

ARTÍCULO ORIGINAL

Estado de salud y percepción de las relaciones familiares en adultos mayores.**Health status and perception of the family relations in elder adults**

Ilina Abrahante Blanco,^I María del Carmen Domínguez Forte,^{II} Lázaro Alfonso Hernández,^{III} Dalay Sánchez Aguilar^I

^ILic. Psicología. Policlínico "Luis Augusto Turcios Lima". San José de las Lajas, Cuba. Correo electrónico: dalaysa@infomed.sld.cu

^{II}Lic. Psicología Asistente. Policlínico "Luis Augusto Turcios Lima". Facultad de Ciencias Médicas Mayabeque. San José de las Lajas, Cuba. Correo electrónico: marusaforte@infomed.sld.cu

^{III}Lic. Psicología. Especialista de I grado en Psicología de Salud. Máster en Medicina Natural y Bioenergética. Asistente. Policlínico Universitario "Santiago Rafael Echezarreta Mulkay". Facultad de Ciencias Médicas Mayabeque. San José de las Lajas, Cuba. Correo electrónico: alfonsolazaro@infomed.sld.cu

RESUMEN

Introducción: el presente estudio se orientó desde la Psicología de la Salud, hacia variables individuales, familiares y sociales relacionadas con la salud y calidad de vida de un grupo de adultos mayores.

Objetivo: caracterizar el estado de salud y la percepción de las relaciones familiares en adultos mayores pertenecientes al Club de los 120 años del municipio San José de las Lajas.

Métodos: se realizó un estudio descriptivo, de corte transversal, con enfoque metodológico cuanti-cualitativo, en el municipio San José de las Lajas entre septiembre de 2014 y mayo de 2015.^o

De un universo constituido por 131 adultos mayores, fue seleccionada una muestra intencional de 44 sujetos, lo cual representó el 33.5 % del total de casos. Se aplicó el cuestionario de salud SF-36 y el test percepción de relaciones familiares del anciano. El procesamiento estadístico se efectuó mediante el análisis de contingencia a través de la dócima χ^2 , empleando el software InfoStat.

Resultados: predominó un estado de salud elevado en relación con la función física (95,45 %) y el rol físico (81,82 %), mientras la dimensión salud general alcanzó el menor valor (50 %). Predominaron los adultos mayores con alto estado de salud, que perciben las relaciones familiares como armónicas.

Conclusiones: predominó el nivel alto en la mayoría de las dimensiones del estado de salud de los adultos mayores del Club de los 120 años. Se determinó una relación significativa entre el nivel alto del estado de salud y la percepción de relaciones familiares armónicas.

Palabras clave: estado de salud; relaciones familiares; anciano; percepción.

ABSTRACT

Introduction: the present study was oriented to Psychology of Health towards individual, family and social variables, related to health and life quality in a group of elder adults. Objective: to characterize the health status and perception of the family relations in elder adults from a 120 years old Club in San José de las Lajas.

Methods: a descriptive transversal study with methodological quantitative – qualitative approach was performed in San José de las Lajas from September, 2014 to May, 2015.

From a universe formed by 131 elder adults, an intentional sample of 44 subjects was selected, which represented the 33.5 % of the total of the cases. A health questionnaire, SF-36, and the perception of family relations test in the elderly were applied. The statistical processing was carried out by analysis of contingency by χ^2 docimo using InfoStat. Software

Results: a high health status in relation to the physical function prevailed (95,45 %) and the physical role (81,82 %), while general health dimension reached the lowest value (50 %). Elderly adults with high health status that perceived good family relations prevailed

Conclusions: high level in most of the dimensions of health status in elderly adults prevailed in the 120 years old club. A significant relation between the high level of health status and the perception of good family relations was determined

Keywords: health status; family relations; aged; perception.

INTRODUCCIÓN.

A lo largo de la historia el envejecimiento y la vejez han sido cuestiones preocupantes para todas las civilizaciones. El aumento de personas que rebasan los 60 años se distingue del resto de los adultos, tanto en el análisis de sus problemas como en el diseño de políticas y servicios de salud para las mismas. El problema ya no es sólo lograr que las personas vivan más años, sino darle la mejor “calidad de vida” a esos años.¹

La Oficina Nacional de Estadística (ONE) pronostica que en Cuba las personas de 60 años y más pasarán de 1,9 millones a poco más de 2,9 millones, es decir un incremento de un millón en casi dos décadas. El grupo de la llamada tercera edad se elevará al 26 %.² Cuba es actualmente el país más envejecido de América Latina y también lo será en 2050 y en 2100, cuando habrá cuatro adultos mayores por cada niño, de acuerdo a las proyecciones de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).³ En Cuba la expectativa de vida es de alrededor de los 80,02 años para las mujeres y 76 años para los hombres.⁴

Según el Anuario estadístico en la provincia de Mayabeque existe 72 759 personas mayores de 60 años y en el municipio San José de las Lajas se exhibe una población de 12 608 adultos mayores.⁵ Se hace notar el proceso de envejecimiento poblacional, por lo que el estudio en esta etapa de la vida impone retos a la Cuba de hoy.

Tercera edad, vejez, adultez mayor o tardía, ha sido abordada en la literatura de manera aislada o como fase de involución y no como una auténtica etapa del desarrollo humano.⁶ Se ubica alrededor de los 60 años, asociada al evento de la jubilación laboral. Incluso hoy comienza a hablarse de una cuarta edad para referirse a las personas que pasan de los 80 años.⁷

La salud y el logro de una vejez saludable y feliz no se resuelven solo en el terreno de la medicina; 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.⁸

Envejecer no equivale a enfermar, ni la vejez significa enfermedad. En un sentido secundario, más amplio, el envejecimiento implica una constante dialéctica de ganancias y pérdidas, durante toda la vida. La falta de salud no es una característica del envejecimiento, ni de la vejez; es, con mayor probabilidad, la consecuencia de una condición presente en la vida desde edades más tempranas. Este proceso se evidencia en la esfera biológica, psicológica, intelectual y social.⁹

Resulta evidente la existencia de una relación entre la calidad de vida y la salud, la que es de carácter recíproca, o sea, no sólo los procesos de salud, influyen en la calidad de vida, sino que ésta influye en los niveles de salud. Por otra parte la salud no es sólo un componente importante de la calidad de vida, sino también un resultado de ella.¹⁰ No hay dudas de que la percepción del estado de salud en cualquier individuo influirá considerablemente en la calidad de vida percibida o bienestar psicológico, por lo que ambas poseen similitud en la evaluación de la salud.¹¹

Desde el año 1973, se crea progresivamente el nivel de atención de la Gerontología y la Geriatria y así en 1976 se aprueba el Programa de Atención al Anciano Institucionalizado, que en su subprograma de atención comunitaria, cuenta con diversas acciones encaminadas a la atención integral al anciano para mantenerlos en el seno de la comunidad e integrarlos a esta, posteriormente, se crea la Sociedad Cubana de Gerontología y Geriatria en el año 1984.¹² Esto en conjunto con diferentes ministerios apoyan esta atención del adulto mayor, como son el de Salud, Educación, Deportes y Cultura Física en sus diferentes instancias a través de programas de trabajo encaminados a lograr una vejez satisfactoria verdaderamente activa.¹³

Todo esfuerzo que se realice es poco, la atención al adulto mayor requiere la colaboración de diversos sectores y la movilización de sus recursos para propiciar una mejor calidad de vida a los ancianos. De este modo queda establecido el siguiente objetivo de investigación: caracterizar el estado de salud y la percepción de las relaciones familiares de un grupo de adultos mayores pertenecientes al Club de los 120 años del municipio San José de las Lajas.

MÉTODOS.

Se realizó un estudio descriptivo, de corte transversal, con enfoque metodológico cuanti-cualitativo, sobre el estado de salud y la percepción de las relaciones familiares de un grupo de adultos mayores pertenecientes al Club de los 120 años del municipio San José de las Lajas. Esta investigación se realizó entre septiembre de 2014 y mayo de 2015.

El universo estuvo constituido por 131 adultos mayores pertenecientes al Club de los 120 años. Para la selección de la muestra se utilizó un muestreo no probabilístico, la cual quedó conformada por 44 adultos mayores que representa el 33,5% del universo ajustándose a los siguientes criterios de selección establecidos por los autores:

Criterios de inclusión:

- Adultos mayores incorporados por más de un año al Club de los 120 años.
 - Que den su consentimiento para participar en la investigación.
 - Que posean una participación activa y sistemática en las actividades programadas en el Club.
- Criterios de exclusión:
- Adultos mayores que presenten diagnóstico de deterioro cognitivo.
 - Adultos mayores que presenten baja del Club durante la investigación.

Las variables estudiadas fueron las siguientes:

Estado de salud: estado en que se encuentre en un intervalo de tiempo el proceso que define el funcionamiento integral del organismo y que se expresa en el complejo bienestar físico, mental y social del individuo.

Percepción de las relaciones familiares: Es el resultado de la interacción dinámica que se produce de forma continua entre los miembros de la familia, a través del intercambio material y espiritual necesario para el cumplimiento de las funciones familiares.

Procedimiento:

Se organizó un intercambio con la coordinadora municipal del Club de los 120 años del municipio San José de las Lajas, a través de la cual se obtuvo la información necesaria para conformar la muestra a partir de los criterios correspondientes. Luego se realizó una visita de terreno a cada sujeto, donde se solicitó el consentimiento informado que avala la participación voluntaria de los mismos en la investigación y se les explicó de forma individual el carácter confidencial del estudio, teniendo en cuenta así, los criterios éticos para la conservación de la integridad física y psíquica de los adultos mayores.

Para evaluar el estado de salud se empleó a modo de entrevista el cuestionario de salud SF-36,¹⁴ compuesto por 36 preguntas (ítems) que exploran 8 dimensiones del estado de salud: función física, función social, rol físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, función social y rol emocional. Se incluye un ítem de transición que pregunta sobre el cambio en el estado de salud general respecto al año anterior o dentro de las 4 últimas semanas. Este ítem no se utiliza para el cálculo de ninguna de las escalas pero proporciona información útil sobre el cambio percibido en el estado de salud durante el año previo a la administración del test.

Para la calificación se designa una graduación de las respuestas para cada categoría desde 0 a 100. No todas las respuestas tienen el mismo valor, ya que depende del número de posibilidades de respuesta de cada pregunta. Los ítems y las dimensiones del cuestionario proporcionan unas puntuaciones que son directamente proporcionales al estado de salud; cuanto mayor sean, mejor estado de salud tendrán los sujetos.

Se aplicó además el test de percepción de las relaciones familiares del anciano para explorar la dinámica familiar a partir de la percepción del sujeto. Cuenta con 30 ítems, a responder en opciones de: casi siempre, muchas veces, pocas veces y casi nunca. Cada respuesta se evalúa de 5, 4, 3, 2, 1 puntos, respectivamente. Para el diagnóstico final se suman las puntuaciones obtenidas y se comparan con los valores

siguientes: de 146 a 150 puntos, relaciones familiares muy armónicas, de 140 a 145 puntos, relaciones familiares armónicas, de 129 a 139 puntos, relaciones familiares poco armónicas, de 30 a 128 puntos, relaciones familiares disarmónicas.¹⁵ Durante todo el procedimiento se explican los aspectos que pudieran ocasionarles dificultades para su comprensión.

Se utilizaron métodos de la estadística descriptiva (análisis porcentual) e Inferencial para encontrar las diferencias significativas entre los valores teóricos y observados. El software estadístico InfoStat (V10.0) fue utilizado para el procesamiento de la información.

RESULTADOS

En la tabla 1 se observa que predominan los valores del estado de salud alto, donde en la función física existen 42 sujetos (95,45%), seguido del rol físico con 36 personas (81,82%), luego la salud mental y la vitalidad muestran 34 (77,27%). La función social 32 (72,73%), en el dolor 26 (59,09%) y en el rol emocional 25 sujetos (56,82%). La única que obtuvo valores elevados en el nivel medio fue la variable salud general 22 sujetos (50%). Desde el punto de vista estadístico el nivel alto es el que posee mayor significación y se comportan de manera similar los niveles medio y bajo.

El ítem transición de salud en el tiempo no se utiliza para el cálculo de ninguna de las escalas pero proporciona información útil sobre el cambio percibido en el estado de salud durante el año previo a la administración del test, siendo el valor medio en el cuestionario de 59,09.

Tabla 1. Distribución de la muestra según dimensiones del estado de salud en los adultos mayores

Dimensiones	Estado de salud						y Signif.
	Alto 10-100	%	Medio 1-69	%	Bajo 0-40	%	
Función física	42	95,45 ^a	1	2,27 ^b	1	2,27 ^b	±7,11 <0,001
Rol físico	36	81,82	-	-	8	18,18	±7,54 <0,001
Salud mental	34	77,27	10	22,72	-	-	±7,54 <0,001
Vitalidad	34	77,27 ^a	9	20,45 ^b	1	2,27 ^b	±7,11 <0,001
Función social	32	72,73	12	27,27	-	-	±7,54 <0,001
Dolor	26	59,09 ^a	16	36,36 ^b	2	4,54 ^c	±7,11 <0,001
Rol emocional	25	56,82 ^a	11	25,00 ^b	8	18,18 ^b	±7,11 <0,001
Salud General	18	40,91 ^a	22	50,00 ^a	4	9,09 ^b	±7,11 <0,001

Se muestra en la tabla 2 que prevalece un nivel alto de estado de salud reflejado por 32 sujetos que constituyen el 73% de la muestra, mientras que 12 adultos mayores se encuentran en el nivel medio lo que representa un 27%, lo que resultó significativo

según el análisis estadístico. Ningún sujeto de la muestra exhibe un bajo estado de salud.

Tabla 2. Distribución de la muestra según el estado de salud

Estado de salud	No. sujetos	%	EE y Signif.
Alto	32	72,73	$\pm 7,54$ P<0,001
Medio	12	27,27	
Total	44	100	

La tabla 3 expone que en el test de percepción de las relaciones familiares evidencia que 20 adultos mayores perciben las relaciones familiares como armónicas lo que representa el 45%; 10 sujetos que representan el 23% las perciben muy armónicas; 9 sujetos las perciben poco armónicas para un 21 % y 5 sujetos como disarmónicas, que representan el 11%. Estas variables fueron significativas según el análisis estadístico, aunque predomina la percepción de las relaciones familiares armónicas.

Desde el punto de vista cualitativo, si se agrupan las percepciones armónicas y muy armónicas se observa que 30 sujetos perciben sus relaciones familiares como positivas lo que representa un 68 %. Agrupando las percepciones poco armónicas y disarmónicas constituyen 14 los ancianos que perciben de manera negativa sus relaciones familiares para un 32 %, por lo que según el análisis del test se obtiene un predominio considerable de la percepción de las relaciones familiares positivas o favorables por encima de las negativas o desfavorables.

Tabla 3. Distribución de la muestra según percepción de las relaciones familiares.

Percepción de las relaciones familiares	No. sujetos	%	EE y Signif.
Muy Armónicas	10	22,73 ^b	$\pm 6,53$ P<0,01
Armónicas	20	45,45 ^a	
Poco armónicas	9	20,45 ^b	
Disarmónicas	5	11,36 ^b	
Total	44	100	

En la tabla 4 se observa la relación entre estado de salud y percepción de las relaciones familiares donde existen 9 sujetos (20%) que muestran relaciones familiares muy armónicas y un alto estado de salud, y 18 sujetos (41%) que tienen un alto estado de salud que poseen relaciones armónicas. Si se agrupan los sujetos con alto estado de salud que perciben sus relaciones familiares como muy armónicas y armónicas constituyen 27 los sujetos (61%) con relaciones familiares favorecedoras para exhibir un alto estado de salud. Estas variables resultaron altamente significativas según el análisis estadístico.

Con relación a los sujetos que poseen alto estado de salud y perciben sus relaciones familiares poco armónicas y disarmónicas existen 4 sujetos (9%) que la perciben poco armónicas y 1 sujeto (2%) que la percibe disarmónica. Si se agrupan estos sujetos se observa que 5 personas (11%) constituyen el menor número de sujetos que poseen un alto estado de salud y perciben las relaciones familiares de manera desfavorable.

Al analizar los sujetos con nivel medio de salud se observa que solamente 1 (2%) percibe sus relaciones familiares como muy armónicas y 2 (5%) como armónicas, sin embargo, 5 sujetos (11%) con nivel medio de estado de salud perciben sus relaciones familiares poco armónicas y 4 disarmónicas (9%). Con relación al bajo estado de salud no se muestran sujetos que se encuentren dentro de este rango.

Tabla 4. Distribución de la muestra según estado de salud y percepción de las relaciones familiares

Percepción de las relaciones familiares	Estado de salud					
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Muy Armónica	0	0,45 ^b	1	,27 ^c	10	,73
Armónica	8	0,91 ^a	2	,55 ^c	20	,45
Poco Armónica	4	,09 ^{bc}	5	,36 ^{bc}	9	,45
Disarmónica	1	,27 ^c	4	,09 ^{bc}	5	,36
EE y Signif.	±4,99 P<0,01					
Total	32	,73	12	,27	14	,00

DISCUSIÓN

En relación a la dimensión función física, los autores del presente estudio consideran provechoso destacar que, actividades como realizar esfuerzos intensos (correr, levantar objetos pesados, subir escaleras, etc.) y esfuerzos moderados (mover una mesa, caminar más de una hora, agacharse o arrodillarse, etc.), no constituyen una limitación para ellos. Esta función se vincula al grado en que la salud limita las actividades físicas tales como el autocuidado, caminar, subir escaleras, inclinarse, coger o llevar pesos, y los esfuerzos moderados e intensos.¹⁴ En esta variable se alcanzan valores elevados lo que refleja la posibilidad de que en la muestra evaluada la mayoría de los adultos mayores tienen la disposición de realizar actividades físicas.

Se evidencia en la evaluación de las limitaciones del rol por problemas físicos un nivel alto, lo que refleja que los adultos mayores durante las últimas semanas no tuvieron problemas en su trabajo, o en sus actividades cotidianas a causa de su salud física. Esta función se refiere al grado en que la salud física interfiere en el trabajo y en otras actividades diarias, lo que incluye el rendimiento menor que el deseado, la limitación en el tipo de actividades realizadas o la dificultad en la realización de actividades.¹⁴ En esta dimensión no se muestran valores en el nivel medio.

Los resultados del test en la dimensión salud mental se muestran en los niveles alto, lo que indica que predomina una salud mental adecuada, o sea, las emociones, los estados de ánimo y en general aspectos psicológicos contribuyen a un mejor estado de salud.

La dimensión salud general propició valores mayores en el nivel medio de estado de salud, lo que representa que la mitad de los sujetos valoran su salud general como regular. Esta dimensión incluye la situación actual, las perspectivas futuras y la resistencia a enfermar,¹⁴ lo cual implica una valoración de su salud no solamente en el contexto actual sino teniendo en cuenta cualquier posible evento que pueda afectar la salud. Con respecto a las otras dimensiones la salud general es la que muestra

menores valores en el cuestionario, donde la mayoría de los individuos se ubican en la categoría media.

Los resultados del ítem transición de salud en el tiempo permiten identificar que la percepción de salud de los adultos mayores estudiados se comporta de manera similar a la de hace un año atrás. Entonces si los resultados actuales son favorables se puede concluir que la salud de estos sujetos en su gran mayoría no ha variado con respecto al tiempo prescrito en el test.

Los resultados de esta investigación son similares a los obtenidos en otro estudio en el año 2010,¹⁶ donde los valores más altos son la función social y la función física y el más bajo la salud general.

En otra investigación realizada en el año 2012¹⁷ sobre calidad de vida relacionada con la salud las dimensiones más afectadas en los pacientes son la evolución declarada de la salud, la salud general y la función física, lo cual no coincide con los resultados de la presente investigación.

En este estudio se obtuvo un nivel alto de salud, resultados similares se evidencia en la investigación realizada en el año 2012¹⁷ donde se refleja que los mayores valores se ubican entre las categorías buena y regular. Este resultado no coincide con el obtenido en otro estudio en el año 2007¹⁸ donde predominó la categoría baja, lo que puede deberse a las diferencias en las características de la muestra.

En el trabajo de diploma de la Universidad de Ciencias Médicas de La Habana sobre Calidad de vida en un grupo de adultos medios portadores de diabetes mellitus tipo II realizado por Pérez Arjona en el año 2012 se observó que la vitalidad y la percepción de la salud general son las dimensiones afectadas. Las diferencias de estos resultados con los del presente estudio pueden estar dadas por las características específicas de la muestra y la presencia de enfermedades crónicas en todos los sujetos. Coincide en que la variable salud general es la que presenta menor valor.

El predominio de las relaciones familiares armónicas y muy armónicas coincide con los resultados de otro estudio realizado⁴ con adultos mayores en el año 2008, en el que predomina la percepción de relaciones favorables.

La familia representa un marco insustituible para fortalecer la salud, por las relaciones esencialmente afectivas y humanitarias que le son conferidas, y puede convertirse en el embrión de la salud. El establecimiento de relaciones familiares positivas, compartir con efectivas redes de apoyo social, sobreponerse a la adversidad, la tenacidad y perseverancia para vencer los obstáculos y frustraciones inevitables a través del ciclo evolutivo, son comportamientos encaminados al mantenimiento de la salud familiar y a un mejor estado de salud.¹⁹ En la presente investigación se demuestra que la percepción de relaciones familiares favorables influye en la expresión de un mejor estado de salud.

La sociedad cubana tiene la responsabilidad de preocuparse desde el punto de vista preventivo, terapéutico y rehabilitatorio de la persona de edad avanzada y tratar de romper con el tradicional estereotipo de considerar al adulto mayor desamparado e

inútil. Para ello debe realizar una serie de acciones encaminadas a utilizar sus capacidades y potencialidades en el desempeño de una función activa en la sociedad.²⁰

Otros estudios en adultos mayores incorporados a Círculos de Abuelos en el año 2012¹⁵ coinciden con los de esta investigación sobre la percepción de las relaciones familiares donde prevalecen los adultos mayores que perciben relaciones familiares muy armónicas (43.48%) y armónicas (30.44%). En menor medida se encontraron los adultos mayores que refirieron percibir como poco armónicas y disarmónicas sus relaciones familiares para un 21.73% y un 4.35% respectivamente.

En el estudio realizado sobre cambios en la percepción del funcionamiento familiar de adultos mayores de Casa de Abuelos del Cotorro en el año 2008⁴ se obtuvo que el 58 % de los adultos mayores perciben las relaciones familiares muy armónicas, el 31% perciben relaciones armónicas, el 11 % perciben relaciones poco armónicas y ningún adulto mayor percibe en su familia relaciones disarmónicas. Por lo que predomina la percepción de relaciones favorables.

Se ha observado en una investigación que en el Test de relaciones familiares muestra tener relaciones de tipo muy armónicas, el 63.4%, mientras el 19.2% expresa relaciones armónicas y el 17.2% poco armónicas, sin existir puntuaciones para relaciones familiares de tipo disarmónicas.⁽⁷⁾ Los resultados de la presente investigación coinciden con los anteriores en el sentido que prevalecen las relaciones familiares positivas y en menor medida las disarmónicas.

La percepción que posee un anciano de sus relaciones familiares y los vínculos que se establecen entre ambos pueden variar de una familia a otra. Las diferencias dadas en el modo de percibir las relaciones familiares pudiesen encontrar explicación en las características propias de cada familia y el modo individual de percibir las relaciones. Por su parte la prevalencia de armonía en las relaciones familiares según la percepción de los adultos mayores en este estudio pudiese estar favorecida por la afiliación al Club de los 120 años, en la medida en que la misma contribuye a mejorar las relaciones interpersonales dentro y fuera de dicha institución desde patrones intergeneracionales, además de constituir un espacio educativo, formativo y recreativo manteniendo activas a las personas de la tercera edad.

En la revisión bibliográfica no se obtuvieron otros estudios que permitieran comparar los resultados relacionados con el estado de salud y la percepción de las relaciones familiares en adultos mayores.

El análisis de los principales resultados permite concluir que predominó el nivel alto en la mayoría de las dimensiones del estado de salud de los adultos mayores del Club de los 120 años. Se determinó una relación significativa entre el nivel alto del estado de salud de los adultos mayores y la percepción de relaciones familiares armónicas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. Romero Cabrera AJ. Asistencia clínica al adulto mayor. La Habana: Ciencias Médicas; 2012.
2. Academia de Historia de Cuba. Informe sobre cifras preliminares del censo de población y viviendas [Internet]. La Habana: Oficina Nacional de Estadística e

Información; 2012 [citado 14 de Oct 2014]. Disponible en:

<http://www.one.cu/publicaciones/cepde/cpv2012/20121212cifraspreliminares/cifraspreliminares%20completo.pdf>

3. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Anuario estadístico de América Latina y el Caribe [Internet]. Chile: CEPAL; 2014 [citado 14 oct 2014].

Disponible en:

http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/37647/S1420569_mu.pdf?sequence=1

4. Hernández Romero Y, Pérez Cernuda C, Pérez Díaz R, Saavedra de la Cruz A, Tápanes Domínguez A, Legón Pérez T. Cambios en la percepción del funcionamiento familiar de adultos mayores de casa de abuelos Cotorro. Rev Hosp Psiquiátrico de La Habana [Internet]. 2012 [citado 15 Sept 2014];9(1). Disponible en: <http://www.revistahph.sld.cu/rev1-2012/hph03112.html>

5. Dirección de Registros Médicos y Estadísticas de Salud, Ministerio de Salud Pública. 2014 Anuario estadístico [Internet]. La Habana: Ministerio de Salud Pública; 2015 [citado 3 Jun 2015]. Disponible en:

<http://files.sld.cu/bvscuba/files/2015/04/anuario-estadistico-de-salud-2014.pdf>

6. Real Becerra ME. Amores y desamores en la vejez. La Habana: Científico-Técnica; 2013.

7. Orosa Fraíz T. La tercera edad y la familia, una mirada desde el adulto mayor. La Habana: Editorial Félix Varela; 2003.

8. Cabana Pérez D, Guridi González MZ, Franco Pedraza V. Caracterización Biopsicosocial de ancianos solos en el área de salud de Calabazar, Boyeros. MEDISAN [Internet]. 2014 [citado 15 sep 2014];11(2). Disponible en:

<http://www.medigraphic.com/pdfs/revhospsihab/hph-2014/hph142c.pdf>

9. Chong Daniel A. Aspectos biopsicosociales que inciden en la salud del adulto mayor. Rev Cubana Med Gen Integr [Internet]. 2012 Abr [citado 2 Oct 2014];28(2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252012000200009

10. Castillo Guzmán A, Arocha Meriño C, Armas Rojas NB, Castillo Arocha I, Cueto Cañabate ME, Herrera Girón ML. Calidad de vida relacionada con la salud en personas con enfermedades crónicas degenerativas. Rev Cubana Invest Bioméd [Internet]. 2008 [citado 30 Oct 2014];27(3-4). Disponible en: http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03002008000300003&lng=es&nrm=iso

11. López Carmona JM, Rodríguez Moctezuma R. Adaptation and validation of quality of life instrument Diabetes 39 for Mexican patients with type 2 diabetes mellitus. Salud Pública Mex [Internet]. 2010 May [citado 30 Oct 2014];48(3). Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/spm/v48n3/29735.pdf>

12. Rodríguez Rodríguez J, Zas Tabares V, Silva Jiménez E, Sanchoyerto López R, Cervantes Ramos MC. Evaluación geriátrica integral, importancia, ventajas y beneficios en el manejo del adulto mayor. Panorama Cuba y Salud [Internet]. 2014 [citado 30 Oct 2014];9(1). Disponible en:

<http://www.medigraphic.com/pdfs/cubaysalud/pcs-2014/pcs141f.pdf>

13. Ortega Márquez Y. Influencia de la casa de abuelos sobre el adulto mayor. Medisan [Internet]. 2010 [citado 15 sep 2014]; 14(8). Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192010000800018&nrm=iso

14. Vilaguta G, Ferrer M, Rajmil L, Rebollo P, Quintana JM, Santeda R, Alonso J. El cuestionario de salud SF-36 español: una década de experiencia y nuevos

- desarrollos. GacSanit [Internet]. 2005 [citado 30 Oct 2014];19(2). Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/gsv19n2/revision1.pdf>
15. Morales Vento E, Hernández Ulloa E, Del Río Oliva Y, Ortega Dorta Y. Caracterización de la percepción de las relaciones familiares de adultos mayores incorporados a círculos de abuelos. Rev Ciencias Médicas La Habana [Internet]. 2015 [citado 4 Nov 2015];21(2). Disponible en: <http://revcmhabana.sld.cu/index.php/rcmh/article/view/779/1221>
16. Hernández Romero Y, García-Viniegras CRV, Jaimes García J, Saavedra de la Cruz A, Tápanes Domínguez A, Solares Herrera V. Calidad de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo II. Rev Hosp Psiquiátrico de La Habana [Internet]. 2011 [citado 30 Oct 2014];8(3). Disponible en: <http://www.revistahph.sld.cu/hph3-2011/hph02311.html>
17. Hernández Romero Y, García-Viniegras CRV. Calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con hernia discal. Rev Hosp Psiquiátrico de La Habana [Internet]. 2015 [citado 15 Abr 2015];12(1). Disponible en: <http://www.revistahph.sld.cu/2015/Nro%201/calidad%20d%20vida.html>
18. 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 [citado 2 Oct 2014];25(2). Disponible en: http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252009000200002&lng=es&nrm=iso
19. García Valdés M, Díaz González J. Psicología y práctica profesional de enfermería. La Habana: Ciencias Médicas; 2011.
20. Alvarez Lauzarique ME, Rocha Rosabal M, Bayarre Vea HD, Almenares Hernández K. Calidad de la atención al adulto mayor en el consultorio del médico de la familia. Rev Cubana Med Gen Integr [Internet]. 2014 [citado 2 Oct 2014];30(4). Disponible en: http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252014000400001&lng=es&nrm=iso

Recibido: 6 de octubre del 2015

Aprobado: 1 de junio del 2016

Iliana Abrahante Blanco Lic. Psicología. Policlínico "Luis Augusto Turcios Lima". San José de las Lajas, Cuba. Correo electrónico: dalaysa@infomed.sld.cu