento de la morbilidad y la mortalidad en pacientes con pie diabético. *Rev Cubana Angiol Cir Vasc* 2001; 2(1):52-7.
41. Escobar Amarales Y, Torres Romo UR, Escalante Padrón O, Fernández Franch N, Ibarra Viena V, Miranda Rodríguez E. El Heberprot-P® en el tratamiento de úlceras del pie diabético. *AMC* 2014 may-jun, 18(3) [Internet] [citado: 13 de enero de 2015]; 1. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1025-02552014000300005&script=sci_arttext
42. Álvarez López Adanay. Respuesta al tratamiento con Heberprot-P® según la severidad de la enfermedad arterial periférica. *Rev Cubana Angiol Cir Vasc* [Internet]. 2016 Dic [citado 2016 Ago 23]; 17(2): 130-137. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1682-00372016000200003&lng=es.

43. Alvarez Crespo Alina R., Alonso Carbonell Liuba, Yera Alós Isis, García Milián Ana J. Evolución clínica de pacientes con úlcera del pie diabético tratados con Heberprot-P®. AMC [Internet]. 2013 Oct [citado 2016 Ago 18] ; 17(5): 544-557. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552013000500004&lng=es.
44. García Herrera Arístides Lázaro, Febles Sanabria Ridel, Acosta Cabadilla Liliana, Moliner Cartaya Miriam. Tratamiento quirúrgico curativo combinado con Heberprot-P® en las úlceras neuropáticas del antepié. Rev Cubana Angiol Cir Vasc [Internet]. 2015 Dic [citado 2016 Ago 23] ; 16(2): 125-138. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1682-00372015000200002&lng=es.
45. Cepeda Ramírez MA. Intervenciones de enfermería en la prevención de úlceras en extremidades inferiores en pacientes diabéticos atendidos en el área de consulta externa del hospital básico de playas área # 25 durante el periodo de marzo a julio 2013. [Tesis]. Ecuador: Universidad católica de Santiago de Guayaquil; 2013. Disponible en: <http://repositorio.ucsg.edu.ec/bitstream/123456789/840/1/T-UCSG-PRE-MED-ENF-62.pdf>
46. Pereira Despaigne Olga Lidia, Palay Despaigne Maricela Silvia, Frómeta Ríos Victoria, Neyra Barrios Rafael M. Efectividad de un programa educativo en pacientes con pie diabético de riesgo. MEDISAN [Internet].

2015 Ene [citado 2016 Ago 18] ; 19(1): 69-77. Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192015000100011&lng=es.

47. Aguilera Fuentes, P. L. Modelo pedagógico para favorecer cambios en el estilo de vida del adulto de la tercera edad dirigidos a prevenir la diabetes mellitus. [Tesis]. Universidad de Holguín. 2012

48. Dorresteijn J, Valk JD. Patient education for preventing diabetic foot ulceration. *Diabetes Metab Res Rev*. 2012; 28(Suppl 1):101-6. Disponible en: www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22271733

49. Llorente Columbié Yadicelis, Miguel-Soca Pedro Enrique, Rivas Vázquez Daimaris, Borrego Chi Yanexy. Factores de riesgo asociados con la aparición de diabetes mellitus tipo 2 en personas adultas. *Rev Cubana Endocrinol [Internet]*. 2016 Ago [citado 2016 Ago 23] ; 27(2): . Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-29532016000200002&lng=es.

50. Casquete N. Cuidados de Enfermería en el paciente diabético. *Rev Electrónica de Portales Médicos*. [Internet]. [publicado: 17/12/2012, citado: 2016 julio 25]. Disponible en: <http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/5006/1/Cuidados-de-Enfermeria-en-el-paciente-diabetico.html>

51. Contreras Tejeda JM, Díaz Cifuentes A, Díaz Pérez M, Seara Cifuentes M. Intervención educativa en adultos mayores con diabetes mellitus en Guatemala. *Revista Electrónica Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurreta*.

[Internet].2014. 39(1) citado: 2016 mayo 18]. Disponible en:
<http://www.ltu.sld.cu/revista/index.php/revista/article/view/83/66>

52. Gómez YM. Intervención de Enfermería en la educación de las personas con diabetes mellitus. Revista Electrónica de PortalesMedicos.com 2012. [Internet]. [actualizado: 2013 feb; citado: 2015 ene 20]. Disponible en:
<http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/4816/1/Intervencion-de-Enfermeria-en-la-educacion-de-las-personas-con-diabetes-mellitus.html>
53. Pereda Acosta M. Explorando la teoría general de enfermería de Orem. Enf Neurol (Mex) [Internet]. 2011`citado 9 Jul 2014]; 10(3): 163-67. Disponible en:
<http://new.medigraphic.com/cgi-bin/contenido.cgi?IDREVISTA=221&IDPUBLICACION=3438>
54. Marcos Espino MP, Tizón Bouza E. Aplicación del modelo de Dorothea Orem ante un caso de una persona con dolor neoplásico. Gerokomos[Internet]. 2013[citado9 Jul 2014]; 24(4). Disponible en:
<http://dx.doi.org/10.4321/S1134-928X2013000400005>
55. Vitor AF, Lopes MVO, Araujo TL. Teoría do déficit de autocuidado: análise da sua importância e aplicabilidade na prática de enfermagem. Esc Anna Nery [Internet]. 2010 [citado 9 Jul 2014]; 14(3):611-16. Disponible en:
<http://www.scielo.br/pdf/ean/v14n3/v14n3a25>
56. 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. Rev Esc Enferm USP

[Internet]. 2009 [citado: 2014 dec]; 43 (3):690-5. Disponible en:
http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43n3/en_a28v43n3.pdf

57. Rojas Gallo Annia, Pérez Pimentel Sandra, Lluch Bonet Adalberto, Cabrera Adán Maritza. Gestión del cuidado enfermero en la teoría del déficit de autocuidado. Rev Cubana Enfermer [revista en la Internet]. 2009 Dic [citado 2016 Feb 22] ; 25(3-4): . Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192009000200002&lng=es.

58. Marriner Tomey. Modelos y Teorías en Enfermería. 4ta ed. Madrid: 2000.
Cisneros G., Fanny. Teorías y Modelos de Enfermería. Popayán: Universidad del Cuaca, 2005. Disponible en
<http://artemisa.unicauca.edu.co/~pivalencia/archivos/TeoriasYModelosDeEnfermeriaYSuAplicacion.pdf>

59. Orem, D. E. (1993). Modelo de Orem. Conceptos de enfermería en la práctica. Barcelona: Masson -Salvat Enfermería.

60. CAVANAC, Stephen J. Modelo de Orem. En: Aplicación práctica. Barcelona: Ediciones Mansson, 1993.

61. Martins A, Galvao Moreira D, Matos de Nascimento E, Soares E. Autocuidado para o tratamento de úlcera de perna falciforme: orientacoes de enfermagem. Esc Anna Nery [Internet]. 2013 [citado 9 Jul 2014]; 17 (4): 755-63. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v17n4/1414-8145-ean-17-04-0755.pdf>

62. Prado Solar Liana Alicia, González Reguera Maricela, Paz Gómez Noelvis, Romero Borges Karella. La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Orem punto de partida para calidad en la atención. Rev. Med. Electron. [Internet]. 2014 Dic [citado 2016 Mar 29]; 36(6): 835-845. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-
63. Amores Hernández V. Conocimiento de autocuidado en pacientes diabéticos tipo 2. [Tesis Doctoral]. Universidad Autónoma de Querétaro; 2014. Disponible en: <http://ri.uaq.mx/bitstream/123456789/603/1/RI000089.pdf>
64. Guillén Fonseca Martha. Teorías aplicables al proceso de atención de enfermería en Educación Superior. Rev Cubana Enfermer [revista en la Internet]. 1999 Abr [citado 2016 Feb 22] ; 15(1): 10-16. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03191999000100002&lng=es.](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03191999000100002&lng=es)
65. Navarro Peña Y., Castro Salas M. Modelo de Dorothea Orem aplicado a un grupo comunitario a través del proceso de enfermería. Enferm. glob. [revista en la Internet]. 2010 Jun [citado 2016 Mar 29] ; (19). Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412010000200004&lng=es.](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412010000200004&lng=es)
66. Moorhead, S. Jonson, M. Maas, M. editors. Clasificación de resultados de enfermería (NOC). 5ª Ed. Madrid: Elsevier España; 2013.
67. McCloskey Dochterman, J. Bulechek, G. editors. Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). 6ª Ed. Madrid: Elsevier España; 2013

68. Gordon M. Manual de Diagnósticos de Enfermería. Elsevier España. 12e 2009.
69. Morfi Samper Rosa. Gestión del cuidado en Enfermería. Rev cubana Enfermer 2010, 26(1): 1.2 [revista en la Internet]. 2010 Mar [citado 2016 Feb 16]; Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192010000100001&lng=es
70. Reyes M, Sánchez L, Trujillo M, Moreno C, Cruz A. Determinantes del estado de salud. En: Toledo, G. Fundamentos de Salud Pública. Habana: Ciencias Médicas; 2004. p.174-78.
71. Lowe G, Woodward M, Hillis G, Rumley A, Li Q, Harrap S, et al. Circulating inflammatory markers and the risk of vascular complications and mortality in people with type 2 diabetes and cardiovascular disease or risk factors: the ADVANCE study. Diabetes. 2014;63(3):1115-23.
72. Hill JO, Galloway JM, Goley A, Marrero DG, Minners R, Montgomery B, et al. Socio ecological determinants of prediabetes and type 2 Diabetes. Diabetes Care. 2013; 36:2430-9. Disponible en: <http://www.bing.com/search?q=Socio+ecological+determinants+of+prediabetes+and+type+2&go=Enviar+consulta&qs=bs&form=QBRE#>
73. Ramis RM, Sotolongo, PL. Aportes del pensamiento y las ciencias de la complejidad al estudio de los determinantes de la salud. Rev Cubana de Salud Pública 2009, 35(4): 65.77 [internet]. 2009[citado 6 Ene 2010]

Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-4662009000400008&script=sci_arttext

74. Jiménez L. Planificación estratégica. En: Curbelo T. Fundamentos de la Salud Pública. T-II. Habana: Ciencias Médicas; 2008.
75. Beltrán VM. Estrategia de intervención para la educación en salud de la embarazada en el municipio de Ranchuelo. Villa Clara [Tesis Doctoral]. ISCM de Villa Clara “Dr. Serafín Ruiz de Zarate Ruiz.” ENSAP, 2007, p 39.
76. Landín M. Estrategia de intervención sanitaria para el diagnóstico y tratamiento en pacientes con glaucoma neovascular [Tesis Doctoral]. UCMC Facultad de Medicina Hospital Universitario “Manuel Ascunce Domenech”, 2009, p 46.
77. Valle AD. La Investigación Pedagógica otra mirada. La Habana, Cuba: Instituto Central de Ciencias Pedagógicas, Ministerio de Educación. 2010, p 190.
78. Pernas IA. Estrategia educativa para favorecer la funcionalidad familiar en parejas jóvenes [Tesis Doctoral]. UCMC. Facultad de Tecnología de la Salud departamento de ciencias sociales y humanísticas, 2010, p 40.
79. Gafas C. Estrategia educativa en Enfermería para el cuidado biopsicosocial del adulto mayor hipertenso. policlínico “José Martí”. Camagüey, 2008 – 2009 [Tesis Doctoral]. MINSAP, ENSAP. 2011, p 28.

80. Rojas GA. Estrategia psicoeducativa para la atención y control de riesgos emocionales en personas con epilepsia [Tesis Doctoral]. ENSAP. 2012, p 47.
81. Martínez N. Estrategia para el desarrollo de investigaciones en sistemas y servicios de salud en Enfermería. 2008-2011 [Tesis Doctoral]. MINSAP, ENSAP. 2012, p 61.
82. Fernández J. Estrategia organizativa para la atención de la ceguera evitable en Zulia Venezuela. 2004-2011 [Tesis Doctoral]. MINSAP, ENSAP. 2014, p 13.
83. Valentín F. Estrategia de Intervención educativa para aumentar la percepción del riesgo ante el cáncer bucal [Tesis Doctoral]. UCM de Matanzas, Hospital General Docente “Dr. Julio Miguel Aristegui Villamil”. 2014, p 31.
84. Beltrán González, BM. Estrategia de intervención para la educación en salud de la embarazada en el Municipio de Ranchuelo: [Tesis Doctor en Ciencias de la Salud]. Villa Clara. Escuela Nacional de Salud Pública. 2008 .Disponible en: <http://tesis.repo.sld.cu/216/>
85. De Armas N, Laurence J, Perdomo JM. Caracterización y diseño de los resultados científicos como aportes de la investigación educativa. Villa clara: Universidad Pedagógica Félix Varela; 2003.

86. De Armas N, Laurences J, Perdomo JM. Caracterización y diseño de los resultados científicos como aportes de la investigación educativa. Villa clara: Universidad Pedagógica Félix Varela; 2003.
87. Sanabria Ramos G. Programa educativo. Resumido de: Estrategias de intervención, análisis de la situación de salud, participación social y programa educativo. [CD-ROM]. Maestría en Promoción y Educación para la Salud. La Habana: ENSAP; 2008.
88. Sanabria Ramos Giselda. Participación social en el campo de la salud. Rev Cubana Salud Pública [Internet]. 2004 Sep [citado 2016 Ago 16] ; 30(3): . Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662004000300005&lng=es.
89. Sanabria Ramos Giselda. Participación Social y Comunitaria: Reflexiones. Rev Cubana Salud Pública [Internet]. 2001 Dic [citado 2016 Ago 16] ; 27(2): 89-95. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662001000200002&lng=es.
90. Rodríguez Cabrera Aida, Sanabria Ramos Giselda, Contreras Palú Maria Elena, Perdomo Cáceres Belkis. Estrategia educativa sobre promoción en salud sexual y reproductiva para adolescentes y jóvenes universitarios. Rev Cubana Salud Pública [Internet]. 2013 Mar [citado 2016 Ago 16] ; 39(1): 161-174. Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662013000100015&lng=es.

91. Concepción Pacheco, JA. Estrategia didáctica lúdica para estimular el desarrollo de la competencia comunicativa en idioma inglés de estudiantes de especialidades biomédicas. [Tesis Doctor en Ciencias Pedagógicas]. Santa Clara: Universidad Central Marta Abreu; 2005. Disponible en: <http://tesis.repo.sld.cu/77/>
92. Avila Sánchez M. Modelo Pedagógico para el mejoramiento humano de los estudiantes de la carrera de Enfermería [Tesis Doctoral]. UCPEJV, La Habana. 2013, p 57.
93. Fernández A, Abdala T, Alvara E, Tenorio G, López E, Centeno S, Dávila R, et al. Estrategias de autocuidado en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. Revista Esp Med Qui. 2012; 17 (2):94-99. Disponible en: www.medigraphic.com/pdfs/quirurgicas/rmq-2012/rmq122f.pdf
94. Clapés Hernández S, García Gómez D, Marquetti Hernández A, Martínez Bons O, Battes Lanz C, Castro T, et al. Influencia del tipo de diabetes y el tiempo de evolución de la enfermedad sobre indicadores de estrés oxidativo. Ciudad de la Habana: Centro nacional de Genética Médica; 2012.
95. Formiga Pérez F, Rodríguez Mañas L. Diabetes mellitus tipo 2 en el anciano, nueva evidencia para aplicar el conocimiento a la práctica clínica diaria. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2013; 48(2): 53-4.

96. Lozano Álvarez Elio Edgar. Algunas consideraciones sobre la diabetes mellitus. CCM [Internet]. 2014 Mar [citado 2016 Mar 22]; 18(1): 122-125. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1560-43812014000100016&lng=es
97. Pereira Despaigne Olga Lidia, Palay Despaigne Maricela Silvia, Frómeta Ríos Victoria, Neyra Barrios Rafael. Efectividad de un programa educativo en pacientes con pie diabético de riesgo. MEDISAN [Internet]. 2015 Ene [citado 2016 Mar 22]; 19(1): 69-77. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192015000100011&lng=es
98. Rodríguez Gurri Daniel. Categorización del riesgo como parte de un programa integral para la prevención del pie diabético. CCM [Internet]. 2014 Sep [citado 2016 Ago 18] ; 18(3): 526-528. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1560-43812014000300016&lng=es.
99. Mondéjar Barrios MD, Rosas Durand LO, Morgado Rodríguez A Hernández Martínez N, Junco Martínez G. Intervención educativa para elevar el nivel de conocimientos en adultos mayores con diabetes mellitus sobre el autocuidado. Rev Cubana Mediciego. [Internet]2013 19(Supl. 2): [Citado 13 febrero 2016]; Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/mciego/vol19_supl2_2013/articulos/t-7.html
100. American Diabetes Association. Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus. Diabetes Care. 2014 Jan; 37(Suppl 1). Available from: http://care.diabetesjournals.org/content/37/Supplement_1/S81.full.pdf+html

101. De la Paz Castillo KL, Proenza Fernández L, Gallardo Sánchez Y, Fernández Pérez S, Mompié Lastre A. Factores de riesgo en adultos mayores con diabetes mellitus. MEDISAN. 2012 [citado 9 Sep 2012]; 16(4). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192012000400001
102. Rodríguez Gurri Daniel, González Expósito Armando. Caracterización de pacientes con pie diabético. Rev Cub Med Mil [Internet]. 2013 Jun [citado 2016 Mar 22]; 42(2): 173-180. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-655720130002000006&lng=es
103. Cabal Miraba C, González Dalmau E. Posibilidades de la termografía para los estudios de las úlceras de pie diabético. Rev Cub Ang 2013 abr-jun, 15(1): Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/ang/vol15_1_14/ang07114.htm
104. Campos Acosta Y, Melgarejo Rivero B, Jaime Cabrera Z, Pol Marrón N, Vargas Machirán E, Pérez Leonard D, Álvarez Duarte H. Comportamiento de la función renal en pacientes con úlcera de pie diabético tratados con Heberprot-P®. Rev Cub Ang 2014;15(1): Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/ang/vol15_1_14/ang02114.htm
105. Jiménez Corona A, Aguilar Salinas CA, Rojas Martínez R, Hernández Avila M. Diabetes mellitus tipo 2 y frecuencia de acciones para su prevención y control. Rev Salud Pública Méx. 2013 [citado 28 Sep 2013]; 55

(supl 2). Disponible en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php? pid=S0036-36342013000800010&script=sci_arttext\]](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0036-36342013000800010&script=sci_arttext)

106. García Guerra LA, Beatón Lovaina YB, Couso Seoane C. Morbilidad oculta del síndrome metabólico en ancianos con diabetes mellitus de tipo 2. MEDISAN [Internet]. 2013 Dic [citado 2016 Mar 22]; 17(12): 9044-9050. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192013001200003&lng=es
107. Reglamento de la Educación de Postgrado de la República de Cuba (Resolución 104/2004). MES. La Habana. 2004
108. World Medical Association Declaration of Helsinki. Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects. 59th WMA General Assembly. Seoul, October, 2008.

BIBLIOGRAFÍA

BIBLIOGRAFÍA

- ACCORD Study Group, Cushman WC, Evans GW, Byington RP, mGoff DC, Grimm RH, et al. Effects of intensive blood-pressure control in type 2 diabetes mellitus. *N Engl J Med.* 2010; 362:1575-85.
- Akha O, Kashi Z, Makhloogh A. Correlation between amputation of diabetic foot and nephropathy. *Iran J Kidney Dis.* 2010; 4:27-31.
- Alfonso García Adianez. Caracterización de los contenidos sobre el adulto mayor en la formación del médico y especialista en medicina general integral. *Educ Med Super [Internet].* 2010 Sep [citado 2016 Mar 22]; 24(3): 379-386. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21412010000300010&lng=es
- Álvarez Cortés JT, Bello Hernández V, Pérez Hechavarría GA, Antomarchi Duany O, Bolívar Carrión ME. Factores de riesgo coronarios asociados al infarto agudo del miocardio en el adulto mayor. *MEDISAN.* 2013 [citado 11 de Feb 2013]; 17(1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192013000100008
- Álvarez Luna RH, Espinosa González R, Hernández Oliver OF, Alvarez Luna Y, Torres Pérez E, Álvarez Luna M. *Acta Médica del Centro/ Vol. 8 - No. 3 – 2014:* Disponible en: <http://www.revactamedicacentro.sld.cu/index.php/amc/article/view/150/html>
- American Diabetes Association. Diagnosis and classification of diabetes mellitus. *Diabetes Care.* 2010; 33(Suppl 1): 62-9.

- Arés Muzio P. La Familia. Una mirada desde la Psicología. La Habana: Editorial Científico–Técnica; 2010.
- Baron P, Márquez E. Diabetes mellitus tipo 2 en niños y adolescentes. Medicina Interna de México [revista en Internet]. 2010 [citado 22 Nov 2010];26(1):[aprox. 11p]. Disponible en: http://content.ebscohost.com/pdf23_24/pdf/2010/7KO/01Jan10/51924622.pdf?T=P&P=AN&K=51924622&S=R&D=lth&EbscoContent=dGJyMMvI7ESeqLA4zOX0OLCmr0iep65Ssqu4SrCWxWXS&ContentCustomer=dGJyMPGnr06vr7JJuePfgeyx44Dt6fIA
- Batista Freire R, Jocik Hung G. Bienestar subjetivo en el adulto mayor. Multimed. 2010; Jul-Sep; 14(3) Disponible en: <http://www.multimedgrm.sld.cu/articulos/2010/v14-3/3.html>
- Bisla J, Calem M, Begum A, Stewart R. Have we forgotten about dementia in care homes? The importance of maintaining survey research in this sector Age Ageing 2011;40(1): 5-6
- Botella M, Rubio JA, Percovich JC, Platero E, Tasende C, Álvarez J. Control glucémico en pacientes hospitalizados no críticos. EndocrinolNutr. 2011; 58:536-40.
- Buchaca Faxas Emilio. Diabetes y disfunción neurológica después de un ictus. Rev cubana med [Internet]. 2013 Sep [citado 2016 Mar 22] ; 52(3): 144-145. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75232013000300001&lng=es

- Berdayes Martínez D. Desarrollo teórico de enfermería. Conferencia impartida en la Facultad de Enfermería Lidia Doce. Jornada por el Día de la Enfermería. La Habana: Facultad de Enfermería Lidia Doce; 2012.
- C, Lawlor D, Matthews F, et al. Objective measures of physical capability and subsequent health: a systematic review Age Ageing. 2011; 40(1): 14-23.
- Cabal Miraba C, González Dalmau E. Posibilidades de la termografía para los estudios de las úlceras de pie diabético. Rev Cub Ang 2013 abr-jun, 15(1): Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/ang/vol15_1_14/ang07114.htm
- Callaghan BC, Feldman E, Liu J, Kerber K, Pop-Busui R, Moffet H, et al. Triglycerides and amputation risk in patients with Diabetes ten-year follow-up in the DISTANCE study. Diabetes Care. 2011; 34:635-40.
- Capote Leyva E, Casamayor Laime Z, Castañer Moreno J. Variables de laboratorio como indicadores de calidad de vida en el adulto mayor con tratamiento sustitutivo de la función renal http://www.bvs.sld.cu/revistas/mil/vol39_3-4_10/mil08310.htm
- Centro de Estudios demográficos de la Universidad de la Habana. Estudios de familia. La Habana: Centro de Estudios demográficos de la Universidad de la Habana; 2010.
- Ceriello A, Ihnat MA. Glycaemic variability: A new therapeutic challenge in diabetes and the critical care setting. Diabet Med. 2010; 27:8627.
- Chong Daniel Aida. Aspectos biopsicosociales que inciden en la salud del adulto mayor. Rev Cubana Med Gen Integr [Internet]. 2012 Jun [citado 2016 Mar 22] ; 28(2): 79-86. Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252012000200009&lng=es.

- Cordero Escobar Idoris. Consideraciones anestésicas en el paciente diabético con neuropatía autonómica. Rev cuba anesthesiol reanim [Internet]. 2010 Abr [citado 2016 Mar 22] ; 9(1): 24-31. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-67182010000100004&lng=es
- Cuba. Ministerio de Salud Pública. Dirección Nacional de Estadística. Anuario Estadístico [Internet]. 2010 [citado Nov 2011]; [aprox. 174 p.]. Disponible en: <http://files.sld.cu/dne/files/2011/04/anuario-2010-e-sin-graficos1.pdf>
- Cuba. Ministerio de Salud Pública. Dirección Nacional de Registros Médicos y Estadísticas de Salud. Anuario estadístico de salud 2011. La Habana: MINSAP; 2012 [citado 8 May 2013]. Disponible en: <http://files.sld.cu/bvscuba/files/2012/05/anuario-2011-e.pdf>
- Darren MG. Diabetes and the cardiovascular system. En: Bonow RO, Mann DL, Zipes DP, Libby P. Braunwald's. Heart disease: A textbook of cardiovascular medicine. 9 ed. Philadelphia: Elsevier Health Sciences; 2011. p. 1392-407.
- Delgado García G. Conceptos y metodología de la investigación histórica. Rev Cubana Salud Pública [Internet]. 2010 [citado 12 Sept 2013];36(1):[aprox. 11 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662010000100003&lng=es&nrm=iso&tlng=es

- Edelmann F, Wachter R, Düngen HD, Störk S, Richter A, Stahrenberg R, et al. Heart failure therapy in diabetic patients comparison with the recent ESC/EASD guideline. Cardiovascular. Diabetology. 2011; 10:15-35.
- Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) [Internet]. 2011 [actualizada Feb 2011; citado 23 Abr 2011]; [aprox. 4 pantallas]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs315/es/index.html> Edmonds M Multidisciplinary care of the diabetic foot patient with infection. Int J LowExtremWounds. 2010;9;6-8.
- Enfermedad pulmonar obstructiva crónica [Internet]. 2011 [citado 24 Abr 2011] [aprox. 7 pantallas]. Disponible en: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000091.htm>
- Enfermedad pulmonar obstructiva crónica [Internet]. 2011 [citado 24 Abr 2011] [aprox. 7 pantallas]. Disponible en: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000091.htm>
- Enfermedades: EPOC [Internet]. 2010 [actualizado 9 Ago 2010; citado 23 Abr 2011] [aprox. 10 pantallas]. Disponible en: <http://www.dmedicina.com/enfermedades/respiratorias/epoc>
- Factores de riesgos cardiovasculares. Texas Heart Institute. [citado 8 Ene 2014]. Disponible en: http://www.texasheart.org/HIC/Topics_Esp/HSmart/riskspan.cfm
- Fernández Guindo JA, Massó Betancourt E, Chacón Pérez N, Montes de Oca N. Calidad de vida en el envejecimiento sano del adulto mayor. Medicentro 2011; 70(2): Disponible en:

http://www.gtm.sld.cu/sitios/cpicm/contenido/ric/textos/Vol_70_No.2/calidad_vida_envejecimiento_sano_tc.pdf

- Fernández Montequin J, Mena G, Santiesteban LI. Tratamiento y recuperación del pie diabético grado 5 de la clasificación de Wagner tras aplicar el Heberprot-P. *Biotechnol [Internet]* 2010 Abr-Jun [citado 12 Jun 2012];27(2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1027-28522010000200005&script=sci_arttext&lng=pt
- Fernández Sacasas JA. La formación clínica de los estudiantes en Cuba. *EDUMECENTRO [Internet]*. 2011 [citado 12 Jul 2013];3(1):[aprox. 4 p.]. Disponible en: <http://www.revedumecentro.sld.cu/index.php/edumc/article/view/98/199>
- Gallardo Pérez Ulises de Jesús, Zangronis Ruano Leonardo, Chirino Carreño Nelson, Mendoza Vélez Leonardo. Conocimientos y conductas de los pacientes con diabetes mellitus sobre el pie diabético. *Rev Cubana Med Gen Integr [Internet]*. 2008 Mar [citado 2016 Mar 22] ; 24(1): . Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252008000100007&lng=es
- García, M. M. A. (2002). Desde el concepto de felicidad al abordaje de las variables implicadas en el bienestar subjetivo: un análisis conceptual. <http://www.ef.deportes.com> Revista Digital - Buenos Aires - Año 8- No 48- Mayo de 2002.
- Gaspar Ramón Claudia Edith, Fernández Ortega Miguel Ángel, Dickinson Bannack María Eloisa, Irigoyen Coria Arnulfo Emanuel. Frecuencia de disfunción sexual en un grupo de pacientes diabéticas mexicanas. *Rev*

Cubana Med Gen Integr [Internet]. 2013 Mar [citado 2016 Mar 22]; 29(1): 44-53. Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252013000100007&lng=es

- GeriCuba. Red Cubana de Gerontología y Geriátría. Organización Panamericana de la Salud. Guía clínica para la atención primaria de las personas mayores. [Consultado: enero de 2011]: [aprox. 10 p.]. Disponible en: <http://www.sld.cu/sitios/gericuba/>
- Goicoechea Díaz P. Estado actual sobre la prevención, diagnóstico y tratamiento del pie diabético. Rev Cub Ang 2011 sep-oct, 11(2): Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/ang/vol_11_2_11/ang10211.htm
- Guevara de León T, Nepomuceno Padilla N L, Hernández Trimiño O. polifarmacia en el adulto mayor. Medicentro [Internet]. 2010;14(2): Disponible en: <http://medicentro.vcl.sld.cu/pdf/Sumario/Ano%202010/v14n2a10/003polifarmacia57.pdf>
- Hernández Tamayo M, Miguel Soca PE, Marrero Hidalgo MM, Pérez López LM, Peña Pérez I, Rivas Estévez M. Comportamiento de variables clínicas, antropométricas y de laboratorio en pacientes con síndrome metabólico. MEDISUR. 2011 [citado 4 de Feb 2013]; 9(2). Disponible en: <http://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/1260/7300#>
- Holroyd-Leduc JM, Straus S, Thorpe K, Davis DA, Schmaltz H, Tannenbaum C. Translation of evidence into a self-management tool for use by women with

urinary incontinente. Age Ageing afq171 first published online January 10, 2011.

- Hoyos Vivar I. Las publicaciones de artículos científicos de enfermería en la Revista Cubana de Medicina Militar. Rev Cub Med Mil 2012, 41(2): 123.124.[revista en la Internet]. 2012 Jun [citado 2016 Feb 16]; Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65572012000200001&lng=es
- International Diabetes Federation. The IDF Diabetes Atlas. 5 ed. Brussels: IDF; 2011.
- Jiménez Betancourt Elena, Írsula Betancourt Liorna. Adulto mayor en estado de fragilidad. MEDISAN [Internet]. 2010 Abr [citado 2016 Mar 22] ; 14(3) : . Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192010000300017&lng=es
- Lavery LA, Hunt NA, Ndip A, Lavery DC, Van Houtum W, Boulton AJ. Impact of chronic kidney disease on survival after amputation in individuals with diabetes. Diabetes Care. 2010; 33:2365-9.
- Lin E, Rutter CM, Katon W, Heckbert SR, Ciechanowski P, Oliver MM, et al. Depression and Advanced Complications of Diabetes. Diabetes Care. 2010; 33:2649.
- León Román CA. Enfermería ciencia y arte del cuidado. Rev Cubana Enfermer [Internet]. 2006 [citado 2 Feb 2012]; 22(4). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192006000400007&lng=es

- Manzanares W, Aramendi I. Hiperglucemia de estrés y su control con insulina en el paciente crítico: evidencia actual. Med Intensiva. 2010;34:27381
- 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 9 Jul 2014]; 24(4). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4321/S1134-928X2013000400005>
- McDonald VM, Simpson JL, Higgins I, Gibson PG. Multidimensional assessment of older people with asthma and COPD: clinical management and health status Age Ageing 2011;40(1): 42-49.
- Modrego Navarro A, Rodríguez Ledo MP, Cucalón Arenal JM, Tarraga López PJ, Robledo del Corro M, Montilla Garzón L. Impacto de la prediabetes y el sexo en el riesgo cardiovascular asociado al síndrome metabólico. HipertensRiesgoVasc. 2010; 27(1): 4-12.
- Moghissi ES. Re-examining the evidence for inpatient glucose control: New recommendations for glycemic targets. Am J HealthSystPharm. 2010; 67:S3-8.
- Moreno Torres AC, Granados Hernández D, Gutiérrez Rojas I, Ibáñez González O. Efectividad del tratamiento con jarabe de Aloe Vera en la enfermedad pulmonar obstructiva crónica del adulto mayor. MEDICIEGO 2012; 18 (No. Esp.): Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/mciego/vol_18noesp_2012/articulos/t-30.html
- Mosca L, Benjamin EJ, Berra K, et al. Effectiveness-based guidelines for the prevention of cardiovascular disease in women-2011 update: a guideline from the American Heart Association. Circulation. 2011; 123(11): 1243-62.

- Naranjo-Hernández Y. La importancia del lavado de las manos en la atención sanitaria. *Medisur* [revista en Internet]. 2014 [citado 2016 Ene 18]; 12(6):[aprox. 2 p.]. Disponible en: <http://medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/2879>
- Oerkild B, Frederiksen M, Fischer Hansen J, Simonsen L, TheilSkovgaard L, Prescott E. Home-based cardiac rehabilitation is as effective as centre-based cardiac rehabilitation among elderly with coronary heart disease: results from a randomised clinical trial *Age Ageing* 2011;40(1): 78-Najma Siddiqi.
- Orlandi González O, Álvarez Seijas E, Castelo Elías-Calles L, Hernández Rodríguez J, Rodríguez Anzardo BR, González Calero TM, et al. Guías cubanas de práctica clínica basadas en la evidencia sobre el pesquiasaje, diagnóstico y tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2 [monografía en Internet]. Ciudad Habana: INEN; 2010 [citado 20 Jul 2010]. Disponible en: http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/pdvedado/gpc_dm2_final.pdf
- Osorio-Pagola M. La endoscopia digestiva superior en la Atención Primaria de Salud. *Medisur* [revista en Internet]. 2010 [citado 2016 Mar 22]; 8(5):[aprox. 1 p.]. Disponible en: <http://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/1157>
- Persad CC, Cook S, Giordani B. Assessing falls in the elderly: should we use simple screening tests or a comprehensive fall risk evaluation? *Eur J PhysRehabilMed*. 2010 Jun; 46(2):249-59. Review. PubMed PMID: 20485227.
- Placeres Hernández JF, León Rosales L. La familia y el adulto mayor. *Revi Méd Electr*. 2011; 33(4): Disponible en:

<http://www.revmatanzas.sld.cu/revista%20medica/ano%202011/vol4%202011/tema10.htm>

- Pupo Ávila L, Hechavarría Toledo S. La promoción de salud en el plan de estudio de la carrera de Medicina en Cuba. Educ Med Super [Internet]. 2012 [citado 12 Jul 2013];26(4):[aprox. 8 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21412012000400010&lng=es&nrm=iso
- Pupo Durand BE, Méndez Torres VM, Hechavarría Ávila MM, Sosa Prevots J. Patologías psiquiátricas en el adulto mayor. 2012; 7(2): disponible en: http://www.gtm.sld.cu/sitios/cpicm/contenido/ric/textos/Vol_70_No.2/patologias_psiquiatricas_adulto_mayor_rb.
- Qaseem A, MD, Humphrey LL, Chou R, Snow V, Shekelle P. Use of Intensive Insulin Therapy for the Management of Glycemic Control in Hospitalized Patients: A Clinical Practice Guideline From the American College of Physicians. Ann InternMed. 2011; 154:260-7.
- Reyes Mediaceja Reinaldo, Bastart Ortiz Emma Aurora, Reyes Mediaceja Mirtha. Evolución histórica sobre la formación del estudiante de Medicina en la atención al adulto mayor. Rev EDUMECENTRO [Internet]. 2014 Abr [citado 2016 Mar 22] ; 6(1): 25-37. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2077-28742014000100003&lng=es.
- Reynaldo Concepción D, Álvarez Duarte H, Llanes Barrios JA, Valdés Pérez C, Franco Pérez N, Savigne Gutiérrez W. Conducta práctica y paradigmas quirúrgicos que ha modificado el Heberprot-P. Rev Cub Ang 2012 may-

jun,13(2): Disponible en:

http://bvs.sld.cu/revistas/ang/vol13_2_12/ang08212.htm

- Roca Perara MA. Redes de Apoyo Social en el Adulto Mayor. [citado 4 de febrero 2010]. Disponible en: <http://www.sld.cu/saludvida/adultomayor/>.
- Rutter MK, Nesto RW. Blood pressure, lipids and glucose in type 2 diabetes: how low should we go? Re-discovering personalized care. *Eur Heart J.* 2011; 32:2247-55.
- Salazar Álvarez Yohana. Uso de la metformina en la diabetes mellitus tipo II. *Rev Cubana Farm [Internet].* 2011 Mar [citado 2016 Mar 22]; 45(1): 157-166. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75152011000100015&lng=es.
- Standards of medical care in diabetes-2012. American Diabetes Association (ADA). *Diabetes Care.* 2012; 35:S11-63.
- Torres Herrera Omaidá Francisca. La diabetes y el corazón. *Rev Cubana Endocrinol [Internet].* 2012 Ago [citado 2016 Mar 22]; 23(2): 113-116. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-29532012000200001&lng=es.
- Umpierrez GE, Hellman R, Korytkowski MT, Kosiborod M, Maynard GA, Van den Berghe G, et al. Management of Hyperglycemia in Hospitalized Patients in Non-Critical Care Setting: An Endocrine Society Clinical Practice Guideline. *J Clin Endocrinol Metab.* 2012; 97:1638.
- Valabhji J, Gibas RGJ, Bloomfield L, Lyons S, Samarasinghe D, Rosenfeld P, et al. Matching the numerator with an appropriate denominator to demonstrate

low amputation incidence associated with a London hospital multidisciplinary diabetic foot clinic. *Diabet Med.* 2010; 27:13047.

- Vedhara K, Miles JNV, Wetherell. Coping style and depression influence the healing of diabetic foot ulcers: Observational and mechanistic evidence. *Diabetologia.* 2010; 53:1590-8.
- Vela Valdés J, Fernández Sacasas JA, Álvarez Sintés R. Política de formación médica para la atención primaria de salud y el papel de la asignatura Medicina General Integral en el currículo. *Educ Med Super [Internet].* 2012 [citado 12 Jul 2013]; 26(4):[aprox. 10 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21412012000200009&lng=es&nrm=iso
- Vela Valdés J, Fernández Sacasas JA, Álvarez Sintés R. Política de formación médica para la atención primaria de salud y el papel de la asignatura Medicina General Integral en el currículo. *Educ Med Super [Internet].* 2012 [citado 12 Jul 2013]; 26(4):[aprox. 10 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21412012000200009&lng=es&nrm=iso
- Vera Noriega A y Sotelo TI. Bienestar y redes de apoyo social en población de la tercera edad. [citado 10-2-2010]. Centro de Investigación en Alimentación tercera edad. Centro de Investigación en Alimentación Desarrollo A.C. Disponible en: <http://www.ciad.mx/desarrollo/publicaciones/PUBLICACIONES/Produccion%20.pdf>

- VerdeciaRosés M. Estrategia socioeducativa para el establecimiento de proyectos de vida en el anciano. [tesis]. Santiago de Cuba: Centro de estudios para la Educación Superior "Manuel F. Gran"; 2010.
- Verdecia Rosés M. Estrategia socioeducativa para el establecimiento de proyectos de vida en el anciano. [tesis]. Santiago de Cuba: Centro de estudios para la Educación Superior "Manuel F. Gran"; 2010.
- Vidal Ledo M, Rosa Lemus E. Docencia de pregrado en Atención Primaria de Salud. Educ Med Super [Internet]. 2012. [citado 22 Jul 2013];26(2):[aprox. 10 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21412012000200016&lng=es&nrm=iso
- Vidal Ledo M, Villalón Fernández MJ. Búsqueda Temática Digital: escenarios docentes. Educ Med Super [Internet]. 2011 [citado 22 Jun 2013];26(2):[aprox. 9 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21412011000400014&lng=es
- Vidal Ledo M, Villalón Fernández MJ. Búsqueda Temática Digital: escenarios docentes. Educ Med Super [Internet]. 2011 [citado 22 Jun 2013];26(2):[aprox. 9 p.]. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/scielo.php?scri|ttext&pid=S0864-21412011000400014&lng=es>

ANEXOS

ÍNDICE DE ANEXOS

No.	Títulos
1-	Operacionalización de las variables
2-	Consentimiento informado
3-	Consentimiento informado de participantes en el grupo nominal
4-	Encuesta para la recogida del dato primario sobre síndrome demencial
5-	Guía de observación de actividades con acciones relacionadas el auto cuidado en el adulto mayor con Úlcera Neuropática
6-	Caracterización del personal de enfermería que labora en los Consultorios Médicos de Familia del área de salud Dr. Rudesindo A. García del Rijo
7-	Análisis crítico del contenido de los documentos escritos que regulan el cuidado al adulto mayor y la Úlcera Neuropática en la APS
8 -	Restablecimiento cutáneo de la Úlcera Neuropática en la comunidad antes y después de aplicada la estrategia.
9 -	Modelo de evaluación geriátrica para el adulto mayor en la comunidad
10-	Encuesta para identificar el nivel de conocimiento de los enfermeros sobre el autocuidado del adulto mayor con Úlcera Neuropática en la comunidad
11-	Guía de entrevista para los adultos mayores
12-	Diagrama 1. Estrategia de autocuidado en el adulto mayor con Úlcera Neuropática
13-	Consentimiento informado de los expertos
14	Encuesta para determinar coeficiente de competencia de los expertos y algoritmo para el cálculo del coeficiente de competencia de los expertos
15-	Caracterización de los Expertos y encuesta a expertos
16-	Programa de capacitación

ANEXO 1

Operacionalización de las variables

Variable	Definiciones	Indicadores	Escala
Edad	Tiempo que ha vivido una persona.	Rango de edad	60 – 65 años 66 – 70 años 71– 75 años 76 – 80 años 81 – 85 años 85 – 90 años 90 y más.
Sexo	Constitución orgánica que diferencia un hombre de una mujer.	Sexo biológico	1. Femenino 2. Masculino
Tipología de la diabetes.	Prototipo de diabetes mellitus	Diagnóstico Dispenzarizado	Tipo I Tipo II
Auto cuidado del adulto mayor con Úlcera Neuropática en la comunidad	Autocuidado Apropiado: Cuando el paciente diabético con Úlcera Neuropática cumple al 100% las orientaciones por el médico y enfermera de la familia como: cura diaria de la úlcera con Heberprot-P, reposo físico, dieta adecuada para mantener el peso estable, cuidado con los pies, cortado de las uñas, la realización de Benidet con interpretación por la tabla de colores, realización de glucemias con glucómetro, evitar complicaciones agudas: hipoglicemias, deshidratación, coma hiperosmolar, hiperglucemia, molestia precordial o dolor precordial, hiperqueratosis plantar, úlcera plantar, disminución de la agudeza visual, edema en	Según observación	<ul style="list-style-type: none"> • Apropiado • Inapropiado

	miembros inferiores, presión arterial elevada, administración de medicamentos según indicaciones médicas. Autocuidado inapropiado: Cuando no cumple con los cuidados indicados		
Restablecimiento cutáneo de la Úlcera Neuropática en los adultos mayores	Recuperación del tejido cutáneo, de la Úlcera Neuropática.	Intervalo de cicatrización	Una semana Dos semana Más de dos semana
Estado de salud	Estado de salud bueno: adulto mayor independiente en las actividades de la vida diaria y las instrumentadas. Nivel I Estado de salud regular: adulto mayor independiente al menos en las actividades de la vida diaria. Nivel II Estado de salud malo: adulto mayor dependiente en las actividades de la vida diaria e independiente en las actividades instrumentadas. Nivel III.	Nivel I Nivel II Nivel III	Bueno Regular Malo
Nivel de conocimiento de las enfermeras y enfermeros involucrados en el estudio	Nivel de conocimiento Aceptable: Cuando el actuar del personal de Enfermería responde correctamente más del 90 % de la encuesta. Nivel de conocimiento mínimo Aceptable: Cuando el personal de Enfermería responde correctamente entre el 90 y el 80 % de la encuesta. Nivel de conocimiento inaceptable: Cuando el	<ul style="list-style-type: none"> • Aceptable • Mínimo aceptable • Inaceptable 	+ del 90% correctas / el 90 y 80% correctas <Del 80% correctas

	personal de Enfermería responde menos del 80 % de la encuesta.		
--	--	--	--

ANEXO 2

Consentimiento informado

Yo: _____ quien suscribe este documento, estoy de acuerdo en participar o en autorizar que el adulto mayor a mi cuidado participe en la investigación "Estrategia autocuidado del adulto mayor con Úlcera Neuropática en la comunidad Policlínico Rudesindo A. García del Rijo. Se me ha explicado que esta investigación forma parte del perfeccionamiento del actuar enfermero en la comunidad a la luz del redimensionamiento de la APS. El estudio está dirigido por un equipo de salud y su propósito es ayudar con la investigación a caracterizar el autocuidado de la enfermera (o) de su Consultorio Médico de la Familia.

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. Los participantes en este estudio necesitarán su información con fines estadísticos y no para vincular la información con usted. De hecho 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

Consentimiento informado de participantes en el Grupo Nominal

Estimado (a) Enfermero (a):

Al tener en consideración que el envejecimiento que experimenta la población cubana actual, evidencia la prioridad que el gobierno revolucionario cubano ha ofrecido al adulto mayor, resulta necesario contribuir al perfeccionamiento de la atención a este grupo poblacional debido a que Cuba es una población envejecida.

La Úlcera Neuropática constituye una de las enfermedades de mayor morbimortalidad para este grupo dispensarial, por lo que se debe reorientar acciones de Enfermería en el contexto comunitario, en correspondencia con el comportamiento de la enfermedad, los cambios sociales y de estilo de vida resultantes del actual desarrollo económico social.

Por su experiencia de trabajo en este nivel de atención, usted ha sido seleccionado para conformar un Grupo Nominal, el que tendrá a su cargo identificar las posibilidades de perfeccionamiento del autocuidado del adulto mayor con Úlcera Neuropática en la comunidad y proponer acciones concretas desde la perspectiva de Enfermería.

Agradecida de su participación, firme la presente como muestra de su conformidad de participación en el estudio:

Nombres y dos apellidos _____

Firma _____

Fraternalmente,

MSc. Lic. Ydalsys Naranjo Hernández

Investigador principal

ANEXO 4

Encuesta para la recogida del dato primario sobre Síndrome Demencial

1. Sexo: M ___ F ___
2. Edad en años cumplidos _____
3. Estado civil: Casado _____ Acompañado _____ Viudo _____ Soltero _____
4. Escolaridad terminada: Sin instrucción _____ Primaria sin terminar _____ Primaria terminada _____ Secundaria básica _____ Preuniversitario _____ Técnico Medio _____ Universitario _____
5. Test de Folstein:
 - a) Orientación (10 puntos)

Fecha (5 puntos)
Año, mes, día, día de la semana. Estación _____
Localización (5 puntos)
País, provincia, ciudad, centro de salud _____
 - b) Memoria inmediata (3 puntos)

Diga: Pelota, bandera, árbol (un segundo para cada uno y pida al paciente que lo repita. Después diga las 3 palabras hasta que el paciente lo repita hasta 6 veces.
 - Atención y cálculo (3 puntos)

Dígale que reste de 7 en 7 a partir de 100 hasta realizar 5 sustracciones (93, 86, 79, 72, 65) Si no puede realizar la cuenta dígame que deletree la palabra Mundo hacia atrás.
 - Memoria de evocación (3 puntos)

Dígales que recuerde las 3 palabras que le pregunte anteriormente Pelota, bandera, árbol _____
 - Lenguaje y copia (9 puntos)

Señale un reloj y un lápiz y pregúntale que es (2 puntos)
Dígale que repita: no, si podemos llegar (1 punto)
Cumplir una orden: tome este lápiz con su mano derecha, dóblelo a la mitad y póngalo en el suelo (3 puntos)
Lea y cumpla la orden: cierre los ojos (1 punto)
Escriba una frase: debe ser juiciosa con sujeto y verbo (1 punto)

- Copie esta figura: debe dibujar los 10 ángulos y deben estar en intersección (1 punto)
- Grado de deterioro del síndrome demencial:
Movilidad

- ___ Se moviliza sin limitaciones tanto fuera como dentro del hogar.
- ___ Alguna limitación en la movilidad en particular con transporte público.
- ___ Dificultades en la movilidad que limitan satisfacer su vida diaria.
- ___ Depende para moverse de la ayuda de otras personas.
- ___ Se encuentra totalmente confinado a la cama o sillón.

Continencia esfinteriana

- ___ Perfectamente continente.
- ___ Ha perdido el control de la micción.
- ___ Incontinencia urinaria impide con limitaciones en su vida diaria.
- ___ Incontinencia urinaria impide realizar su vida diaria o le obliga al sondaje.
- ___ Doble incontinencia, urinaria y fecal, con pérdida de autonomía.

Sueño

- ___ No refiere trastorno del sueño.
- ___ Trastornos ocasionales del sueño, no tiene necesidad de somnífero.
- ___ Debe usar somnífero para lograr un sueño que lo satisfaga.
- ___ Pese el uso de psicofármacos mantiene trastornos del sueño.
- ___ Trastornos severos del sueño que le impiden realizar su vida diaria.

Memoria

- ___ Buena memoria, niega trastornos de la misma.
- ___ Refiere trastornos de memoria, que limitan para actividades de su vida diaria.
- ___ Trastornos de memoria, que lo obligan a ser dependiente una parte del tiempo.
- ___ La pérdida de la memoria lo mantiene incapacitado y dependiente totalmente.

Estado emocional

- ___ Se mantiene usualmente con buen estado de ánimo.
- ___ Trastornos emocionales ocasionales que supera sin ayuda profesional.
- ___ Trastornos emocionales que le obliga al uso de tratamiento.
- ___ Mantiene trastornos emocionales que lo limitan, aún con tratamiento.
- ___ Los trastornos emocionales lo incapacitan, puede asociarse o no a ideación o intento suicida.

Estado funcional global

- ___ Es totalmente independiente y activo en su vida diaria.
- ___ Es independiente, pero necesita su ayuda para actividad instrumentada de la vida diaria.
- ___ Tiene limitaciones que exigen ayuda diaria, pero puede pasar un día solo.
- ___ Tiene limitaciones que impiden que permanezca más de horas solo.
- ___ Está totalmente incapacitado y exige custodia permanente.

Síntomas no cognitivos adicionales al cuadro demencial.

Delirios Sí
 Alucinaciones No
 Depresión
 Mixto

Comorbilidad somática.
En caso positivo ¿Cuál o cuáles?

ANEXO 5

Guía de observación de actividades con acciones relacionadas el auto cuidado en el adulto mayor con Úlcera Neuropática

Objetivos:

Constatar la manera en que se evalúa la calidad del proceso de cicatrización de la Úlcera Neuropática en el adulto Mayor en la comunidad.

Actividades a observar:

- Cura diaria de las lesiones de Úlceras Neuropáticas en los departamentos de curaciones del Pie Diabético en el policlínico Dr. Rudesindo A. García del Rijo

Aspectos a verificar:

- 1.- Si se registran los pacientes en la hoja de cargo de Enfermería
- 2- Si se realiza control metabólico en los pacientes que lo requieran.
- 3- Si se realiza un examen físico adecuado del miembro inferior afectado.
- 4.- Si se realizan debridaciones quirúrgicas, curas húmedas, descarga de presión local, tratamiento antimicrobiano y procedimiento de revascularización en caso sea indicado por el especialista
- 5.- Si se valora la calidad del proceso de cicatrización con el medicamento indicado por el médico.
- 5.-.- Otros aspectos que el observador considere necesario comentar, durante el proceso de cura de la Úlcera Neuropática en el adulto mayor en la comunidad.

ANEXO 6

Caracterización del personal de Enfermería que labora en los Consultorios Médicos de Familia del área de salud Dr. Rudesindo A. García del Rijo

Distribución de los enfermeros según grupos de edad y sexo

Grupos de edad	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino			
	No.	%	No.	%	No.	%
25 – 29	-	-	3	7.3	3	7.3
30 – 34	-	-	6	14.63	6	14.63
35 – 39	-	-	10	24.39	10	24.39
40 – 44	1	3.24	7	17.07	8	17.07
45 – 49	-	-	8	19.51	8	19.51
50 y más	-	-	6	14.63	6	14.63
Total	1	-	40	97.56	41	100.0

Distribución de los enfermeros según nivel de formación

Nivel técnico	No.	%
Licenciados	19	46.34
Técnicos Medio	22	53.65
Total	41	100

Distribución de los enfermeros según años de experiencia en la APS

Años de experiencia en la APS	No.	%
Menos de 5	1	2.43
Entre 5 y 10	22	53.65
Más de 10	18	43.90
Total.	41	100

ANEXO 7

Análisis crítico del contenido de los documentos escritos que regulan el cuidado al adulto mayor y la Úlcera Neuropática 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 Úlcera Neuropática.• No se analiza/enfoca el cuidado al adulto mayor con Úlcera Neuropática desde una perspectiva de autocuidado.• No se desglosan las actividades específicas a desarrollar por el médico y enfermero de la familia, en cuanto al cuidado 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 sistémica.

		<ul style="list-style-type: none"> • Se muestra una supremacía de la atención dirigida hacia el autocuidado médico, adoleciendo de las acciones de Enfermería.
	Método	<ul style="list-style-type: none"> • Se limita a la inclusión del análisis del estado de salud del adulto mayor en el 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. • Necesita incrementarse el uso de las diversas formas de comunicación social y diseño gráfico (láminas, pancartas) 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 generadores de salud

<p>2. Programa Nacional de prevención, diagnóstico, evaluación y control de la Úlcera Neuropática.</p>	<p>Objetivos</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Se encuentran redactados en forma de pares mezclando dos propósitos, lo cual limita el alcance de los mismos. • Los objetivos específicos adolecen de las vías instrumentadas para su implementación: El ¿cómo lograrlas?
	<p>Contenidos</p>	<ul style="list-style-type: none"> • La definición, clasificación y epidemiología, se ajusta a las clasificaciones modernas de ésta entidad. • Las actividades declaradas en los objetivos específicos poseen un enfoque clínico médico, exceptuando de las mismas el quehacer enfermero para el alcance de las metas. • La formulación de las actividades dirigidas al cumplimiento de los objetivos específicos no cubre el espectro que en esa dirección puede contribuir al autocuidado del paciente adulto mayor con Úlcera Neuropática. • La evaluación clínica del paciente está prioritariamente dirigida al control biológico de la enfermedad y no así al necesario enfoque de la entidad.
		<ul style="list-style-type: none"> • La construcción de los indicadores respeta la formulación de los mismos en

	Métodos	<p>correspondencia con la estructura, proceso e impacto de la evaluación y el control.</p> <ul style="list-style-type: none"> • La propaganda y difusión referente al Programa Nacional y a la educación para la salud es adecuada, las que se relacionan con el incremento en el uso y distribución de láminas, pancartas y otros medios de comunicación encaminados a la educación para la salud de éstos pacientes.
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	<p>Dada la vigencia de la A.P.S, como estrategia y como sub-sistema de atención, los contenidos del Programa aún muestran su actualidad; pero a la luz del redimensionamiento de la A.P.S, los mismos deben reestructurarse para satisfacer las demandas siempre</p>

		crecientes de los individuos, familias y comunidades.
4. Guía para la prevención, diagnóstico y tratamiento de la Úlcera Neuropática.	Medio	<ul style="list-style-type: none"> La relación distribución, comportamiento de la enfermedad y orientaciones para la consecución de los objetivos, no se muestra en el texto.
	Contenidos	<p>Los conceptos de Úlcera Neuropática, clasificación, diagnóstico, tratamientos y atención a grupos especiales, se basan en la actualización que sobre el tema muestran las evidencias nacionales e internacionales.</p> <p>Las modificaciones del estilo de vida encabezan el proceder.</p>
		Como indicaciones primordiales para la prevención de la entidad.

ANEXO 8

Restablecimiento cutáneo de la Úlcera Neuropática en la comunidad antes de aplicada la estrategia.

Restablecimiento Cutáneo	Antes	
	n.º	%
Una semana		
Dos semana		
Más de dos semanas		
Total		

Restablecimiento cutáneo de la Úlcera Neuropática en la comunidad después de aplicada la estrategia.

Restablecimiento Cutáneo	Después	
	n.º	%
Una semana		
Dos semana		
Más de dos semanas		
Total		

Estado de salud de los adultos mayores con Úlcera Neuropática antes de aplicada la estrategia

Estado de Salud	Antes	
	n.º	%
Bueno		
Regular		
Malo		
Total		

Estado de salud de los adultos mayores con Úlcera Neuropática en la comunidad después de aplicada la estrategia

Estado de Salud	Después	
	n.º	%
Bueno	89	92,71
Regular	5	5,21
Malo	2	2,08
Total	96	100,00

ANEXO 9

Modelo de evaluación geriátrica para el adulto mayor en la comunidad.

Datos Generales		
Nombre y Apellidos:		
No. de Identidad:		Fecha:
Dirección:		
Edad:	Sexo:	Raza:
Estado civil: Soltero Casado Viudo	Ocupación: Pensionado Trabajador activo Ama de casa	Nivel cultural: Analfabeto Primario Medio
Evaluación funcional:		
Actividades de la vida diaria (Katz).		
	D	I
. Bañarse . Vestirse . Ir al servicio . Continencia . Comer		
Actividades instrumentadas de la vida diaria (Lawton).		
	D	I
. Usar el teléfono . Ir de compras . Preparar alimentos . Manejo de la casa . Lavado de ropa . Transportarse . Uso de medicación . Manejo de finanzas		

D -Dependiente

I -Independiente

Evaluación funcional parcial

ANEXO 10

Encuesta para identificar el nivel de conocimiento de los enfermeros sobre el autocuidado del adulto mayor con Úlcera Neuropática en la comunidad

Estimado compañero (a):

Nuestra finalidad es identificar su nivel de conocimientos sobre el autocuidado del adulto mayor con Úlcera Neuropática en la comunidad por lo que le sugerimos que lea y analice detenidamente cada una de las preguntas formuladas en este instrumento.

Esta encuesta es anónima, no obstante necesitamos que seleccione un código de identificación que solo conocerá usted y que nos servirá para comparar sus respuestas antes y después del curso. El mismo puede ser una letra, un número o una palabra.

Muchas gracias

Código de Identificación: _____

Datos generales:

Edad: _____ Sexo: Femenino___ Masculino ____

Nivel: Licenciado en Enfermería: ____

Técnico Medio en Enfermería: ____

Años de experiencia en la APS: Menos de 5 años: ____

Entre 5 y 10 años: ____

Más de 10 años: ____

Pregunta:

1- Responda verdadero (V) o falso (F) según corresponda:

___ La identificación de hábitos y costumbres en el adulto mayor con Úlcera Neuropática constituyen elementos importantes a tener en cuenta para el control de la Úlcera Neuropática en este tipo de pacientes.

___ Las influencias socioculturales y espirituales actúan como moduladoras del estilo de vida de los adultos mayores.

___ La práctica sistemática de ejercicios físicos debe ser orientada en los adultos mayores en correspondencia con las limitaciones físicas y psicológicas que se presentan en estos pacientes.

___ Para el mantenimiento del adulto mayor compensado o normo tenso es necesario evitar, en éstos, modificaciones de los patrones del comportamiento.

___ La restricción de sodio en la dieta del adulto mayor Úlcera Neuropática se indica en los grado II y III de la enfermedad.

___ Las frutas y vegetales aportan potasio, son pobres en sodio.

El consumo de alcohol y tabaco constituyen factores de riesgo no modificables.

El consumo de alimentos ricos fibra y grasa de origen vegetal causan hipercolesterolemia y aumento de los triglicéridos.

El autocuidado debe ser enseñado por el enfermero y es responsabilidad del paciente y su familia.

Instruir a los adultos mayores con Úlcera Neuropática sobre los beneficios del trabajo grupal, la práctica de ejercicios físicos y la participación en actividades comunitarias favorece la instauración de conductas saludables.

Pregunta:

2- Las acciones dirigidas hacia el desarrollo de conductas generadoras de salud en el adulto mayor son primordiales para la prevención de la Úlcera Neuropática y deben ser tenidas en cuenta en el cuidado a las personas de este grupo etario diagnosticadas con esta entidad.

Encierre en un círculo la letra mayúscula que representa la alternativa de respuestas correctas:

Acciones a realizar para lograr modificaciones de estilos de vida

1. Incrementar la actividad física para disminuir obesidad y sedentarismo.
2. Disminuir el consumo diario de sal y azúcares en la dieta.
3. Eliminar o disminuir a un vaso diario el consumo de bebidas alcohólicas.
4. Eliminar o disminuir el consumo diario de cigarrillos.
5. Consumir grasas saturadas en la dieta.

Alternativa de respuestas:

- A- Correcto los ítems 1, 2 y 3
- B- Correcto los ítems 3, 4 y 5
- C- Correcto los ítems 2, 3 y 5
- D- Correcto los ítems 1, 2 y 4

Pregunta:

3- En correspondencia con la clasificación de la Úlcera Neuropática establecida en la Guía para la prevención, diagnóstico y tratamiento de la Úlcera Neuropática.

Marque con una cruz la respuesta correcta:

- a) La Úlcera Neuropática se clasifica en grados I, II y III.
- b) La Úlcera Neuropática se clasifica en tipos I y II.
- c) La Úlcera Neuropática se clasifica en estadios I y II

Pregunta:

4- Marque con una X la respuesta correcta. El objetivo principal del seguimiento, en consulta y/o en el hogar, al adulto mayor con Úlcera Neuropática es la:

- a) Evaluación epidemiológica de los riesgos a la salud.
- b) Remisión e interconsulta a otro especialista cuando sea necesario.
- c) Identificación de la aparición de la Úlcera Neuropática

Pregunta:

5- Marque con una X la respuesta correcta. La cura de la Úlcera Neuropática, en el adulto mayor, se debe realizar:

- a) ___ Según demandas y necesidades del paciente.
- b) ___ Diariamente en la consulta de Heberprot-P del Policlínico Rudesindo A. García del Rijo.
- c) ___ Trimestralmente para precisar la cicatrización de la Úlcera Neuropática.

. Pregunta:

6- La cura de la Úlcera Neuropática constituye un punto de partida para la definición de la conducta a seguir con el adulto mayor

Según el planteamiento anterior, seleccione la alternativa de respuestas correctas referente a las precauciones de esta técnica, encerrando en un círculo la letra inicial mayúscula que representa la agrupación seleccionada:

Precauciones de la técnica de la cura de la Úlcera Neuropática.

1. El paciente debe acudir a la cura de la Úlcera Neuropática a la consulta de Heberprot-P del Policlínico Dr. Rudesindo A. García del Rijo en horas de la mañana.
2. Haber realizado reposo el día anterior con los pies en alto del miembro afectado por la Úlcera Neuropática.
3. Debe realizar una higiene de su cuerpo adecuada de forma general.
4. Debe ingerir una dieta con seis comidas al día con alimentos hipoglucidos, hiposódicos e hipograsos.
5. Debe cumplir con el tratamiento médico indicado en cuanto hipoglicemiantes orales, insulina u algún otro medicamento indicado.

Alternativa de respuestas:

- A Correcto los ítems 1, 3, 5 y 6
- B Correcto los ítems 1, 2, 4 y 6
- C Correcto los ítems 2, 3, 4 y 5

Pregunta:

7- La participación activa del adulto mayor y su familia en el proceso asistencial, se logra mediante acciones de educación sanitaria y la misma posee fines específicos. Teniendo en cuenta el planteamiento anterior, seleccione la alternativa de respuestas correctas referente a las finalidades de esta participación, encerrando en un círculo la letra inicial mayúscula que representa la agrupación seleccionada.

Finalidades de la participación activa del adulto mayor y su familia en el proceso asistencial

1. Incrementar en éstos el compromiso y responsabilidad sobre su autocuidado
2. Identificar las causas de la aparición de la Úlcera Neuropática.

3. Fomentar una actitud positiva con respecto al mantenimiento de la salud.
4. Lograr el cumplimiento del tratamiento médico, dieta, práctica de ejercicios físicos.

5. Evaluar tratamiento farmacológico.

Alternativa de respuestas:

A- Correcto los ítems 1, 3 y 4

B- Correcto los ítems 2, 4 y 5

C- Correcto los ítems 1, 2 y 3

Pregunta:

8- Responda verdadero (V) o falso (F) según corresponda al tratamiento de la Úlcera Neuropática:

En el tratamiento de la Úlcera Neuropática, la individualización de la terapéutica constituye la premisa fundamental.

Existen dos tipos de tratamientos: no farmacológico y farmacológico.

Se considera que todos los adultos mayores con Úlcera Neuropática son tributarios de tratamiento farmacológico.

El tratamiento no farmacológico se sustenta en las modificaciones del estilo de vida.

El tratamiento farmacológico en los adultos mayores con Úlcera Neuropática debe comenzarse con antibiótico.

El tratamiento farmacológico en el paciente diabético con Úlcera Neuropática con beneficio demostrado no debe ser limitado por la edad.

Las terapias de relajación-meditación-hipnosis ayudan al control de la diabetes mellitas con Úlcera Neuropática porque logran una relajación muscular amplia y un estado mental calmado y tranquilo

Si se combinan dos o más fármacos en el tratamiento del adulto mayor con Diabetes Mellitus complicado con Úlcera Neuropática, se recomienda la utilización de mono dosis diarias.

Pregunta:

9- Marque con una X la respuesta correcta. El diseño y control del Plan de Cuidados de Enfermería a implementar, en el adulto mayor con Úlcera Neuropática en la comunidad, se realiza:

a) Según valoración de Enfermería y necesidades afectadas en el paciente.

b) Según Programa Nacional de Atención al Adulto Mayor.

c) Según Programa Nacional de Prevención y Control de la Diabetes Mellitus.

Pregunta:

10- Responda verdadero (V) o falso (F) según corresponda Constituyen síntomas y signos de la Úlcera Neuropática:

Lesión en un miembro inferior con ardor,

- Pulso taquicárdico,
- Edema en miembros inferiores,
- Fatiga,
- Disminución de la resistencia vascular periférica,
- Vértigos,
- Relajación de esfínter vesical y/o anal,
- Rubicundez,
- Sensación de cansancio.

Clave de calificación de la encuesta de los enfermeros

Pregunta	Valor	Respuesta Correcta	Puntuación
1	10 puntos	Verdadero	1 punto por cada respuesta correcta
		Verdadero	
		Verdadero	
		Falso	
		Falso	
		Verdadero	
		Falso	
		Falso	
		Verdadero	
		Verdadero	
2	10 puntos	Alternativa D	10 puntos
3	10 Puntos	Inciso a)	10 puntos
4	10 Puntos	Inciso c)	10 puntos
5	10 Puntos	Inciso a)	10 puntos
6	10 Puntos	Alternativa B	10 puntos
7	10 Puntos	Alternativa A	10 puntos
8	10 Puntos	verdadero	1 punto por cada respuesta correcta
		verdadero	
		Falso	
		Verdadero	
		Falso	
		Verdadero	
		Falso	
		Falso	
		Verdadero	
		Falso	
9	10 puntos	Inciso a)	10 puntos

10	10 puntos	Verdadero	1 punto por cada respuesta correcta
		Verdadero	
		Falso	
		Verdadero	
		Falso	
		Falso	
		Verdadero	
		Falso	
		Verdadero	
		Falso	

ANEXO 11

Guía de entrevista para los adultos mayores

Estimado compañero (a)

Realizamos una investigación con la finalidad de conocer algunos aspectos relacionados con el autocuidado de los adultos mayores con Úlcera Neuropática y con el trabajo del enfermero de su Consultorio Médico en relación con esta enfermedad. Su aporte será de suma importancia y los resultados obtenidos serán utilizados solo con fines investigativos, mantendremos su privacidad. Muchas gracias.

Dirección: _____

Edad: _____ Sexo: Femenino__ Masculino ____

Cifras de glucemia por glucometría: _____

1. ¿El enfermero (a) de su Consultorio Médico de la Familia se ha interesado alguna vez por sus hábitos, costumbres y creencias religiosas?

Si..... 1

No..... 2

No sabe..... 8

No responde..... 9

2. ¿Usted practica algún tipo de ejercicios físicos de manera sistemática?

Si..... 1

No..... 2

No sabe..... 8

No responde..... 9

3. ¿El enfermero(a) de su Consultorio Médico de la Familia le ha explicado alguna vez sobre

la importancia de la práctica del ejercicio físico sistemático?

Si..... 1

No..... 2

No sabe..... 8

No responde..... 9

¿Consume usted una dieta exceso de dulces?

Si..... 1

No..... 2

No sabe..... 8

No responde.....	9
5. ¿Consumen usted viandas en su dieta?	
Si.....	1
No.....	2
No sabe.....	8
No responde.....	9
6. ¿El enfermero (a) de su Consultorio Médico de la Familia le ha explicado alguna vez sobre la importancia de reducir el consumo de sal en las comidas?	
Si.....	1
No.....	2
No sabe.....	8
No responde.....	9
7. ¿Consumen usted comidas ricas en grasas de origen animal (cerdo, pollo, etc.)?	
Si.....	1
No.....	2
No sabe.....	8
No responde.....	9
8. ¿Consumen usted frutas o verduras?	
Si.....	1
No.....	2
No sabe.....	8
No responde.....	9
9. ¿Usted ingiere bebidas alcohólicas?	
Sí.....	1
No.....	2
No sabe.....	8
No responde.....	9
10. ¿Usted fuma?	
Sí.....	1
No.....	2
No sabe.....	8
No responde.....	9
11. ¿El enfermero(a) de su Consultorio Médico de la Familia le ha explicado alguna vez sobre los efectos dañinos a la salud que provoca el consumo de alcohol y tabaco?	
Si.....	1
No.....	2
No sabe.....	8

- No responde.....
12. ¿Practica usted alguna técnica de relajación para mantenerse autocontrolado?
- Si..... 1
- No..... 2
- No sabe..... 8
- No responde..... 9
13. ¿El enfermero (a) de su Consultorio Médico de la Familia le ha explicado alguna vez sobre los beneficios de la práctica de técnicas de relajación para su salud?
- Si..... 1
- No..... 2
- No sabe..... 8
- No responde..... 9
- ¿El enfermero(a) de su Consultorio Médico de la Familia le ha explicado alguna vez sobre la importancia de chequearse periódicamente los niveles de glucemia?
- Si..... 1
- No..... 2
- No sabe..... 8
- No responde..... 9
17. ¿El enfermero (a) de su Consultorio Médico de la Familia le ha preguntado alguna vez si usted padece otra enfermedad además de la Diabetes Mellitus?
- Si..... 1
- No..... 2
- No sabe..... 8
- No responde..... 9
18. ¿El enfermero (a) de su Consultorio Médico de la Familia le ha explicado alguna vez sobre los beneficios que para su salud tiene evitar el aumento de su peso por encima de lo habitual?
- Si..... 1
- No..... 2
- No sabe..... 8
- No responde..... 9
19. ¿Usted y su familia mantienen buena comunicación con el enfermero (a) de su Consultorio Médico de la Familia?
- Si..... 1
- No..... 2
- No sabe..... 8
- No responde..... 9
20. ¿El enfermero (a) de su Consultorio Médico de la Familia le brinda a usted y/o su familia charlas educativas sobre cómo cuidar su salud?

Si.....	1
No.....	2
No sabe.....	8
No responde.....	9

21. ¿Con qué frecuencia recibe usted la visita del enfermero (a) de su Consultorio Médico de la Familia relacionada con su diabetes?

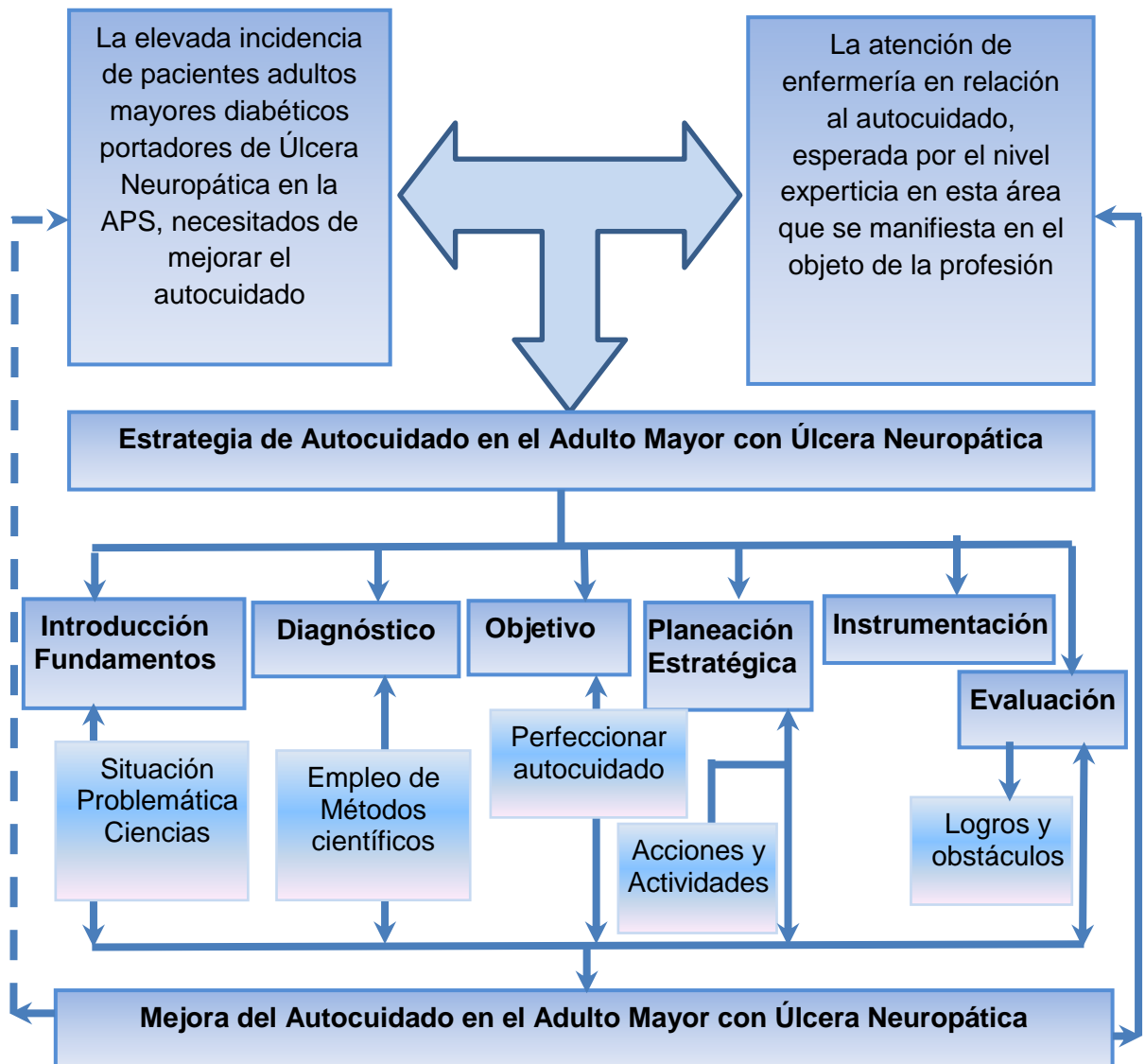
Cada vez que usted lo necesita.....	1
Semanal.....	2
Mensual.....	3
Bimensual.....	4
Trimestral.....	5
Cuatrimestral.....	6
Semestral.....	7
Nunca.....	8
No sabe.....	8
No responde.....	9

22. ¿Cómo considera usted la atención que le brinda el enfermero (a) de su Consultorio?

Buena.....	1
Regular.....	2
Mala.....	3
No sabe.....	8
No responde.....	9

ANEXO 12

Diagrama 1. Estrategia de autocuidado en el adulto mayor con Úlcera Neuropática



ANEXO 13

Consentimiento informado de los expertos

Estimado (a) compañero (a):

Como usted conoce, la Úlcera Neuropática es la más común de las condiciones que afecta a la salud de los individuos adultos Diabéticos tipo II en las poblaciones de todas partes del mundo, de lo cual Cuba no está exenta. Esta entidad, resulta por sí misma una enfermedad, como también un factor de riesgo importante para otras enfermedades y el perfeccionamiento de su prevención y control es un desafío para todos los países y un interés de las instituciones de salud, la población y los gobiernos.

El autocuidado del adulto mayor con Úlcera Neuropática en la APS constituye una prioridad para el gobierno revolucionario cubano y un reto para el Ministerio de Salud Pública por constituir el envejecimiento que experimenta la población cubana un exponente esencial de esta relación.

En una mirada al fenómeno desde la perspectiva enfermero se observa la necesidad de implementar acciones que permitan materializar de forma efectiva el auto cuidado a este grupo poblacional y sus principales problemas de salud.

El tema corresponde a una tesis en elaboración, para aspirar al grado de Doctor en Ciencias de Enfermería, por lo que se hace necesario seleccionar expertos en esta área del conocimiento. En tal sentido, le entregamos instrumento adjunto que tiene el propósito de evaluar las acciones que aporta esta investigación para contribuir al auto cuidado del adulto mayor con Úlcera Neuropática en la comunidad desde la perspectiva de Enfermería.

Agradecido de que envíe en el menor tiempo que le sea posible sus respuestas, le saluda fraternalmente.

Lic. Ydalsys Naranjo Hernández

Investigadora Principal

7. Marque con una X, cómo usted valora su nivel de argumentación o fundamentación sobre el autocuidado del adulto mayor con Úlcera Neuropática en la comunidad desde la perspectiva de Enfermería:

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

MUCHAS GRACIAS

Algoritmo para el cálculo del coeficiente de competencia de los 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.

Experto	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1										
2										
3										
4										

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

8. 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.

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

9. 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			
Su experiencia obtenida			
Trabajos de autores nacionales			
Trabajos de autores extranjeros			
Su conocimiento del estado del problema en el extranjero			
Su intuición			

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:

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

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:

$$K = 0,5 (K_c + K_a)$$

Donde:

K: Coeficiente de Competencia

Kc: Coeficiente de Conocimiento

Ka: Coeficiente de Argumentación

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

$0,8 < K < 1,0$ Coeficiente de Competencia Alto

$0,5 < K < 0,7$ Coeficiente de Competencia Medio

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

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

ANEXO 15

Caracterización de los Expertos

Clasificación Profesional	No.	%
Licenciado en Enfermería	5	15.62
Licenciado Especialista en Enfermería Comunitaria	4	12.5
Licenciado en Enfermería en CMF	14	43.75
Médico Especialista en Medicina General Integral	1	3.12
Médico Especialista en Medicina Interna	3	9.37
Médico Especialistas en Geriatría y Gerontología	5	15.62
Total	32	100

Años de experiencia como médico o licenciado	No.	%
0 – 4	-	
5 – 9	-	
10 y más	32	100
Total	32	100

Años de experiencia como especialista	No.	%
0 – 4	-	
5 – 9	13	100
10 y más	-	
Total	13	100

Años de experiencia en la APS	No.	%
0 – 4	-	-
5 – 9	32	100
10 y más	-	-
Total	32	100

Encuesta a expertos

Estimado(a) Experto(a):

Por favor, lea y analice detenidamente las acciones y actividades que se adjuntan al presente cuestionario, las cuales tienen el objetivo de contribuir al autocuidado del adulto mayor con Úlcera Neuropática en la comunidad.

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

Leyenda

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

Aspecto,	Aplicabilidad en la APS					Factibilidad para su introducción en la APS					Necesidad de su introducción					Pertinencia para su implementación					Actualidad y nivel Científico				
	MA	BA	A	PA	NA	MA	BA	A	PA	NA	MA	BA	A	PA	NA	MA	BA	A	PA	NA	MA	BA	A	PA	NA
Acciones																									
Acción 1																									
Acción 2																									
Acción 3																									

Acción 4																									
Acción 5																									
Acción 6																									
Acción 7																									
Acción 8																									
Acción 9																									
Acción 10																									

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 _____

Otras acciones propuestas _____

ANEXO 16

PROGRAMA DE CAPACITACIÓN

Título: Por un mejor autocuidado del adulto mayor con Úlcera Neuropática en la comunidad desde la perspectiva de Enfermería.

Especialidad: Enfermería,

Modalidad: Tiempo parcial

Duración: 44 horas

Dirigido a: Enfermeros (as) de los Consultorios Médicos de la Familia del Policlínico Dr. Rudesindo A García del Rijo de Sancti Spíritus.

Fecha de comienzo:

Fecha de terminación:

Sede: Policlínico Comunitario Docente Dr. Rudesindo A García del Rijo. Sancti Spíritus.

Objetivo general: Instruir a los enfermeros (as) de los Consultorios Médicos de la Familia del Policlínico Dr. Rudesindo A García del Rijo de Sancti Spíritus con acciones de Enfermería dirigidas al individuo y la familia para contribuir al autocuidado del adulto mayor con Úlcera Neuropática en el contexto comunitario.

Temas y contenidos por temas:

1. Documentos rectores de la atención integral al adulto mayor con Úlcera Neuropática en la comunidad: Programa Nacional de Atención al Adulto Mayor, Sub-programa de atención comunitaria. Programa Nacional de Prevención y Control de la Diabetes Mellitus.

2. Creación de conductas generadoras de salud. Acciones dirigidas a lograr modificaciones del estilo de vida del adulto mayor diabético:

Control del peso corporal. Incremento de la actividad física. Disminución del consumo de azúcar

Disminución de la ingestión de alcohol. Niveles adecuados de calcio, grasas, colesterol. Beneficios del consumo de frutas, vegetales y fibra alimentaria. Eliminación del hábito de fumar.

3. Diagnóstico. Evaluación clínica del paciente diabético. Dispensarización: Concepto. Dispensarización del adulto mayor diabético.

4. Tratamiento: Tratamiento farmacológico y no farmacológico. Pilares para la modificación del estilo de vida.

5. Seguimiento: Visita de terreno, concepto, características, elementos a tener en cuenta para el seguimiento del adulto mayor diabético en el consultorio y el hogar.

6. Responsabilidad y corresponsabilidad en el cuidado al adulto mayor diabético en la comunidad: Rol del enfermero. Responsabilidad individual y familiar. La familia como factor protector en la salud del adulto mayor diabético en la comunidad.

7. Auto cuidado del adulto mayor diabético en la comunidad. Acciones específicas de Enfermería para dar respuesta a las demandas de este tipo de paciente.

Organización, horario y calendario de actividades.

Actividad	FOTD	Duración/horas	Profesor
Tema No.1	Conferencia	4	MSc. Ydalsys Naranjo Hernández
Tema No.2	Conferencia	8	MSc. Ydalsys Naranjo Hernández
Tema No.3	Conferencia	2	MSc. Ydalsys Naranjo Hernández
Tema No. 4	Conferencia	4	MSc. Ydalsys Naranjo Hernández
Tema No. 5	Conferencia	2	MSc. Ydalsys Naranjo Hernández
Tema No. 5	Clase Práctica	4	MSc. Ydalsys Naranjo Hernández

Tema No. 6	Conferencia	8	MSc. Ydalsys Hernández	Naranjo
Tema No. 7	Conferencia	8	MSc. Ydalsys Hernández	Naranjo
Examen	Teórico	4	MSc. Ydalsys Hernández	Naranjo
Total		44		

Bibliografía:

- Cuba. Programa del Médico y Enfermero de la Familia, La Habana 1984
- Cuba. Programa de Atención Integral al adulto mayor. MINSAP. La Habana. 2010
- Cuba. Comisión Nacional de Diabetes Mellitus. Programa Nacional de Prevención, Diagnóstico, Evaluación y Control de la Diabetes Mellitus. MINSAP. La Habana, 2013
- Díaz Díaz Oscar y Otros (2013) Manual para el diagnóstico y tratamiento del paciente diabético a Nivel Primario de Salud. Edición financiada con la colaboración OPS/OMS en Cuba.
- Cuba. Ministerio de Salud Pública. Comisión Nacional Técnica Asesora del Programa de Diabetes Mellitus. Diabetes Mellitus. Guía para la prevención, diagnóstico y tratamiento. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2013
- García R, Hernández E, Heredero LB, Torres MH, Zaldivar DP. Educación para la Salud. Guía y Materiales de Estudios. Maestría de Promoción y Educación para la Salud. Módulo 9: Educación para la Salud. ENSAP. La Habana; 2010.
- Álvarez E, Faget OL, Orlandi N, Torres OF. El control metabólico del paciente con pie diabético asociado al uso del Heberprot'P. Biotecnología 2010; 27: 95'97.
- Noria Liset Pupo Ávila, Oria Susana Acosta Cabrera. Capítulo 10 Promoción y Educación para la Salud. PP 82-84. Disponible en: Medicina General Integral

Volumen I Salud y Medicina. Álvarez Síntes. Editorial Ciencias Médicas. La Habana 2008

1. • Llanes Betancourt C. Los factores más probables de longevidad. Reflexiones sobre el tema. Rev Cubana Enfermer. [Internet] 2008 [citado 23 octubre 2011]; 24(1): Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192008000100005&lng=es&nrm=iso&tlng=es
2. Cepeda Ramírez MA. Intervenciones de Enfermería en la prevención de úlceras en extremidades inferiores en pacientes diabéticos atendidos en el área de consulta externa del hospital básico de playas área # 25 durante el periodo de marzo a julio 2013.[Tesis]. Ecuador: Universidad católica de Santiago de Guayaquil; 2013. Disponible en: <http://repositorio.ucsg.edu.ec/bitstream/123456789/840/1/T-UCSG-PRE-MED-ENF-62.pdf>
3. Trasancos Delgado M, Casanova Moreno M de la C, González Corrales S, Novales Amado A, Baños Hernández I. Factores de riesgo vascular en ancianos diabéticos tipo 2. Centro de atención al diabético Pinar del Río, 2010. Rev Ciencias Médicas [Internet] 2011 [Citado 14 octubre 2011]; 15(2): Disponible en: <http://www.revcmpinar.sld.cu/index.php/publicaciones/article/view/756/1414>
4. Pinilla AE, Sánchez AL, Mejía A, Barrera M. Actividades de prevención del pie diabético en pacientes de consulta externa de primer nivel. Rev Cubana Salud Pública. 2011 [citado 22 |]15]; 13:262-73. Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/rsap/v12a08>
5. Milián Méndez IE. Evaluación de la capacidad y percepción de autocuidado del adulto mayor en la comunidad. Rev Cubana Enfermer. [Internet] 2010 [Citado 13 octubre 2011]; 26(4): Disponible en: <http://www.binasss.sa.cr/revistas/farmacos/v15n2/art3.htm>

6. Domínguez Alonso E, Seuc Jo A, Díaz Díaz O, Aldana Padilla D. Esperanza de vida saludable asociada a la diabetes en Cuba: años 1990 y 2003. Rev Cubana Endocrinol [Internet] 2010 [citado 13 octubre 2011]; 21(1): Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-29532010000100002&lng=es&nrm=iso&tlng=es
7. García Torres JA. Comportamiento clínico epidemiológico de la Diabetes Mellitus en pacientes mayores de 60 años. Rev Medica Multimed [Internet] 2014 [Citado 17 febrero 2016]; 18(3). Disponible en <http://www.multimedgrm.sld.cu/articulos/2014/v18-3/4.html>
8. Acosta García Yusimy, Gómez Juanola Manolo, Venero Gálvez Marieta, Hernández Jiménez Omaidía Rosa, del Busto Borges Jonny. Comportamiento clínico epidemiológico de la Diabetes Mellitus en el anciano. Rev Ciencias Médicas [revista en la Internet]. 2013 Jun [citado 2016 Feb 17]; 17(3): 92-101. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942013000300010&lng=es.
9. Dot Pérez L del C, Díaz Calzada M, Pérez Labrador J, Torres Marín J de la C, Díaz Valdés M. Características clínico, epidemiológicas de la Diabetes Mellitus en el adulto mayor. Policlínico Universitario Luís A Turcios Lima. Rev Ciencias Médicas. [Internet] 2011 [citado 23 noviembre 2011]; 15(2): [Aprox. 11p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1561-31942011000200015&script=sci_arttext&tlng=es
10. Pupo Ochoa M, Hechavarría Cano VJ. Cultura sanitaria sobre algunos aspectos relacionados la Diabetes Mellitus. MEDISAN. [Internet] 2011 [citado 27 octubre 2011]; 15(2): Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol_15_2_11/san06211.htm