

Discapacidad en adultos mayores por condiciones de vida

Disability among the elderly due to living conditions

Kenia Almenares Rodríguez^{1*} <http://orcid.org/0000-0003-3918-4241>

Ariadna Corral Martín¹ <http://orcid.org/0000-0001-9439-8707>

María del Carmen Pría Barros¹ <http://orcid.org/0000-0002-2583-631X>

María Esther Álvarez Lauzarique¹ <http://orcid.org/0000-0002-3237-9495>

¹Escuela Nacional de Salud Pública. La Habana, Cuba.

*Autor para la correspondencia: kenialmenares@infomed.sld.cu

RESUMEN

Introducción: La extensión de la vida humana hacia edades muy prolongadas, ha traído consigo un predominio de la discapacidad.

Objetivos: Estimar la prevalencia de discapacidad física en los adultos mayores por condiciones de vida favorables y desfavorables.

Métodos: Se realizó un estudio descriptivo en dos poblaciones de adultos mayores del área de salud Salvador Allende del municipio Boyeros en el año 2015: consultorios identificados como condiciones de vida favorable y desfavorable. Se realizó un muestreo por conglomerados en dos etapas, resultaron, 87 adultos mayores en las condiciones favorables y 117 en condiciones desfavorables. Se aplicó el instrumento Whodas II, se consideró que la persona estaba discapacitada, si al menos una de sus dimensiones estaba afectada. Los datos se resumieron en números absolutos y porcentaje. Se calcularon estimadores de proporción con sus intervalos de confianza para la diferencia entre dos poblaciones.

Resultados: La prevalencia de discapacidad fue de 71,26 % para condiciones de vida favorable y 73,50 % para condiciones desfavorable. Se observó diferencia estadísticamente significativa entre las dos poblaciones en cuanto a la dimensión capacidad para moverse en su entorno.

Conclusiones: En ambas poblaciones, una parte importante de los adultos mayores presentó discapacidad y diferencias en un nivel de escolaridad. La dimensión capacidad para moverse

en su entorno fue la única que mostró diferencias. El resto de las dimensiones fueron similares para ambos grupos.

Palabras clave: adulto mayor; discapacidad; condiciones de vida.

ABSTRACT

Introduction: The lengthening of human life until very old age has brought about a predominance of disability.

Objectives: Estimate the prevalence of physical disability among the elderly due to favorable and unfavorable living conditions.

Methods: A descriptive study was conducted in 2015 of two populations of elderly people from Salvador Allende health area in the municipality of Boyeros: consultation offices identified as having favorable and unfavorable living conditions. The study sample was 87 elderly people in favorable living conditions and 117 in unfavorable living conditions, all of whom were selected by two-stage cluster sampling. The tool Whodas II was applied, considering a person as disabled if at least one of its dimensions was affected. The data were summarized in absolute numbers and percentages. Proportion estimators were calculated with their confidence intervals for the difference between the two populations.

Results: The prevalence of disability was 71.26% for favorable living conditions and 73.50% for unfavorable living conditions. A statistically significant difference was found between the two populations in terms of the dimension 'capacity to move about in their environment'.

Conclusions: In both populations a considerable proportion of elderly people presented disability and differences in one level of schooling. The dimension 'capacity to move about in their environment' was the only one showing differences. The remaining dimensions were similar in both groups.

Keywords: elderly person, disability, living conditions.

Recibido: 11/10/2018

Aceptado: 31/01/2019

INTRODUCCIÓN

El envejecimiento mundial se ha ido acelerando desde la década de los años 80 del pasado siglo XX. Aunque los países del primer mundo son los más envejecidos actualmente, Cuba, país del Tercer Mundo, ha alcanzado el rango de uno de los más envejecidos en Latinoamérica, ya con un índice de 20,1 %. La magnitud alcanzada en este orden y la rapidez con que se ha transformado la pirámide poblacional cubana constituyen, sin embargo, una preocupación para los años venideros.^(1,2)

Como consecuencia de esto, el sistema de salud cubano está avocado a enfrentar este fenómeno en los servicios con una calidad óptima. Por ello, las investigaciones sobre esta entidad son importantes para la planificación de los recursos y el perfeccionamiento de las políticas y programas de prevención de enfermedades en este sector poblacional.

El envejecimiento, aunque no equivale a enfermedad, suele acompañarse de un incremento de la carga de enfermedades crónicas, las cuales contribuyen considerablemente a la carga de discapacidad por enfermedad, lo que deteriora el estado funcional y la calidad de vida del adulto mayor. Esto limita la independencia para realizar las actividades de la vida cotidiana y la participación en la vida familiar y social.⁽²⁾

En el mundo, se considera que una de cada cinco personas al envejecer desarrolla algún tipo de discapacidad, y que una de cada cuatro familias tiene un miembro discapacitado.⁽³⁾ En los países de ingreso alto, la prevalencia de discapacidad en adultos mayores es menor, 29,5 % comparada con países de ingreso bajo, 43,4 %.⁽⁴⁾

Según el informe mundial sobre la discapacidad de la Organización Mundial de la Salud (OMS), en la región de América Latina y el Caribe, este fenómeno ha suscitado gran preocupación para los organismos de salud. Así, en países como Chile, México, Nicaragua, Costa Rica y Honduras, un porcentaje importante de discapacitados está representado por los adultos mayores. También se plantea que las mujeres son las más afectadas.⁽⁵⁾

La discapacidad es un término general que abarca las deficiencias, las limitaciones de la actividad y las restricciones de la participación. Las deficiencias son problemas que afectan a una estructura o función corporal; las limitaciones de la actividad son dificultades para ejecutar acciones o tareas; y las restricciones de la participación son problemas para participar en situaciones vitales. Por consiguiente, la discapacidad es un fenómeno complejo que refleja una interacción entre las características del organismo humano y las características de la sociedad en la que vive.⁽⁶⁾

Diversas metodologías han sido establecidas para medir la discapacidad, entre ellas: el Índice de Actividades de la Vida Diaria y el Índice de Barthel, ambas para el estudio de la discapacidad física. El Examen Mínimo del Estado Mental, es otro de los instrumentos utilizados, para medir la discapacidad mental, entre otros. Estos instrumentos identifican la discapacidad desde una perspectiva específica del ser humano, como el estado cognitivo y la funcionabilidad, pero no han tenido en cuenta la interacción social del individuo.

Para dar solución al señalamiento metodológico antedicho, en el año 2001 fue aprobada la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y la Salud (CIF).⁽⁵⁾ En ella, se incluyeron los elementos sociales y ambientales en la definición de la discapacidad y se elaboraron instrumentos que permiten la medición de dos componentes de esta entidad: *funcionamiento y discapacidad*, y *factores contextuales*. Uno de dichos instrumentos es el WHO-DAS II, el cual fue adaptado transculturalmente por un grupo de expertos para su aplicación en Cuba.

Según autores cubanos, los estudios de discapacidad en el adulto mayor han revelado resultados sobre los factores relacionados con esta afección, entre ellos se encuentran: la edad avanzada, el sexo femenino y las condiciones de vida inadecuadas, entre otras.⁽⁷⁾

En cuanto a las condiciones de vida, en los estudios cubanos no referencian resultados de discapacidad relacionados con esta variable.

Estudios internacionales han demostrado que la situación de las personas con discapacidad, se caracteriza por extrema pobreza, elevada tasa de desempleo, escaso acceso a los servicios públicos como: educación, atención médica, vivienda, transporte y servicios jurídicos entre otros. En general tienen un estatus social y cultural marginado y aislado, de lo cual se revela la situación de inequidad en este sector poblacional.⁽⁴⁾ Esto revela la importancia de las investigaciones desde esta perspectiva.

En Cuba, un grupo de investigadores construyó un índice de condiciones de vida que permitió clasificar las provincias, municipios y áreas de salud del país en diferentes niveles de intensidad, como son: favorable, medianamente favorables y desfavorables.⁽⁸⁾

Para esta clasificación se tiene en cuenta un conjunto de dimensiones tales como: biológicas, ecológicas, económicas y de conciencia y conducta. Este indicador tiene múltiples utilidades en los diseños y análisis de estudios epidemiológicos, para identificar y describir disímiles eventos de salud en distintos contextos.

En el año 2015, la población del municipio Boyeros presentó un 20 % de envejecimiento. En el análisis de la situación de salud del Policlínico Salvador Allende, se obtuvieron cifras

importantes de prevalencia de enfermedades crónicas y comorbilidad en los adultos mayores, las cuales son factores que aumentan el riesgo de discapacidad.

Por lo anteriormente expuesto, surge la motivación de los autores para realizar este estudio con el objetivo de describir la prevalencia de discapacidad según variables epidemiológicas exploradas en los adultos mayores, por condiciones de vida, favorables y desfavorables.

MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo transversal, en dos poblaciones del área de salud Salvador Allende en el año 2015. Estas poblaciones se clasificaron por expertos según el índice de condiciones de vida, de la cual resultaron: cinco con condiciones de vida favorables y siete con condiciones de vida desfavorable.

Los universos estuvieron conformados por los 406 adultos mayores que pertenecían a los cinco consultorios clasificados como condiciones de vida favorables (CVF) y los 699 adultos mayores que pertenecían a los consultorios clasificados como condiciones de vida desfavorables (CVD) del área de salud, según el índice de condiciones de vida.

Se determinó el tamaño de muestra por el cálculo de muestreo para poblaciones finitas conformado por 128 adultos mayores para CVF y 140 para CVD. Para ello, se utilizó una prevalencia de 16,3, tomado de un estudio previo sobre discapacidad física en el adulto mayor del municipio Plaza de la Revolución. Se usó una precisión de 7 % y un efecto de diseño de 1,5.

Se diseñó un muestreo por conglomerados, considerados como tal, a los cinco consultorios de CVF, de los cuales, se seleccionaron tres aleatoriamente. En estos consultorios, se determinó la cantidad de adultos mayores a seleccionar por asignación proporcional al tamaño. Quedaron seleccionadas las unidades de análisis por muestreo simple aleatorio. Finalmente, debido a la caída muestral se encuestaron 87 adultos mayores. Para los consultorios que pertenecían a las CVD se realizó igual procedimiento, donde de siete, se seleccionaron cinco y posteriormente se encuestaron 117 adultos mayores.

Las variables estudiadas fueron las siguientes:

Variables epidemiológicas: *Edad*, resumida en escala cuantitativa continua, *sexo* operacionalizada según sexo biológico del adulto mayor y *escolaridad* en los niveles; primaria, secundaria, medio (preuniversitario y técnico medio) y universitario.

Las dimensiones de discapacidad exploradas fueron: *comprensión y comunicación, capacidad para moverse en su entorno, auto cuidado, relación con otras personas, actividades de la vida diaria y participación social*. En cada una de ellas se clasificaron a los adultos mayores según las siguientes escalas: ninguna, leve, moderada, severa y completa que luego en el análisis se consideró esta escala para identificar si el encuestado presentaba discapacidad o no. Se consideró que existía discapacidad, si en al menos una de las dimensiones exploradas, el adulto mayor clasificaba en la escala leve como mínimo, con una puntuación adquirida en el instrumento WHODAS II de 5 como mínimo, de 100.

Los datos se recolectaron en una base de datos de Excel, donde se construyeron las tablas resúmenes con el uso de números absolutos y porcentajes para las variables cualitativas. Para el cálculo de la prevalencia se usó como medida de resumen el porcentaje, se realizó la estimación puntual de la diferencia entre las poblaciones y el cálculo de los intervalos de confianza. En el procesamiento de las dimensiones de discapacidad, se aplicó la prueba de comparación de dos proporciones para determinar si existían diferencias entre ambas poblaciones.

En cuanto a la variable edad, se calculó el promedio en ambas muestras y se realizó la prueba T de Student para compararlas entre sí. En cuanto a las variables sexo y nivel escolar, se aplicó la prueba de diferencia de proporciones para determinar si existía diferencia entre ambas poblaciones.

En todas las técnicas estadísticas empleadas se tuvo en cuenta un 95 % de confianza, con el uso de los programas estadísticos Epidat versión 3.1 e IBM SPSS Statistics 8. La selección de las unidades de análisis se realizó con el software MSA (muestreo simple aleatorio). Se discutieron los resultados obtenidos con los resultados de las publicaciones revisadas. Los mismos se presentaron en tablas para su mejor comprensión.

Se aplicó el instrumento a los adultos mayores, con el previo consentimiento informado donde se les explicaron los objetivos del estudio, así como la libre decisión que tenían de no responder alguna pregunta si determinaban no hacerlo.

RESULTADOS

Al estimar la prevalencia de discapacidad (tabla 1), se obtuvo que el 71,4 % de los adultos mayores que correspondían a la clasificación de condiciones de vida desfavorable, presentaron afectada al menos una de las dimensiones exploradas. De los que pertenecían a las condiciones

de vida favorables, el 73,50 % estuvo afectado por la discapacidad. Estos resultados no mostraron evidencias estadísticamente significativas para afirmar diferencia entre estas poblaciones.

Tabla 1- Prevalencia de adultos mayores discapacitados según condiciones de vida

Condiciones de vida	No	%
Favorable (N=87)	62	71,26
Desfavorable (N=117)	86	73,50

Z=0,1959 p= 0,8447 IC: -0,157; 0,112

En cuanto a la edad de los adultos mayores con condiciones de vida favorable se observó un promedio de 75,5 mientras que en las condiciones de vida desfavorable este fue de 76,6. Estos resultados no mostraron diferencias significativas al realizar la prueba T de Student $t = -1,012$ $p = 0,313$ e IC 95 % (-3,805; 1,223).

Al comparar el sexo (Tabla 2), 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. La diferencia entre las poblaciones para esta variable no fue estadísticamente significativa.

Tabla 2- Distribución de adultos mayores discapacitados según condiciones de vida y sexo

Sexo	Condiciones de vida				Valores		
	Desfavorable		Favorable		z	p	IC
	No	%	No	%			
Femenino	44	51,16	42	67,74	1,3828	0,1667	(-0,040; 0,254)
Masculino	42	48,84	20	32,26	1,8286	0,0675	(-0,263; 0,005)
Total	86	100,00	62	100,00			

Con relación al nivel escolar (tabla 3), 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 %). El nivel universitario presentó mayor porcentaje en los adultos mayores con condiciones de vida favorables (12,90 %). Al realizar la diferencia de

proporciones entre los niveles de escolaridad para las dos poblaciones, se observó que existió una diferencia significativa en el nivel de escolaridad primaria.

Tabla 3- Distribución de adultos mayores discapacitados según condiciones de vida y edad

Escolaridad	Condiciones de vida				Valores		
	Desfavorable		Favorable		z	p	IC
	No	%	No	%			
Primaria	38	44,19	16	25,81	1,9702	0,0488	0,005; 0,260
Secundaria	20	32,26	22	35,48	1,2563	0,2090	-0,206; 0,042
Medio	20	32,26	16	25,81	0,0546	0,9564	-0,129; 0,103
Universitario	8	9,30	8	12,90	0,3562	0,7217	-0,110; 0,062

Los resultados de las dimensiones exploradas, de forma global se exponen en la tabla 4.

En cuanto a la dimensión comprensión y comunicación, se observó un predominio de esta afectación en los adultos mayores con condiciones de vida favorables. No se observó una diferencia estadísticamente significativa entre las poblaciones estudiadas.

Tabla 4- Distribución de adultos mayores según dimensiones de discapacidad y condiciones de vida

Dimensiones	Desfavorable		Favorable		Valores		
	No	%	No	%	z	p	IC
Comprensión y comunicación	53	45,30	43	49,42	0,4421	0,6584	-0,107; 0,190
Capacidad para moverse en su alrededor/entorno	63	53,85	60	68,96	2,0381	0,0415	0,008; 0,294
Autocuidado	46	39,32	28	32,18	0,9007	0,3678	-0,214; 0,071
Relación con otras personas	51	43,59	48	55,17	1,4954	0,1348	-0,032; 0,264
Actividades de la vida diaria	54	46,15	44	50,57	0,4834	0,6288	-0,104; 0,193
Participación social	56	47,86	46	52,87	0,5663	0,5712	-0,098; 0,199

En la dimensión capacidad para moverse en su entorno, se obtuvo una diferencia estadísticamente significativa entre las dos poblaciones. Existió un predominio de esta afectación en los adultos mayores que correspondieron a las condiciones de vida favorable.

Al analizar la dimensión autocuidado, se muestra un porcentaje mayor en los adultos mayores de condiciones de vida desfavorable, esto no evidenció diferencias estadísticamente significativas entre estas poblaciones.

En cuanto a la relación del adulto mayor con otras personas, se observó una afectación mayor en los que residían en el área de condiciones de vida favorables. Esta diferencia no fue significativa entre las poblaciones.

Con relación a los resultados de la afectación en la dimensión actividades de la vida diaria, se observó un predominio en los adultos mayores de condiciones de vida favorables. Esta diferencia no fue estadísticamente significativa.

La afectación en la dimensión participación social, mostró un mayor porcentaje en los adultos mayores de condiciones de vida favorable. Esta diferencia no fue significativa.

DISCUSIÓN

La escasez de estudios donde se haya empleado la metodología de este trabajo, según la literatura revisada, limita el análisis para la discapacidad desde una perspectiva global y por dimensiones. Por lo antedicho, la discusión se realizó con investigaciones donde se exploraron variables que coinciden con las dimensiones de la discapacidad del instrumento WHODAS II.

Los estudios de prevalencia de discapacidad física en adultos mayores, estudiada en Cuba, han arrojado cifras considerablemente menores, donde por ejemplo en un estudio en la provincia Granma, Bayamo existía un 55 % de discapacitados.⁽⁹⁾ También en un estudio en el área de salud Moncada del municipio Plaza de la Revolución, la discapacidad física en este sector poblacional estuvo en un 16,5 %.ⁱ Otro estudio mostró que la discapacidad física en La Habana obtuvo una prevalencia de 34,8 % y en Las Tunas, 35,4 %.⁽⁷⁾

La no correspondencia entre los datos revisados en la literatura y los obtenidos en el presente trabajo, puede estar sustentado sobre la base de la metodología empleada para la identificación de la discapacidad. En los estudios anteriores los instrumentos empleados fueron el Índice de Lawton, el instrumento Barthel, actividades instrumentales de la vida diaria, entre otros, que como se explicó anteriormente, no involucran en su medición los problemas contextuales de

los individuos. No obstante, las cifras mencionadas en esos estudios no dejan de ser considerables.

La no diferencia significativa induce a pensar que las variables que conforman el índice de condiciones de vida (económicas, ecológicas, biológicas y conciencia y conducta), pudieran no estar relacionadas con la prevalencia de discapacidad. Según la situación de las personas con discapacidad, emitida por la OMS, alrededor de un 50 % de personas con discapacidad en las Américas, tiene poco acceso a los servicios públicos, tienen un estatus social marginado y aislado, por lo que carecen de acceso a los programas y servicios de salud.⁽³⁾ En Cuba existe una política de acceso a los servicios de salud basado en el derecho de todos los cubanos a estos. También existe un programa de atención al adulto mayor con un alcance nacional que prioriza la atención a este segmento poblacional. Es por ello que a pesar de existir diferencias en las condiciones de vida, estos datos no revelan su relación con la discapacidad.

Según los resultados obtenidos en cuanto al sexo, no se encontró diferencia entre las dos poblaciones, aunque algunos estudios han demostrado un predominio de la discapacidad motora en mujeres.⁽¹⁰⁾

Sobre la afectación en la comprensión y comunicación, distintos autores plantean que desde un punto de vista biológico, con el avance de la edad, se produce un deterioro de la memoria operativa. Esto afecta a todos los aspectos del lenguaje, especialmente a los procesos más complejos.⁽¹¹⁾

En algunos estudios sobre la valoración funcional del adulto mayor con discapacidad del Policlínico-Hospital "Raúl Gómez García" del municipio 10 de Octubre, se obtuvo que de 71 pacientes encuestados, 26 presentaron lesiones del sistema nervioso con afectaciones en la comunicación y un 8,5 % de pacientes con deterioro cognitivo. Esto está relacionado en muchas ocasiones con la comorbilidad, tan frecuente en estas edades.⁽¹²⁾ En este trabajo esta dimensión arrojó resultados similares en ambas poblaciones.

En cuanto a la dimensión capacidad para moverse en su entorno, a medida que aumenta la edad, la reducción de la actividad física y el creciente número de enfermedades crónicas que surgen frecuentemente, crean a menudo las enfermedades y las discapacidades consiguientes, lo cual reduce el nivel de actividad física. *Valderrama y otros* realizaron un estudio transversal sobre la relación existente entre enfermedades crónicas y el desarrollo de discapacidad, entre 1994 y 1995, en el que evaluaron en 772 sujetos mayores de 65 años no institucionalizados. Las enfermedades osteoarticulares fueron las más prevalentes y a ellas se atribuyó la causa de discapacidad en el 42 % de los casos.⁽²⁾ En el presente estudio, el predominio de esta afectación

en los adultos mayores con condiciones favorables puede estar dado por que en este grupo se observaron sujetos con mayor frecuencia en las edades avanzadas (80 años y más) que en las condiciones desfavorables.

En cuanto al autocuidado en los estudios revisados, se obtuvo que 46,7 % de los adultos mayores presentó déficit en el autocuidado.⁽¹³⁾ Otro estudio desarrollado en Perú, sobre capacidad de autocuidado en el adulto mayor para realizar actividades instrumentales de la vida diaria, mostró que 75,7 % de los casos estudiados era dependiente.⁽¹⁴⁾ Estos resultados son muy similares a los de este trabajo.

También en una prueba piloto para la elaboración del perfil epidemiológico para la discapacidad, realizada en España, los resultados arrojaron que desde la perspectiva de actividades y participación, se encontró que los encuestados presentan mayor frecuencia en limitaciones para la movilidad (73,68 %), seguido de tareas y demandas generales (63,16 %), vida comunitaria, social y cívica (53,62 %), y comunicación (49,12 %).⁽¹⁵⁾ Estos datos se aproximan considerablemente a los del presente estudio, en las dos poblaciones.

En una investigación realizada en varias ciudades, donde se utilizaron los datos de 3225 personas de 75 años o más (Buenos Aires, Argentina, Bridgetown, Barbados, São Paulo, Brasil, Santiago de Chile, La Habana, México D.F y Montevideo),⁽¹⁶⁾ se encontró que la dificultad para realizar AIVD y AVD aumentaba con la edad en todos los países, era mayor en las mujeres que en los hombres y estaba asociada con una menor escolaridad y el padecimiento de un mayor número de enfermedades. Las personas de mayor edad de São Paulo y Santiago presentaron mayores dificultades para realizar AIVD (33,8 % y 30,3 %, respectivamente) que las de otras ciudades, mientras que en Montevideo y Bridgetown se encontró el menor número de personas con estas dificultades (12,0 % y 18,1 %, respectivamente). Las mayores dificultades están relacionadas con caminar, trasladarse y bañarse.

El autor plantea que la gran heterogeneidad encontrada, en cuanto a las dificultades para realizar AIVD y AVD, puede deberse a las diferencias en la escolaridad media de sus adultos mayores, a factores culturales (algunas sociedades protegen más a las personas de mayor edad) o al diferente nivel de desarrollo de las infraestructuras que facilitan la movilidad de las personas de mayor edad en esos países.

La participación social tuvo coincidencias con 54,9 % de un estudio sobre valoración funcional del adulto mayor con discapacidad, en el cual se hace referencia a que en la medida que el individuo envejece, la pérdida de seres queridos, la jubilación, la inactividad y la falta

de comunicación de los más jóvenes con los más viejos hace que disminuyan las posibilidades de autonomía funcional, que incrementan sus necesidades de dependencia y al mismo tiempo fomentan el aislamiento social.⁽⁹⁾

En conclusión, una parte importante de adultos mayores presentaron al menos una de las dimensiones de discapacidad afectada en las dos poblaciones, por lo cual, un grupo considerable de ellos estaban discapacitados. Esto no mostró diferencias relevantes entre ellas. En cuanto a las variables epidemiológicas, las poblaciones estudiadas mostraron diferencias en el nivel de escolaridad primaria, donde hubo un predominio de este en las condiciones de vida desfavorables, mientras que en cuanto al sexo y la edad no hubo diferencias importantes. Las dimensiones de la discapacidad que resultó ser diferente entre las dos poblaciones fue la capacidad para moverse en su entorno, donde se mostró una mayor afectación en los adultos mayores que viven en condiciones de vida favorables. En tanto, en el resto de las dimensiones no se encontró diferencia relevante.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. María del Carmen Amaro Cano. El envejecimiento poblacional en Cuba, desde el prisma de la epidemiología social y la ética. Revista Anales de la Academia de Ciencias de Cuba. 2016 [acceso: 08/09/2018];6(2). Disponible en:
<http://www.revistaccuba.cu/index.php/revacc/article/view/340/340>
2. Colectivo de autores. Anuario Estadístico de Salud 2017 [acceso: 08/09/2018]. Disponible en: <http://files.sld.cu/dne/files/2018/04/Anuario-Electronico-Espa%C3%B1ol-2017-ed-2018.pdf>
3. Baztán J, Selvera O, Gómez J. Fundamentos de la atención sanitaria a los mayores. En: Tratado de Medicina geriátrica. 2016 [acceso: 08/09/2018]. p. 372-82. Disponible en:
<http://www.clinicalkey.es/#%21/browse/book/3-s2.0-C20130139219>
4. Mejía M. Discapacidad en el adulto mayor: características y factores relevantes. Rev. Fac. Cienc. Méd. Honduras. 2014 [acceso: 08/08/2018];11(2). Disponible en:
http://www.bvs.hn/Honduras/UICFCM/Articulo2_RFCMVol11-2-2014-5.Revision.Discapacidad.Adulto.Mayor.pdf
5. Informe Mundial sobre la Discapacidad. OMS; 2015. Nota descriptiva N°352. 2015 [acceso: 08/09/2018]. Disponible en: <http://www.who.int/topics/disabilities/es/>

6. Bayarre H. Prevalencia y factores de riesgo de discapacidad en ancianos. Ciudad de La Habana y Las Tunas. 2000 [tesis]. La Habana: Escuela Nacional de Salud Pública; 2003.
7. Pría MC. Estrategia metodológica para estudiar las condiciones de vida y la salud a nivel municipal en Cuba [tesis]. La Habana: Escuela Nacional de Salud Pública; 2007.
8. Del Pilar A, Peneque E, Torres A. Prevalencia y factores de riesgo de discapacidad física en adultos mayores. Equipo federal del trabajo. No 105; 2014 [acceso: 08/09/2018]. Disponible en: <http://newsmatic.com.ar/conectar/245/105/articulo/3776/Prevalencia-y-factores-de-riesgo-de-discapacidad-fisica-en-adultos-mayores.html>
9. Almenares K. Calidad de vida percibida y discapacidad física en adultos mayores [tesis]. La Habana: Escuela Nacional de Salud Pública; 2012.
10. Castañeda I, Ramírez MF. Diferencias relacionadas con la salud de mujeres y hombres adultos mayores. Rev Cubana Med Gen Integr. 2013 [acceso: 08/09/2018];29(3). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252013000300006
11. Buiza C. Trastornos del lenguaje en el adulto mayor. 2012 [acceso: 08/09/2018]. Disponible en: <http://alimentaciondietaynutricion.com/wp-content/uploads/2012/09/Trastornos-de-lenguaje-en-el-adulto-mayor.pdf>
12. Rodríguez Y, Díaz C. Valoración funcional del adulto mayor con discapacidad. Revista Cubana de Medicina Física y Rehabilitación. 2009 [acceso: 08/09/2018];1(2):111-22. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/mfr/vol1_2_09/mfr06209.pdf
13. Millán E. Evaluación de la capacidad y percepción de autocuidado del adulto mayor en la comunidad. Revista Cubana de Enfermería. 2010 [acceso: 08/09/2018];26(4):222-34 Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/enf/v26n4/enf07410.pdf>
14. Garcilazo E. Capacidad de autocuidado del adulto mayor para realizar las actividades instrumentales de la vida diaria en un centro de salud de San Juan de Miraflores [tesis]. 2014 [acceso: 08/09/2018]. Disponible en: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/4131/1/Garcilazo_sm.pdf
15. Camargo D. Prueba piloto para la elaboración del perfil epidemiológico para la discapacidad. Rev. Cienc. Salud. España. 2014 [acceso: 08/09/2018];12(2):229-42. Disponible en: <https://revistas.urosario.edu.co/index.php/revsalud/article/view/3080/2460>
16. Tasas de discapacidad en adultos mayores de América Latina y el Caribe Revista Panamericana de Salud Pública. 2006;19(1):55-6. Acceso: 25/10/2017. Disponible en: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_serial&pid=1020-4989&lng=en&nrm=iso

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Contribuciones de los autores

Kenia Almenares Rodríguez: Ejecución de la investigación, procesamiento y análisis.

Ariadna Corral Martín: Procesamiento y análisis.

María del Carmen Pría Barros: Análisis y discusión de los resultados.

María Esther Álvarez Lauzarique: Análisis y discusión de los resultados.
