





ORIGINAL

Caracterización clínica y epidemiológicamente de la discapacidad en la población adulta mayor

Clinical and epidemiological characterization of disability in the elderly population

Daelys Castro Montesino¹  , Issel Padrón Reguera¹, Omar Ramos Fernández¹, Mercedes Robaina Relova¹, Wilfredo Correas Valladares¹

¹Universidad de Ciencias Médicas de Pinar del Río. Policlínico Comunitario “Dr. Modesto Gómez Rubio”, San Juan y Martínez. Pinar del Río, Cuba.

Citar como: Castro Montesino D, Padrón Reguera I, Ramos Fernández O, Robaina Relova M, Correas Valladares W. Caracterización clínica y epidemiológicamente de la discapacidad en la población adulta mayor. Interdisciplinary Rehabilitation / Rehabilitación Interdisciplinaria. 2022; 2:15. <https://doi.org/10.56294/ri202215>

Enviado: 24-09-2022

Revisado: 10-10-2022

Aceptado: 16-11-2022

Publicado: 17-11-2022

Editor: Prof. Dr. Carlos Oscar Lepez 

RESUMEN

Introducción: el fenómeno de envejecimiento poblacional ha contribuido a que la prevalencia de discapacidad en los adultos mayores vaya en aumento.

Objetivo: caracterizar clínica y epidemiológicamente la discapacidad en la población adulta mayor del consultorio médico No. 14 perteneciente al consejo popular Hermanos Saíz, San Juan y Martínez, en el período 2018-2020.

Método: se realizó un estudio observacional, descriptivo, prospectivo que abarcó la población mayor de 60 años. La muestra estuvo conformada por 154 adultos mayores con discapacidad, seleccionadas por muestreo sistemático y estratificado. Se utilizaron métodos teóricos, empíricos y estadísticos. Se aplicaron instrumentos como: el Índice de Katz, el Índice de Lawton, Examen Mínimo del Estado Mental, y la Encuesta de Factores de Riesgo de Discapacidad (EFRD). Para el análisis y procesamiento de los datos se utilizó la estadística descriptiva. Esta investigación cumplió los fundamentos de la ética de la Declaración de Helsinki 2008.

Resultados: existe un predominio del sexo femenino, del grupo de edad entre 60 y 69 años, y nivel educacional primario. El mayor porcentaje es soltero, jubilados o pensionados. La discapacidad adquirida y, dentro de ellas la fisicomotor y mental son las de mayor frecuencia. La morbilidad de mayor prevalencia es la Hipertensión Arterial. Predominó del nivel de funcionamiento III. Los factores de riesgo más frecuentes son el sexo femenino, la edad, la educación y enfermedades crónicas no transmisibles.

Conclusiones: el conocimiento del comportamiento epidemiológico del adulto mayor con discapacidad permitirá el desarrollo de acciones con enfoque promocional que mejoren calidad de vida y con ello la salud.

Palabras clave: Adulto Mayor; Envejecimiento; Prevalencia; Discapacidad; Factores de Riesgo.

ABSTRACT

Introduction: the phenomenon of population aging has contributed to the increasing prevalence of disability in the elderly.

Objective: to characterize clinically and epidemiologically the disability in the elderly population of the medical office No. 14 belonging to the popular council Hermanos Saíz, San Juan y Martínez, in the period 2018-2020.

Method: an observational, descriptive, prospective study was conducted covering the population over 60 years of age. The sample consisted of 154 elderly adults with disabilities, selected by systematic and stratified

sampling. Theoretical, empirical and statistical methods were used. Instruments such as the Katz Index, Lawton Index, Minimum Mental Status Examination, and the Survey of Disability Risk Factors (EFRD) were applied. Descriptive statistics were used for data analysis and processing. This research complied with the ethics fundamentals of the Declaration of Helsinki 2008.

Results: there is a predominance of female sex, age group between 60 and 69 years, and primary education level. The highest percentage is single, retired or pensioned. Acquired disability and, within them, physical, motor and mental disabilities are the most frequent. The most prevalent morbidity is arterial hypertension. Predominance of functioning level III. The most frequent risk factors are female sex, age, education and chronic non-communicable diseases.

Conclusions: knowledge of the epidemiological behavior of the elderly with disabilities will allow the development of actions with a promotional approach to improve quality of life and thus health.

Keywords: Elderly; Aging; Prevalence; Disability; Risk Factors.

INTRODUCCIÓN

Durante muchos siglos, los adultos mayores fueron una minoría de la población objeto de interés en los problemas de salud; sin embargo, es diferente en la actualidad, por su incremento, pero ante la inadecuada información, muchas personas creen que la vejez es una enfermedad. Un hecho indiscutible es que las características específicas del adulto mayor conllevan una mayor morbilidad, pues casi todas las afecciones se hacen más frecuentes en la segunda mitad de la vida.⁽¹⁾

El envejecimiento ha sido afrontado desde que la especie humana fue consciente de lo perecedero de su existencia y de su inevitable consumación en el tiempo. La forma más sencilla de entenderlo es la de los cambios que experimentan los seres vivos con el paso del tiempo, suceso por el cual los organismos van perdiendo vitalidad y capacidad funcional.^(1,2)

Estos cambios y transformaciones producidos por la interrelación entre factores intrínsecos (genéticos) y extrínsecos (ambientales), protectores o agresores (factores de riesgo) a lo largo de la vida se manifiestan en pérdidas del estado de salud, condicionantes de su deterioro funcional, lo cual lleva al anciano a situaciones de incapacidad, tales como inmovilidad, inestabilidad y deterioro intelectual.^(1,3)

Aunque es difícil precisar el concepto, la mayoría de los especialistas coinciden en que se trata de un proceso dinámico y multifactorial. La existencia de las especies transcurre en secuencia de etapas, en ciclos vitales progresivos. Los organismos nacen, se desarrollan y mueren; un trayecto influido por factores genéticos y ambientales, pero en los seres humanos las condicionantes socioeconómicas y culturales adquieren un especial significado.⁽⁴⁾

Para la Organización Mundial de la Salud (OMS), el proceso de envejecimiento de la población mundial se produce a pasos acelerados, estimándose que entre 2015 y 2020 los adultos mayores con más de 60 años pasarán de 900 millones a 2000 millones, lo equivalente a decir que se tendrá un aumento demográfico en este segmento poblacional de 10 % aproximadamente.⁽³⁾

El envejecimiento poblacional constituye el hecho epidemiológico de mayor relieve ocurrido en los países desarrollados en las últimas décadas. Este cambio demográfico se caracteriza, además, por el llamado “envejecimiento del envejecimiento”, de manera que la población mayor de 65 años representa el 15% y los mayores de 80 años suponen el 3 % de la población occidental.^(3,4)

Este hecho se caracteriza por dos aspectos fundamentales: el primero, es universal, afecta a todos los países y continentes, si bien su repercusión es variable según su intensidad y el grado de desarrollo y de las políticas de bienestar social y sanitarias de cada país; y segundo, es la primera vez que se presenta y en las próximas décadas será una tendencia cada vez más acentuada.⁽⁴⁾

En Occidente, el aumento progresivo de la esperanza de vida ha incrementado la preocupación por la calidad de vida, introduciéndose conceptos relacionados con esta, tanto positivos (envejecimiento activo) como negativos (incapacidad o dependencia). El continente europeo es una de las regiones del mundo con mayor envejecimiento poblacional, en España viven 6 950 706 personas mayores de 65 años (17 %), según datos del Instituto Nacional de Estadística (INE) año 2001, según la proyección del mismo, para el año 2026 será de 10 876 681 personas (21,6 %).⁽⁴⁾

Entre los países con transición avanzada se encuentran, por ejemplo, Japón, Italia y Grecia. En las Américas se encuentran Argentina, Barbados, Chile, Estados Unidos, y Uruguay, entre otros. En este grupo también está Cuba que ha transitado desde un 11,3 % de personas de 60 años y más en 1985 hasta un 20,1 % en el 2017, lo que indica su ubicación en el Grupo III de Envejecimiento (>15 %). Así, en el término de 32 años el envejecimiento se ha incrementado en 8,8 puntos porcentuales. Se estima que para el 2030 será el 30,3 %, y para el 2050 un 36,2 %.^(3,4,5)

Respecto a las regiones desarrolladas, el envejecimiento en América Latina y el Caribe se ha dado en un plazo más corto, por ejemplo, el tiempo para doblar la proporción de personas de 65 años y más en Francia tomó 115 años, mientras que en Brasil y Colombia se manifiesta en apenas dos décadas. Cinco países han alcanzado una etapa avanzada (Bahamas, Chile, Costa Rica, Trinidad y Tobago y Uruguay), con tasas de fecundidad por debajo del nivel de reemplazo e índices de envejecimiento entre 63 y 93 personas mayores por cada 100 jóvenes menores de 15 años. Barbados y Cuba están en una fase todavía más avanzada, tienen tasas de fecundidad - como el grupo anterior- bajo el nivel de reemplazo, pero una población mayor que supera a los menores de 15 años, con índices de 128 y 111 personas de 60 años o más, por cada 100 jóvenes, respectivamente. En el 2017, Barbados, Cuba y Uruguay presentaron porcentajes de la población de 60 años o más del 20 % y, la proporción de 75 años o más, entre el 6 % y el 7 %.⁽²⁾

Demográficamente, Colombia evidencia un cambio progresivo y acelerado en su pirámide poblacional, actualmente es uno de los países latinoamericanos clasificado en un estadio avanzado de transición demográfica y en una etapa moderada de envejecimiento. Lo anterior determina un aumento progresivo de la población de 60 años y más. Se estima que para el 2050 habrá 14,1 millones de adultos mayores; es decir, el 23 % de la población corresponde a este grupo etario, teniendo como consecuencia el aumento de los costos sociales y económicos por la gran demanda no solo en el ámbito de la salud, donde se incrementa la atención de enfermedades crónicas degenerativas propias del envejecimiento, sino por el cuidado a nivel social.^(5,6)

Cuba fue uno de los países de América Latina y el Caribe que más tempranamente inició su transición demográfica, debido al intenso descenso de la fecundidad, el aumento gradual en la expectativa de vida y el persistente saldo migratorio negativo. La interacción de estos componentes, junto a otras múltiples determinaciones, condujo al acelerado envejecimiento de su población.^(2,5)

De acuerdo a estimaciones de la División de Población de las Naciones Unidas, Barbados y Cuba serán los países más envejecidos de América Latina y el Caribe en la perspectiva inmediata.⁽⁴⁾

Muchas de las situaciones de morbimortalidad que afectan al adulto mayor (AM), relacionadas con los cambios del proceso fisiológico de envejecimiento, que repercuten deliberadamente sobre las potencialidades del movimiento y la funcionalidad, están relacionados con los estilos de vida en épocas anteriores de la vida de la persona, que de haberse modificado a tiempo, por la promoción y la prevención, se hubiera reducido la frecuencia de aparición de estas situaciones, favoreciendo un proceso de vida más adecuado para el adulto mayor al preservar sus posibilidades de desempeño, acción y participación en sus medios familiares y sociales atendiendo sus expectativas y realidades.^(4,5)

Diversos autores defienden el criterio de que los principales factores de riesgo de fragilidad son un compendio de problemas derivados del envejecimiento biológico: alteraciones del equilibrio y marcha por múltiples discapacidades, enfermedades agudas o crónicas (conocidas o no), factores de riesgo en cuanto a abusos (estilos de vida, factores sociales, factores económicos) y factores de riesgo en cuanto a desuso (inactividad, inmovilidad, déficits nutricionales).^(1,4,5)

Además del crecimiento poblacional de AM, también debe señalarse que en ellos se presenta un incremento de enfermedades crónicas. La OMS reportó que el número de personas con discapacidad va en aumento, esto debido al envejecimiento de la población, pues las personas ancianas tienen mayor riesgo de discapacidad; también se debe al crecimiento global de los problemas crónicos de salud como la diabetes, las enfermedades cardiovasculares y los trastornos mentales. Se estima que las enfermedades crónicas representan el 66 % de todos los años vividos con discapacidad en los países con ingresos bajos y medianos. Tener más AM y muchos de ellos con discapacidad, da como resultado mayores niveles de dependencia.⁽⁷⁾

Presentar mayor morbilidad en el envejecimiento se relaciona con el estado funcional futuro del adulto mayor, en esta etapa se presenta disminución de la reserva fisiológica, lo que conlleva a la persona a un importante estado de fragilidad. La fragilidad contempla morbilidad mental y conductual, también en lo neurológico se incluye el accidente cerebrovascular. Sin embargo, dentro de esta condición no solo está presente la afectación al sistema cardiovascular, como regularmente se describe en los AM, porque también existen compromisos en el sistema visual y musculoesquelético. Ambos procesos, la fragilidad y las enfermedades crónicas que conllevan a discapacidad pueden cursar de manera independiente, paralela o combinar sus efectos, lo que tiene consecuencias decisivas en la patogenia, curso y pronóstico de la condición.^(7,8)

Se precisa que con una mayor presencia de enfermedades crónicas acrecienta la posibilidad de tener discapacidad severa, en comparación con aquellos con una sola enfermedad crónica o sin enfermedad crónica. Además de los aspectos físicos y de salud, están las condiciones tempranas y socioeconómicas que afectan el estado funcional, por tanto, en los análisis poblacionales sobre prevalencia de discapacidad en AM, existen diferencias entre los países con altos y bajos ingresos, mostrando como la discapacidad en el envejecimiento se constituye en un fenómeno heterogéneo y dependiente de varios aspectos.^(6,7,8)

En los aspectos de salud, no solo se señalan cambios en el componente físico relacionados con la funcionalidad y movilidad, pues durante esa etapa también aparecen cambios en la esfera mental a causa de síntomas depresivos, deterioro cognitivo y demencia.^(6,7,8)

Cuba, se convirtió en la primera economía envejecida de la región desde 2010. De una pirámide triangular, con una base ensanchada en 1981, la estructura por sexo y edad de la población cubana se transformó en una pirámide más rectangular, abultada en su centro y de cúspide ensanchada en 2019. Efectivamente, la población cubana ha experimentado una reducción simultánea en el porcentaje de personas menores de 15 años, frente al aumento del peso relativo de la población de 60 años y más. Al finalizar el año 2019, las personas de 60 años y más representaron el 20,8 % del total.^(2,8,11)

El envejecimiento presenta una distribución bastante homogénea a nivel de provincia, con valores que oscilan entre un 18,4 % (provincia Artemisa) y un 24,0 % (en la provincia de Villa Clara). Pinar del Río exhibe valores de un 21,6 % y muestra pocas publicaciones relacionadas con el tema.^(2,5,11)

San Juan y Martínez se encuentra dentro de los municipios más envejecidos de la provincia y no cuenta con publicaciones en los últimos años relacionados con el tema, de ahí, se plantea la siguiente interrogante ¿Cómo se comporta la discapacidad en el adulto mayor del CMF 14?, a partir de esta problemática, se decide realizar una investigación con el objetivo de describir el comportamiento clínico-epidemiológico de la discapacidad en el adulto mayor en el consultorio No.14, consejo popular Hermanos Saíz, porque definitivamente, el envejecimiento significa un logro inobjetable, pero también comprende desafíos importantes, condicionados por las disímiles características de las personas mayores, que enfrentan un ciclo de vida más largo y por las formas en que se dan las respuestas sociales e institucionales organizadas para su atención.

La presente investigación se realizó con el objetivo de evaluar la discapacidad en la población adulta mayor del consultorio médico No. 14 perteneciente al consejo popular Hermanos Saíz, en el período 2018-2020.

MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional, descriptivo y longitudinal para caracterizar el comportamiento clínico-epidemiológico de la discapacidad en los adultos mayores del consultorio médico No.14, consejo popular Hermanos Saíz, perteneciente al Policlínico Dr. Modesto Gómez Rubio, en el municipio San Juan y Martínez durante el período 2018-2020.

El universo estuvo constituido por 256 adultos mayores que conforman la población mayor de 60 años del consultorio médico No. 14 según los registros de estadística municipal y la dispensarización en las historias clínicas familiares. La muestra se conformó por 154 adultos mayores con discapacidad seleccionados por muestreo sistemático y estratificado, que estuvieron de acuerdo en participar en la investigación después de explicados los objetivos de la misma y que cumplen con los criterios de inclusión.

Criterios de Inclusión:

- 60 años o más cumplidos, que presenten alguna discapacidad y que estuvieron de acuerdo en participar en la investigación.
- Que se encuentran en la localidad (zona rural) en el momento del estudio.

Criterios de exclusión:

- 60 años o más cumplidos, que presenten alguna discapacidad y que no estén de acuerdo en participar en la investigación.
- Los adultos mayores institucionalizados permanente, los hospitalizados, los que se muden de la localidad o fallecidos durante el estudio.

Se utilizaron métodos teóricos histórico y lógico de la investigación científica apoyados básicamente en los procesos de análisis, síntesis, inducción y deducción. Se realizó una búsqueda exhaustiva y actualizada de los estudios epidemiológicos para obtener una panorámica internacional y nacional sobre la discapacidad en el adulto mayor y los estudios relacionados con educación para la salud y prevención primaria.

Dentro de los métodos empíricos fueron utilizados el análisis documental de las historias clínicas familiares e historias clínicas individuales, que unido al examen periódico de salud y la aplicación de varios instrumentos permitió la evaluación integral del adulto mayor, dentro de ellos: el Índice de Katz (escala de actividades básicas de la vida diaria, ABVD), el Índice de Lawton (escala de actividades instrumentales de la vida diaria, AIVD), Examen Mínimo del Estado Mental (EMEM), para evaluar la esfera mental, y la Encuesta de Factores de Riesgo de Discapacidad (EFRD) para evaluar factores de riesgo. Ver anexos, 2,3,4 y 5.

La discapacidad física se evaluó mediante el reporte de limitaciones para la realización de las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria. Las escalas utilizadas fueron la de Katz y la escala de Lawton. Con la escala de Katz (para las actividades básicas) se valoraron las limitaciones para bañarse, ir al baño, trasladarse fuera de la cama o silla sin ayuda, vestirse y comer, así como el control de esfínteres. Por otro lado, con la de Lawton (para las actividades instrumentales) se analizó la necesidad de asistencia para preparar alimentos, tomar medicamentos, ir de compras y administrar el dinero. La presencia de discapacidad se planteó en los casos en los que se reportó limitación para la ejecución, por lo menos, de una de estas actividades.

Para dar salida a los objetivos propuestos se operacionalizaron variables para medir e identificar factores de riesgos asociados a discapacidad en el adulto mayor, dentro de ellas: grupo de edades: 60-69 años, 70-79 años, 80 y más años; estado civil (soltero, casado/unión estable, viudo, separado/divorciado), nivel de escolaridad (primaria, secundaria, estudios superiores), origen de la discapacidad (congénita o adquirida) y tipo de discapacidad; desempeño cognitivo; e independencia funcional. En la valoración de las variables relacionadas con el estado de salud, se utilizó el historial clínico sobre diabetes mellitus, hipertensión arterial sistémica, enfermedad pulmonar (EPOC), cáncer, cardiopatía isquémica, osteoartritis, enfermedad cerebrovascular, déficit cognitivo (demencia), enfermedad de Parkinson y el antecedente de fracturas.

Para evaluar el nivel de dependencia en las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) se tuvieron en cuenta los siguientes criterios:

- Independiente: cuando realice de forma independiente las seis actividades.
- Dependiente: cuando realice de forma dependiente al menos una de las actividades.

Para evaluar el nivel de dependencia en las actividades instrumentadas de la vida diaria (AIVD) se tuvieron en cuenta los siguientes criterios:

- Independiente: cuando el anciano pueda realizarlas por sí solo, sin ayuda de nadie, solo con orientaciones.
- Dependiente: cuando necesita de otras personas para realizar las actividades.

Se tuvo en cuenta la existencia de tres niveles funcionales determinados por el Índice de Katz y Lawton:

- Nivel I: cuando el paciente sea dependiente para las ABVD.
- Nivel II: cuando el paciente sea independiente para las ABVD, pero dependiente para alguna de las AIVD.
- Nivel III: cuando el paciente sea independiente para las ABVD y AIVD.

Para el análisis y procesamiento de los datos se utilizaron medidas resúmenes para variables cualitativas y cuantitativas. La información resultante se desglosó en tablas y gráficos. Los datos obtenidos fueron vertidos en tablas utilizando para su análisis la medida de frecuencia y el porcentaje y además asociación entre variables a través de chi-cuadrado ($p < 0,05$) y Odd Ratio en los que fuera necesario. El procesamiento de los datos se realizó con el Paquete de Programas SPSS versión 21.

Desde el punto de vista ético esta investigación cumplió los fundamentos de la ética que aparecen en la Declaración de Helsinki 2008. Su objetivo esencial ha sido científico, sin afectaciones del medio ambiente, ni riesgos predecibles.

RESULTADOS

En la tabla 1 se desglosan las características sociodemográficas de la población estudiada, donde se observó un predominio del sexo femenino (56,5 %), sobre el sexo masculino (43,5 %). Asimismo, el mayor número de adultos mayores se encuentra en el rango de edades de 60-69 años representado por el 53,9 %. El 52,7 % de la población tiene nivel educacional primario seguido del nivel medio con un 47,7 %. Relacionado con el estado civil se observó un predominio de los adultos mayores solteros, viudos y separados/divorciados en orden decrecientes con un 50,6 %, 20,8 % y 14,9 % respectivamente. Cerca del 40 % se encuentra jubilado y/o pensionado seguido de un 33,8 % que se mantienen trabajando y un 26,6 % que realizan tareas domésticas. Solo un 29,9 % tienen un cuidador a su cargo y el 19,5 % tienen dependencia económica.

En el gráfico 1, se distribuyen las discapacidades según su origen, observándose que el 82 % está representado por discapacidades adquiridas y el 18 % por discapacidades congénitas.

Las discapacidades adquiridas son las que más se presentan relacionadas precisamente con el paso de los años y la llegada de la inevitable vejez. Ejecutar programas que respondan a una asistencia satisfactoria a la ancianidad es el reto que se impone hoy ante el envejecimiento de la población.

En la tabla 2, se desglosan los resultados en relación al tipo de discapacidad presente en los adultos mayores del CMF 14, observándose un predominio de la discapacidad fisicomotora y mental en orden decreciente con un 31,2 % y 18,2 %, respectivamente. Resaltando que el 14,3 % presentaron discapacidad mixta, lo que significa que a medida que aumenta la edad pueden confluir más de una discapacidad como consecuencia de las comorbilidades y factores de riesgo presentes en el proceso de envejecimiento.

En la Tabla 3, se describen los antecedentes patológicos personales de la población estudiada. Dentro de las morbilidades de mayor prevalencia en la muestra estudiada, se observó que el 37,7 % de los adultos mayores presentan Hipertensión Arterial (HTA), seguido de Diabetes Mellitus (DM) con 24,7 %, en orden decreciente se presentaron los adultos mayores con demencia (11,7 %), el 9,1 % refirió enfermedad cerebrovascular, el 7,8 % osteoartritis y 5,2 % con enfermedad pulmonar obstructiva crónica. El 1,9 % de los pacientes tenía diagnóstico de cáncer. Al menos 1,3 % reportó cardiopatía isquémica y secuela post fractura de cadera, con menor frecuencia la enfermedad de Parkinson (0,7 %).

Tabla 1. Características sociodemográficas de la población mayor de 60 años con discapacidad. Caracterización clínica y epidemiológicamente de la discapacidad en la población adulta mayor, San Juan y Martínez, 2018-2020

Variables Sociodemográficas	Femenino		Masculino		Total	
	No	%	No	%	No	%
Edad en años						
60-69 años	47	30,5	36	23,4	83	53,9
70-79 años	27	17,5	20	13,0	47	30,5
≥ 80 años	13	8,5	11	7,1	24	15,6
Total	87	56,5	67	43,5	154	100
Escolaridad						
Nivel Primario	47	30,5	34	22,1	81	52,6
Nivel Medio	29	18,8	22	14,3	51	47,7
Nivel Superior	11	7,1	11	7,1	22	14,2
Estado Civil						
Soltero	47	30,5	31	20,1	78	50,6
Casado/Unión estable	14	9,1	7	4,5	21	13,6
Viudo	13	8,4	19	12,3	32	20,8
Separado/divorciado	13	8,4	10	6,5	23	14,9
Situación Laboral						
Trabajando	16	6,7	36	23,4	52	33,8
Jubilado/Pensionado	35	22,7	26	16,9	61	39,6
Tareas Domésticas	36	23,4	5	3,2	41	26,6
Tiene un cuidador						
Si	26	16,9	20	13,0	46	29,9
No	61	39,6	47	30,5	108	70,1
Dependencia económica						
Si	16	10,4	14	9,1	30	19,5
No	71	46,1	53	34,4	124	80,5

Fuente: Historia Clínica Individual y Familiar

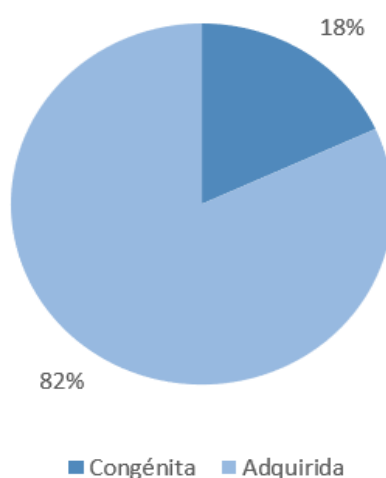


Gráfico 1. Distribución de los adultos mayores con discapacidades según su origen, CMF 14, Consejo Popular Hermanos Saíz, 2018-2020

Tabla 2. Distribución de adultos mayores según tipo de discapacidad

Tipo de discapacidad	No.	%
Fisicomotora	48	31,2
Mental	28	18,2
Auditiva	21	13,6
Visual	16	10,4
Intelectual	15	9,7
Visceral	4	2,6
Mixta	22	14,3
Total	154	100

Fuente: Historia Clínicas Individuales.

Tabla 3. Estado de salud de la población estudiada según antecedentes patológicos personales. CMF 14, San Juan y Martínez, 2018-2020

Antecedentes patológicos personales (n=154)	No.	%
Hipertensión Arterial	58	37,7
Cáncer	3	1,9
Diabetes Mellitus	38	24,7
Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica	8	5,2
Osteoartrosis	12	7,8
Secuela Post Fractura de Cadera	2	1,3
Cardiopatía Isquémica	2	1,3
Enfermedad Vascul ar Encefálica	14	9,1
Demencias	18	1,7
Enfermedad de Parkinson	1	0,7

Fuente: historias clínicas individuales.

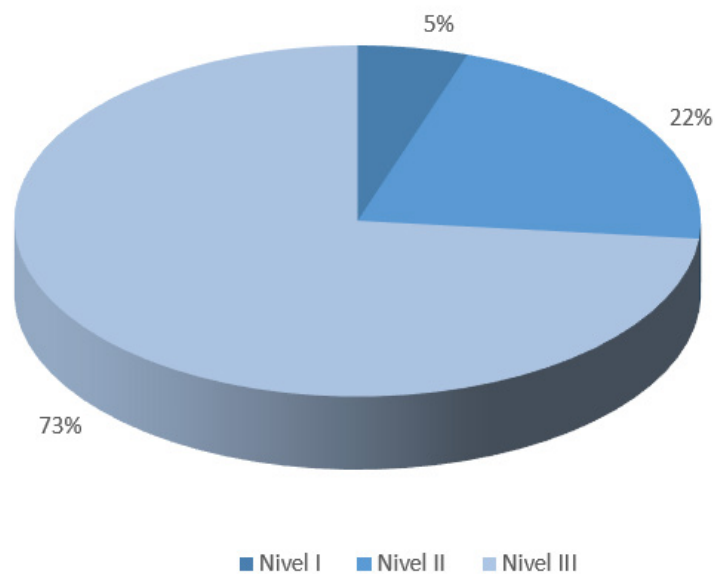


Gráfico 2. Evaluación funcional según actividades básicas e instrumentadas de la vida diaria

Se observó en el gráfico 2, la evaluación funcional según actividades básicas e instrumentadas de la vida diaria, donde el 73 % de la población adulta mayor con discapacidad se encuentra en el nivel III, es decir, son independientes para las actividades básicas e instrumentadas de la vida diaria, seguido de un 22 % con nivel II (dependiente para alguna de las actividades instrumentadas) y un 5 % dependiente tanto para la ABVD como AIVD.

En la Tabla 4, se describe el riesgo de dependencia funcional según algunas variables sociodemográficas y el estado de salud según sus antecedentes médicos.

Tabla 4. Riesgo de dependencia funcional según variables sociodemográficas y estado de salud en el adulto mayor con discapacidad, CMF 14, consejo popular Hermanos Saíz, 2018-2020

Variables	Funcional		No Funcional		Total	OR	X ² (p)
	No.	%	No.	%			
<i>Sexo</i>							
Femenino	70	80,4	17	19,5	87	2,29	5,13 (0,02)
Masculino	43	64,1	24	35,8	67		
<i>Edad en años</i>							
60-69	69	83,1	14	16,9	83	1,69	9,90 (0,007)
70-79	31	66	16	34	47	2,54	
≥ 80 años	13	54	11	46	24	4,17	
<i>Escolaridad</i>							
Nivel primario	48	42,48	33	80,49	81	6,87	17,4 (0,0001)
Nivel medio	45	39,82	6	14,63	51	5,16	
Nivel superior	20	17,7	2	4,88	22	1,33	
<i>Estado de salud</i>							
Hipertensión Arterial	49	43,36	9	21,95	58	4,39	5,87 (0,01)
Diabetes Mellitus	30	26,55	8	19,51	38	1,01	0,80 (0,37)
Osteoartrosis	12	10,62	0	0	12	0	4,72 (0,03)
Enfermedad Cerebrovascular	7	6,19	7	17,07	14	3,02	4,30 (0,03)
Demencias	9	7,96	9	21,95	18	3,25	5,70 (0,01)
EPOC	7	6,19	1	2,44	8	2,64	0,86 (0,35)
Secuelas Post fractura de cadera	0	0	2	4,88	2	0	5,58 (0,01)
Cardiopatía isquémica	1	0,88	1	2,44	2	2,8	0,56 (0,45)
Cáncer	0	0	3	7,32	3	0	8,43 (0,003)
Enfermedad de Parkinson	0	0	1	2,44	1	0	2,77 (0,09)

Respecto a la relación entre los factores sociodemográficos con el estado de dependencia funcional, se encontró una asociación significativa entre discapacidad y sexo femenino (OR=2,29; p=0,02), las mujeres son aparentemente más vulnerables a la dependencia funcional atribuido a su mayor longevidad en relación con el sexo masculino. La variable edad, mostró una asociación en la que a mayor edad hay mayor riesgo de dependencia funcional, en el grupo de 80 años y más OR=4,17; p=0,007, por lo que constituye un factor de riesgo importante en el deterioro de la capacidad funcional. El nivel educacional primario (OR=6,87; p=0,0001), presentó un nivel de significación estadística y asociación con la discapacidad y la dependencia funcional medida por las ABVD y AIVD, lo cual evidencia que los bajos niveles de educación se asocian con un mayor riesgo de discapacidad.

DISCUSIÓN

García Quiñones et al.⁽²⁾ en su estudio sobre envejecimiento señalan que las diferencias de género en la expectativa de vida de los cubanos mayores son claras, con valores más altos para la población femenina. Las cifras de esperanza de vida para las personas de 60 años son 21,3 años para los hombres y 23,6 años para las mujeres. Para las personas de 75 años, las expectativas de vida son de 10,9 y 12,3 años, respectivamente.

Paredes et al.⁽⁶⁾ reflejó en el estudio realizado en San Juan de Pasto, Colombia que el 61,4 % está representado por adultos mayores del género femenino, con una edad predominante entre los 65 y los 74 años (46 %). Un poco más de la mitad alcanzaron estudios de básica primaria (57 %). Resultados similares a los obtenidos por nuestra

investigación.

Asimismo, en América Latina más de 32 millones de personas tienen en la actualidad por lo menos 60 años de edad y el 55 % son mujeres. En Sonora, la población mayor de 60 años representa el 6 % de la población total, siendo las mujeres el 51 %, y el 53,3 % completaron estudios de primaria.⁽¹⁾

Estudios en Cuba describen que los bajos niveles de educación se asocian con un mayor riesgo de discapacidad y muerte entre las personas a medida que envejecen. Un nivel de educación adecuado es importante para mejorar y preservar la calidad de vida, al hacer que las personas estén mejor equipadas para administrar sus vidas y su entorno y para seguir buenas prácticas de vida.⁽²⁾

Discrepan con los resultados de la investigación un estudio realizado en Cienfuegos,⁽⁴⁾ donde se observó que el sexo masculino prevalece con una mayor frecuencia sobre el femenino. Asimismo, un estudio,⁽⁵⁾ sobre longevidad realizado en Pinar del Río mostro un predominio del sexo masculino con un 60,4 % sobre el femenino, para un 56,1 % del total de la muestra. La investigación sobre funcionabilidad y grado de dependencia en Colombia,⁽¹⁾ reflejan predominio del género masculino sobre el femenino.

A diferencia del presente estudio, Paredes et al.⁽⁶⁾ encontraron que un 63 % está en dependencia económica. Solo un 17 % tiene alguien a su cuidado, unido a la prevalencia del sexo masculino, fueron variables que se asociaron con un nivel de funcionabilidad dependiente.

Luna-Orozco et al.⁽¹⁰⁾ describe en su investigación que el 74,1 % estaba casado o vivía en unión libre; el 48,68 % correspondía a mujeres y el 64,7 % manifestó una situación económica regular. Resultados que en cierta forma difieren con nuestra investigación en cuanto al estado civil y prevalencia del sexo, sin embargo, coincide en relación a la escolaridad donde más del 50 % de la población femenina y masculina tiene un nivel primario alcanzado y a la situación económica donde el 73,4 % de los adultos mayores estudiados se encuentran trabajando o jubilados y/o pensionados. Lo cual hace énfasis que el nivel educacional bajo constituye un factor de riesgo para discapacidad en el adulto mayor.

Resultados similares a esta investigación se encontraron en el estudio realizado en La Habana, en 2019 sobre discapacidad en adultos mayores por condiciones de vida, donde en ambos grupos predominó el sexo femenino con un 51,16 % en las condiciones de vida desfavorables y un 67,74 % en el grupo de condiciones de vida favorables. Se observó que en los adultos mayores con condiciones de vida desfavorables existió un predominio del nivel de escolaridad primaria (44,19 %). En cambio, en los adultos mayores discapacitados con condiciones de vida favorables predominó el nivel medio (35,48 %).⁽¹¹⁾

Un examen de los datos por sexo muestra que, los porcentajes más altos de personas dedicadas al trabajo doméstico corresponden a mujeres que llevan una carga de trabajo no remunerada y no siempre reconocida. Estas tareas, incluyen el cuidado de niños, enfermos y discapacitados, quienes a veces también son personas adultas mayores. Resultados similares se encontraron en la investigación.⁽²⁾

La discapacidad es un término genérico que incluye deficiencias en funciones y estructuras, limitaciones en la actividad, y/o restricciones de participación en la sociedad. Indica los aspectos negativos de interacción entre un individuo (con una condición de salud) y sus factores contextuales (factores ambientales y personales).^(11,12)

El envejecimiento también trae consigo una carga importante de enfermedad crónica, se incrementa la necesidad de asistencia de estas personas en el largo plazo porque se pierde la movilidad, aumenta la fragilidad, las secuelas por enfermedades físicas o mentales que aumentan los índices de discapacidad.^(11,12)

Un estudio realizado en Honduras, señala que el 58,9 % de los adultos mayores eran mujeres y la prevalencia de discapacidad fue de 52,2 %, de causa adquirida en un 91,6 % y asociados a factores como sexo (femenino), edad mayor de 70 años, bajo nivel educacional, enfermedades crónicas, trauma, accidentes o violencia, todos con significación estadística de $p < 0,01$. Resultados que son similares a nuestra investigación relacionados con sexo, nivel educacional y origen de la discapacidad.⁽¹³⁾

Autores defienden el criterio, de que los principales factores de riesgo de fragilidad son un compendio de problemas derivados del envejecimiento biológico: alteraciones del equilibrio y marcha por múltiples discapacidades, enfermedades agudas o crónicas (conocidas o no), factores de riesgo en cuanto a abusos (estilos de vida, factores sociales, factores económicos) y factores de riesgo en cuanto a desuso (inactividad, inmovilidad, déficits nutricionales).^(6,14)

La OMS estimó que el 15 % de la población mundial presenta algún grado de discapacidad, siendo el riesgo de discapacidad más alto a mayor edad. En este informe se describe una prevalencia mundial de discapacidad en adultos mayores de 38,1 %, con importantes diferencias entre países de ingreso alto (29,5 %) comparados con países de ingreso bajo (43,4 %).⁽¹³⁾ Envejecer es la evolución de la vida, no una enfermedad, y debido al fenómeno de envejecimiento poblacional, uno de los principales retos a enfrentar en el futuro próximo será la alta prevalencia de discapacidad.⁽¹⁵⁾

La OMS señala que algunas enfermedades crónicas como las cardiovasculares, diabetes mellitus y cáncer, representan 66,5 % del total de años vividos con discapacidad en países de ingresos medios y bajos.^(13,16,17)

En nuestra investigación se encontró concordancia con lo descrito de forma general para América Latina,

sobre la mayor frecuencia de la discapacidad motora. Estudios realizados en Honduras reportan que la discapacidad fisicomotora para ambos sexos representó mayor prevalencia, 40,9 % y 30,9 % para sexo femenino y masculino respectivamente.^(13,17)

Es claro que el envejecimiento de la población produce una acumulación de enfermedades crónicas en mayores de 60 años y que la prevención primaria en menores de 60 años mejorará la salud de las cohortes que vienen, pero es indudable también que gran parte del potencial de reducir la carga de enfermedad radica en acciones de prevención primaria, detección precoz y rehabilitación en personas mayores, sobre todo en enfermedades cuya principal carga proviene de la discapacidad y no de la mortalidad como es el caso de la demencia, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), enfermedad vascular cerebral, problemas de visión y audición y enfermedades musculoesqueléticas, entre otras.⁽¹⁸⁾

Respecto a la discapacidad, según el último censo, aproximadamente el 13,5 % de la población cubana de 60 años o más reportó algún tipo de limitación o discapacidad que afecta el habla, la vista, la audición, la movilidad, el bienestar mental, la inteligencia o el manejo de los desechos corporales. Entre los mayores de 75 años la tasa de adultos mayores que reportaron discapacidades fue del 21,1 %.⁽²⁾

El concepto de discapacidad se ha dinamizado con los años y hoy se la considera el resultado de la relación entre las condiciones del medioambiente y las alteraciones físicas, sensoriales o neurocognitivas, lo que en los adultos mayores se traduce generalmente en su dependencia funcional de otros.^(1,2) La discapacidad también está asociada con otras condiciones secundarias que afectan el estado de salud y la calidad de vida, por lo que el seguimiento de este grupo poblacional cobra importancia, ya que este factor incrementa su vulnerabilidad.⁽¹⁹⁾

Luna-Orozco et al.⁽¹⁰⁾ reportó en lo que respecta a las enfermedades cardiometabólicas consideradas en su estudio, el 33,2 % reportó antecedentes de hipertensión arterial sistémica; el 13,5 % manifestó ser diabético; el 24,2 % tenía obesidad según su IMC; el 2,5 % había sufrido un infarto agudo de miocardio, y el 2 %, una enfermedad cerebrovascular. Además, el 5 % tenía morbilidades respiratorias como EPOC o asma; el 1,6 %, cáncer; el 16,6 %, artritis; el 11,4 % se había fracturado, y el 51,8 % tenía déficit cognitivo. Resultados que tienen concordancia con nuestro estudio en relación a la prevalencia de enfermedades comunes como HTA, DM y demencias, sin embargo, en nuestra investigación se observó una mayor frecuencia de enfermedad cerebrovascular e igual frecuencia para morbilidades respiratorias, así como una baja frecuencia para fracturas y osteoartritis.

Estudio realizado en Pinar del Río en el Policlínico Pedro Borrás, en su caracterización clínico-epidemiológica del envejecimiento poblacional, al analizar las enfermedades más frecuentes que padecieron los adultos mayores de la investigación se destacaron la hipertensión arterial (64,3 %), resultados que son similares a nuestra investigación. La hipertensión arterial es la que más afecta la salud de los individuos adultos mayores en las poblaciones y un importante motivo de consulta médica. Es una enfermedad y también factor de riesgo importante para otras enfermedades.⁽²⁰⁾

Los cambios en el estilo de vida en los países en vías de desarrollo (alimentos de mayor contenido graso, mayor consumo de productos de origen animal, consumo de poca fibra e inactividad), han contribuido al incremento de la prevalencia de enfermedades crónicas como diabetes mellitus tipo II, e hipertensión arterial, entre otras. A mayor edad, aumenta la prevalencia de estas enfermedades y, por consiguiente; de discapacidad. La discapacidad aumenta el riesgo de morir, independientemente de la edad, sexo y comorbilidades. Generalmente las secuelas de estas enfermedades suelen acarrear más costos que la misma enfermedad en su etapa aguda.^(21,22)

El deterioro gradual de las condiciones de salud física y mental que acompañan el envejecimiento individual, sumado a la acumulación de enfermedades crónicas, conducen, de no mediar intervenciones específicas, a la gradual pérdida de la autonomía y limitación funcional, que son los elementos que definen la salud en los adultos mayores.^(18,22,23)

El funcionamiento, que se define como la capacidad del individuo para realizar las actividades de la vida diaria, tal como se especifica en la Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud (CIF), declina gradualmente, siendo más notorio en mayores de 65 años.^(18,22,24) En el gráfico 2, se desglosa la evaluación funcional según actividades básicas e instrumentadas de la vida diaria.

Para los profesionales de la salud de la atención primaria, constituye una guía que les ayuda en el diagnóstico, y les permite planificar los cuidados, establecer objetivos de rehabilitación y darle seguimiento a la evaluación clínica de los ancianos dependientes.

En este contexto relacionado con la evaluación funcional según actividades básicas e instrumentadas de la vida diaria, el estudio muestra una mayor proporción de adultos mayores con independencia funcional. Se encuentran resultados similares en una investigación⁽⁶⁾ realizada en Colombia en los cuales la capacidad funcional evidenció mayores limitaciones en las actividades instrumentales de la vida diaria en adultos mayores en Barranquilla con una dependencia de solo el 4,5 %.

En la investigación realizada en Brasil en Sao Paulo, el cual arrojó datos significativos frente al nivel de dependencia, donde el 80,7 % no presenta limitaciones que impidan su autocuidado; sin embargo, se observa

una caída en el rendimiento funcional entre las personas mayores de edad avanzada. También expone que el 26,5 % de los ancianos tienen dificultad para realizar actividades de la vida diaria instrumentales, por lo tanto, prevalece la necesidad de ayuda de otras personas que actúan como enlace entre ellos y su entorno social. Resultados afines con este estudio.⁽⁶⁾

Los resultados del presente estudio determinaron que, con el proceso de envejecimiento, la capacidad funcional se ve condicionada a múltiples factores, lo que conlleva a que el adulto mayor pierda paulatinamente su nivel de independencia, lo cual puede impactar en su calidad de vida y, por ende, en el contexto donde interactúa.

Las ventajas en la supervivencia femenina en comparación con los hombres no equivalen necesariamente a una mejor salud. Las evidencias empíricas indican que las mujeres tienden a experimentar una mayor morbilidad que los hombres a lo largo del ciclo de vida. Esta morbilidad conlleva una mayor incidencia de trastornos agudos, una mayor prevalencia de enfermedades degenerativas crónicas y mayores niveles de discapacidad.^(2,22)

La educación de la primera infancia combinada con las oportunidades para el aprendizaje permite desarrollar habilidades para adaptarse y permanecer independientes a medida que envejecen.^(2,23)

Relacionado con el estado de salud, se encontró asociación entre determinadas comorbilidades y el riesgo de dependencia funcional, siendo más significativo la presencia de Hipertensión Arterial Sistémica (OR=5,87; p=0,01), seguido del deterioro cognitivo por Demencia (OR=5,70; p=0,01) y Enfermedad cerebrovascular (OR=3,02; p=0,03). Con el incremento en la frecuencia de enfermedades crónicas a medida que la población envejece, estas tienden a generar complicaciones y secuelas que dificultan la independencia y la autonomía de las personas.⁽²⁵⁾

Otras afecciones presentaron significación estadística, tales como: osteoartritis (p=0,02), cáncer (p=0,003), secuelas post fractura (p=0,01). Lo cual está en relación a lo planteado en otro estudio⁷ realizado en Colombia, donde los ancianos con dolor generalizado tuvieron 3 veces mayor riesgo de presentar dificultad inicial de movilidad en comparación con los que no presentan dolor. El dolor generalizado va a predecir disminución de la movilidad y posterior discapacidad.

Se precisa que con una mayor presencia de enfermedades crónicas acrecienta la posibilidad de tener discapacidad severa.⁽⁷⁾ Mientras en algunos estudios las enfermedades cardiovasculares fueron más prevalentes, en algunos trabajos lo fue la artritis, seguida de diabetes, ataque cardíaco, accidente cerebrovascular, fractura de cadera y cáncer.^(9,11,25)

En la investigación realizada por Luna-Orozco se encontró una asociación significativa entre la presencia de discapacidad, y la presencia de “multimorbilidad” (p<0,001), hipertensión arterial sistémica (p<0,001), artritis (p<0,001), enfermedad cerebrovascular (p<0,001), déficit cognitivo (p<0,001), EPOC o asma (p=0,017) y antecedentes de fractura (p=0,013). Resultados similares se obtienen con en el presente estudio relacionado con comorbilidades como Hipertensión Arterial Sistémica, Déficit cognitivo, Enfermedad Cerebrovascular, y antecedentes de fractura, y difieren en relación a EPOC.⁽¹⁰⁾

En el estudio de Ortiz García, et al.,⁽²⁰⁾ al analizar las enfermedades más frecuentes que padecieron los adultos mayores de la investigación se destacaron la hipertensión arterial (64,3 %), las enfermedades cerebrovasculares (35,6 %) y las enfermedades psiquiátricas (24,6 %). Resultados afines con el presente estudio.

Dentro de los resultados encontrados en el estudio⁶ de adultos mayores en San Juan de Pasto, Colombia, se describe que los antecedentes de enfermedad cerebrovascular (OR = 3,41; IC95%: 1,21-9,61), artritis (OR = 2,24; IC95%: 1,27-3,98), síntomas depresivos (OR = 3,07; IC95%: 1,54-6,123) y síntomas de deterioro cognitivo (OR = 2,04; IC95%: 1,15-3,64) se encontraron asociados con un mayor riesgo de dependencia funcional. Resultados similares se observan con la actual investigación en relación a enfermedad cerebrovascular y deterioro cognitivo.

Las enfermedades del corazón, los tumores malignos, las enfermedades cerebrovasculares representaron un porcentaje elevado de todas las muertes en Cuba en 2019. Asimismo, el 5,3 % de la población cubana de edad avanzada, sufre de deterioro cognitivo. Se estima que 160 000 personas mayores sufren de demencia, de estas personas el 70 % sufre de Alzheimer.⁽²⁾

Estas enfermedades generalmente se desencadenan por patrones de salud inadecuados como el consumo de tabaco y alcohol, la falta de ejercicio y una nutrición poco saludable.⁽²⁾

Se concluye que existe un predominio del sexo femenino sobre el sexo masculino. El grupo de edades más significativo se encuentra entre 60 y 69 años y el nivel de escolaridad primaria es el de mayor proporción, la mayoría de los adultos mayores con discapacidad son solteros, están jubilados o pensionados y en orden decreciente trabajan o realizan tareas domésticas. Las discapacidades adquiridas son las de mayor frecuencia siendo las discapacidades motoras y mentales las que representan el mayor número en la población estudiada; dentro de las morbilidades de mayor prevalencia se observó la hipertensión arterial, la diabetes mellitus, la demencia y enfermedad cerebrovascular; el nivel de funcionamiento de la población estudiada más significativo fue el nivel III (independientes), seguido en menor proporción de los niveles II y I. Los principales factores asociados a la discapacidad en el adulto mayor fueron, el sexo femenino, la edad, la educación y dentro del estado de salud enfermedades como la Hipertensión Arterial, el deterioro cognitivo por demencia y Enfermedad

Cerebrovascular.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Laguado Jaimes E, Camargo Hernández KC, Campo Torregroza E, Martín Carbonell MC. Funcionalidad y grado de dependencia en los adultos mayores institucionalizados en centros de bienestar. *Rev Gerokomos*. 2017; 28(3):135-41.
2. García Quiñones R, Alfonso León A. El envejecimiento en Cuba: políticas, progresos y desafíos. [Internet]. *Trabajo y Justicia Social*; 2020. <http://library.fes.de/pdf-files/bueros/fescaribe/17127.pdf>
3. Puello-Alcocer EC, Amador-Ahumada C, Ortega-Montes JE. Impacto de las acciones de un programa de enfermería con enfoque promocional y de autocuidado en la capacidad funcional de adultos mayores. *Rev Univ Salud*. 2017; 19(2):152-62.
4. Abreus Mora JL, González Curbelo VB, Borges Clavero MA. Capacidad física equilibrio en el desempeño funcional de adultos mayores: casas de abuelos, municipio Cienfuegos. *Rev Universidad y Sociedad*. 2018; 10(5): 280-6.
5. Hernández Chacón Y. Comportamiento de la fragilidad, polifarmacia y autovalidismo en la calidad de vida del longevo. *Rev Ciencias Médicas Pinar del Río*. 2019;23(5).
6. Paredes Arturo YV, Yarce Pinzón E, Aguirre Acevedo DC. Funcionalidad y factores asociados en el adulto mayor de la ciudad San Juan de Pasto, Colombia. *Rev Cienc Salud*. 2018; 16(1):114-28.
7. Calvo-Soto AP, Gómez-Ramírez E. Condiciones de salud y factores relacionados con discapacidad en adultos mayores: una reflexión para la atención. *Rev Univ Salud*. 2018; 20(3):270-82.
8. Alvarez Sintés R, Diaz Alonso G, Salas Mainegra I, Lemus Lago ER, Batista Moliner R. *Temas de Medicina General Integral, Volumen II, La Habana 2013*. P.375-393.
9. Cuba. Ministerio de Salud Pública. *Anuario Estadístico de Salud 2020*. La Habana: MINSAP, Dirección Nacional de Registros Médicos y Estadísticas de Salud; 2020. Disponible en: http://files.sld.cu/dne/files/2020/04/anuario_2020.pdf
10. Luna Orozco K, Fernández Nino JA, Astudillo García CI. Asociación entre la discapacidad física y la incidencia de síntomas depresivos en adultos mayores mexicanos. *Rev Biomédica*. 2020; 40:641-55.
11. Almenares Rodríguez K, Corral Martín A, Pría Barros MC, Álvarez Lauzarique ME. Discapacidad en adultos mayores por condiciones de vida. *Rev Cubana de Medicina General Integral*. 2019;35(4).
12. Muñoz Silva C, Rojas Orellana P, Marzuca-Nassr G. Criterios de valoración geriátrica integral en adultos mayores con dependencia moderada y severa en Centros de Atención Primaria en Chile. *Rev. méd. Chile*. 2017; 143(5):612-618.
13. Mejía MA, Rivera PM, Urbina M, Sierra L, Flores S, Martínez C, et al. Alta prevalencia de discapacidad en adultos mayores de 15 departamentos de Honduras, año 2015. *Rev Méd Hondur*. 2021; 89(1): 1-8.
14. Cuba. Oficina Nacional de Estadísticas. *El envejecimiento de la población. Cuba y sus territorios*. 2018. [Internet]. La Habana: CEPDE; 2018.
15. Leite Marinês T, Castioni D, Kirchner RM, Hildebrandt L M. Capacidad funcional y nivel cognitivo de adultos mayores residentes en una comunidad en el sur de Brasil. *Enferm. glob*. 2015;14(37):1-11.
16. Perugache Rodríguez, A et al. Educación emocional y satisfacción con la vida percibida en un grupo de adultos mayores. *Revista Colombiana de Ciencias Sociales*. 2018;7(2):312-331. <https://doi.org/10.21501/22161201.1981>.
17. Aranco N, Stampini M, Ibararán P, Medellín N. Panorama de envejecimiento y dependencia en América Latina y el Caribe. *Banco Internacional de Desarrollo*; 2018. <https://publications.iadb.org/publications/>

spanish/document/Panorama-de-envejecimiento-y-dependencia-en-America-Latina-y-el-Caribe.pdf

18. Albala C. El envejecimiento de la población chilena y los desafíos para la salud y el bienestar de las personas mayores. *Rev Médica Clínica Los Condes*. 2020; 31(1): 7-12.

19. Carrera VA, Salazar JF. Velocidad de la marcha como predictor de recuperación funcional en adultos mayores hospitalizados. *Rev Médica*. 2019; 18(1):41-6.

20. Ortiz García, AO; González Rodríguez, R. Caracterización epidemiológica del envejecimiento poblacional en un área de salud. Octubre a Diciembre 2017. *Rev Panorama y Salud* 2018;13 (Especial):416-420.

21. Villafuerte Reinante J, Alonso Abatt Y, Alonso Vila Y, Alcaide Guardado Y, Leyva Betancourt I, Arteaga Cuéllar Y. El bienestar y calidad de vida del adulto mayor, un reto para la acción intersectorial. *Medisur*. 2019;15(1):85-92.

22. Tello Velázquez Y, Bayarre Veja H, Herrera Domínguez H, Hernández Pérez Y. Prevalencia y factores de riesgo de discapacidad física en ancianos. Municipios Amancio Rodríguez y Jobabo. 2019. *Rev Cubana Salud Pública*. 2019; 27(1):19-25.

23. Belaunde Clausell A, Ramos Guido EL, Pavón Bestard LA. Fragilidad en ancianos hospitalizados en un servicio de medicina interna. *Rev Cubana Medicina Militar*. 2019;48(4).

24. Belaunde Clausell A, Ramos Guido EL, Consuegra Ivars G, Piloto Cruz A. Factores predictores de mortalidad en ancianos frágiles. *Rev Cubana Medicina Militar*. 2020; 49(1).

25. Popoca M, Cinta DM. Factores asociados a la dependencia funcional del adulto mayor de acuerdo con el modelo biopsicosocial: estudio transversal realizado en 2017 en la capital de Veracruz, México. *Rev Gerenc Polit Salud*. 2020; 19: 1-14.

CONFLICTO DE INTERESES

No hubo conflicto de interés.

FINANCIACIÓN

Sin financiamiento.

CONTRIBUCIÓN DE AUTORÍA

Conceptualización: Daelys Castro Montesino, Issel Padrón Reguera, Omar Ramos Fernández, Mercedes Robaina Relova, Wilfredo Correas Valladares.

Redacción- revisión y edición: Daelys Castro Montesino, Issel Padrón Reguera, Omar Ramos Fernández, Mercedes Robaina Relova, Wilfredo Correas Valladares.