



ISSN: 1561-3194

Rev. Ciencias Médicas. sept-oct, 2012; 16(5):56-66

MEDICINA GENERAL INTEGRAL

Discapacidad física en el anciano en un Consejo Popular de Pinar del Río

Physical disability in the elderly at a Popular Council. Pinar del Río

Marién García Otero¹, Madelén García Otero², Jorge Naranjo Ferregut³, Rafael García Portela⁴, José. A Rodríguez Rodríguez⁵

¹Especialista de Segundo Grado en Medicina General Integral y de Primer Grado en Medicina Física y Rehabilitación. Máster en Longevidad Satisfactoria. Profesora Auxiliar. Hospital Clínico Quirúrgico "León Cuervo Rubio". Pinar del Río. Correo electrónico: mariengo@princesa.pri.sld.cu

²Especialista de Segundo Grado en Medicina General Integral. Máster en Longevidad Satisfactoria. Profesora Auxiliar. Dirección Provincial de Salud. Pinar del Río. Correo electrónico: madelen@minsap.pri.sld.cu

³Especialista de Segundo Grado en Medicina General Integral y de Primer Grado en Medicina Física y Rehabilitación. Máster en Longevidad Satisfactoria. Profesora Auxiliar. Hospital Clínico Quirúrgico "León Cuervo Rubio". Pinar del Río. Correo electrónico: jnaranjo@princesa.pri.sld.cu

⁴Especialista de Segundo Grado en Medicina Interna. Doctor en Ciencias Médicas. Profesor Titular y Consultante. Universidad de Ciencias Médicas de Pinar del Río. Correo electrónico: portela@princesa.pri.sld.cu

⁵Licenciado en Medicina Física y Rehabilitación. Instructor. Hospital Provincial Pediátrico "Pepe Portilla". Pinar del Río. Correo electrónico: raudel1991@princesa.pri.sld.cu

RESUMEN

Introducción: el envejecimiento, al contrario del crecimiento, no es un fenómeno genéticamente programado, es un proceso deletéreo, progresivo, intrínseco y universal, que con el tiempo ocurre en todo ser vivo a consecuencia de la interacción de la genética del individuo y su medio ambiente

Objetivo: describir el comportamiento de la discapacidad física en los adultos mayores.

Material y método: se realizó un estudio observacional descriptivo y de corte

Rev. Ciencias Médicas. sept-oct, 2012; 16(5):56-66

transversal en la población de adultos mayores residentes en el Consejo Popular "Hermanos Barcón" en el 2010. Se estudió un universo de 2567 ancianos. La muestra seleccionada se obtuvo mediante un muestreo por conglomerados bietápico, donde las unidades de la primera etapa fueron los 15 consultorios del consejo popular, de los cuales se seleccionaron 2 por muestreo simple aleatorio, el consultorio #199 y el #214. Para la recogida de la información se aplicó el índice de Lawton.

Resultados: se estimaron las tasas de prevalencia específicas de discapacidad física para cada una de las variables biológicas y sociales estudiadas y calcularon los intervalos de confianza al 95% para las respectivas tasas de prevalencia. Resultó mayor la discapacidad física en el sexo femenino y el grupo de edades de 80 años y más, así como el bajo nivel de escolaridad.

Conclusiones: las principales limitaciones en la realización de las actividades instrumentadas de la vida diaria fueron las actividades con desplazamiento fuera del hogar seguidas de las propias del hogar.

DeCS: Anciano/fisiología, Anciano frágil.

ABSTRACT

Introduction: aging, oppose to growing, is not a genetic programmed phenomenon, it is a lethal, progressive, intrinsic and universal process, that occurs in every living being as a consequence of the individual genetic features and environmental interaction.

Objective: to describe the behavior of physical disability in the elderly.

Material and Method: observational, descriptive and cross-sectional study was conducted comprising the old population at "Hermanos Barcon" Popular Council during 2010 in Pinar del Rio. The target group included 2567 old people, and the sample was chosen through a two-staged conglomeration, where the first-stage included 15 Doctor's Offices from the popular council; out them 2 were selected by a simple, at random sampling (number 199 and 214 Doctor's Offices), following Lawton's index to collect the information.

Results: the rates for the specific prevalence of physical disabilities in each of the biological and social variables under study were estimated, as well as the calculation of the intervals of confidence up to 95% to the respective rates of prevalence. Female sex showed the highest occurrence rates of physical disabilities along with the group of 80 years old or more, and low levels of instruction.

Conclusions: the main limitations to perform the instrumented daily activities were those that required movements from one place to another out of their houses, followed by those into their houses.

DeCS: Aged/physiology, Frail elderly.

INTRODUCCIÓN

La Real Academia Española (RAE) define el término envejecer como el hacer vieja una persona o cosa, con el pasar de los años o debido al mucho uso; y a la vejez como el estado último de antigüedad de las cosas o personas. Se considera la vejez sinónimo de edad senil o senectud, definida en la *Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento* como el período de la vida humana cuyo comienzo se fija,

comúnmente, alrededor de los 60 años, caracterizado por la declinación de todas las facultades.¹

El envejecimiento, al contrario del crecimiento, no es un fenómeno genéticamente programado, es un proceso deletéreo, progresivo, intrínseco y universal que con el tiempo ocurre en todo ser vivo a consecuencia de la interacción de la genética del individuo y su medio ambiente. Podría también definirse como todas las alteraciones que se producen en un organismo con el paso del tiempo y que conducen a pérdidas funcionales y a la muerte.²

Se ha afirmado que el siglo XX ha sido el del crecimiento de la población, y el XXI será el del envejecimiento, dicho proceso ha comenzado.¹ La prolongación de la esperanza de vida ha sido un anhelo de la humanidad. En este sentido, el envejecimiento puede ser considerado un logro en el que mucho ha aportado el desarrollo científico técnico alcanzado.³

El desarrollo de la vida, la capacidad funcional y la longevidad deben ir acompañados de una adecuada salud, pues sin esta condición hay, a medida que se envejece, una alta probabilidad de acercarse a la dependencia por una limitación no controlada que lleve a la discapacidad en cualquier orden.⁴

La Organización Mundial de la Salud (OMS), considera que las actividades de la vida diaria (AVD), constituyen el indicador más importante para medir el funcionamiento en el anciano. Para medir las AVD se han utilizado diferentes instrumentos, dentro de los que se destacan por su uso, el índice de Katz (IK) para las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) y el índice de Lawton (IL) con su escala para las actividades instrumentadas de la vida diaria (AIVD).^{1, 5,6}

Este último introduce un nivel más complejo en la evaluación, al propiciar que se puedan medir aspectos que van más allá del autocuidado como son: uso del teléfono, realización de compras, preparación de comidas, mantenimiento de la casa, lavado de la ropa, uso del transporte público, autoadministración de medicamentos y capacidad para manejar sus finanzas.

Las discapacidades físicas, íntimamente relacionadas con el incremento de la expectativa de vida, se consideran entre los problemas más graves a enfrentar en la actualidad. Ante esta situación, se considera que la manera más atinada para tratar el asunto debe coadyuvar a la emisión de un conjunto de medidas que eviten la aparición de discapacidades en aquellos no afectados por el problema, revertan la situación en los casos de discapacidad incipiente, y la retrasen o mitiguen en aquellos donde ya esté instalada. Ello implica el tratamiento de la discapacidad física y mental con perspectiva de "riesgo".

Según las palabras del autor, "el problema radica en el fracaso de la sociedad y del entorno creado por el ser humano para ajustarse a las necesidades y aspiraciones de las personas con discapacidad y no en la incapacidad de dichas personas para adaptarse a las demandas de la sociedad".⁷

La investigación se realizó con el objetivo de describir el comportamiento de la discapacidad física en los adultos mayores del Consejo Popular "Hermanos Barcón" de Pinar del Río durante el año 2010.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó un estudio observacional descriptivo, de corte transversal en la población de adultos mayores residentes en el Consejo Popular "Hermanos Barcón" en el 2010. Se estudió un universo de 2567 ancianos y la muestra seleccionada se obtuvo mediante un muestreo por conglomerados bietápico donde de las unidades de primera etapa fueron los 15 consultorios del consejo popular, de los cuales se seleccionaron dos por muestreo simple aleatorio, el consultorio 199 y el 214. Las unidades de segunda etapa fueron los ancianos que pertenecían a cada uno de los consultorios que se escogieron en el paso anterior. La selección por muestreo simple aleatorio, a partir de las historias de salud familiar obtuvo 90 ancianos de cada uno de los consultorios. Del consultorio 199 se visitaron 89 ancianos, mientras que del consultorio 214 solo 88.

El tamaño de la muestra mínimo requerido fue calculado con el programa de procesamiento estadístico EPIDAT 3.0 según los siguientes parámetros:

- Tamaño poblacional: 2600. Es un aproximado del total de ancianos (2567) pesquisados según el Programa del Adulto Mayor del Consejo Popular "Hermanos Barcón".
- Proporción esperada de ancianos con al menos una discapacidad física): 35%. Es un aproximado de reportes de otras investigaciones que expresan una tasa de discapacidad física de 34,8%.⁵
- Nivel de confianza: 95%.
- Error máximo admisible: 10%.
- Error de diseño (*deff*): 2.
- Tasa de no respuesta: 3%.

El cálculo del tamaño de muestra mínimo requerido resultó de 173 unidades. La muestra finalmente fue de 177 ancianos.

- Técnicas para la obtención de la información

Para la recogida de la información se aplicó el índice de Lawton (IL) para evaluar la esfera física. La aplicación del instrumento se realizó por la autora del trabajo, apoyada por un grupo de estudiantes de segundo año de la carrera de medicina y por los médicos de la familia de los consultorios seleccionados motivados con la investigación.

La aplicación del instrumento se realizó de la siguiente forma: Se aplicó el IL a todos los ancianos o en su defecto (déficit cognoscitivo, sordos, mudos) a informantes o convivientes y se consideró discapacitado físico o dependiente aquel incapaz de realizar una AIVD.

- Operacionalización de variables

VARIABLE	TIPO DE VARIABLE	ESCALA	DEFINICIÓN OPERACIONAL
1. Discapacidad física	Cualitativa nominal dicotómica	Presente Ausente	Se consignó presente si el anciano considera que está imposibilitado para realizar al menos una de las AIVD, medidas a través del IL. Ausente si considera que es capaz de realizar todas las AIVD.
VARIABLE	TIPO DE VARIABLE	ESCALA	DEFINICIÓN OPERACIONAL
1. Edad	Cuantitativa continua	60 a 69 70 a 79 80 y más años	Se consideró la edad en años cumplidos al momento de la investigación, a partir de la cual se clasificaron los sujetos en tres grupos previamente definidos
2. Sexo	Cualitativa nominal dicotómica	Masculino Femenino	Según sexo biológico.
5. Escolaridad	Cualitativa nominal politómica	Analfabeto Primaria inconclusa Primaria concluida Secundaria concluida Preuniversitario concluido Universidad concluida	Se consideró analfabeto, si refiere no haber cursado estudios; primaria inconclusa, si habiendo comenzado la escuela primaria no terminó los estudios de este nivel; primaria concluida, si alcanzó el 6to grado; secundaria concluida, si alcanzó el 9no grado; preuniversitario concluido, si alcanzó el 12mo grado; universidad concluida, si alcanzó un título universitario.

Técnicas de procesamiento y análisis.

Cada registro se introdujo en una base de datos en Microsoft Excel. Se estimaron, de manera puntual, la tasa de prevalencia de discapacidad física (TPDF), a través de la siguiente expresión:

$$TPDF = \frac{\text{Ancianos discapacitados físicos de la muestra}}{\text{Total de ancianos de la muestra}} \times 100$$

donde: **TPDF**: Tasa de prevalencia de discapacidad física.

Se calcularon los intervalos de confianza (al 95%) para las respectivas tasas de prevalencia y otros porcentajes de interés y estimaron tasas de prevalencia

específicas de discapacidad física para cada una de las variables biológicas y sociales estudiadas. Para el cálculo de los intervalos de confianza se empleó el programa de procesamiento estadístico EPIDAT 3.0.

Ética

Antes de ser incluidos en el estudio se les solicitó a cada adulto mayor, o en su defecto al familiar (en caso de deterioro cognitivo importante), su consentimiento informado. Se explicaron los objetivos del estudio y la importancia de su participación y garantizó la confidencialidad de la información aportada y la posibilidad de abandonar el estudio si así lo deseaban, sin repercusión alguna. La aceptación de los pacientes a participar en el estudio se solicitó verbalmente y por escrito.

RESULTADOS

La visión que la sociedad tiene de la discapacidad, de las personas con discapacidad y del papel que ha de tener el entorno ha evolucionado profundamente en las últimas décadas. De la postura estigmatizante del pasado se ha llegado a una situación de compromiso y lucha por los derechos, la igualdad y la integración de las personas con discapacidad.

La prevalencia de la discapacidad física en los ancianos del estudio fue de 52 con una tasa de 29,4. Las principales limitaciones en la realización de las AIVD fueron el modo de transporte con un 22,0% seguido de la realización de compras con un 19,8%, tabla 1.

Tabla 1. Ancianos con limitaciones para realizar las actividades Instrumentadas de la vida diaria.

Actividades Instrumentadas de la Vida Diaria.	Número	Porcentaje	IC-95%
Capacidad del uso del teléfono	15	8,5	4,1-12,9
Realización de compras	35	19,8	13,6-25,9
Preparación de alimentos	33	18,6	12,6-24,7
Manejo de la casa	30	16,9	11,1-22,8
Lavado de ropa	28	15,8	10,2-21,5
Modo de transporte	39	22,0	15,6-28,4
Responsabilidad en los medicamentos	24	13,6	8,2-18,9
Capacidad en el manejo de las finanzas	31	17,5	11,6-23,4

n = 177

Se muestra un incremento de la discapacidad física a medida que aumenta la edad con un tasa de 15,7 en el grupo de 60 -69 años a 42,9 en el de 80 y más. Tabla 2.

Tabla 2. Ancianos discapacitados físicos según grupo de edad.

Grupo de edad	No.	Tasa*	IC-95%
60 - 69 (n = 89)	17	15,7	10,4-27,8
70 - 79 (n = 53)	20	37,7	23,7-51,7
80 y más (n = 35)	15	42,9	25,0-60,7
Total (n = 177)	52	29,4	22,4-36,4

* Por 100 adultos mayores.

En cuanto a la prevalencia de la discapacidad física y el sexo existió un predominio del sexo femenino con una tasa de 31,5 (Tabla 3).

Tabla 3. Ancianos discapacitados físicos según sexo.

Sexo	No.	Tasa*	IC-95%
Masculino (n = 72)	19	26,4	15,5-37,3
Femenino (n = 105)	33	31,5	22,1-40,8
Total (n = 177)	52	29,4	22,4-36,4

*Por 100 adultos mayores.

Se muestra la prevalencia de la discapacidad física según la escolaridad, observándose un incremento de la tasa a menor nivel de escolaridad. En aquellos ancianos con nivel universitario se presentó una tasa de discapacidad de 20,0 y en los analfabetos una tasa de 80,0. Tabla 4.

Tabla 4. Ancianos discapacitados físicos según nivel de escolaridad.

Escolaridad	No.	Tasa*	IC-95%
Analfabeto (n=5)	4	80,0	28,9-99,5
Primaria inconclusa (n=44)	19	43,1	27,4-59,0
Primaria concluida (n=61)	23	37,7	24,7-50,7
Secundaria concluida (n=38)	12	31,6	15,5-47,7
Pre universitario terminado (n=19)	5	26,3	9,1-51,2
Universidad terminada (n=10)	2	20,0	2,5-55,6
Total (n=52)	52	100,0	93,2-100,0

* Por 100 adultos mayores.

DISCUSIÓN

Algunos consideran a la vejez como una etapa de decadencia física y proyectan sobre los viejos una imagen de discapacidad, inutilidad social y rigidez. Estas ideas estereotipadas que muchos creen verdaderas, llegan a denigrar y descalificar a la vejez, lo que repercute sobre los ancianos que, al hacer suyas tales ideas, acaban por percibirse a sí mismos en esos términos; de ahí que acepten su deterioro como algo fatal, y tiendan a adoptar una actitud de resignación y apatía frente a lo que acontece, inhibiendo así cualquier iniciativa.³ La prevalencia de la discapacidad física encontrada es similar a la de un estudio realizado en cinco provincias de Cuba.³

La realización de las AIVD se afecta más tempranamente que las AVDB, pues se trata de actividades más complejas que necesitan mayor coordinación y elaboración de los actos por parte del individuo, lo que a su vez incrementa la vulnerabilidad del individuo ante alteraciones mínimas de una función orgánica determinada, resultando más difícil realizar aquellas actividades con desplazamiento fuera del hogar que las propias del hogar. La diferencia de discapacidad física por sexo pudiera deberse a la discreta mejoría alcanzada en la esperanza de vida para el sexo femenino en relación con el masculino, lo que conlleva a un mayor número de mujeres en los grupos etáreos superiores, donde esta afectación es más frecuente.⁸

Otros reportes con igual criterio al establecido para este estudio, presentaron similares resultados.^{5,9} Sin embargo, pudiera considerarse que esto no se deba a causas estrictamente biológicas, en relación con la predisposición a la discapacidad por uno u otro sexo, sino a la coexistencia de un conjunto de razones, entre las que se destacan: el predominio de familias extendidas en la población cubana, de manera que en la organización de las actividades domésticas, la mujer de edad avanzada puede estar limitada por las féminas jóvenes que asumen su trabajo, o de lo contrario, sobrecargadas en el trabajo doméstico; la presencia de una mayor, aunque discreta, mejoría de la esperanza de vida en el sexo femenino con relación al masculino, provoca que exista un mayor número de efectivos poblacionales femeninos en los grupos etáreos superiores, incrementando la probabilidad de discapacidad.³

Por otra parte, es conocido el papel protector de los estrógenos en la mujer, que se pierde en la edad postmenopáusica, originando un distrés metabólico que se suma al distrés de la senilidad, siendo más frecuente que en el varón la osteoporosis, fracturas de cadera y otros trastornos que generan discapacidad.¹⁰

En cuanto a las tasas de escolaridad se ha encontrado asociación entre un menor nivel de escolaridad y tener dificultades para realizar las actividades de la vida diaria, que resulta similar con los resultados de nuestro estudio.¹¹

El alfabetismo propicia el bienestar del individuo y permite que logre sus perspectivas económicas o incrementen sus motivaciones intelectuales, lo que hace que las personas lleguen a la senectud con mayor preparación. No es así con los ancianos con menor nivel educacional, ya que éstos o no laboraron o lo hicieron en trabajos con menos ingresos, más difíciles y duros durante todo un período, para así poder mantener unas condiciones de vida más o menos acorde con lo que les permite la sociedad.³

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. López ML, Miranda Guerra A, Hernández Vergel LL. Valimiento del adulto mayor en dos consultorios del Policlínico Docente "Hermanos Cruz". *Rev Cubana Med Gen Integr* [Internet]. 2010 [citado 2011 Ene 24]; 26(2): [aprox. 5p.]. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/mgi/v26n2/mgi04210.pdf>
2. Bayarre Veá HD, Pérez Piñero J, Menéndez Jiménez J. Las transiciones demográficas y epidemiológicas y la calidad de vida objetiva en la tercera edad. *Rev GeroInfo*. [Internet]. 2006 [citado 2012 Abril 10]; 1(3): [aprox. 6 p.]. Disponible en: http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/gericuba/las_transiciones_demografica_y_epidemiologica_y_la_calidad_de_vida_objetiva_en_la_tercera_edad.pdf
3. Bayarre Veá HD, Pérez Piñero JS, Menéndez Jiménez J, Tamargo Barbeito TO, Morejón Carralero A, Garrido Díaz D, et al. Factores de riesgo de discapacidad física en ancianos de Ciudad de La Habana, Camagüey, Las Tunas, Granma y Holguín. *Rev Cubana Med Gen Integr*. [Internet]. 2008 [citado 2012 Abr 20]; 24(2): [aprox. 5 p.]. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol24_2_08/mgi02208.htm
4. Llanes Betancourt C. Evaluación funcional y anciano frágil. *Rev Cubana Enfermer*. [Internet]. 2008 jun [citado 2011 Feb 2]; 24(2): [aprox. 1p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192008000200005&lng=es&nrm=iso&tlng=es
5. Bayarre Veá H, Piñero Pérez JS, Menéndez Jiménez J, Tamargo Barbeito T, Morejón Carralero A, Garrido Díaz D, et al. Modelos para el vaticinio de discapacidad física en adultos mayores en el nivel primario de atención. *Rev Cubana Med Gen Integr*. [Internet]. 2009 Ene-Mar [citado 2011 Feb 2]; 25(1): [aprox. 5p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-21252009000100003&script=sci_arttext
6. Lawton MS, Brody EM. Assessment of the older people. Self-maintaining and instruments of activities of daily living. *Gerontologist*. [Internet]. 1969 [citado 2011 Feb 2]; 9(3): [Aprox. 7p.]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/5349366>
7. López Cobo M. La discapacidad y las clasificaciones, las encuestas y las leyes. [Internet]. 2007. [actualizado 2011 Feb 9]. Disponible en: http://www.pactodeproductividad.com/doc/dis_cla.pdf
8. Álvarez Rodríguez, MA, Vargas Polanco I, Sarmiento Falcón Z. Factores de riesgo biopsicosociales relacionados con la discapacidad física en los ancianos. *MEDISAN*. [Internet]. 2010 Ago [citado 2012 Mar 12]; 14(6): [aprox. 6 p.]. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol_14_6_10/san01610.htm
9. Díaz Garrido D, Bayarre Veá H, Lazo Álvarez MA, Menéndez Jiménez J, Pérez Piñero JS, Tamargo Barbeito T. Prevalencia de discapacidad física en ancianos de la provincia Granma. *Rev Cubana Med Gen Integr*. [Internet]. 2007 [citado 2011 Feb 2]; 23(2): [aprox. 5p.]. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol23_2_07/mgi09207.htm
10. Torres Marín JC. Evaluación Funcional del Adulto Mayor: Consultorio Médico 262, Policlínico "Turcios Lima", Julio-Diciembre del 2006. *Rev Ciencias Médicas*.

[Internet] 2009 [citado 2012 Mar 12]; 13(4): [aprox.10 p.]. Disponible en:
<http://scielo.sld.cu/pdf/rpr/v13n4/rpr12409.pdf>

11. Bayarre Veá Héctor D, Pérez Piñero Julia S, Menéndez Jiménez Jesús, Tamargo Barbeito Teddy O, Morejón Carralero Agustín, Garrido Díaz Dayamí et al. Prevalencia de discapacidad física en adultos mayores de provincias seleccionadas, Cuba 2000-2004. Rev Cubana Salud Pública [revista en la Internet]. 2008 Jun [citado 2012 Jul 23]; 34 (2). Disponible en:
[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864 -
34662008000200002&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662008000200002&lng=es)

Recibido: 7 de mayo de 2012.
Aprobado: 4 de octubre de 2012.

Dra. Marién García Otero. Especialista de Segundo Grado en Medicina General Integral y de Primer Grado en Medicina Física y Rehabilitación. Profesora Auxiliar. Máster en Longevidad Satisfactoria. Hospital Clínico Quirúrgico "León Cuervo Rubio". Pinar del Río. Correo electrónico: mariengo@princesa.pri.sld.cu
