

Trabajo original

Facultad de Ciencias “Médicas Mariana Grajales Coello”.

Atención de la familia al anciano.

Family Care to the Elderly.

Ivonne Santiesteban Pérez¹, Caridad I Mateo Arcé², Marisol L Pérez Ferrás³, Marieta Cutiño Rodríguez⁴, Noris García Ortiz⁵.

1 Especialista de 1er Grado en Medicina General Integral. Profesora Instructora Vicedecanato Clínico Facultad de Ciencias Médicas Mariana Grajales Coello. Holguín.

2 Especialista de 1er Grado en Pediatría. Profesora Instructora Vicedecanato Docente Facultad de Ciencias Médicas Mariana Grajales Coello. Holguín.

3 Especialista de 1er Grado en Ortodoncia. Profesora Instructora Departamento Docente Metodológico Facultad de Ciencias Médicas Mariana Grajales Coello. Holguín.

4 Especialista de 1er Grado en Medicina Interna. Profesora Asistente Decanato Facultad de Ciencias Médicas Mariana Grajales Coello. Holguín.

5 Especialista de Primer Grado en Medicina General Integral. Profesora Instructora. Departamento MGI. Facultad de Ciencias Médicas Mariana Grajales Coello. Holguín.

RESUMEN

Se realizó un estudio descriptivo, transversal en familias con adultos mayores, pertenecientes a dos consultorios médicos de la familia de la Policlínica Docente “Pedro Díaz Coello” del municipio de Holguín en el período comprendido de noviembre de 2006 hasta abril de 2007. La muestra estuvo constituida por un total de 105 familias, con la finalidad de caracterizarlas y dentro de ellas a los adultos mayores, se propusieron acciones de promoción y prevención para el manejo familiar del anciano. Los instrumentos aplicados fueron: la prueba de percepción del funcionamiento familiar, la escala geriátrica de evaluación funcional, además se utilizó una encuesta cuyo contenido da respuesta a los objetivos planteados. Se les aplicaron a dos o más familiares y a los ancianos en privado (su casa) o en el consultorio, previo consentimiento informado de ambos. Se encontró un predominio de la tercera edad y del sexo femenino, la hipertensión arterial fue la enfermedad crónica de mayor ocurrencia, los ancianos conviven mayoritariamente con sus hijos en estructuras extensas, con moderado funcionamiento familiar y bajo conocimiento en el manejo de las actividades de la vida diaria.

Palabras clave: promoción, prevención, escala geriátrica, evaluación funcional.

ABSTRACT

A descriptive and cross-sectional study in family with elderlies, belonging to two family doctor offices from “Pedro Díaz Coello” health area aimed at characterizing the elderly was carried out. Promotion and prevention actions were proposed for the family management of the elderly. Some instruments such as the family function perception

test, the geriatric scale and a questionnaire were used. These instruments were also applied to two or more relatives and to the elderlies privately (in their house) or in the family doctor offices with their informed consent. The prevailing sex was the female one. Arterial hypertension represented the chronic disease with higher incidence. The elderlies mostly live with their sons or daughters in extensive structures with moderate family functioning and insufficient knowledge on the elderly management.

Key words: promotion, prevention, geriatric scale, functional evaluation.

INTRODUCCIÓN

Se ha planteado que demográficamente, las poblaciones tienen sólo dos alternativas, crecer o envejecer; este axioma a pesar de su veracidad, debe ser considerado con cautela sobre todo en el mundo moderno, porque a pesar de que la gran mayoría de los países envejece, existe todavía un crecimiento considerable de la población sobre todo en los países en desarrollo. No obstante, los esfuerzos sostenidos por el control del crecimiento de la población, traen como consecuencia directa su envejecimiento ⁽¹⁾.

Según datos de las Naciones Unidas (Fondo de Población de las Naciones Unidas. Estado de la población mundial 1993. New York: Prographics 1993), en 1950 existían en el mundo 200 000 000 de personas mayores de 60 años, pero ya en 1975 esta cifra alcanzó los 350 000 000. Las proyecciones demográficas indican que en el año 2000 existían alrededor de 600 000 000 ancianos, cifra que prácticamente se duplicará en el año 2025, por tanto, su importancia relativa pasará de 9,2% en el primer año a 14,2% en el último ^(1,2).

Esta población crecerá en consecuencia a mayores tasas que la población total y a partir del año 2020 cada vez con mayor intensidad. De este modo, hoy es posible observar un crecimiento del orden de 2,4 en este grupo de población, contra 1,7% que se advierte en el total de la población. Entre los años 1990 y 2010 la tasa de crecimiento de la población de la tercera edad permanecerá constante, sin embargo a partir del año 2010, el crecimiento aumentará a 3,1%; tasas de esta magnitud originarán que la población anciana se duplique cada 23 años. En el 2025, se vaticina que en el mundo los habitantes con más de 60 años serán mil 200 millones ⁽³⁾.

Con lo que demuestran las estadísticas estamos de acuerdo que no existe un incremento homogéneo del envejecimiento en los diferentes países. Esta falta de homogeneidad se observa entre países desarrollados y en desarrollo, (Banco Mundial. Envejecimiento sin crisis: políticas para la protección de los ancianos y la promoción de crecimiento. Washington: Banco Mundial, 1994).

Existe un aumento mucho más acusado del envejecimiento en el Caribe (9,1% de la población, mayor de 60 años), en América Latina (6,9% de la población) o en Asia (7,6% de la población); que en el caso de África cuya población mayor de 60 años sólo alcanza 5,9% del total. Sin embargo si se comparan estos datos con otras regiones desarrolladas como Europa (16,8% de la población) o América del Norte (19,1% de la población), se pueden evaluar las diferencias que existen entre las regiones ^(3,4).

La diversidad del proceso al nivel de los países en las diferentes áreas geográficas, también presenta particularidades. Entre los países más afectados, se encuentran

Uruguay y Barbados con un 17,2% y 13,1% de su población en el rango de la tercera edad; respectivamente, estos difieren considerablemente de otros como Haití, Bolivia y Guatemala que apenas llegan a 6%. Sin embargo a pesar de lo diverso, el incremento absoluto y relativo de la proporción de ancianos es una realidad mundial ⁽⁵⁾.

Cuba ya es un ejemplo de país en desarrollo, con un envejecimiento importante de su población si comparamos que en 1958 existían en la isla 58 adultos mayores por cada 100 niños, en poco tiempo esa relación se elevó hasta 150 por cada centenar de menores de 15 años. Especialistas del tema alegan que desde 1970, y hasta 2025, se viene duplicando ese número; aumentará en un 223% cuando se arribe a mil 200 millones, hasta situarse en dos mil millones en el año 2050. Esto indica que en esa fecha, se habrán triplicado las cifras actuales, con la repercusión en la salud, los servicios y la economía ⁽⁶⁾.

Las proyecciones de la población cubana sigue un alto ritmo de envejecimiento con una tasa de crecimiento de 0,38%, la magnitud alcanzada en este orden y la rapidez con la que se ha transformando nuestra pirámide poblacional muestra que en años futuros, el 14% tendrá más de 60 años, aumentando la expectativa de vida a 77 años, será el país más envejecido de la región ⁽⁶⁾.

Las anteriores razones hacen que se consolide la protección social y se prepare para el futuro: poseemos la mayor proporción de médicos por habitantes del mundo, con una amplia red asistencial, preventiva y de rehabilitación. Los problemas de la seguridad social en cualquier parte del archipiélago tienen rango de estado. Situación por la cual refieren los expertos que la segunda mitad del siglo XXI no sorprenderá con el fenómeno del envejecimiento poblacional a la sociedad cubana, que se prepara desde ya ante un hecho nunca antes vivido por la humanidad ⁽⁷⁾.

Este fenómeno no es ajeno a nuestra provincia, cuando en el último censo de población y viviendas efectuado en el país en el 2002, en Holguín el envejecimiento estaba en 13,6% elevándose esta cifra al cierre de 2006 a 14,4% ⁽⁸⁾.

Lo singular está en que las personas deben envejecer sin sentirse inútiles, sin ser una carga para el resto de la sociedad, y que por el contrario disfruten ese envejecimiento en lo individual y lo social, transmitiendo las experiencias adquiridas a lo largo de sus vidas.

MÉTODO

Se realizó un estudio descriptivo y transversal a 105 familias con adultos mayores pertenecientes a dos CMF de la Policlínica Docente “Pedro Díaz Coello” del municipio de Holguín en el período comprendido de noviembre de 2006 a mayo de 2007, se tuvo en cuenta todas las familias que convivían con adultos mayores, que se encontraran físicamente en el área de salud y que dieran su consentimiento. Para la recolección de los datos primarios se aplicaron entrevistas e instrumentos tales como escala geriátrica de evaluación funcional a los gerontes y prueba de percepción del funcionamiento familiar a sus familiares. Se revisaron las historias clínicas familiares e individuales de los mismos. Los datos obtenidos fueron procesados después de su revisión para evitar duplicidades y omisiones. Los resultados fueron expuestos en gráficos y tablas de distribución simple expresada en números enteros y por cientos.

RESULTADOS

En la distribución de los pacientes según las edades y sexo (tabla 1) el mayor por ciento estuvo comprendido en la tercera edad, fue el sexo femenino el de mayor ocurrencia con un 33,3%, seguido en orden de frecuencia por la cuarta edad con 32 para un 30,4% y los longevos con 16 para un 15,2%. No encontramos ningún centenario en el área estudiada. Fueron las mujeres las mayormente representadas en cualquiera de las edades.

Al comparar el grupo de 60-74 años con otros estudios se pudo apreciar semejanzas con respecto a los resultados; coincidió con cifras estadísticas nacionales e internacionales, pues la tendencia mundial es el crecimiento vertiginoso de este grupo de población ⁽⁴⁾.

Tabla 1. Distribución de los adultos mayores según edad y sexo.

Edades	Sexo					
	Femenino		Masculino		Total	
	No	%	No	%	No	%
60-74	35	33,3	22	20,9	57	54,2
75-89	18	17,1	14	13,3	32	30,4
90-99	9	8,5	7	6,6	16	15,1
Total	62	58,9	43	40,8	105	100

Fuente: historia clínica individual y de salud familiar.

Estudiamos el comportamiento de las ECNT (tabla II) y encontramos la mayor ocurrencia en la hipertensión arterial con 59 pacientes (56,1%) , siguen en orden de frecuencia las cardiopatías con un 32,3% y las artropatías con 29 pacientes para un 27,6%, en menor cuantía se encontraron las hiperlipidemias (3,8%) y el hipertiroidismo (1,9%), no presentaron ninguna patología crónica 14 pacientes para un 13,3%, mientras que 29 ancianos presentaron más de una patología.

Tabla 2. Comportamiento de las enfermedades crónicas no transmisibles en el adulto mayor.

Enfermedades Crónicas no Transmisibles	Presentes		Ausentes	
	No	%	No	%
Hipertensión Arterial	59	64,8	32	35,2
Artropatías crónicas	29	31,9	62	68,1
Cardiopatías	34	37,4	57	62,6
Diabetes Mellitus	7	7,7	84	92,3
Hiperlipidemias	4	4,4	87	95,6
Hipertiroidismo	1	1,1	90	98,9

Fuente: Historia clínica Individual y de salud familiar.

Al analizar la convivencia (tabla III) encontramos que 47 ancianos (44,7%) viven con sus hijos, 32 (30,4%) con sus cónyuges, 18 (17,1%) con las nueras y 8 (7,6%) viven con otras personas.

Tabla 3. Convivencia del anciano.

	No	%
Hijo(a)	47	44.7
Cónyuge	32	30.4
Nuera.	18	17.1
Otros	8	7.6
Total	105	100

Fuente: historia de salud familiar.

En relación con la funcionabilidad del anciano (tabla IV) quedó demostrado el predominio de los funcionales con 97 pacientes (92,3%), los 8 (7,6%) restantes resultaron ser frágiles.

El mantenimiento de una óptima capacidad funcional en las personas de edad avanzada juega un papel muy importante para prolongar la calidad de vida y reforzar su independencia, sin embargo, si esta se reduce por debajo del llamado "umbral mínimo funcional", puede llevar a las personas mayores a una situación de discapacidad ^(21,22).

Tabla 4. Funcionabilidad del anciano.

Escala geriátrica de evaluación funcional	No	%
Funcional	97	92,3
Frágil	8	7,6
Total	105	100

Fuente: escala geriátrica de evaluación funcional y historia de salud familiar

Predominaron las familias extensas (tabla V) 68 para un 64,7%, seguida de las nucleares con 29,5% y en menor cuantía las ampliadas representan el 5,7%, explicación atribuida por las transformaciones demográficas de la zona, además predomina la población adulta mayor en el área estudiada.

Tabla 5. Estructura familiar.

Tipo de familia	No	%
Nuclear	31	29,5
Extensa	68	64,7
Ampliada	6	5,7
Total	105	100

Fuente: historia de salud familiar

Al analizar el funcionamiento familiar (tabla VI), encontramos que predominaron las moderadamente funcionales con 56 familias (53,3%), siguen en orden de frecuencia las funcionales con un 30,4%. Las disfuncionales estuvieron presentadas por 15 familias (14,2%) y sólo 2 (1,9%) se incluyeron como severamente disfuncionales.

Tabla 6. Comportamiento del funcionamiento familiar.

Funcionamiento familiar	No	%
Funcional	32	30,4
Moderadamente funcional	56	53,3

Disfuncional	15	14,2
Severamente disfuncional	2	1,9
Total	105	100

Fuente: prueba de percepción del funcionamiento familiar e historia de salud familiar.

El conocimiento de la familia sobre el cuidado del anciano (tabla VII) mostró que un 63,8% tenían un nivel regular, mostraron déficit de conocimientos 22 familias para un 20,9%, mientras que las restantes 16 (15,2%) fueron evaluadas de bien, lo cual coinciden con otros autores ⁽²⁰⁾.

Tabla 7. Conocimientos de la familia en la atención al anciano.

	No	%
Bien	16	15,2
Regular	67	63,8
Mal	22	20,9
Total	105	100

Fuente: entrevista

DISCUSIÓN

Estos resultados pueden explicarse debido a que la esperanza de vida en nuestro país es de 77 años (78,97 en las mujeres y 75,13 años en los hombres) pues posterior a esta edad la mortalidad aumenta y la población de este grupo etario disminuye ⁽⁶⁾.

Consideramos que el sexo femenino alcanza mayor expectativa de vida por el factor protector de los estrógenos y menor exposición a factores de riesgo de enfermedades crónicas ⁽⁴⁾.

A pesar de las diferencias biológicas, fisiológicas, de roles sociales y condiciones de riesgos las estadísticas demuestran que viven más las mujeres, se espera que en el año 2025, cuando casi 24% de la población esté comprendida en grupo mayor de 60 años, alrededor de 55,0 % sean mujeres ⁽⁴⁾. En general se observa una tendencia descendente en los hombres de cualquier población después de esta edad, lo que indica la diferencia de los sobrevivientes por género, comportamiento asociado con la conocida sobremortalidad masculina ^(7,9).

Con el incremento de la expectativa de vida y el consecuente aumento de la proporción de personas de 60 años y más, también se eleva el porcentaje de la población que padece de enfermedades crónicas no transmisibles, las que representan las primeras causas de muerte en los países desarrollados y en Cuba, donde se ha encontrado, en encuestas realizadas, que los adultos mayores padecen al menos de una enfermedad crónica (aproximadamente el 69,6 %), así como su problema de salud de mayor importancia, en ellas se halla el origen de la mayor parte de las discapacidades que padecen nuestros ancianos ^(11,12,13).

Según Rodríguez Domínguez y colaboradores la hipertensión constituye un relevante factor de riesgo cardiovascular y se hace más preocupante debido a que tiende a

aumentar con la edad, asociada a otros componentes epidemiológicos en los ancianos (28).

Los cambios cardiovasculares en relación con la edad como: rigidez del árbol arteriolar presente con o sin contribución de la aterosclerosis reduce la compliancia arterial, o sea, las arterias tienden a perder su elasticidad, lo cual aumenta la resistencia al flujo sanguíneo; por consiguiente, un aumento de la tensión arterial⁽¹⁶⁾.

La pluripatología es un rasgo característico de este grupo o segmento poblacional, al respecto, predomina la HTA, seguido de las enfermedades cardiovasculares, lo cual coincide con nuestro estudio. La hipertensión en los ancianos, sobre todo la forma sistólica aislada, exhibe una elevada prevalencia en este grupo poblacional, y constituye un factor de riesgo cardiovascular de primer orden^(14, 15, 16, 17, 18).

La preocupación y ocupación de la familia, constituye la mayor garantía para sus miembros de edad avanzada desde el punto de vista psíquico. En Cuba el adulto mayor no vive marginado, aún cuando viva sólo mantiene el amparo filial, de la familia o la sociedad, aspecto de gran importancia para lograr una longevidad fisiológica pues para el anciano la comunidad, sus hijos, cónyuge y familiares posee gran significación.

Las necesidades de compañía, de ser interpretado en sus convicciones, valores, sentimientos y otros aspectos de la vida influyen positivamente en la etapa final de sus vidas. Con respecto a un estudio de la familia actual realizado en el municipio Cerro en occidente, (es uno de los lugares más envejecidos de La Habana) no coincide con el nuestro, sólo el 20% de las personas mayores vive en el hogar de su hijo y un 5% en instituciones^(4, 21, 22).

Los efectos del entrenamiento de fuerza sobre los factores de riesgos y los indicadores de la salud están menos estudiados, aunque varios trabajos sugieren que el entrenamiento de fuerza se acompaña de una disminución del riesgo de fracturas y de caídas, de una mejora de la velocidad de marcha, de la capacidad de equilibrio, y la capacidad para llevar a cabo las tareas de la vida diaria (por ejemplo levantarse de una silla o subir escaleras).

Del mismo modo, diferentes estudios también han observado que el entrenamiento del equilibrio parece reducir también el riesgo de caídas y mejora el control de la postura⁽²⁵⁾.

Por otro lado, independientemente del posible aumento de la esperanza de vida, la práctica de ejercicio físico de manera regular, sin duda, juega un papel muy importante para que las personas puedan mantener un grado de independencia funcional con calidad de vida hasta los últimos años de su vida.

El Centro de Investigaciones sobre Longevidad, Envejecimiento y Salud (CITED), desarrolla un laboratorio de evaluación funcional del anciano, para valorar la capacidad de los sistemas neurosensorial, auditivo y visual de esas personas de la tercera edad⁽⁶⁾.

Estudiosos de la tercera edad han señalado cómo con la pérdida de la capacidad funcional se devalúan la posición y la función social, así como la familiar, se produce cierto aislamiento social, además de que suelen aparecer tensiones y cambios en los roles y relaciones del anciano.⁽¹⁰⁾

El aislamiento, incomodidad, dificultades ambientales para realizar algunas actividades, la ausencia de familia y vecinos que ofrezcan ayuda son factores que abarcan la dependencia.

En la familia cubana la nuclear es la más frecuente con un 17,3% y en segundo lugar las extensas lo cual difiere de nuestro estudio, la estructura evidencia factores de riesgos que pudieran llevarnos a situaciones caóticas si no actuamos en consecuencia, ejemplo de esto es el hogar unipersonal del anciano, en un estudio realizado de proceso salud-enfermedad de la familia esta variable unida al funcionamiento fueron de gran utilidad para el diagnóstico e intervención educativa y terapéutica.

Estudios de Pérez González coinciden con el nuestro relacionando la estructura con la tardanza en la retirada de los hijos del hogar así como la llegada de nuevos miembros lo cual influye de manera directa en la crisis⁽²¹⁾.

Consideramos que las familias moderadamente funcionales se deben a varios factores: adecuada adaptación del adulto mayor a su entorno familiar, a su relación sociofamiliar, a que se sientan queridos y ayudados por su familia. Lo cual actuó en que percibieran en su familia una fuente moderada de satisfacción material y espiritual^(23,26).

Una familia con trastornos en su funcionamiento repercute negativamente en las necesidades y demandas que se presentan en su desarrollo vital y si éstas no son enfrentadas adecuadamente se altera, por ende, el equilibrio entre estabilidad y cambio, produciendo rigidez y desajustes adaptativos que se pueden prolongar por años, con gran sufrimiento para algunos miembros donde los ancianos son mayormente afectados.

En cambio un funcionamiento familiar saludable, posibilita a la familia cumplir exitosamente con los objetivos y funciones que le están histórica y socialmente asignados. Ortega Alvelay plantea que la familia cubana se caracterizan por la solidaridad, responsabilidad compartida, la ayuda el respeto mutuo y las expresiones de afecto entre sus miembros⁽¹⁹⁾.

Si la familia no conoce como manejar al anciano se corre el riesgo de aumento de la morbilidad se sufren ideas suicidas y accidentes, puede el anciano llegar a la discapacidad. Aunque existe poca bibliografía al respecto Bayarre plantea que no conocer el cuidado del paciente senil hace que aumenten los factores de riesgos y por ende trastornos en su vida biopsicosocial, coincidiendo con nuestra investigación.⁽²³⁾

La aceleración del proceso de envejecimiento de la población cubana, exige respuestas abarcadoras de la familia y la sociedad en estos temas para lograr una mejor calidad de vida de este segmento poblacional. Bazo plantea que la familia sigue siendo la principal fuente de atención al anciano por lo que debe de estar dotada de conocimiento.⁽²²⁾

CONCLUSIONES

Se evidencia un incremento de los adultos mayores a predominio de la tercera edad y del sexo femenino.

La hipertensión arterial constituye la enfermedad crónica no transmisible más frecuente en la atención geriátrica.

Un número elevado de ancianos conviven con sus hijos en familias con estructuras extensas, el funcionamiento familiar resultó ser moderado.

Las familias no tienen un conocimiento adecuado en el manejo de los adultos mayores.

BIBLIOGRAFÍA

1. Badillo M, Reyes J. Paradigma en salud mundial. *Rev Fortuna* 2004; 2(21).
2. Bautista Ochoa C. La problemática de los mayores en Iberoamérica. *Rev Sesenta Más* 2000; 182:40-1.
3. Pérez Díaz J. Origen de la expresión Envejecimiento Demográfico. [Trabajo para optar al grado de doctor en ciencias]. España: Centro de estudios Demográficos; 2003.
4. Martínez Almansa L. Las personas de edad en Cuba. Principales tendencias demográficas y morbimortalidad. *Resumid.* 1999; 12 (2):77 – 90.
5. Envejecimiento y salud. Un cambio de paradigma. *Rev Panam Sal Pub* 2000; 7 (1) 60-62.
6. Cuba. CITED. Atención del anciano en Cuba. Desarrollo y perspectiva. 2da ed. La Habana: 1996.
7. Cuba. Oficina Nacional de Estadísticas. Anuario Demográfico 1996. La Habana: 1997.
8. Cuba. Dirección Municipal de Salud Pública. Departamento de Estadística. Informes. 2006.
9. Cardona Arango D, Estrada Restrepo A, Agudelo García H B. Aspectos subjetivos del envejecimiento: redes de apoyo social y autonomía de la población adulta mayor de Medellín. En: *Investigación y Educación en Enfermería*. Medellín: 2003; 21(2): 80-91.
10. Figueredo Ferrer N, Sotolongo Castillo I, Arcias MR, Díaz Pita. Caracterización del adulto mayor en la comunidad. *Rev Cub Enferm* 2003; 19(3).2
11. Bustos SR, Mesa Santamaría A. Hipertensión arterial en el paciente anciano del occidente de México. *Rev Cub Med Gen Int* 2004; 20(5-6)9.
12. Vázquez Vigo D. Hipertensión arterial en el anciano. *Rev Cubana Med.* 1998; 37 (1) 22-7
13. Pérez Duporte J, García Megret E. Influencia de algunos factores sociales en la tercera edad en la comunidad de Pastorita. *Rev. Cub Enf* 2003; 19 (1).
14. Sánchez Rodríguez D, Lázaro del Nogal M. Factores de riesgo cardiovascular en el anciano. *Tiempos Médicos.* 2006; (627) 9-18.
15. Ribera Casado JM. Historia clínica y exploración física en el anciano cardiópata: ¿Qué es diferente? *Tiemp Méd* 2006; (627) 1-4.
16. Banegas JR. Epidemiología de la hipertensión arterial en personas mayores de 60 años en España. *An Real Academia Medic* 2002; (1) 143-150.
17. Sellén CJ. Hipertensión arterial en el anciano. En: *Hipertensión arterial: diagnóstico, tratamiento y control.* La Habana: Editorial Félix Varela, 2002: p.80-93.
18. Menéndez DL. Terapéutica farmacológica en el anciano. En: De Prieto RO, Vega GE. *Temas de Gerontología.* La Habana: Editorial Ciencia Técnica, 1996: p.131-8.

19. Ortega Alvelay A, Osorio Pagola M F, Fernández Vidal AT. Diagnóstico del funcionamiento familiar en un consultorio del médico y la enfermera de la familia. *Rev Cubana Med Gen Integr* 2000; 16(1):89-92.
20. Colectivo de Autores. Manual de intervención en la Salud Familiar. Evaluación Familiar Editorial de Ciencias Médicas: 2001. 2:1-3
21. Pérez González E. La familia en el proceso salud-enfermedad. En: Álvarez Sintés et al. *Temas de Medicina General Integral. Familia*. Editorial Ciencias Médicas: 2001. T. 1, Capít.5
22. Bazo MT. El estatus familiar y la salud, elementos claves en la institucionalización de las personas ancianas. Barcelona, 1991.
23. Bayarre H, De la Cuesta D, Pérez E., Louro I. Un instrumento de funcionamiento familiar para el médico de la familia. *Rev Cub Med Gen Integr* 1996; 12 (1):24 – 3.
24. Louro Bernal I. Modelo-teórico metodológico para la evaluación de salud del grupo familiar en la atención primaria. 2004 [Trabajo para optar al grado de doctora en ciencias de la salud]. Ciudad Habana: Escuela Nacional de Salud Pública.
25. Zarzosa López María C, Castro Carratalá E. ¿Sabemos qué significa envejecer? *Geriátrica* 2006; 22(2): 55-9.
26. Benítez ME. La familia como categoría demográfica. En: Benítez ME *La familia cubana en la segunda mitad del siglo XX*. Ciudad de La Habana: Ciencias Sociales, 2003: p. 41 - 46
27. Herrera SP, González BI, Soler CS. Metodología para evaluar el impacto de los acontecimientos vitales de la familia en la salud familiar [artículo en línea]. *Rev Cubana Med Gen Integr* 2002
28. Rodríguez Domínguez L, Herrera Gómez V, Torres Pulido A, González Farrell SC, La O Herrera I. Hipertensión arterial en ancianos. *Avanc Méd Cuba* 2004; 11 (37):61-64.

Correspondencia: Dra. Ivonne Santiesteban Pérez Calle Rastro No 45 A entre Arias y Agramante. Holguín. Correo electrónico: ivo@fcm.hlg.sld.cu

[Indice Anterior Siguiente](#)