

Escuela Nacional de Salud Pública "Carlos J. Finlay"

PREVALENCIA DE DISCAPACIDAD FÍSICA EN ANCIANOS DEL MUNICIPIO PLAYA. 1996 (PARTE I)*

Héctor Bayarre Vea,¹ Alfonso Fernández Fente,² Omar Trujillo Gras,³ Jesús Menéndez Jiménez⁴

RESUMEN: Las discapacidades físicas, mentales y sociales, íntimamente relacionadas con el incremento de la expectativa de vida, se consideran entre los problemas más graves que hay que enfrentar en la presente década y en el próximo siglo XXI, tanto en el ámbito internacional como en Cuba. Con la finalidad de estimar la prevalencia de discapacidad física en ancianos del municipio Playa, se realizó un estudio descriptivo, de corte transversal, cuyo universo estuvo constituido por 28 215 ancianos que residían en este territorio entre el 1 de julio de 1995 y el 30 de junio de 1996, de los que se escogió por Muestreo Estratificado Polietápico, una muestra de 962 ancianos. La información se recogió a partir de la aplicación del Miniexamen del Estado Mental (MFM), el índice de Lawton (IL), y una encuesta sobre variables biológicas y psicociales. Se constató una discapacidad física del 24,9 % (IC 22,0 - 27,7), la que se incrementa con la edad llegando al 60,3 % (IC 52,1 - 67,4) en ancianos de 80 y más años; con predominio para el sexo femenino (29,9 %). Además, se observó que ésta decrece en la medida que se incrementa la escolaridad; en tanto la presencia de insatisfacción con actividades cotidianas y la sensación de inactividad presentan tasas superiores al 50 %.

Descriptor DeCS: PERSONAS DISCAPACITADAS; ESPERANZA DE VIDA; ANCIANO.

La discapacidad, se ha definido como toda restricción o falta (resultante de una deficiencia) de capacidad para enfrentar una actividad de la manera o dentro de los márgenes que se consideran normales.¹

Las discapacidades físicas, mentales y sociales, íntimamente relacionadas con el

incremento de la expectativa de vida, se consideran entre los problemas más graves que hay que enfrentar en la presente década y en el próximo siglo XXI.² Su evaluación es difícil, ya que ésta es consecuencia de interacciones entre alteraciones estructurales y funcionales del organismo, unido

* Premio en XXI Concurso "Premio Anual de la Salud".

¹ Master en Salud Pública. Especialista de II Grado en Bioestadística. Profesor Asistente.

² Residente de Tercer Año en Bioestadística.

³ Master en Psicología Clínica. Master en Gerontología Médica y Social. Licenciado en Psicología.

⁴ Especialista de II Grado en Geriatria. Instructor.

a una multitud de factores psicológicos y sociales.³

El estudio de la discapacidad tiene dos momentos cumbres, el primero se relaciona con la creación por Karnofsky, en 1948, del status del desempeño; y el segundo, con el índice de independencia del diario vivir, realizado por Katz en 1963.⁴

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.⁵

La capacidad de realización de las AVD es la resultante del funcionamiento en las áreas de la salud física, mental y socioeconómica, contemplada en la evaluación de las personas mayores dentro de una población determinada.⁶

A su vez, las AVD se dividen en básicas e instrumentadas, las básicas son aquellas habilidades esenciales para llevar a cabo actividades de autocuidado; las instrumentadas son las de carácter general necesarias para la independencia del individuo en su medio normal.⁷

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 básicas, confeccionado en 1963⁷ y el índice de Lawton (IL), para las instrumentadas, en 1969.⁸ Este último es el que introduce un nivel más complejo a la evaluación, ya que a través de él se pueden medir aspectos que van más allá del autocuidado.

La aparición de investigaciones que abordan el tema de la discapacidad, medida a través de las AVD, es relativamente reciente. Inkster, en 1977, y Patterson y Eberly, en 1982, estudiaron las AVD en pacientes de la tercera edad rehabilitados, con la finalidad principal de identificar déficits en habilidades específicas para la vida diaria, que proporcionen la base para definir conductas.^{3,9}

A partir de la década del 80 se han realizado varios estudios de prevalencia de la discapacidad física en el anciano, entre ellos se destacan los realizados por Bond y col. en 1982, Fillembaun, en 1984, Pearlman y Utilman en 1988 y Pardavilla en 1989. En ellos resalta, la desunión de criterios en la conceptualización de la discapacidad física: algunos la consideran si el sujeto está incapacitado para realizar al menos una actividad instrumentada de la vida diaria (AIVD), mientras que otros la señalan si la imposibilidad es de realizar dos AIVD. Un tercer grupo de autores fija tres AIVD, como mínimo de limitaciones para consignar a un individuo en el grupo de discapacitados.¹⁰⁻¹³

En Cuba se han realizado varios estudios de discapacidad en el anciano, de ellos solamente encontramos dos en población no institucionalizada. En uno se intentó caracterizar la población anciana del policlínico "Santiago de las Vegas", en relación con un grupo de presuntos factores de riesgo.¹⁴ En el otro se estudiaron algunos factores biológicos y sociales que supuestamente influyen sobre el estado de salud de la población anciana de un área de salud del municipio Playa.¹⁵

Cuba, un país con una esperanza de vida a los 60 años de 20 años, no permanece ajena a la problemática planteada, máxime cuando se estima que para el año 2000 las personas mayores de 60 años serán aproximadamente 1 600 000, o sea, el 14 % de la población total para ese tiempo,¹⁶ por lo que es una política del gobierno cubano enfrentar el reto, aún en estos momentos de crisis, dando a este grupo poblacional una atención priorizada, que permita mantener una calidad de vida adecuada.

Los argumentos expuestos nos motivaron a realizar el presente estudio, con el que pretendemos estimar la prevalencia de la discapacidad física en ancianos del mu-

nicipio Playa, que permitan trazar políticas de intervención comunitaria en esta población.

Método

La investigación clasifica como un estudio de prevalencia de tipo descriptivo; realizada en el municipio Playa, dado que este territorio está convenido con la Escuela Nacional de Salud Pública, por lo que es factible la realización de investigaciones que demandan de una importante colaboración por parte de los profesionales de la salud de las áreas objeto de la investigación.

UNIVERSO Y MUESTRA

El universo estuvo constituido por 28 215 ancianos que residían en el municipio Playa entre el 1ro de julio de 1995 y el 30 de junio de 1996, de los que se escogió una muestra de 962, determinada a partir de la fórmula para el cálculo de tamaño de muestra en poblaciones finitas.¹⁷ Se consideró, a partir de un pilotaje, una prevalencia de discapacidad del 40 %, un máximo error admisible del 4 % y una confiabilidad del 95 %. Se consideró un efecto de diseño del 1,5 % y se estimó una caída muestral aproximada del 2 %.

Para la selección definitiva, se utilizó como técnica muestral el Muestreo Estratificado Polietápico.¹⁷ Finalmente, fueron entrevistados 949 ancianos; los trece restantes no dieron su consentimiento para participar en la investigación.

ÉTICA

Se contó con el consentimiento oral y escrito de los ancianos que resultaron seleccionados, o en su defecto, con la apro-

bación de las personas responsabilizadas con él, para lo cual se confeccionó una planilla (Anexo 1). Además se mantuvo la confidencialidad de los datos recogidos en las entrevistas.

VARIABLES

Para estimar la prevalencia de discapacidad física global y específicas se estudiaron las siguientes variables: Presencia de discapacidad física, Edad, Sexo, Presencia de enfermedad crónica, Presencia de secuela posfractura de cadera, Ocupación, Presencia de pérdidas, Presencia de sentimientos de soledad, Ausencia de confidente, Sensación de inactividad, Inadaptación a la jubilación. Pérdida de *roles* sociales, Presencia de insatisfacción con actividades cotidianas, Condiciones materiales de vida inadecuada.

La discapacidad física se consideró presente si el anciano planteó que estaba imposibilitado para realizar al menos una de las actividades instrumentadas de la vida diaria (AIVD), medida a través del índice Lawton (IL) (Anexo II).

TÉCNICAS Y PROCEDIMIENTOS

La información se obtuvo por la aplicación de los siguientes instrumentos: Miniexamen del estado mental (MEM), para evaluar la esfera mental; Índice Lawton (IL), para evaluar la esfera física; y una encuesta de variables biológicas y psicosociales, para estimar la magnitud de la discapacidad física en relación con éstas (Anexo II).

La aplicación de los instrumentos se realizó con la siguiente secuencia:

1. Se aplicó el MEM y si el anciano obtuvo una puntuación menor de 24 puntos, se

consideró que existía deterioro cognoscitivo, en cuyo caso no se le aplicó la encuesta de variables biológicas y psicosociales.

2. Se aplicó el IL a todos los ancianos o en su defecto (déficit cognoscitivo, sordos, mudos) a informantes o convivientes.
3. Se aplicó la encuesta de variables biológicas y psicosociales a aquellos ancianos que no resultaron excluidos en el primer paso.

La aplicación fue realizada por los autores del trabajo, apoyados por residentes de primer año de bioestadística, psicólogos y médicos de la familia que se motivaron con la investigación. Los entrevistadores pasaron un adiestramiento, consistente en un seminario que fue impartido por los investigadores. Además, los autores realizaron un control de la calidad (10 % de las entrevistas seleccionadas aleatoriamente) durante la ejecución del trabajo.

Se empleó el sistema FOXBASE PLUS para el tratamiento de los datos. Para dar cumplimiento al objetivo del estudio se estimaron las tasas de prevalencia de discapacidad física global y según variables, tanto puntual como por intervalo. La información se procesó a través de los programas SPSS ver. 7.0.0 para WINDOWS 95 y ERMU.¹⁷

Los resultados se presentan en cuadros estadísticos.

Para la ejecución del estudio se realizaron coordinaciones en el nivel municipal, en el área de salud y en los consultorios del médico de la familia que resultaron seleccionados, lo cual permitió la recogida de la información necesaria para dar cumplimiento a los objetivos propuestos.

Resultados

La estimación de la magnitud de la discapacidad física, en ancianos del muni-

cipio Playa, durante el período bajo estudio, arrojó una prevalencia puntual del 24,9 % con un intervalo de confianza del 95 % que oscila entre el 22,0 y el 27,7 %.

Según los grupos de edad (Tabla 1) se observa un incremento de la prevalencia de la discapacidad física a medida que aumenta la edad.

TABLA 1. Prevalencia de la discapacidad física en ancianos según grupos de edad

Grupos de edad	Número	Tasa*	Intervalo de confianza
60-69 (n=449)	45	10,0	7,2 - 12,4
70 - 79 (n=341)	95	27,8	22,4 - 31,7
80 y más (n=159)	96	60,3	52,1 - 67,4
Total (n=949)	236	24,9	22,0 - 27,7

* por 100 ancianos.

La prevalencia de la discapacidad física según el sexo se expone en la tabla 2. El femenino tiene el doble que el masculino.

TABLA 2. Prevalencia de discapacidad física en ancianos según sexo

Sexo	Número	Tasa*	Intervalo de confianza
Masculino (n=347)	56	16,1	10,9 - 21,4
Femenino (n=602)	180	29,9	26,9 - 32,9

* por 100 ancianos.

En la tabla 3 se muestra la prevalencia según otras variables biológicas. Para éstas se observa una prevalencia importante de discapacidad.

TABLA 3. Prevalencia de discapacidad física en ancianos según variables biológicas

Variaciones biológicas	Número	Tasa*	Intervalo de confianza
Presencia de enfermedades crónicas (n=532)	118	22,1	19,1 - 25,3
Presencia de secuela posfractura de cadera (n=40)	14	35,0	22,8 - 47,2

* por 100 ancianos.

Según las variables psicológicas y sociales (Tabla 4) se observa que con excep-

ción de la inadaptación a la jubilación, se encontró una elevada prevalencia de discapacidad.

Además es de señalar que estas variables no se pueden ver de forma aislada, ya que se pueden presentar más de una en un anciano o estar interrelacionadas entre sí.

En relación con la escolaridad, se observó un decremento de la discapacidad física en la medida que se elevó el nivel de escolaridad, de manera que la mayor se obtuvo para el grupo de analfabetos, mientras los universitarios constituyen el grupo de menor prevalencia (Tabla 5). Los resultados presentados evidencian sustanciales diferencias entre ambos grupos en relación con el nivel de escolaridad.

TABLA 4. Prevalencia de discapacidad física en ancianos según variables psicológicas y sociales.

Variaciones psicossociales	Número	Tasa*	Intervalo de confianza
Presencia de insatisfacción con actividades cotidianas (n=82)	43	52,4	46,0 - 58,9
Sensación de inactividad (n=80)	40	50,0	44,0 - 56,8
Ausencia de confidentes (n=90)	29	32,2	24,2 - 39,5
Pérdidas de rol social (n=217)	67	30,8	24,9 - 36,8
Presencia de desocupación (n=806)	233	28,9	20,9 - 36,9
Presencia de sentimientos de soledad (n=67)	18	26,9	17,1 - 36,6
Condiciones materiales de vida inadecuadas (n=102)	23	22,5	16,8 - 28,3
Presencia de pérdidas (n=265)	54	20,3	16,7 - 24,0
Inadaptación a la jubilación (n=132)	19	14,3	10,4 - 18,4

* por 100 ancianos.

TABLA 5. Prevalencia de discapacidad física en ancianos según escolaridad.

Escolaridad	Número	Tasa*	Intervalo de confianza
Analfabeto (n=26)	17	65,3	2,4 - 78,4
Primaria inconclusa (n=233)	79	33,9	24,7 - 43,1
Primaria concluida (n=370)	95	25,6	19,6 - 31,7
Secundaria concluida (n=159)	22	13,8	6,2 - 21,4
Preuniversitario concluido (n=88)	15	17,0	6,0 - 28,1
Universidad concluida (n=73)	8	10,9	1,2 - 23,1
Total (n=949)	236	24,9	22,0 - 27,7

* por 100 ancianos.

Discusión

Si bien la mayoría de los ancianos se encuentran libre de discapacidad física, esta proporción es generalmente inferior a la obtenida por otros investigadores.

Pardavilla, en 1989, estimó que entre el 15 y el 20 % de los ancianos de la población española tenía problemas para realizar las actividades de la vida diaria,¹³ tomando como criterio la incapacidad para poder realizar al menos una de las actividades de la vida diaria.

Otro estudio donde se tuvo en cuenta similar criterio fue el realizado por Gogorcena y Algarin, en 1987,¹⁵ en un área de salud del municipio Playa, donde la estimación de la prevalencia de la discapacidad física fue del 15 %, aunque es de resaltar que para este estudio no se utilizó una metodología adecuada, en relación con el diseño muestral.

Bond y col., en 1982, encontraron una prevalencia de discapacidad en el anciano del 18 %, pero consideró como tal incapacidad para realizar tres o más actividades instrumentadas de la vida diaria.¹¹ Si en la presente investigación se hubiera tomado el mismo criterio, probablemente la prevalencia de discapacidad física habría sido menor.

El hecho de haber tomado para medir la discapacidad un instrumento que evalúa las AIVD, es probablemente uno de los motivos de una prevalencia relativamente elevada en contraposición con otros estudios. La realización de las AIVD se afecta más tempranamente que las Actividades Básicas de la Vida Diaria, pues se trata de actividades más complejas que necesitan mayor coordinación y elaboración de actos por parte del individuo, lo que a su vez incrementa la vulnerabilidad del individuo ante alteraciones mínimas de una función orgánica determinada. También se puede pensar que la situación de período especial haya precipitado la discapacidad física en muchos ancianos, sobre todo en aquellos con condiciones de vida menos favorables.

Los resultados de la prevalencia de discapacidad según la edad coinciden con lo reportado por la literatura,¹⁸⁻²¹ en la cual se plantea que con la acumulación de los años, varía la forma y el funcionamiento del cuerpo humano, independientemente de la salud (envejecimiento normal). Si bien las funciones fisiológicas se afectan con el proceso de envejecimiento, la mayoría de las personas ancianas no presentan alteraciones que influyan marcadamente en su funcionamiento físico, intelectual o social antes de los 80 años.

La presencia de discapacidad no es tan alta como se piensa. El hecho de que antes de los 80 años exista una proporción importante de ancianos libres de discapacidad física, refuta el fatalista modelo tradicional

que: "... concibe la vejez en términos de déficit y de involución, acentuando la percepción de que se trata de un proceso degenerativo",²² sin considerar, que en muchas ocasiones, la aceptación por parte del anciano del declive en la realización de las tareas cotidianas, obedece más a razones psicosociales que a la edad cronológica. De aquí la necesidad de intervenir sobre el entorno social para mitigar y contrarrestar los efectos de tal desgaste sobre la capacidad de los individuos de seguir desempeñando de manera autónoma sus actividades cotidianas. Incluso, hay estudios que demuestran que la discapacidad puede disminuir en el tiempo.^{23,24}

Bond, en 1982,¹¹ utilizó un criterio diagnóstico de discapacidad distinto (tres limitaciones) y reportó un predominio del sexo femenino sobre el masculino con una prevalencia similar al obtenido en nuestro estudio, aunque con criterios diferentes.

Otras investigaciones, con igual criterio al establecido para este estudio,^{18,21,25} presentan similares resultados. 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 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. Lamentablemente, en este caso no fue posible la tipificación por edad, pues esta variable se clasificó en, solamente, tres grupos.

Pearlman y Utilman, en 1988, encontraron una prevalencia del 15 % de discapacidad física en ancianos aquejados de enfermedades crónicas.¹² Otros, reportaron¹⁸ que el 24 % de los ancianos refieren que sus problemas de salud (enfermedades crónicas), interfieren con sus actividades, lo cual coincide con lo encontrado en este estudio.

La presencia de secuelas posfractura de cadera, al igual que lo reportado por la literatura,²⁶ constituye fuente de discapacidad para los ancianos, lo cual puede estar determinado por las limitaciones físicas que provocan y los cambios que producen en el entorno biopsicosocial del anciano.

En relación con la insatisfacción con las actividades cotidianas, otros estudios muestran resultados similares.^{22,27,28} Esta insatisfacción tiene que ver, en grado sumo, con el fenómeno de la rutina, entendida como la repetición no creativa de las actividades a lo largo de semanas, meses y años. La selección de actividades concretas que puede desempeñar el anciano se basa no sólo en los condicionantes sociales (en el caso cubano, similares para casi todos los ancianos), sino, además, en las posibilidades individuales y en el apoyo familiar.

En cuanto a la sensación de inactividad, estos resultados son similares a los reportados por otros autores.^{18,22} Se supone que con la vejez la posibilidad de que el sujeto pase de la autonomía a depender de otras personas o instituciones es mayor. A esto coadyuva, la pérdida de vínculos que ha mantenido durante muchos años, como con el trabajo y, sobre todo, con los hijos, quienes ya pueden valerse por sí mismos, son autosuficientes y no necesitan la ayuda de sus padres, lo que trae aparejado un sentimiento de falta de utilidad tanto para con el propio anciano como para con los demás.

Algunos consideran a la vejez como una etapa de decadencia física y proyectan

sobre los viejos una imagen de discapacidad, inutilidad social y rigidez.^{29,31} 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.

Al igual que en otros estudios, la ausencia de confidente muestra una prevalencia cercana a la tercera parte del total.^{27,31} El anciano ha llegado a un período de la vida donde las pérdidas personales, las enfermedades, las limitaciones en la capacidad del funcionamiento autónomo, el enlentecimiento, la fragilidad, el deterioro de la apariencia física y la muerte de seres queridos, hacen que se encierre en su yo interno y no quiera o no pueda compartir su intimidad con el prójimo o convivientes más allegados.

La pérdida de *roles* sociales ha sido considerada por la literatura.^{22,30} Se ha planteado que la sociedad continúa sin precisar el contenido del papel de los ancianos. La falta de tareas especificadas culturalmente conlleva la dificultad de no saber dónde concentrar los esfuerzos y dónde volcarse para actualizar las propias potencialidades. De ahí que como las actividades de los ancianos en la sociedad no han sido definidas en el nivel sociocultural, deben ser especificadas por cada individuo en particular. Cada anciano debe buscar qué hacer, debe crear sus propias tareas que pueden ser más o menos valiosas para él, pero sin tener la garantía de que serán reconocidas socialmente. La falta de un *rol* social para el anciano tiende a que su vida transcurra sin anhelos, sin entusiasmo y sin horizontes.

La desocupación en el anciano es vista por la sociedad como una condición normal.¹⁸ Primeramente, son escasos los ancia-

nos que se mantienen activos desde el punto de vista laboral, ya que jubilarse constituye un "beneficio" ganado por los trabajadores luego de un largo período de trabajo activo. En el caso de Cuba, además de lo ya referido, las ancianas que trabajaron fuera de su casa, fueron pocas, ya que el patrón sociocultural predominante determinaba que la mujer se dedicaba a los quehaceres domésticos, dependiendo económicamente del esposo, y al llegar a edades avanzadas continúan dependiendo de la jubilación de éste, en el mejor de los casos, o de una pensión por viudez. Por ende, el estado financiero de las personas de edad avanzada tiende a ser inferior.

La presencia de sentimientos de soledad en el anciano ha sido abordada en distintas investigaciones.²² La llegada de la vejez, la pérdida de seres queridos, la jubilación, la inactividad, y la falta de comunicación de los más jóvenes con ellos por considerarlos como personas inútiles por su poco aporte, provoca que en el anciano se desarrolle este sentimiento, lo que hace que disminuyan sus posibilidades de autonomía funcional, que se incrementen sus necesidades de dependencia y, al mismo tiempo que se fomente el aislamiento social, con la consiguiente pérdida de oportunidades para obtener las gratificaciones o refuerzos propios de la interacción social.

A pesar de que la seguridad social desempeña un papel importante en las condiciones económicas de los ancianos, ésta es insuficiente para satisfacer sus necesidades materiales.¹⁸

Las condiciones de las viviendas cubanas, a raíz del período especial, han venido sufriendo un paulatino deterioro, por la escasez de recursos para su mantenimiento, lo que incide negativamente en la población en general y en los ancianos en especial. Por otra parte, a pesar de que el estado trata de garantizar una canasta familiar básica, en muchas ocasiones ésta no satisface las necesidades fundamentales, por lo

que las personas de edad avanzada tienen que acudir a fuentes alternativas de oferta de productos, en una posición desventajosa, por estar incluidas dentro de los grupos poblacionales de menores ingresos.

Con relación a la presencia de pérdidas, se han obtenido resultados similares.¹⁸ Una pérdida de cualquier índole,³² está frecuentemente relacionada con la aparición de una discapacidad física en el anciano. Quizás la pérdida del cónyuge, con el que se compartieron logros y desilusiones, sea la más negativa, pues produce la ruptura del equilibrio armónico del anciano, que puede derivar, en algunos casos, en una ruptura de su estabilidad e integridad emocional, con la correspondiente pérdida de su autoestima y de sus valores personales, y en un fenómeno muy común y negativo: el síndrome depresivo. Seméjante situación ocurre con la pérdida de hijos, familiares o amigos, cuya ausencia puede desencadenar un desequilibrio emocional y la aparición de la desesperación porque el tiempo que queda es corto, para intentar otra vida, o sea, compensar lo perdido. En otros casos, el anciano acepta las pérdidas, conserva su autoestima, su sentido de bienestar y su gusto por vivir, lo que se traduce como una adecuada elaboración del duelo.

En cuanto a la inadaptación a la jubilación se han encontrado los resultados fluctuantes en ancianos discapacitados,¹⁸ pero no deja de considerarse como posible coadyuvante de este problema. Algunos opinan que el considerar al jubilado como una carga de la sociedad va en desmedro de su identidad social, no sólo porque los ingresos por concepto de jubilación son, en general, mucho menores que los ingresos provenientes de los salarios, sino también porque el trabajo es un medio por ex-

celencia para ganar respeto de los demás y aumentar la autoestima, y el retirarse de la actividad laboral es sinónimo de no hacer nada y esto quiere decir no hacer nada socialmente. De ahí que la jubilación signifique, para algunos, una pérdida de identidad social, y se tiende a percibir a los ancianos como inútiles.

La prevalencia de discapacidad física según la escolaridad se corresponde con la encontrada en otras investigaciones,²⁵ en las que se constata que a mayor nivel educacional menor número de ancianos discapacitados. El alfabetismo y la educación contribuyen al bienestar de los ancianos, ya que permiten que se cumplan las perspectivas económicas en una etapa temprana de la vida, posibilitan un mayor interés y motivaciones intelectuales, y hacen que los adultos se preparen mejor para su vejez.

Es de suponer que al mejorar la preparación educacional de los individuos, estos laboren en mejores puestos de trabajo y obtengan un salario superior que les permita gozar de mejores condiciones de vida y prepararse de mejor forma para una vejez sana y libre de limitaciones. No es así con los ancianos con menor nivel educacional, ya que éstos laboraron en trabajos peor remunerados, 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; estos individuos, al jubilarse, son los que obtienen pensiones mínimas, y se enfrentan a condiciones económicas adversas; por otra parte, han tenido menos tiempo para poderse adaptar a los cambios propios de la sociedad y poderlos comprender, de ahí que pierdan sus intereses, que junto con su deterioro físico y biológico, hacen que se vean limitados y dependientes.

ANEXO I. Planilla de consentimiento

Yo _____ me comprometo a participar en la investigación PREVALENCIA Y FACTORES DE RIESGO DE DISCAPACIDAD EN EL ANCIANO DEL MUNICIPIO PLAYA, bajo el compromiso por los autores de no divulgar ninguna información relativa a mi persona.

NOMBRE Y APELLIDOS

FIRMA

ANEXO II. Encuesta para medir la discapacidad física y mental y sus factores asociados

Datos generales

Nombre: _____ Fecha: _____
Edad: _____ Ocupación: _____ Escolaridad: _____
Policlínico: _____ Consultorio: _____

I.- Miniexamen del Estado Mental.

I. Orientación
(máximo 10 puntos)
Interrogar al anciano sobre fecha de hoy, estación del año, etc. Interrogar al anciano acerca del nombre de la calle dónde habita o vive, número de su casa.
¿En que ciudad estamos?
¿Qué provincia?
¿Qué país?

- 1. Día de hoy _____
- 2. Mes _____
- 3. Año _____
- 4. Día de la semana _____
- 5. Estación _____
- 6. Dirección _____
- 7. Número de la casa _____
- 8. Ciudad _____
- 9. Provincia _____
- 10. País _____

II. Registro:
(máximo 3 puntos)
Explorar la capacidad de memoria. Repetir despacio las palabras: PELOTA/ BANDERA/ ÁRBOL.
Repetirla hasta 6 veces para que el anciano las aprenda. Registrar los intentos.

- 11. Pelota _____
- 12. Bandera _____
- 13. Árbol _____

de intentos _____

III. Cálculo y Atención:
(máximo 5 puntos)
Contar desde 100 hasta abajo restando 7. Para después de 5 respuestas: (93,86,79, 72,65). Dar un punto por cada respuesta correcta. Si el sujeto no puede realizar las tareas, debe deletrear la palabra MUNDO de atrás hacia adelante. Dar un punto por cada letra bien ubicada. Ej.: ODMUN= 5/
ODMUN= 3

- 14-93 _____
- 15-86 _____
- 16-79 _____
- 17-72 _____
- 18-65 _____

19. No. de letras bien ubicadas. _____

IV. Recuerdo:
(máximo 3 puntos)
Preguntar por las tres palabras repetidas
previamente. Un punto por cada respuesta
correcta.

- 20. Pelota _____
- 21. Bandera _____
- 22. Árbol _____

V. Lenguaje
(máximo 9 puntos)
Mostrar al anciano un reloj y preguntarle:
"¿Qué es esto?". Repetir lo mismo para el
lápiz. Un punto por respuesta correcta.
– Repetir la frase "Ni sí, ni no, ni peros".
– Realizar una orden en 3 tiempos
(Tomar un papel con la mano derecha, doblarlo
por la mitad y ponerlo en el piso).

– Leer y obedecer: CIERRE LOS OJOS.
– Escritura: Orientar al sujeto para que escriba
una frase u oración.
– Copiar un dibujo del *Test* de Bender.

- 23. Reloj _____
- 24. Lápiz _____
- 25. Repetición _____
- 26. Coger el papel con la mano derecha. ____
- 27. Doblarlo por la mitad _____
- 28. Ponerlo en el piso _____
- 29. Cerrar los ojos _____
- 30. Escritura de la orientación _____
- 31. Dibujo _____

Puntuación:

Sumar el número de respuestas correctas.
En las respuestas del Aspecto III, incluir los ítems del 14 al 18 ó el ítem 19, pero no ambos.
El máximo de puntos es 30.

II. Índice de Lawton.

(Escala de actividades instrumentadas de la vida diaria)

- A. Capacidad para usar el teléfono. _____
- 1. Opera el teléfono por iniciativa propia; busca el número en el dial, etc. _____
- 2. Marca unos cuantos números bien conocidos. _____
- 3. Contesta el teléfono, pero no marca. _____
- 4. No usa, en absoluto, el teléfono. _____
- B. Compras. _____
- 1. Hace todas las compras necesarias, independientemente. _____
- 2. Hace independientemente, pequeñas compras (leche, pan, café). _____
- 3. Tiene que ser acompañado para cualquier viaje. _____
- 4. Completamente incapaz de comprar. _____
- C. Preparación de los alimentos _____
- 1. Planea, prepara y sirve comidas adecuadas independientemente. _____
- 2. Prepara comidas adecuadas si se le dan los ingredientes. _____
- 3. Calienta y sirve si se le deja preparada. _____
- 4. Hay que prepararle y servirle las comidas. _____
- D. Manejo de la casa _____
- 1. Mantiene la casa, solo o con ayuda ocasional (Ej.: trabajo pesado, ayuda doméstica). _____
- 2. Realiza tareas diarias ligeras tales como lavar los platos, hacer las camas. _____
- 3. Realiza tareas diarias ligeras, pero no puede mantener un nivel aceptable de limpieza. _____
- 4. Necesita ayuda para todas las tareas del mantenimiento de la casa. _____
- 5. No participa en ninguna de las tareas domésticas. _____

E. Lavado (de ropa).

1. Hace el lavado personal, completamente. _____
2. Lava pequeñas piezas, lava las medias, etc. _____
3. Todo el lavado es hecho por otros. _____

F. Modo de transporte.

1. Viaja independientemente en transporte público o maneja su propio auto. _____
2. Dispone su propio viaje en taxi, pero no usa otros transportes públicos. _____
3. Viaja en transportes públicos cuando va acompañado por otros. _____
4. Viaje limitado a taxi o automóvil con ayuda de otro. _____
5. No viaja en absoluto. _____

G. Responsabilidad de los propios medicamentos.

1. Es responsable de tomar los medicamentos en dosis y a horas correctas. _____
2. Toma la responsabilidad si se le preparan previamente los medicamentos en dosis separadas. _____
3. No es capaz de administrarse sus propios medicamentos. _____

H. Capacidad para manejar las finanzas.

1. Maneja, independientemente, los asuntos económicos (presupuesto, hace cheques, para el alquiler y las cuentas, va al banco, cobra y sigue la pista de sus ingresos). _____
2. Maneja las compras diarias pero necesita ayuda para las operaciones de banco, las compras mayores, etc. _____
3. Incapaz de manejar dinero. _____

Puntuación: _____ (de 8 posibles)

III. Encuesta de factores de riesgo de discapacidad.

A continuación se le expondrán algunos problemas que afectan a los ancianos, y quisiera que me dijera si *están o no presentes en su vida*. Su ayuda a responder sinceramente en cada momento, así como el precisar si los tiene, desde cuándo presenta estos problemas, será muy importante para la realización de la investigación. Por favor responda:

Factores biológicos:

- Tiene usted antecedente de enfermedades crónicas (enfermedad cardiovascular, enfermedad cerebrovascular, enfermedad de Parkinson, artrosis, artritis.)
_____ (Si tiene alguna de las anteriores enfermedades, desde cuándo).
- Presencia de secuela posfractura de cadera (deformidad, dolor e impotencia funcional)
_____ (Actualmente y por favor hace tres años)

Factores psicosociales:

1. ¿Tiene usted personas a las que confiar sus secretos? Sí o NO ____ (si responde No, desde cuándo)
2. Si viudo(a): ¿Se encuentra afectado por la viudez? Sí o No ____ (si responde Sí, desde cuándo)
3. ¿Se encuentra afectado (a) por la pérdida de algún hijo? Sí o No ____ (si responde Sí, desde cuándo)
4. ¿Se encuentra afectado(a) por la pérdida de familiares y/o amigos? Sí o No ____ (si responde Sí, desde cuándo)
5. ¿Desearía volver a su anterior trabajo? Sí o No ____ (si responde Sí, desde cuándo)
6. ¿Considera que se encuentra aislado(a) socialmente o incomunicado(a) de los demás? Sí o No ____ (si responde Sí, desde cuándo)
7. ¿Se encuentra inactivo? Sí o No ____ (si responde Sí, desde cuándo)
8. ¿Tiene un(a) buen(a) amigo(a)? Sí o No ____ (si responde No, desde cuando)
9. ¿Está satisfecho(a) con las actividades que realiza? Sí o No ____ (si responde No, desde cuándo)
10. ¿Sus familiares disponen de tiempo para hablar con Ud? Sí o No ____ (si responde No, desde cuándo)

11. ¿Está adaptado(a) a la jubilación? Sí o No ____ (si responde No, desde cuándo)
12. ¿Realiza actividades útiles como las que desempeñaba antes? Sí o No ____ (si responde No, desde cuándo)
13. ¿Son malas sus condiciones económicas? Sí o No ____ (si responde Sí, desde cuándo)
14. ¿Son malas sus condiciones materiales? Sí o No ____ (si responde Sí, desde cuándo)

SUMMARY: Physical, mental and social disabilities, closely related to the rise in life expectancy, are among the most serious problems that must be addressed in this decade and in the next century both in Cuba and at worldwide. With the objective of estimating the prevalence of physical disability in the elderly of Playa municipality, a descriptive crosswise study was carried out for which a sample of 962 older people was selected from 28 215 aged who lived in this territory from July 1st, 1995 to June 30th, 1996. The sample was chosen by means of a Multi-phase Stratified Sampling. Information was collected from the implementation of mental condition Minitest (MEM), Lawton's index (IL) and a survey on biological and psychosocial variables. A physical disability of 24.9% was found, which increases with age and reaches 60.3% (IC 52.1 - 67.4) in 80 years-old over olders. Females were predominant (29.9%). Also, it was observed that physical disability decreases with increasing educational level and that level of satisfaction in daily activities and feelings of laziness are rated over 50%.

Subject headings: DISABLED PERSONS? LIFE EXPECTANCY, AGED.

Referencias Bibliográficas

1. Organización Mundial de la Salud. Clasificación internacional de deficiencias, incapacidad y minusvalidez. Ginebra:OMS,1986:
2. Rubenstein LZ. The clinical effectiveness of multidimensional geriatric assesment. J Am Geriatr Soc. 1983;31:758.
3. Fernández R. Evaluación e intervención psicológica en la vejez. Madrid: Martínez Roca, 1992:
4. Sptiezer WD. Calidad de vida y estado funcional como variables de objetivos para la investigación. Estado de las ciencias 1986. J Chron Dis 1987;4:465-71.
5. Organización Mundial de la Salud. Services to prevent disability in the elderly. Euro report and studies No.83, 1982:13.
6. Katz SA, Akpon CA. A measure of primary sociobiological characteristics. J Term Health Service;1986:493-507.
7. Katz SA. Assesing self-maintenance: activities of daily living, mobility and instruments of activities of daily living. J Am Geriat Soc 1983;721-77.
8. Lawton MS, Brody EM. Assesment of the older people. Self-maintaining and instruments of activities of daily living. Gerontologist 1969;9:179-86.
9. Patterson RL, Elderly DA. The modular approach to behavior modification with the elderly. En: Pattersson (Ed): Overcoming deficits of aging: A behavioral approach. New York:1982:53-87.
10. Fillenbaum GG. Assesing wellbeing of the elderly. Ad 1984;8:7-1.
11. Bond J, Constairs V. Services of the elderly Scottish Health Services. Studies No.42, Edimburg: S/E 1982.
12. Pearlman RA, Utilman RF. Quality of life in chronic diseases: perceptions of elderly patients. J Gerontol 1988;43:25-30.
13. Pardavilla B. Aproximación a las necesidades de ayuda a domicilio y plazas residenciales en la población española mayor de 65 años. Rev Serv Social Pol Soc 1989;28-37.
14. Fiallo A. Hacia la caracterización del anciano cubano en un área de salud. Rev Hosp Psiq Hab 1992;33:23-7.
15. Gorgocena AM^a, Algorin S. Estudio de algunos factores sociobiológicos del estado de salud de los ancianos del área de salud "Playa" de la Ciudad de La Habana. Trabajo para optar por el título de Master en Epidemiología. La Habana: Instituto de Medicina Tropical "Pedro Kourí", 1988.

16. Comité Estatal de Estadísticas: Anciano. Estadísticas de Cuba. La Habana: ECIMED: 1993:
17. Silva Aycaguer LC. Muestreo para la investigación en salud. Madrid: Díaz de Santos, 1993:
18. Organización Panamericana de la Salud. Las condiciones de salud en las Américas. Washington DC: OPS, 1994: Publicación Científica;549).
19. Guillemard AM. Análisis de las políticas de vejez en Europa. Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales, 1992:
20. Gutiérrez LM. Características biosociales de nuestros ancianos. En: CIESS El adulto Mayor en América Latina. Sus necesidades y sus problemas médicos-sociales. México DF: CIESS, 1995:105-20.
21. Guralnik J, Simonsick E. Physical disability in older americans. J Gerontol 1993;48 (Especial issue):3-10.
22. Barros LC. Aspectos sociales del envejecimiento. En: Anzola E. La atención del anciano: un desafío para los años noventa. Washington DC: OPS, 1994;57-66 (Publicación Científica;546 L).
23. Branch LG, Katz S, Knipmann K. A prospective study of functional status among community elders. J Gerontol Soc Sci 1990;45(4 suppl):229a-37s.
24. Manton KG. A longitudinal study of functional change and mortality in the United States. J Gerontol Soc Sci 1988;43:153-61.
25. Kinsella K. Dimensiones demográficas y de salud en América Latina y el Caribe. En: Anzola E. La atención del anciano: un desafío para los años noventa. Washington DC: OPS,1994:3-18 (Publicación Científica;546).
26. Martínez F. El paciente adulto con discapacidad. En: CIESS: El adulto mayor en América Latina. Sus necesidades y sus problemas médico-sociales. México DF: CIESS, 1995:143-52.
27. Erikson E. El ciclo vital completado. Buenos Aires: Paidós,1985:
28. Erikson E. La adultez. México: Fondo de Cultura Económica,1980:
29. _____. Envejecer en Chile. Santiago de Chile: Estudios sociales, 1989:
30. Barros C., Cerecedo LE, Covarrubias P. La vejez marginada Santiago de Chile: Pontificia Universidad Católica de Chile, 1991:
31. _____. Viviendo el Envejecer. Santiago de Chile: Pontificia. Universidad Católica de Chile, 1991:
32. Krassoievitch M. La personalidad en la tercera edad. En: CIESS: El adulto mayor en América Latina. Sus necesidades y sus problemas médicos actuales. México DF: CIESS,1995;121-30.

Recibido: 26 de marzo de 1999 Aprobado: 2 de abril de 1999.

Dr. *Héctor Bayarre Vea*. Escuela Nacional de Salud Pública "Carlos J. Finlay". Ave 31 e/146 y 150, Reparto Cubanacán. Playa, Ciudad de La Habana, Cuba.