

Revista del Hospital Psiquiátrico de La Habana

Volumen 11 No.2 - 2014

Caracterización Biopsicosocial de ancianos solos en el área de salud de Calabazar, Boyeros

Biopsychosocial Characterization of Lonely Elders Residents of Calabazar's Health Area at the municipality of Boyeros

MSc. Diana Cabana Pérez,^IMSc. María Zayda Guridi González,^{II}MSc. Virginia Franco Pedraza,^{III}

I Lic. Defectología. Téc.Psicometría. Profesor Asistente de Psicología. Máster en Longevidad Satisfactoria. Facultad de Ciencias Médicas "Enrique Cabrera". Boyeros.

II Lic. Psicología. Especialista en Psicología de la Salud. Profesor Auxiliar de Psicología. Máster en Longevidad Satisfactoria. PPU "Mártires de Calabazar". Boyeros.

III Lic. Psicología. Especialista en Psicología de la Salud. Profesor Auxiliar de Psicología. Máster en Longevidad Satisfactoria.Hospital Pediátrico "Leonor Pérez". Boyeros.

RESUMEN

Introducción: Para el anciano la familia representa la posibilidad de permanencia en un grupo insustituible, la cual cumple con diferentes funciones. Por tanto, el anciano desvinculado de su medio familiar constituye un factor de alto riesgo social.

Objetivo: Caracterizar biopsicosocialmente a los ancianos solos que residen en el área de salud de Calabazar.

Métodos: Se realizó un estudio observacional, descriptivo, y transversal de un grupo de ancianos solos con 65 años y más residentes en el área de salud del Policlínico de Calabazar, en el período de septiembre a diciembre del 2012, Se estudiaron 48 ancianos solos. Las técnicas empleadas fueron una entrevista semiestructurada, la escalas de depresión de Yessavage y la escala de calidad de vida en el anciano.

Resultados: Se evidenció un predominio del sexo femenino (58,3%) del grupo 75 a 84 años, representando el 52,1%, los viudos (48,0%), la hipertensión arterial en el 89,6% de los ancianos. La mayoría reflejó una depresión severa aumentando según mayor tiempo de vivir solo, el motivo que reportó mayor porcentaje de depresión severa fue la independencia de los hijos (58,3%). Elevada suma expresó no contar con redes de apoyo y el 56,2% percibió tener muy mala calidad de vida.

Conclusiones: Predomina el sexo femenino, viudos y la HTA. Se observa depresión severa, no existencia de redes de apoyo y percepción de muy mala calidad de vida. Se considera necesario desarrollar estrategias de intervención en salud en la población de adultos mayores.

Palabras Clave: biopsicosocial, ancianos, solos.

ABSTRACT

Introduction: For elder people, family represents the possibility of staying inside an irreplaceable group which fulfills different functions. Therefore, the dissociated elder of her/his family environment constitutes a high social risk factor.

Objective: To characterize biopsychosocially the dissociated elder that live Calabazar's health area.

Methods: A transversal describable and observational study was carried out in a group of 48 dissociated elders con of 65 years or more and residents of the health area of Calabazar Polyclinics during a period that lasts from September to December, 2012. Las used technics were a semiestructure interview Yessavag scale of depression and the scale of quality of life of the elder.

Results: It was observed a predominance of the feminine sex (58.3 %) of the group from 75 to 84 years old (52.1 %; widows (48.0 %), elder suffering from hypertension (89.6 %). The majority reflected a severe depression that increases according to the greatest time living alone. The motive that showed a greater percent of severe depression was the independence of their siblings (58.3 %). A high percent of elders expressed do not have support (56.2 %) and have a very bad quality of life.

Conclusions: The feminine sex, widows and the presence of hypertension is predominant. Also, severe depression is observed, as well as, the absent of support and the perception of bad quality of life. It is considered as a necessity to develop intervention strategies on health in the elder population.

Key words: biopsychosocial, elders, alone.

INTRODUCCIÓN

El envejecimiento es la transformación de cualquier aspecto de la realidad que acontece en el proceso de interacción con el medio. Estudios nacionales e internacionales demuestran que el número de personas que en el mundo rebasa la edad de 60 años, aumentó en el siglo XX de 400 millones en la década del 50, a 700 millones en la década del 90; estimándose que para el año 2025 existirán alrededor de 1 200 millones de ancianos.¹⁻³

La forma en la que la población envejece no está totalmente determinada por la biología, también está influida por las circunstancias sociales y el ambiente individual. En consecuencia, el envejecimiento se contempla cada vez más como un proceso que incluye aspectos culturales y psicosociales.⁴

Un aspecto negativo que resulta en muchas ocasiones el acompañante del envejecimiento, es el estado de soledad, considerándose un parámetro que da criterio de fragilidad en los ancianos, dada la vulnerabilidad que ello significa en un individuo en los finales de su vida, con las consecuencias muchas veces presentes de discapacidad y enfermedad.⁵

Por otra parte el anciano es un ser socialmente deficiente en el sentido de haber perdido a este nivel algunos de los pilares básicos en los que sustentaba su vida (cónyuge, familiares, amigos, actividades y prestigio profesional). Todos estos elementos además de la jubilación, pérdida de estatus y funciones familiares pueden tornarse peligrosos para el anciano si no logra encontrar un equilibrio que favorezca su armonía psíquica, llevando a una alteración afectiva.⁶

El anciano va presenciando pérdidas y limitaciones que día a día la vida le va imponiendo, por lo que puede aparecer la depresión como primera manifestación psicológica. Siendo este grupo etáreo una población con riesgo de padecer cuadros depresivos según la discapacidad, su intensidad y la organización de la personalidad del anciano.

Uno de los indicadores que considera la OMS en la fragilidad de los ancianos es el de si el anciano vive solo. Teniendo en cuenta que debido a la sucesión de pérdidas que se producen en la vejez, es más probable experimentar la soledad en esta etapa de la vida, dicho criterio es de

utilidad para determinar no sólo si el mayor puede valerse por sí mismo, sino también para determinar si el mayor puede percibir sentimiento de soledad.⁷

La salud y el logro de una vejez saludable y feliz no se resuelven en el terreno de la medicina solamente; hay que mejorar la calidad de las condiciones sociales de vida. En el estudio de la vejez es de crucial importancia tomar en cuenta las consideraciones relativas al bienestar subjetivo para la evaluación de la calidad de su vida, pues varios estudios han demostrado que el bienestar no declina con la edad y que permanece relativamente independiente de las circunstancias objetivas en que transcurre la vida del anciano y de su propio estado de salud.⁸

Según proyecciones demográficas actuales, se espera que la proporción de individuos ancianos aumente de forma espectacular en los próximos años por lo que las discapacidades físicas, mentales y sociales, intimamente relacionadas con el incremento de la expectativa de vida, se consideran entre los problemas más graves que hay que enfrentar en la actualidad. El estudio de la soledad tiene una gran relevancia psicosocial ya que se trata de un proceso dinámico y complejo que va más allá del ámbito privado, convirtiéndose en un problema social, por lo que consideramos interesante y necesario caracterizar el anciano solo. Teniendo en cuenta que no existen trabajos que aborden la temática del anciano solo en el área de salud del Policlínico Docente Mártires de Calabazar, es que consideramos que este estudio adquiere una connotación novedosa como investigación en la atención primaria de salud, incitando a la creación de estrategias de intervención ante el problema de salud y nos lleva a la interrogante siguiente:

Planteamiento del problema científico:

¿Cuál es la caracterización biopsicosocial del anciano solo en el área de salud de Calabazar?

Objetivo General:

Caracterizar biopsicosocialmente a los ancianos solos que residen en el área de salud de Calabazar.

Objetivos Específicos:

Describir las variables de edad, sexo, estado civil y antecedentes patológicos personales en la población estudiada.

Evaluuar la depresión en el anciano solo.

Identificar la red de apoyo percibida por el grupo estudiado.

Valorar la calidad de vida percibida por el anciano solo.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional, descriptivo, y transversal e un grupo de ancianos de 65 años y más que viven solos en el área de salud del Policlínico de Calabazar, en el período de septiembre a diciembre del 2012. Se confeccionó un listado de los ancianos solos pertenecientes a los consultorios aledaños al Policlínico que están dispensarizados en el gabinete gerontológico de dicha área de salud, en el período de tiempo antes mencionado.

Criterio de inclusión: Ancianos de 65 años y más, con la condición de vivir solo, que pertenezcan a cualquier consultorio del área de salud de Calabazar y que acepten participar en la investigación.

Criterio de exclusión: Pacientes con deterioro mental y/o patología psiquiátrica, que no brinden cooperación para el estudio.

Selección de la muestra

Una vez tomado el universo que fue de 63 ancianos solos, se visitaron en su hogar. Se excluyeron 15 pacientes por presentar marcado deterioro mental, quedando conformada la

muestra de estudio con 48 ancianos solos. Por lo que el muestreo no fue probabilístico, ya que la selección de los pacientes dependió de los criterios de inclusión y exclusión.

Variables de estudio

Edad: Variable cuantitativa continua. Se estudiaron adultos de 65 años y más, según años cumplidos y se representó a través de la siguiente escala: 65– 74, 75 – 84, 85 y más.

Sexo: Variable cualitativa nominal dicotómica. Que expresa el sexo biológico del paciente: masculino, femenino.

Estado Civil: Variable cualitativa nominal politómica que reflejó el estado conyugal del anciano solo: soltero, divorciado, viudo

Antecedentes Patológicos Personales: Variable cualitativa nominal politómica que incluye cualquier antecedente patológico personal que refiera el anciano.

Tiempo Solo: Variable cuantitativa continua que reflejó el tiempo que lleva viviendo solo el anciano. Se expresó con la siguiente escala:

Menos de un año, 1 – 3 años, 4 – 5 años, más de 5 años.

Motivo de vivir solo: Variable cualitativa nominal politómica que incluye cualquier causa o fundamentación que refiera el anciano por su condición de vivir solo.

Depresión: Variable cuanti-cualitativa que expresa los diferentes niveles de depresión que puede presentar el anciano solo. Se clasificó en:

No depresión (0-9 puntos), depresión moderada (10-19 puntos), depresión severa (20-30 puntos).

Red de Apoyo: Variable cualitativa nominal politómica que incluye cualquier red de apoyo percibida por el anciano solo, entre ellas: Apoyo familiar, apoyo social (religión, vecinos, organizaciones de masas, etc.), apoyo institucional (Salud, Poder Popular, etc.).

Calidad de vida percibida: Variable cualitativa ordinal que expresó la percepción del anciano solo sobre su estado de bienestar. Se clasificó en la escala ordinal siguiente:

Muy Baja: 34 – 94 puntos, Baja: 95 – 110 puntos, Media: 111 – 118 puntos, Alta: 119 – 136 puntos.

Se confeccionó un modelo de entrevista semiestructurada (ANEXO 2), donde se reflejó la información necesaria para el desarrollo de los objetivos de la investigación, tales como datos generales del paciente (nombre, apellidos, edad, sexo, estado civil y antecedentes patológicos personales), además se tomó el tiempo que llevaba el anciano viviendo solo, así como los motivos por lo cual se encontraba solo. También se reflejó en este modelo los resultados de los instrumentos aplicados a los ancianos estudiados.

Para evaluar la Depresión se utilizó la Escala de Depresión Geriátrica de Yessavage (ANEXO 3) diseñada por Brink y Yessavage en 1982, especialmente concebida para evaluar el estado afectivo de los ancianos, ya que otras escalas tienden a sobrevalorar los síntomas somáticos o neurovegetativos. Consta de 30 preguntas con respuestas dicotómicas si/no, de acuerdo al criterio del encuestado; cada ítem se valora como 0/ 1.

Escala para la Evaluación de la Calidad de Vida.9

Es un instrumento para la evaluación de la calidad de vida en la tercera edad, confeccionado y validado en Cuba por Álvarez, Bayarre y Quintero. Consta de 34 afirmaciones, las cuales al ser agrupadas miden la percepción de la salud, las condiciones socioeconómicas y la satisfacción por la vida (ANEXO 4).

Se suman al final todos los puntos según la respuesta: Casi siempre = 4 puntos

A menudo = 3 puntos Algunas veces = 2 puntos Casi nunca = 1 punto

Los resultados se clasifican en la siguiente escala ordinal: Muy Baja: 34 – 94 puntos Baja: 95 – 110 puntos Media: 111 – 118 puntos Alta: 119 – 136 puntos

Procesamiento estadístico

La información recogida en el modelo de registro (ANEXO 2) se llevó a una base de datos, utilizando el tabulador EXCEL y se procedió al análisis de los resultados, mediante la frecuencia relativa.

Se cumplieron con todos los principios éticos en cuanto a la no maleficencia, prevaleciendo el consentimiento informado del paciente (ANEXO 1).

RESULTADOS

En la tabla 1 se muestra la estructura por grupos de edades y sexo de los ancianos estudiados, predominando el sexo femenino (58.3 %). En ambos sexos se destacó el grupo de 75 a 84 años con un 52.1 %, siguiéndole el grupo de 65 a 74 años (29.2 %).

Tabla 1. Distribución de ancianos solos según grupo de edad y sexo

Grupo edad	Masc.	%	Fem.	%	Total
65 – 74	5	25.0	9	32.1	14
75 – 84	12	60.0	13	46.5	25
85 y más	3	15.0	6	21.4	9
Total	20	41.7	28	58.3	48

En la tabla 2 se muestra que la hipertensión arterial (HTA) es la enfermedad crónica de mayor porcentaje, reportándose con un 89.6 %, también la cardiopatía isquémica se presentó con un 43.8 %.

Tabla 2. Distribución de ancianos solos según antecedentes patológicos personales.

Antecedentes patológicos personales	No.	%
Hipertensión arterial	43	89.6
Cardiopatía isquémica	21	43.8
Diabetes mellitus	12	25.0
Otras enfermedades crónicas	19	39.6

Como se evidencia en esta tabla 3 casi la mitad (48.0 %) de los ancianos solos eran viudos, siguiéndole los divorciados para un 35.4 %.

Tabla 3. Distribución de ancianos solos según estado civil

Estado civil	No.	%
Soltero	8	16,6
Divorciado	17	35,4
Viudo	23	48,0
Total	48	100

La tabla 4.1 muestra que predominó la depresión severa, evidenciándose que a mayor tiempo de vivir solo aumenta el nivel de depresión, Se reportó un 85.2 % de depresión severa en los pacientes que tenían más de 5 años de vivir solos.

Tabla 4.1. Distribución de ancianos según nivel de depresión y tiempo de vivir solo.

Depresión	1 – 3	%	4 – 5	%	Más de 5 años	%
No depresión	1	20.0	3	18.8	3	11.1
Depresión Moderada	1	20.0	2	12.5	1	3.7
Depresión severa	3	60.0	11	68.7	23	85.2

En la tabla 4.2 se puede observar que la depresión severa se comportó con mayor porcentaje en aquellos ancianos que vivían solos por el motivo de la independencia de sus hijos (58.3 %), siguiéndole el motivo de decisión propia del anciano con un 56.2 %, es decir, que no querían convivir con un familiar o cuidador.

Tabla 4.2. Distribución de ancianos solos según motivo de vivir solo y nivel de depresión

Motivo	No Depresión	%	Depresión Moderada	%	Depresión severa	%
Viudez	4	8.3	3	6.2	16	33.3
Soltería	1	2.1	1	2.1	6	12.5
Decisión propia	6	12.5	3	6.2	27	56.2
Independencia de los hijos	4	8.3	3	6.2	28	58.3

Como se muestra en esta tabla 5, los ancianos en su mayoría no tienen la percepción de contar con redes de apoyo, presentándose elevados porcentajes en la no percepción de alguna red de apoyo, como, familiar (68.7 %), social (91.7 %) e institucional (75.0 %).

Tabla 5. Distribución de ancianos solos según red apoyo percibida

Red apoyo	SI	%	NO	%
Familiar	15	31.2	33	68.7
Social	4	8.3	44	91.7
Institucional	12	25.0	36	75.0

Teniendo en cuenta la evaluación del instrumento de calidad de vida que se expresa en la tabla 6, el 56.2 % reflejó una calidad de vida muy baja y el 37.5 % declaró presentar calidad de vida baja. Ningún paciente manifestó tener calidad de vida alta.

Los resultados reflejados en esta tabla sobre muy baja y baja calidad de vida, expresan la percepción que tienen estos ancianos al manifestar deterioro en su estado de salud, sentimientos de soledad, falta de apoyo familiar y dificultades económicas, así como falta de apoyo social.

Tabla 6. Distribución de ancianos solos según calidad de vida percibida

Calidad de vida	No	%
Muy baja	27	56.2
Baja	18	37.5
Media	3	6.3
Total	48	100

DISCUSIÓN

Se puede afirmar que el predominio del sexo femenino en este estudio coincide con lo reportado en la literatura consultada. Según datos demográficos las mujeres tienen una esperanza de vida mayor. La bibliografía apunta que hay cierta superioridad genética femenina en relación con la longevidad, otros enfatizan en el papel social de cada sexo y las influencias ambientales que rodean al hombre y a la mujer.^{10,11}

La HTA es la más común de las condiciones que afectan la salud de los individuos y las poblaciones en todas partes del mundo. Representa por sí misma una enfermedad, como también un factor de riesgo importante para otras enfermedades. Las tendencias mundiales al incremento de la expectativa de vida en la mayoría de los países han propiciado que una gran cantidad de personas transite hacia el envejecimiento. La frecuencia de HTA aumenta con la edad, y se ha demostrado que después de los 50 años casi el 50% de la población la padece.^{12,13} Su prevalencia en adultos mayores, según Waismann, oscila entre un 60 a un 70 %.¹⁴ En la población española, por ejemplo, es del 68.3 %,¹² mientras que en Ciudad de La Habana en un estudio realizado se encontró una prevalencia del 42.4 %.¹⁵ Con la llegada de la vejez, la pérdida de seres queridos, como la pareja, puede provocar que aparezca en el anciano la condición de soledad.

La muerte del cónyuge produce inevitablemente conflictos emocionales. Al dolor por la ausencia de la persona amada, se asocian a menudo el miedo a la soledad y la inseguridad que origina la pérdida de la identidad social que su estado marital le otorgaba. La persona viuda sentirá una amenaza con respecto a su dependencia del otro por la pérdida de seguridad; tendrá que enfrentarse a situaciones que antes no estaba acostumbrado, y se verá obligado a realizar planes para la vida que resultan ser exigencias nuevas, extrañas y de gran peso.¹⁶

Los viudos en su generalidad han referido no haber sentido interés en la formación de una nueva pareja, argumentando que, - nadie reemplazará su pérdida. No se evidencia una cultura de reestructuración de la vida personal valorando lo positivo que le permitió crecer en el tiempo, sino con el sufrimiento aún de la ausencia del ser querido.

La familia representa la fuente principal de ajuste socio-psicológico en el proceso de envejecimiento, debido a que es el medio que ofrece mayores posibilidades de apoyo y seguridad, por lo que es de esperar que si los ancianos estudiados viven solos pueden presentar niveles de depresión elevados. En la entrevista realizada a estos ancianos algunos manifestaron que sufren en gran medida la soledad, pues sus hijos no lo cuidan ni lo amparan como ellos quisieran; los mismos optan por alejarse y refugiarse en nuevas familias, no dándole apoyo material y emocional. En esto también participan los nietos que no interactúan con sus abuelos y en muchas ocasiones cuando son visitados, discuten por conflictos generacionales y diferencias de normas y conductas del anciano.

En la bibliografía revisada se describe que la depresión no es necesariamente un síntoma de envejecimiento pero se relaciona con el ámbito social estrecho en que vive el anciano, el cual lo conduce al aislamiento. Esto no se debe necesariamente a que el anciano viva solo, sino a que se le dificulta entablar nuevas relaciones significativas y algunas veces se presenta una rigurosa resistencia a abordar nuevas amistades o relaciones.¹⁷

Según lo planteado por Blazer,¹⁸ la frecuencia de depresión mayor es más baja en la última etapa de la vida que en otras épocas. Esto lo relaciona con que en las primeras etapas de la senectud ocurren una serie de eventos estresantes desde el punto de vista psicosocial como la pérdida de personas amadas, de la independencia económica y de la autonomía personal, entre otras, que constituyen factores generadores de depresión.¹⁸

Es indiscutible que para el anciano, es elemental el funcionamiento adecuado de la estructura familiar, no sólo en lo que se refiere de la dependencia económica y física sino también afectiva y de compañía, aunque los restantes miembros de la familia no suelen compartir con ellos las mismas expectativas. Frente a este desarraigo, el geronte retoma las relaciones horizontales con sus pares como una estrategia para combatir la soledad producida por la ausencia o alejamiento de sus familiares directos.

Está ampliamente documentada los beneficios para las personas mayores de contar con redes de amigos. Los lazos de amistad son establecidos por intereses comunes y actividades compartidas. Los apoyos que brinda la red de amigos son más bien públicos, sociales, que los provistos en el seno de la familia, pero más personales que los suministrados por el sistema formal. El apoyo opcional que brindan los amigos es probablemente el más apreciado de todos los cuidados formales e informales, posee un carácter selectivo.

Los casos estudiados, manifestaron la necesidad de ser escuchados por la familia y la comunidad, temor a enfermarse estando solo y a la muerte, lo cual evidencia las alteraciones psicoafectivas y la carencia de redes de apoyo en estos ancianos solos.

La comunidad de Calabazar tiene serias dificultades en cuanto a la comunicación con zonas urbanas, ya que se encuentra distante del centro de la ciudad, por ser un municipio periférico, lo que hace que en los ancianos se dificulte el acceso a hospitales, centros culturales, recreativos y de interés histórico. Sin embargo, ante estas dificultades, las redes de apoyo no han creado estrategias suficientes que fomenten y potencien el bienestar, la satisfacción, la calidad y la productividad de la existencia en las personas que envejecen, por lo que es de esperar que el grupo de ancianos estudiados reflejen insatisfacción con las redes de apoyo social e institucional.

Según refiere Roca Perara,¹⁹ las redes de Apoyo Social han demostrado ser un formidable recurso para que las personas optimicen sus estados de salud y bienestar, y devenir en importante factor restaurador cuando su salud está comprometida. Estos efectos son legítimos en cualquier momento del Ciclo Vital, pero adquieren particular significación en la Tercera Edad en la que el individuo tanto necesita ser reconocido en cuanto a su valía como ser humano, aún útil y productivo.

A medida que la población envejece, aumenta la prevalencia de enfermedades crónicas y discapacitantes,^{20,21} lo cual se evidenció en estos pacientes, unido a la incapacidad y la limitación de actividades que afectan la autonomía del anciano, por lo que pueden ser factores que estén influyendo en el resultado tan elevado de una calidad de vida muy baja.

Otros estudios nacionales describen un predominio de calidad de vida baja según percepción de los ancianos;^{9,22} aunque en este estudio no fue el porcentaje más elevado, la calidad de vida baja se destacó con un porcentaje alto.

Un estudio cubano sobre el tema demostró que la dimensión familiar es la que más contribuye a la percepción de la calidad de vida. A la vez que constituye la principal fuente de ayuda, compañía, cuidado y respeto para la personas de avanzada edad, criterio que refuerzan dos investigaciones asumidas por el Centro de Investigaciones Psicológicas y Sociológicas de la

Academia de Ciencias de Cuba, en las que se define la familia como el grupo social fundamental para la ayuda al adulto mayor.²³

Azpiazu²⁴ plantea en su trabajo, que en las personas mayores la calidad de vida está principalmente determinada por la compleja interacción entre las características del individuo y su ambiente; describiendo como variables más importantes las relaciones familiares y contactos sociales, la salud general, el estado funcional, la vivienda y la disponibilidad económica. Aunque el envejecimiento es inevitable e irreversible, es un proceso dinámico y enormemente diferencial. No sólo depende de factores biológicos hereditarios, sino en buena parte del contexto y, de las condiciones en las cuales se vive, así como de los estilos o hábitos de comportamiento durante toda la vida.²⁵ De ello dependerá la calidad de vida del adulto mayor. En los ancianos estudiados percibimos que carecen de orientación y mecanismos para enfrentarse a la situación de "vivir solo", para asumir un envejecimiento normal, con calidad. Esto se podrá lograr en la medida que el adulto mayor pueda primero reconocer las situaciones que el contexto le plantea y lograr por su propia integridad personal encontrar una manera de enfrentar y resolver esa realidad, es intentar lograr "crear" y hacer de ello una nueva meta de vida.

Se concluye que a través de este estudio se pudo caracterizar biopsicosocialmente a los ancianos solos del área de salud de Calabazar. Predominó el sexo femenino, destacándose en ambos sexos el grupo de 75 a 84 años, casi la mitad eran viudos. La hipertensión arterial estuvo presente en elevado porcentaje de los casos estudiados. La mayoría de los ancianos estudiados presentaron una depresión severa, evidenciándose una relación directamente proporcional con el tiempo de vivir solo. La depresión severa se manifestó más elevada en los motivos de la independencia de los hijos y por decisión del propio anciano de vivir solo. Más de la mitad de los ancianos solos señalaron no contar con redes de apoyo, tanto familiar como social e institucional, predominando la calidad vida muy baja y baja según percepción de los mismos.

El aumento de personas mayores y los cambios de roles familiares, hacen necesario determinar el riesgo de soledad en los ancianos que viven solos o con poco apoyo familiar o social, por lo que es ineludible la planificación y desarrollo de estrategias de intervención en salud en la población de adultos mayores por parte del sistema nacional de salud, el gobierno y las propias comunidades. Se sugiere analizar por los diferentes factores del gobierno del área de salud, de la necesidad de proyectos comunitarios que constituyan redes de apoyo social y cultural en la comunidad de Calabazar. Se recomienda extender este estudio a otras áreas de salud del municipio Boyeros.

ANEXO 1

Modelo de Consentimiento informado

Yo _____ estoy plenamente de acuerdo en participar en la investigación de la Lic. Diana Cabana Pérez sobre Caracterización biopsicosocial de ancianos solos en el Policlínico Docente "Mártires de Calabazar" una vez que se me expliquen los objetivos, propósitos y beneficios que reporta dicha investigación desde el punto de vista social y humano.

Se me ha comunicado que toda información y los procedimientos a los cuales me expongo se utilizarán únicamente con fines investigativos, teniendo la posibilidad de retirarme de la investigación en el transcurso de la misma, si lo considero necesario, sin que esto repercuta en mi futura atención como paciente.

Firma de paciente

ANEXO 2

Entrevista semiestructurada

Nombre y apellidos: _____

Edad: _____ Sexo: _____

Estado Civil: _____

Antecedentes patológicos personales: _____

Tiempo de vivir solo: _____

Motivo por lo que vive solo: _____

Considera usted que tiene algún apoyo: Si: _____ No: _____

¿Por qué?: _____

¿Quién lo apoya?: _____

¿Cómo es apoyado?: _____

Resultado del nivel de depresión: _____

Resultados de la Escala para la Evaluación de la Calidad de Vida:

ANEXO 3

Escala geriátrica de Yesavage.

Elija la mejor respuesta acerca de cómo se sintió usted la semana pasada.

*1- ¿Está usted básicamente satisfecho con su vida?	sí	no
2- ¿Ha abandonado muchas de sus actividades o intereses?	sí	no
3- ¿Siente que su vida está vacía?	sí	no
4- ¿Se aburre con frecuencia?	sí	no
*5- ¿Se siente esperanzado respecto al futuro?	sí	no
6- ¿Le preocupan pensamientos que no puede quitarse de la cabeza?	sí	no
*7- ¿Se encuentra animado la mayor parte del tiempo?	sí	no
8- ¿Teme usted que le vaya a pasar algo malo?	sí	no
*9- ¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	sí	no
10- ¿Se siente desamparado con frecuencia?	sí	no
11- ¿Se siente intranquilo y nervioso con frecuencia?	sí	no
12- ¿Prefiere permanecer en su casa, en vez de salir y hacer cosas nuevas?	sí	no
13- ¿Se preocupa con frecuencia por el futuro?	sí	no
14- ¿Cree usted que tiene más problemas de memoria que las demás personas?	sí	no
*15- ¿Cree que es maravilloso estar vivo?	sí	no
16- ¿Se siente con frecuencia triste y deprimido?	sí	no
17- ¿Piensa con frecuencia que su vida no tiene sentido?	sí	no
18- ¿Se preocupa mucho por el pasado?	sí	no
*19- ¿Encuentra que la vida es muy interesante?	sí	no
20- ¿Le resulta difícil poner en marcha nuevos proyectos?	sí	no

*21- ¿Se siente lleno de energía?	sí	no
22- ¿Piensa que su situación es desesperada?	sí	no
23- ¿Piensa que la mayoría de las personas están mejor que usted?	sí	no
24- ¿Se enfada con frecuencia por cosas pequeñas?	sí	no
25- ¿Siente con frecuencia ganas de llorar?	sí	no
26- ¿Le resulta difícil concentrarse?	sí	no
*27- ¿Se siente feliz al levantarse por la mañana?	sí	no
28- ¿Prefiere evitar los contactos sociales?	sí	no
*29- ¿Le resulta fácil tomar decisiones?	sí	no
*30- ¿Conserva una mente tan clara como antes?	sí	no

ANEXO 4

Escala para la Evaluación de la Calidad de Vida

Ítem	Casi siempre (4)	A menudo (3)	Algunas veces (2)	Casi nunca (1)
1. Realizo las actividades físicas que otras personas de mi edad pueden hacer (ejercicios físicos, subir y bajar escaleras).				
2. Puedo ir a la bodega a hacer los mandados.				
3. Mi familia me quiere y me respeta.				
4. Mi estado de ánimo es favorable.				
5. Me siento confiado y seguro frente al futuro.				
6. Con la jubilación mi vida perdió sentido.				
7. Mi estado de salud me permite realizar por mí mismo las actividades cotidianas (bañarme solo, cocinar, lavar, limpiar, etcétera).				
8. Puedo leer libros, revistas o periódicos.				
9. Soy importante para mi familia.				
10. Me siento solo y desamparado en la vida.				
11. Mi vida es aburrida y monótona.				
12. Me desplazo ayudado por otra persona o sostenido por un bastón.				
13. Puedo aprender cosas nuevas.				
14. Puedo usar transporte público.				
15. Mi situación monetaria me permite resolver todas mis necesidades de cualquier índole.				
16. Mi familia me ayuda a resolver los problemas que se puedan presentar.				
17. He logrado realizar mis aspiraciones.				
18. Estoy satisfecho con las condiciones económicas y de vivienda que tengo.				
19. Soy capaz de atenderme a mí mismo y cuidar de mi persona.				
20. Estoy nervioso e inquieto.				
21. Puedo ayudar en el cuidado o atención de mis nietos.				

22. Puedo expresar a mi familia lo que siento y pienso.				
23. Mis creencias me dan seguridad en el futuro.				
24. Mantengo relaciones con mis amigos y vecinos.				
25. Soy feliz con la familia que he construido.				
26. Salgo a distraerme (solo, con mi familia, o con mis amigos).				
27. Mi vivienda tiene buenas condiciones para vivir solo en ella.				
28. He pensado quitarme la vida.				
29. Mi familia me tiene en cuenta para tomar decisiones relacionadas con los problemas del hogar.				
30. Considero que todavía puedo ser una persona útil.				
31. Mi vivienda resulta cómoda para mis necesidades.				
32. Mi estado de salud me permite disfrutar la vida.				
33. Tengo aspiraciones y planes para el futuro.				
34. Soy feliz con la vida que llevo.				

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Rodríguez A, Álvarez L. Repercusiones del envejecimiento de la población cubana en el sector salud. Rev. Cubana Salud Pública 2006; 32(2).
2. Alonso P, Sansó F, Díaz-Canel A. Envejecimiento poblacional y fragilidad en el adulto mayor Rev. Cubana Salud Pública 2007; 33 (1).
3. Holguín R. Envejecimiento activo. Rev. Buena Salud. México. 2005: 1-2.
4. Martínez Almanza L, Menéndez Jiménez J, Cáceres Manso E, Baly Baly M, Vega García E, Prieto Ramos O. Las personas de edad en Cuba. Principales tendencias demográficas y morbilidad. Resumed [Internet]. 1999 [citado 4 Feb 2009]; 12(2):77-90. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/res/vol12_2_99/res05299.htm
5. Prieto O, Vega E. La atención al anciano en Cuba. Desarrollo y perspectivas. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 1996.
6. Carpeta Metodológica de Atención Primaria de Salud y Medicina Familiar. La Habana: Editorial de Ciencias Médicas; 2000. p. 24-6.
7. Madrigal A. Boletín Sobre El Envejecimiento. La soledad de las personas mayores. IMSERSO 2000. [citado 4 feb. 2009]. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/scieloOrg/php/similar.php>
8. Quintero Danauy G, González Pérez U. La calidad de vida en el ámbito socio-económico y su relación con la salud de la tercera edad. Gerontología. Boletín CITED. 1996; 3(3): 23.
9. Dueñas González D, Bayarre Vea HD, Triana Álvarez E, Rodríguez Pérez V. Calidad de vida percibida en adultos mayores de la provincia de Matanzas. Rev Cubana Med Gen Integr. [Internet]. 2009 Sep [citado 8 Ene 2009]; 25(2): . Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252009000200002&lng=es
10. San Martín H, Pastor V. Epidemiología de la vejez. En: Medicina y Sociedad. México, DF: Interamericana, McGraw-Hill, 1990:421-8.

11. Vaqué JR, Vilardell TM. Promoción de salud y estrategias preventivas en las personas mayores. Rev Med. 1999; (124):1503-10.
12. Comisión Nacional de Hipertensión Arterial. Programa nacional de prevención, diagnóstico, evaluación y control de la hipertensión arterial. Rev. Cubana Med. 1999; 38(3):160-9.
13. Joint National Committee on Prevention Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. The seven report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. JAMA. 2003; 289(19):2560-74.
14. Waisman G. Hipertensión arterial en el anciano. 2004. [citado 3 Mar 2006]; Disponible en: <http://www.medicinageriatrica.com.ar/viewnews.php>.
15. Gómez F, García S, Goicoechea M, Luño J. Hipertensión arterial y riesgo cardiovascular en el anciano. Nefrología. 2004; 24(1):892-9.
16. Pérez Cárdenas C, Infante Román N. La viudez: algunas vivencias en la etapa de disolución familiar. Rev. Cubana Med Gen Integr. 2005; 21(3-4).
17. Cabanes L. Tercera edad. Necesidad de educación en el adulto mayor. Ed. No. 72; 30/06/2009. La Habana: Ed. Ciencia Médicas; 2003.
18. Blazer D G. Depresión. En: El Manual Merck de Geriatría, España: Ediciones Doyma, 1992: 1091 –95.
19. **Roca Perara M. Redes de Apoyo Social en el Adulto Mayor** [citado 3 Mar 2006]. Disponible en: http://www.sld.cu/saludvida/adultomayor_2010
20. Cáceres Rodas RI. Estado de salud, físico y mental de los adultos mayores del área rural de Costa Rica. Población y Salud en Mesoamérica. 2004. [citado 25 Oct 2007]; Disponible en: <http://ccp.ucr.ac.cr/revista/volumenes/1/1-2/1-2-3/1-2-3.pdf>
21. Menéndez J, Guevara A, Arcia N, León Díaz EM, Marín C, Alfonso JC. Enfermedades crónicas y limitación funcional en adultos mayores: estudio comparativo en siete ciudades de América Latina y el Caribe. Rev. Panam Salud Pública. 2005; 17(5-6):353-61.
22. Gómez VM. Calidad de vida. Evolución del concepto y su influencia en la investigación y la práctica. [citado 5 Sep 2006]; Disponible en: <http://campus.usal.es/~inico/Investigacion/invesinico/calidad.htm>
23. **González Luis J. Cuando los años pasan: abuelos en familia. Adulto Mayor**, enero de 2011 [citado 5 Sep 2006]. Disponible en: <http://www.sld.cu/saludvida/>
24. Azpiazu Garrido M. Factores asociados a mal estado de salud percibido o a mala calidad de vida en personas mayores de 65 años. Rev. Esp. Salud Pública 2002. [citado 5 Sep 2006]; 76(6). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/S1135-57272002000600005>
25. Carvajal Luz M. Envejecimiento y Comunicación. Ideas para una política. Ministerio de Comunicaciones. Dirección de Comunicación Social. Centro de Psicología Gerontológico – CEPSIGER. Bogotá, D.C., Colombia. Julio 2002

Recibido: 3 de abril de 2014
Aceptado: 15 de julio de 2014