

# Revista del Hospital Psiquiátrico de La Habana

## Volumen 11 No.2 - 2014

**Calidad de vida y rehabilitación del adulto mayor en el Hospital Psiquiátrico de La Habana**

**Older´s Qualitive of life and Rehabilitation at Havana´s Psychiatric Hospital**

Dr. Agustín Calazán Bestard Rodríguez

**Especialista de II grado en Psiquiatría. Hospital Psiquiátrico de La Habana, Cuba.**

### RESUMEN

**Introducción:** La sociedad contemporánea envejece de forma acelerada. La población anciana con trastornos psiquiátricos también experimenta un aumento. De ahí que resulte imprescindible fomentar la rehabilitación que les permita a los pacientes realizar su aporte a la sociedad.

**Objetivos:** Evaluar la confiabilidad de la escala BELS con vista a valorar la repercusión de la rehabilitación y el apoyo social en pacientes esquizofrénicos.

**Métodos:** Se realizó un estudio con una muestra de 77 pacientes adultos mayores ingresados en salas de larga estadia del Hospital Psiquiátrico de La Habana Comandante Dr. Eduardo Bernabé Ordás Ducungé. Los instrumentos empelados fueron la encuesta (BELS). El índice de kappa fue empleado para evaluar la fiabilidad del instrumento.

**Resultados:** Los valores kappa en la escala de oportunidad han obtenido un promedio de 0.791 y en la ejecución de 0.743. Presentaron una concordancia de fuerte a casi perfecta el 80 % de los ítems de la escala de oportunidad y el 90% de la escala de ejecución. De los sujetos el 47 % pudo adaptarse un 47%, el 45 % alcanzó logros individuales y el 8 % no lograron la adaptación.

**Conclusiones:** La repercusión de la rehabilitación y el apoyo Social del adulto mayor con trastornos psíquicos mayores hospitalizados, arroja resultados positivos en cuanto a su evaluación clínica social.

**Palabras clave:** trastornos psiquiátricos, anciano, rehabilitación, apoyo social, calidad de vida

### ABSTRACT

**Introduction:** Contemporary society is aging so fast. The elderly population with psychiatric disorders is also increasing. Hence it is essential to promote the rehabilitation that allows patients to make their contribution to society.

**Objectives:** To evaluate the reliability of the scale BELS overlooking assess the impact of rehabilitation and social support in schizophrenic patients.

**Methods:** A study with a sample of 77 elderly patients in long-stay wards of the Psychiatric Hospital of Havana Commander Dr. Eduardo Bernabé Ordaz Ducungé was performed. The survey

instruments were empelados (BELS). The kappa index was used to assess the reliability of the instrument.

**Results:** The kappa opportunity scale values were obtained by averaging 0791 and 0743 in execution. They showed a strong concordance of almost perfect 80% of the items of the scale of opportunity and 90% of the performance scale. Of the subjects, 47% were able to fit 47%, 45% achieved individual accomplishments and 8% failed adaptation.

**Conclusions:** The impact of rehabilitation and social support of the elderly hospitalized with major mental disorders, yields positive results in terms of their social clinical evaluation.

**Key words:** psychiatric disorders, elderly, rehabilitation, social support, quality of life

---

## INTRODUCCIÓN

El envejecimiento poblacional constituye actualmente una realidad de la cual se ven implicados tanto naciones con un alto desarrollo económico como países en vías de desarrollo. La Organización Mundial de la Salud refiere que entre 2000 y 2050 el porcentaje de adultos mayores transcurrirá del 11 al 22%. El aumento previsto es de 605 millones a 2 000 millones de personas mayores de 60 años.<sup>1,2</sup>

En Cuba la población anciana representó 18.3 % de la población en año 2013,<sup>3</sup> y se espera que para el año 2025 uno de cada 4 cubanos sea adulto mayor,<sup>4</sup> llegando a ser el país más envejecido de Latinoamérica.<sup>5</sup>

Es incuestionable que nuestra población de enfermos con trastornos mentales que tuvieron su debut en la juventud también forman parte de este universo de adultos mayores, con la agravante que ha incidido en ellos un deterioro de sus hábitos, habilidades que enfrentan su longevidad satisfactoria, por ende es necesario tener los instrumentos que midan objetivamente parámetros con qué actuar para mejorar su funcionamiento en su vida cotidiana, a partir de su rehabilitación, mejorando su calidad de vida.

La rehabilitación es un término que se aplica a los impedidos físicos y mentales y consiste en el uso racional de procedimientos de validismo, como son las medidas sociales, educacionales y vocacionales, que tienen por objeto adiestrar o readiestrar al individuo, para tratar de llevarlo de acuerdo con sus posibilidades reales, a los niveles más altos niveles de capacidad funcional.

La calidad de vida es concebida como la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y se relacionan con sus objetivos, sus expectativas, sus normas y sus inquietudes.<sup>6-8</sup>

El apoyo social a los adultos mayores constituye un tema de gran interés y relevancia en la actualidad, formando parte de la agenda de debate en las reuniones de científicos, especialistas y políticos interesados en la vejez y el envejecimiento y adquiriendo prioridad entre los principales objetivos de programas y planes internacionales dirigidos a la población mayor. El apoyo social entendido como "la ayuda ya sea emocional, instrumental o de otra índole que se deriva de un determinado entramado social"<sup>9,10</sup> cumple un papel sumamente importante puesto que ayuda a "proveer sentido a la vida", aporta "retroalimentación cotidiana acerca de las desviaciones de la salud", propicia una serie de "actividades personales que se asocian positivamente con sobrevida" y que se orientan al cuidado y a la promoción de la salud. Según Gil Lacruz y Frej Gómez,<sup>11</sup> el apoyo o soporte social se refiere a la percepción subjetiva y personal del sujeto, de que, a partir de su inserción en las redes, es amado y cuidado, valorado y estimado y de que pertenece a una red de derechos y obligaciones.

El modelo del apoyo social sostiene que la participación activa en los espacios sociales y la integración familiar y comunitaria incrementan el bienestar y elevan la calidad de vida.<sup>12</sup> Las investigaciones han mostrado ampliamente la importancia que reviste la participación activa en la vida familiar y comunitaria para los adultos mayores, así como las implicancias que la integración social tiene sobre su bienestar y salud integral. Los propios adultos mayores consideran que el disponer de relaciones familiares y sociales satisfactorias es un aspecto de gran relevancia para la calidad de vida en la vejez.<sup>13-15</sup>

En lo referido a la participación e integración comunitaria también se ha podido comprobar que, en la medida en que estas aumentan, se elevan los niveles de satisfacción vital de adultos mayores en este sentido, distintos organismos internacionales han remarcado la importancia que reviste el hecho de que los adultos mayores mantengan una participación comunitaria activa y se encuentren integrados socialmente.<sup>17-22</sup>

A fin de revertir las prácticas de discriminación del enfermo mental de las cuales son objeto las personas de la tercera edad es necesario desarrollar actividades que a nivel comunitario apunten a lograr cambios de actitud hacia la vejez y que favorezcan en las personas de edad el mantenimiento de sus espacios naturales de participación. La importancia de incluir este tipo de actividades en la planificación de la salud pública ha sido reafirmada por la Organización Mundial de la Salud, por la Asamblea Mundial de la ONU en el plan de Acción internacional del año 1982 y por la Asamblea General de Naciones Unidas en los Objetivos mundiales para el 2001 del plan de Acción internacional sobre envejecimiento. Estos organismos además de valorar positivamente la integración y el apoyo social, reconocieron sus implicancias en el bienestar y la salud integral de las personas de edad en el nivel institucional.<sup>23-25</sup>

Con el presente estudio el autor se propone evaluar la fiabilidad de la escala BELS y valorar la repercusión del apoyo social y la rehabilitación al adulto mayor hospitalizado en el Hospital Psiquiátrico de La Habana Comandante Dr. Eduardo Bernabé Ordaz Ducungé.

---

## **MATERIAL Y MÉTODOS**

De un total de 4097 pacientes ingresados en un año entre el mes de septiembre del 2008 a agosto del 2009 de los cuales 2757 fueron hombres y 1340 fueron mujeres, se extrajo una muestra de 77 pacientes mayores de 60 años con diagnóstico de trastornos mentales impuesto antes de los 30 años de edad, con más de 60 días de estadía y que no se hubiese perdido el vínculo del sistema institución-familia.

Se excluyeron aquellos pacientes que:

- Tuviesen algún trastorno que le impida la locomoción
- además del diagnóstico de esquizofrenia presentaban otros diagnósticos psicopatológicos del nivel psicótico.
- Presentaban diagnóstico de retraso mental moderado o severo.

### **Variables para la investigación Independientes**

- Sexos (femenino y masculino)
- Edades (años cumplidos)
- Estado civil (soltero, casado, viudo y separado o divorciado)
- Diagnóstico: esquizofrenia, trastornos de personalidad, otros trastornos psicóticos, otros diagnósticos psiquiátricos

- Actividades que realizan previa a su ingreso (profesional, trabajo por cuenta propia, empleado u obrero agricultor, comercio, oficial de las FAR y ama de casa)

### Dependientes

- Actividades en el plan de rehabilitación
- Áreas de funcionamiento (Autocuidado, habilidades domésticas, habilidades comunitarias, actividades y relaciones sociales)
- Grados de oportunidad para la realización de actividades de forma independientes (total de actividades, algunas y ningunas)
- Grados para la ejecución real de cada actividades de la vida diaria (I, II, III, IV, V, VI)

### Descripción del instrumento

El Basic Everyday Living Skills (BELS) ha sido diseñado para evaluar las habilidades específicas básicas en convivencia diarias en personas que sufren un trastorno mental de larga duración. Su objetivo original consiste en evaluar los cambios en el desempeño de las habilidades de la vida diaria de las personas con trastorno mental de larga duración cuando, como parte de la remodificación de los servicios hospitalarios, estos se trasladan de un alojamiento institucional a otro de tipo más domésticos. Así pues, se concibió básicamente como un instrumento de investigación, aunque puede utilizarse para evaluar las habilidades de la vida diaria de los individuos que siguen un programa de rehabilitación.

Se administra a un informante clave y explora cuatro áreas fundamentales del sujeto: autocuidados, habilidades domésticas, habilidades comunicativas y actividades sociales. Permite puntuar el desempeño o ejecución actual del sujeto y la oportunidad que tiene para actuar de manera independiente en cada área.

La evaluación, en términos generales, se basa en el comportamiento del individuo durante el mes previo, con la excepción de las conductas poco frecuentes, en cuyo caso el periodo de observación es de 6 meses.

Posee una escala de 3 niveles para determinar el grado de oportunidad que las personas tienen para la realización de actividades de forma independiente, que de forma general sigue el esquema siguiente:

	Puntuación
<b>I.</b> Total oportunidad de independencia	2
<b>II.</b> Alguna oportunidad de independencia	1
<b>III.</b> Ninguna oportunidad de independencia	0

- Una escala de 5 niveles para evaluar el grado de ejecución real de cada actividad de la vida diaria estructurada de la siguiente forma:

	Puntuación
<b>I.</b> Nivel normal de realización	4
<b>II.</b> Problema menores por independiente	3
<b>III.</b> Problema moderado con necesidad ocasional de una sugerencia	2
<b>IV.</b> Problema serio o necesidad frecuente de una sugerencia	1
<b>V.</b> No realizar o es necesario una supervisión diaria	
<b>VI.</b> Desconocido	9

Tras seleccionar un informante apropiado que conozca bien las habilidades del individuo (profesionales o filial) se le pregunta para cada actividad de la vida diaria sobre el grado de oportunidad que tiene el individuo para realizarla por su cuenta, valorándose como 0,1 o 2 según criterio operativo. En segundo lugar se realiza pregunta para determinar el grado de

ejecución (0, 1, 2, 3, 4 o 9). Para realizar una clasificación adecuada, se hace sugerencia en cada IT en acerca del comportamiento esperado para cada nivel de la escala.

## Procedimiento

El estudio de fiabilidad se realizó, sobre la traducción y adaptación del BELS, realizada por el Programa de Salud Mental TAPS de Londres. El procedimiento seguido consistió en la traducción inicial de los textos por una persona inglesa bilingüe y especialista en filología. La fiabilidad interjueces fue obtenida a partir de las entrevistas realizadas por dos parejas de evaluadores. Para el análisis estadístico se utilizó el coeficiente Kappa. 22 En la escala de Oportunidad el cálculo de la kappa no pudo ser el habitual debido a que se daban muchas situaciones en que los sujetos estaban agrupados en algunas categorías. Tal problema afecta al valor de la kappa, por lo que hubo que emplear el estadístico kappa corregido por la prevalencia y ajustar todo por el sesgo que proponen Byrt et al.<sup>23</sup>

## RESULTADOS

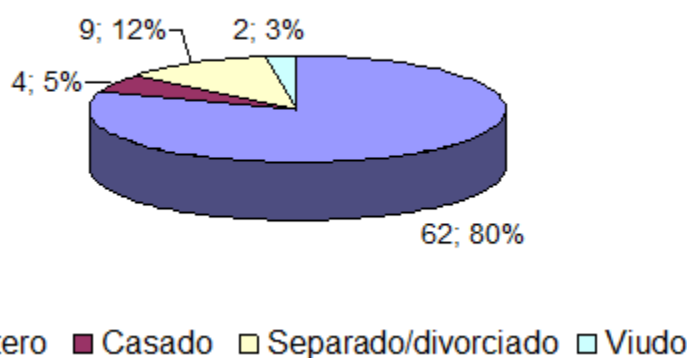
### Caracterización de la muestra

Los sujetos evaluados son en su mayoría hombres, 48 (62.3 %) mientras que las mujeres fueron 29 para el 37.7 %. Tanto en el grupo de las mujeres como en el de los hombres, predominaron las personas cuyas edades oscilaban entre los 65 y los 74 años; el 37,9 y 62,5 % de cada grupo, respectivamente (gráfico 1).

**Gráfico 1.** Distribución de los adultos mayores por sexo y grupos de edad

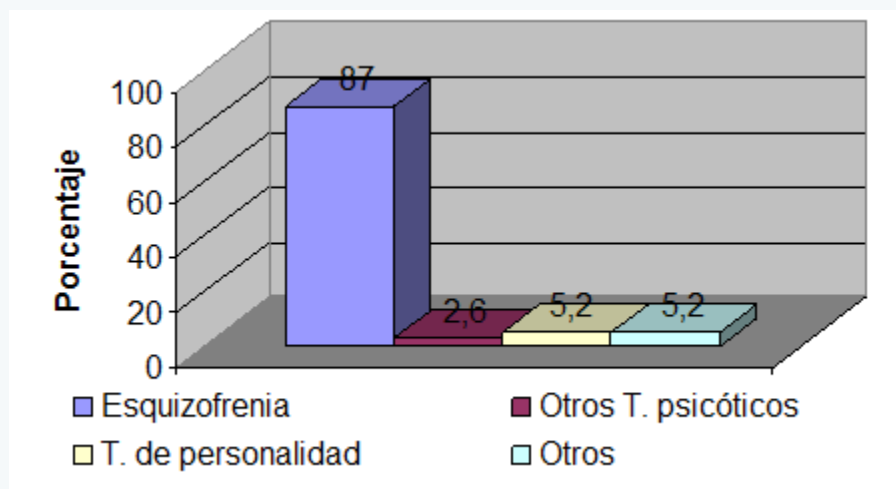
Predominaron los pacientes con estado civil soltero, 62 para el 80 % de la muestra (gráfico 2).

**Gráfico 2.** Distribución de la muestra según estado civil



Referente al diagnóstico se observó que el trastorno psiquiátrico más frecuente en la muestra fue la esquizofrenia, la cual se presentó en 67 pacientes para un 87 %.

**Gráfico 3.** Distribución de los pacientes según diagnóstico



Los resultados del análisis ítem por ítem se muestran en la tabla 8. En la escala de Oportunidad hemos obtenido valores kappa con un rango comprendido entre 0,205 y 1,000, con un valor promedio de 0,790; siendo este valor de 0,205 el único bajo y situándose los 19 restantes (95%) entre 0,502 y 1,000. De estos, 11 ítems (55% del total) han obtenido valores iguales o superiores a 0,864 (incluidos tres ítems con valor de 1,000), 4 ítems (20%) han obtenido valores entre 0,695 y 0,769, y 4 ítems (20%) valores entre 0,502 y 0,572. En la escala de Ejecución observamos valores kappa con un rango comprendido entre 0,587 y 0,933, con un valor promedio de 0,743. De ellos, 18 ítems (90%) son iguales o superiores a 0,624. De estos, 7 ítems (35%) muestran valores iguales superiores a 0,812, 11 ítems (55%) han obtenido valores entre 0,624 y 0,800.

**Tabla 1. Fiabilidad interjueces para los 20 ítems del BELS**

Cada ítem se divide en 2 escalas con la siguiente estructura:				
<i>Ítem</i>	<i>Oportunidad de independencia</i>		<i>Ejecución actual</i>	
	<i>Coefficiente Kappa</i>	<i>e.e. Kappa</i>	<i>Coefficiente Kappa</i>	<i>e.e. Kappa</i>
1. Independencia de movimientos	0,972	0,028	0,812	0,054
2. Despertarse y lavarse	0,695	0,073	0,683	0,067
3. Vestirse	0,974	0,027	0,719	0,060
4. Vuelta a casa por la noche	1,000	-	0,708	0,129
5. Comidas	0,974	0,028	0,606	0,094
6. Medicación	0,205	0,092	0,624	0,088
7. Higiene personal	0,569	0,097	0,860	0,048
8. Ropa	0,864	0,057	0,776	0,057
9. Incontinencia	1,000	-	0,932	0,063
10. Comportamiento en el cuarto de baño	1,000	-	0,843	0,053
11. Preparación de comidas	0,912	0,041	0,711	0,062
12. Preparación de comidas simples	0,729	0,076	0,812	0,064
13. Compra de comestibles	0,704	0,084	0,747	0,068
14. Compras	0,942	0,036	0,771	0,057
15. Lavado de ropa	0,568	0,107	0,643	0,083
16. Cuidado del espacio personal	0,572	0,083	0,840	0,050
17. Cuidado de su casa o zonas comunes	0,769	0,069	0,751	0,060
18. Uso de transporte público	0,918	0,047	0,864	0,047
19. Uso de servicios asistenciales	0,502	0,082	0,711	0,066
20. Uso de locales y servicios públicos	0,972	0,028	0,587	0,073

Analizando los resultados de los valores kappa según la propuesta de Feinstein,<sup>11</sup> en la escala de Oportunidad nos encontramos con que el 54 % de los ítems (14) muestran una concordancia casi perfecta, el 27% (7) fuerte, el 15 % (4) moderada, y tan solo el 4% (1) baja. Por otro lado se halló que en la escala de Ejecución el 27% (7) de los ítems mostraron una concordancia casi perfecta, el 65% (17) fuerte y el 8% (2) moderada. Así pues, puede resumirse diciendo que presentaron una concordancia de fuerte a casi perfecta el 80 % (16) de los ítems de la escala de oportunidad y el 90% (18) de la escala de ejecución.

Al analizar los resultados obtenidos después de aplicado el Plan de Rehabilitación se constató que de los 77 pacientes estudiados pudo adaptarse un 47%, entre los no adaptados un 8% y los que pudieron alcanzar logros individuales representó el 45%. O sea, 71 pacientes para un 92% de 77 se adaptó u obtuvieron resultados novedosos en su vida personal

**Tabla 2.** Distribución de los sujetos según tipo de actividad del paciente previa a su inserción en el Plan de Rehabilitación y resultados del mismo

No.	Tipo de actividad	Total	Actividad del Plan de Rehabilitación	Resultados %		
				B	Adaptados	No adaptados
1.	Profesional	8	Afín al perfil	-	7	1
1.	Trabajo por cuenta propia	10		5	3	2
1.	Empleado u obrero	22		10	12	-
1.	Agricultor	13		9	3	1
1.	Comercio	6	Pantristas y atención en comedores	2	4	-
1.	Oficiales de las FAR	3	Mensajería	-	3	-
1.	Ama de casa	15	Limpieza, higiene y servicios	9	4	2
	<b>Total</b>	<b>77</b>		<b>35 45%</b>	<b>36 47%</b>	<b>6 8%</b>

#### **Leyenda**

**B:** Pacientes que en su rehabilitación obtuvieron logros nuevos significativos frutos de su actividad.

**Adaptados:** Sin logros nuevos fruto de su actividad.

**No adaptados:** Con déficit en su inserción en la rehabilitación.

## **DISCUSIÓN**

Como se conoce las enfermedades psiquiátricas de curso crónico o sea que requieren de larga estadía hospitalaria tienen su debut en la edad joven y productiva de la vida. El resto se trata de pacientes con cuadros agudos que no requieren larga estadía y que se incorporan a la productividad social no requiriendo de una larga rehabilitación ni de gran deterioro de su personalidad.

La tórpida evolución los ha llevado a que los familiares cruelmente lo abandonen en nuestro servicio y pierdan su vínculo familiar y con su comunidad, así como aquellos que por causa de su deterioro y crisis psicóticas han hecho que coincidan en ellos enfermedades que lo limitan de la locomoción.

Los resultados demuestra el valor del trabajo de educación y ocupación en el rescate de las habilidades y capacidades de nuestros pacientes por parte del equipo de trabajo y la relación con familiares y comunidad. Por lo que la rehabilitación y la adaptación es un logro, pues no se retrocedió en las habilidades y capacidades mejorándose la calidad de vida y por consiguiente una longevidad satisfactoria en base a la patología de estos pacientes.



Una vez establecida la adecuada fiabilidad general, habría que reseñar aquí la baja concordancia obtenida por el ítem de Medicación en la escala de Oportunidad (0,206). Se comprobó que la mayor fuente de variabilidad se produce entre la puntuación 0 (Las medicinas son manejadas y administradas por el personal/familiar) y la puntuación 1 (Las medicinas las tiene el personal/familiar, pero el paciente es responsable de recordar cuando debe tomar la medicación -bajo supervisión del personal/familiar), cuando al puntuar uno de los evaluadores 1, el otro puntúa como 0 (17 ocasiones). Esto podría explicarse porque la «responsabilidad» del paciente para recordar cuando debe tomar la medicación quizás no sea determinante para el juicio «oportunidad de independencia», sino quien las maneja y guarda, resultando por tanto ambigua la definición de «independencia parcial». A esto podría añadirse que la expresión «es responsable de recordar» tiene en la definición un sentido de obligación, mientras que el informante podría interpretarla como adhesión voluntaria al tratamiento, independientemente de quien maneje y guarde la medicación. En este sentido sería oportuno sustituir la expresión «es responsable de» por «tiene que» o «tiene la obligación de» para eliminar la ambigüedad detectada al término responsabilidad. Posteriores investigaciones podrán confirmar nuestra suposición. Otros estudios presentan resultados similares a los de la presente investigación.<sup>26</sup>

A modo de conclusión puede expresarse que el BELS en definitiva es un instrumento de medida que, en su versión española, presenta propiedades de fiabilidad adecuadas. Los resultados del análisis de fiabilidad muestran, en general, una concordancia global muy buena tanto en la escala de Oportunidad como en la de Ejecución.

Además, es incuestionable que la preocupación y ocupación en cuanto a la conservación o rescate de los hábitos y costumbres del adulto mayor con trastornos psíquicos mayores hospitalizados arroja resultados positivos en cuanto a su evolución clínica y social. Siempre y cuando se unan en abordaje multidisciplinario el equipo salud para mejorar sus condiciones de vida.

El rescate de capacidades, habilidades y evolución clínica positiva tiene estrecha relación con no haber nunca obviado su actividad previa a la enfermedad.

---

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud [Internet]. La salud mental y los adultos mayores. Nota descriptiva N° 381 [actualizado Sept 2013; citado 10 Ene 2014]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs381/es/>
2. Organización Mundial de la Salud [Internet]. Datos interesantes acerca del envejecimiento [citado 10 Ene 2014]. Disponible en: <http://www.who.int/ageing/about/facts/es/>
3. Dirección Nacional de Registros Médicos y Estadísticas de Salud del Ministerio de Salud Pública de Cuba. Anuario estadístico de salud 2013. La Habana: Ecimed; 2014.
4. Oficina Nacional de Estadísticas e Información. Proyecciones de la Población Cubana 2010-2030 [Internet]. 2011 [citado 10 Ene 2014]. Disponible en: <http://www.one.cu/proyecciones%20de%20la%20poblacion%202010%202030.htm>
5. Kinsella K, Martin LG. Research on the demography of ageing in developing countries. En: Martin LG, Preston SH, eds. Demography of aging. Washington D.C.: National Academy Press; 1994. pp 356-403.
6. Naciones Unidas, 1998; 2002; OMS, 2002; CEPAL CELADE, 2002, 2004.
7. Anthony WA, Liberman RP. The practice of psychiatric rehabilitation: historical, conceptual and research base. Schizophr Bull 1986; 12:542-59.
8. Anthony WA, Liberman RP. The practice of psychiatric rehabilitation: historical, conceptual and research base. Schizophr Bull 1986; 12:542-59.
9. Arias C. Aportes del modelo teórico del apoyo social a la Gerontología Institucional. En e-Book de Actas del III Simposium Argentino de Gerontología Institucional: Vejez Frágil: Un desafío para la Gerontología Institucional. [CDROM]. Mar del Plata: Suárez; 2006.

10. Arias C. El apoyo social en la vejez: Alternativas de acción frente a los desafíos del envejecimiento poblacional. *Perspectivas en Psicología* 2008; 5 (2): 54-61.
11. Lacruz G, Gómez F. Intervención comunitaria: A propósito del programa aragonés de rentas mínimas. En Martínez García MF(comp.). *Psicología Comunitaria* 1993. Sevilla: EUDEMA; 1993.
12. Allard J, Allaire D, Leclerc G, Langlois SP. The influence of family and social relationships on the consumption of psychotropic drugs by the elderly. *Arch Gerontol Geriatr.* 1995; 20: 193-204.
13. Arias C. Aportes del modelo teórico del apoyo social a la Gerontología; 2006.
14. Preston SH, Martin LG. Introduction. En: Martin LG, Preston SH, eds. *Demography of aging*. Washington D.C.: National Academy Press; 1994.
15. Liu X, Liang J, Gu S. Flows of social support and health status among older persons in China. *Social Sciences and Medicine* 1995, 41 (8), 1175-84.
16. Rodríguez Rodríguez P. *Residencias para personas mayores*. Barcelona: SG; 1995.
17. Naciones Unidas 1998, 2002, OMS 2002; CEPAL CELADE, 2002, 2004.
18. Brown M, Gordon WA, Diller I. Functional assesment and outcome measurement: an integrative review. En: Pan EI, Baker TE, Vash GI, eds. *Annual Review of Rehabilitation*. Nueva York: Springer-Verlag; 1983.
19. Cohen J. A coefficient of agreement for nominal seales. *Educ Psychol Measurement* 1960; 20:37-46.
20. Byrt T, Bishop J, Carlin JB. Bias, Prevalence and Kappa.] *Clin Epidemiol*1993; 46:423-9.
21. Álvarez Sintés R. *Temas de Medicina Integral*. Vol II. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2001.
22. Antonucci TC, Fuhrer R, Dartigues JF. Social relations and depressive symptomatology in a sample of community-dwelling French older adults. *Psychology and Aging* 1997; 12(1): 189-95.
23. Byrt T, Bishop J, Carlin JB. Bias, Prevalence and Kappa. *Clin Epidemiol*.1993; 46:423-9.
24. Naciones Unidas. Año Internacional de las Personas de Edad, 1999. Nueva York: Naciones Unidas; 1998. Informe de la Segunda Asamblea Mundial sobre Envejecimiento; 2002. Nueva York: Autor. Okun M, Stock W. Correlatives and components of subjetive well-being among the ederly. *Journal of Applied Gerontology* 1987; (6): 95-112.
25. Organización Mundial de la Salud. Envejecimiento Activo: Un marco político. *Revista Española de Geriatria y Gerontología* 2002; 37 (S2): 74-105.
26. Jiménez JE, Torres E, Laviana M, Luna JD, Trieman N, Richard C. Evaluación del funcionamiento de la vida diaria en personas con trastorno mental de larga evolución. Adaptación y Fiabilidad de la versión española del «BASIC EVERYDAY LIVING SKILLS» (BELS).

---

Recibido: 21 de diciembre de 2013.

Aceptado: 10 de julio de 2014.

*Agustín Calazán Bestard Rodríguez*. Hospital Psiquiátrico de La Habana, Cuba: Correo electrónico: [agustinbr@infomed.sld.cu](mailto:agustinbr@infomed.sld.cu)