

UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS

CIEGO DE ÁVILA

Factores de riesgo de discapacidad del adulto mayor en el Consejo Popular

“La Loma”, del municipio Bolivia.

Tesis en opción al Título de Especialista de 1^{er} grado en Medicina General Integral

AUTORA: Dra. Rosalí Caridad Cervantes Aldama

2019

UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS

CIEGO DE ÁVILA

TÍTULO: Factores de riesgo de discapacidad del adulto mayor en el Consejo Popular

“La Loma”, del municipio Bolivia.

Tesis en opción al Título de Especialista de 1^{er} grado en Medicina General Integral

AUTORA: Rosalí Caridad Cervantes Aldama. Aspirante a Especialista de 1^{er} Grado de MGI.

TUTOR: Dr. Noel Jiménez Linares. Especialista 1^{er} grado de MGI.

INSTITUCIÓN DE PROCEDENCIA: Policlínico Docente “Rafael Pérez González”

2019

PENSAMIENTO

Envejecer es como escalar una gran montaña; mientras se sube las fuerzas disminuyen, la mirada más libre y la vista más amplia y serena

Ingmar Bergman

AGRADECIMIENTO

- A mi familia por su apoyo incondicional.
- A todos los profesores que me transmitieron sus conocimientos y enseñanzas.
- A todas las personas que de una forma u otra han contribuido a mi formación.
- A la profesora Ana Manzano Cué por sus certeras orientaciones durante la investigación.

RESUMEN:

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. Donde la discapacidad es uno de los más fuertes predictores de resultados de salud adversos en los ancianos.

La predicción de la discapacidad física, en función de los perfiles de riesgo individuales, pudiera lograr un impacto importante en la calidad de vida de la población geriátrica. La discapacidad debe estudiarse no sólo desde el punto de vista del individuo, como una inhabilidad para realizar actividades cotidianas, sino también desde una perspectiva ambiental, como una brecha entre la habilidad individual y la demanda del medio. Se realizó un estudio descriptivo transversal de tipo investigación desarrollo con el objetivo de evaluar los principales factores de riesgo de discapacidad del adulto mayor en el Consejo Popular “La Loma” del municipio de Bolivia. El universo de estudio estuvo constituido por todos los adultos mayores a la que se aplicó un muestreo simple aleatorio seleccionándose 156 adultos mayores a los cuales, previo consentimiento informado se aplicó una encuesta para medir la discapacidad física y mental y factores asociados a ésta. La edad que predominó fue de 75 – 79 años y sexo femenino, nivel escolar muy bajo las funciones cognitivas más afectadas la atención, el cálculo y la memoria inmediata, de los factores de riesgo el hábito de fumar y la hipertensión y el sexo masculino el más afectado. Según variables psicosociales los sentimientos de pérdidas, la insatisfacción con actividades cotidianas y la pérdida de rol social son las que más influyen.

Palabras claves: adulto mayor, factores de riesgo de discapacidad

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN:.....	1
MARCO TEÓRICO O CONCEPTUAL:	5
ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS.....	18
CONCLUSIONES:	24
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:	25
ANEXOS	

INTRODUCCIÓN:

Los procesos de transición demográfica y epidemiológica han cobrado interés en las últimas décadas, entre otras razones porque el envejecimiento poblacional iniciado en Europa, en países con transición temprana se ha extendido a otras regiones del mundo, a la vez que ha incrementado su velocidad. Paralelo a ello se han producido cambios en los patrones de morbilidad y mortalidad, que han modificado la demanda de los servicios sociales y de salud.(1, 2)

El envejecimiento de la población se debe, fundamentalmente, a la reducción de los niveles de mortalidad y fecundidad; con el consecuente incremento de la expectativa de vida que genera un desplazamiento de efectivos hacia los grupos de edades superiores.

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. Sin embargo, la longevidad está produciendo retos sin precedentes a los responsables de la elaboración de políticas en general y a los ciudadanos en particular, pues se deberán mantener los niveles de seguridad social y económica, y la oferta de servicios de salud de calidad a un segmento de la población que, por su avanzada edad, se encuentra en desventaja para afrontar las exigencias sociales de la contemporaneidad. (3)

Una muestra evidente de la magnitud del envejecimiento de la población mundial, en los distintos países, es que la edad media de la población tiende a crecer cada día más. En la segunda mitad del siglo XX se produjo un incremento de 20 años en la esperanza de vida al nacer en todo el mundo, hasta el nivel actual de 66 años. El número de personas que arriban o sobrepasan los 60 años de edad se ha incrementado de algo más de 400 millones en 1950 a 600 millones en la actualidad con un pronóstico de 1200 millones para el año 2025. (4)De ahí que las tendencias demográficas destaquen el envejecimiento poblacional como el cambio más sobresaliente que ha ocurrido en la estructura de la población mundial en las últimas décadas. (5,6) En América Latina y el Caribe la transición demográfica, de comienzo reciente, se caracteriza por su rapidez. En 1950 sólo el 5.4 por ciento de la población

tenía 60 años o más, en el 2002 se estimó un 8 por ciento, mientras que para el 2025 se estima un 12.8 por ciento de la población en este grupo y para el 2050 el 22 por ciento. De manera que en un siglo el porcentaje de adultos mayores se cuadruplicará. (7,8)

Con el incremento de la esperanza de vida, han aumentado la incidencia y prevalencia de enfermedades que aparecen en edades avanzadas, lo que unido a la revolución demográfica del mundo occidental, con un crecimiento explosivo de la población mayor de 65 años, hace que las dimensiones del problema se tornen "epidémicas" en la primera mitad del siglo XXI. Resulta de gran interés investigar aquellas enfermedades que causan incapacidad física y se asocian con el deterioro intelectual, pues afectan directamente la calidad de vida del paciente.(9)

Las discapacidades físicas y mentales, íntimamente relacionadas con el incremento de la expectativa de vida, se consideran entre los problemas más graves a enfrentar en la actualidad. (10, 11) Su evaluación es difícil, ya que éstas son consecuencia de interacciones entre alteraciones estructurales y funcionales del organismo, unido a una multitud de factores psicológicos y sociales. 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.(12) Varias son las definiciones que a las AVD se les ha dado. Gallagher y Thompson (13) las definen como la capacidad del individuo para llevar a cabo las actividades cotidianas esenciales; Fillembaun (14) como la capacidad de valerse por sí mismo y desarrollar las actividades propias de la vida diaria. Patterson y Eberly (15) como un conjunto de conductas, cuya ejecución regular y apropiada es necesaria para el cuidado personal y el mantenimiento de una vida independiente.

La capacidad de realización de las AVD es resultante del funcionamiento de las áreas de la salud física, mental y socioeconómica, contemplada en la evaluación de las personas mayores dentro de una población determinada.(16)

Actualmente, el 20,1 % de la población cubana está envejecida, o sea, tiene 60 años y más y los pronósticos indican que para el 2030 alcance el 30 %. Un tercio de la población. El envejecimiento poblacional en la nación es un triunfo de la vida sobre la

muerte, los cubanos vivimos más, y nacemos menos, en estos momentos la esperanza de vida al nacimiento se acerca a los 78,45.

Estos indicadores se tienen presentes en la Mayor de las Antillas para trazar las políticas de la Seguridad y la Asistencia Social, hoy las mujeres alcanzan el 80,45 y en hombres 76,5.(17)

El municipio de Bolivia con 15815 habitantes presenta un índice de envejecimiento del 15.9% de la población total, que lo sitúa entre los más envejecidos de la provincia de Ciego de Ávila y el Consejo Popular La Loma el más con 16.8 % envejecido del municipio, donde la esperanza de vida es de 76.8 años.

Teniendo en cuenta los argumentos anteriores, se decidió realizar esta investigación, con el propósito de aumentar el caudal de conocimientos acerca de la prevalencia de las discapacidades física y mental en las personas de edad avanzada, y sobre los factores de riesgo de discapacidad física, que aporten elementos para el diseño de estrategias de intervención a escala individual, familiar y comunitaria en la población de personas de edad.

Teniendo en cuenta lo antes expuesto se planteó el siguiente **problema científico**:
¿Cuáles son los principales factores de riesgo de discapacidad en el adulto mayor en el Consejo Popular “La Loma” del municipio Bolivia?

Objetivos:**General:**

Evaluar los principales factores de riesgo de discapacidad del adulto mayor en el Consejo popular “La Loma” del municipio Bolivia.

Específicos:

1. Caracterizar a la población según edad y sexo.
2. Estimar la prevalencia de las discapacidades física y mental en los adultos mayores.
3. Identificar los factores biológicos, psicológicos y sociales que influyen en la discapacidad física de los adultos mayores.

MARCO TEÓRICO

Durante el pasado siglo XX, en la mayoría de los países desarrollados se produjo una revolucionaria transformación de la longevidad poblacional. En este periodo, la esperanza de vida al nacimiento prácticamente se duplicó, ganándose cerca de treinta años más de vida por persona, lo que ha provocado que el envejecimiento general de las poblaciones sea en la actualidad una realidad palpable. Envejecer se considera hoy un privilegio y un importante logro social, pero también constituye un trascendente reto para el siglo XXI, porque el impacto del cada vez más elevado número de personas ancianas, conllevará consecuencias todavía imprevisibles.(18)

Es evidente que las personas envejecen de manera individual donde se debe reconocer al envejecimiento como un proceso natural e inevitable, ya que, de acuerdo con la ley de la vida, todo ser vivo envejece; por tanto, no se puede analizar como si fuera una enfermedad, sino simplemente como una etapa de la vida que se debe aprender a vivir y disfrutar al máximo, pues por lo general ya se han logrado plasmar todos los proyectos de vida y es el momento de disfrutar de lo que se logró a través de los años. (19).

El Adulto Mayor, este término o nombre que reciben quienes son del grupo etario que comprende personas que tienen más de 60 años para los que viven en los países en vías de desarrollo y de 65 años a los que viven en países desarrollados; por lo general se considera que los Adultos Mayores, solo por haber alcanzado este rango de edad, son lo que se conoce como pertenecientes a la tercera edad, o ancianos. (20)

El proceso de envejecimiento se inicia desde el mismo momento de la concepción, implica deterioro orgánico–progresivo, disminución de habilidades, aumento de incapacidades, producto de todos los cambios y reajustes que se presentan en las personas durante toda la vida. (21)

La definición del envejecimiento normal no es una delimitación fija y depende de múltiples variables, por ejemplo, desde una perspectiva estadística se define como aquel estado caracterizado por las condiciones físicas y mentales que con mayor frecuencia aparecen en la población. De otro lado, desde una perspectiva biológica–funcional se habla de tres patrones de envejecimiento:

El normal o usual, caracterizado por la inexistencia de patología biológica o mental. El óptimo o competente y saludable, que asocia un buen funcionamiento cognoscitivo y una adecuada capacidad física a una baja probabilidad de existencia de enfermedad y/o discapacidad. El envejecimiento patológico que está determinado por presencia de enfermedad. (22)

Por lo que en la Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento, presidida por las Naciones Unidas, se fijó al adulto mayor como aquella persona cuya edad oscila entre 60-80 años, y al mayor de 80 años lo clasificó como anciano. Esta asamblea definió el envejecimiento como los cambios fisiológicos que ocurren en un organismo a través del tiempo (Organización Mundial de la Salud, 1989). Ya que este es un fenómeno universal, que comprende una reducción de la capacidad funcional, el aumento de la morbilidad y la mortalidad. (23,24)

Que sin lugar a dudas, ha sido un anhelo de la humanidad, por lo que debe considerarse un logro de las ciencias médicas y de la salud de nuestros días. Sin embargo, el incremento de la expectativa de vida trae aparejado cambios en los patrones de morbilidad, entre los que se aprecian las discapacidades físicas de naturaleza creciente que se incluyen entre los problemas de salud más importantes a atender por los diferentes países en la centuria recién iniciada. (25,26)

El Adulto Mayor, es un individuo, en el cual existe un deterioro de la reserva homeostática de cada sistema orgánico con un déficit gradual desde el punto de vista físico, psicológico, sexual y consecuentemente con detrimento en el aporte económico. El proceso de envejecimiento es prácticamente el mismo en los países de Latinoamérica. Se reconocen tres etapas del envejecimiento, las cuales también tiene una edad variable de aparición:

Primera.

-Fase inicial del envejecimiento o inicio de la misma.

Segunda.

-Cuadro florido del envejecimiento.

Tercera.

-Declinación o fase terminal del anciano. (27)

El Adulto Mayor presenta varios problemas a resolver: como el biológico, el financiero, el sexual, las relaciones sociales y el problema lúdico. Es un punto importante ya que los individuos no saben cómo ocupar el tiempo libre que antes ocupaban con el trabajo; no saben cómo recrearse, ni que actividades físicas realizar.(28)

El envejecimiento un fenómeno irreversible que incluye cambios estructurales y funcionales. Es un proceso que comienza en el momento de la concepción Después de alcanzar la madurez reproductora. Resultado de una disminución de la capacidad de adaptación. El aumento de las probabilidades de muerte según pasa el tiempo, como consecuencia final del proceso.(29)

Cuando se habla del adulto mayor y su entorno en la sociedad, es necesario conocer aspectos teóricos relacionados con su ambiente que contribuyen a entender mejor su situación para determinar la función que ejerce este grupo social. Guerrero y otros (1999), al tratar de definir al adulto mayor o la llamada “tercera edad” indican que la persona adulta mayor es determinada así después de los sesenta años; en esta calificación intervienen factores sociales, biológicos y cronológicos, difíciles de describir.(30,31)

Es importante razonar que las personas envejecen y con el envejecimiento individual cambian las necesidades y resultan efectivos ciertos derechos derivados de la situación como personas adultas mayores. Pero las sociedades también envejecen en la medida en que cambian su composición por edades y en este envejecimiento colectivo, se modifican los perfiles de las demandas sociales. (32)

En algunas sociedades, como por ejemplo las orientales, la edad es sinónimo de importancia y veneración. Las personas adultas mayores son vistas como todo un ejemplo por seguir, son cuidadas y apreciadas como lo más valioso de la sociedad. Sin embargo, en Occidente, el consumismo y la modernización han hecho que estas personas sean vistas, en muchas ocasiones, como un estorbo. (33)

El envejecimiento de la población es una tendencia contemporánea, derivada de los procesos de transición demográfica y epidemiológica iniciados en Europa hace varios siglos en países con transición temprana y extendida a los países en desarrollo más recientemente.(34,35)

En 1981, la OPS instaba a promover la salud y el bienestar de las personas de edad, con la elaboración de programas integrales para satisfacer sus necesidades (36).

De acuerdo con las proyecciones demográficas de la ONU, a partir del año 2003, una cuarta parte de la población del planeta tiene ya más de 60 años, y 1 de cada 3 adultos será una persona de edad.(37)

Con respecto al verdadero rol que debe desempeñar la persona adulta mayor, es importante que la sociedad actual se plantee algunos propósitos, con los cuales mejorarían considerablemente su estructura. (38)El envejecimiento debe ser percibido como parte de un proceso de vida que tiene varias etapas o ciclos vitales. De este modo, las personas adultas mayores no constituyen individuos desechables sino que pueden y deben ser integrados a la sociedad.(39)

La esperanza de vida ha aumentado para todas las edades en Cuba. Su comportamiento evidencia un acelerado proceso de envejecimiento poblacional, que ubica a Cuba entre los países más envejecidos de América Latina y El Caribe, y se pronostica que dentro de dos o tres décadas será el más envejecido de la región. Según proyecciones de la División de Población de las Naciones Unidas, para el 2050 el 38.0 por ciento de la población cubana tendrá 60 y más años de edad, lo que ubicaría al país en el decimoprimer lugar a nivel mundial. (40,41) Existen marcadas evidencias que revelan que el envejecimiento de la población cubana constituye una de las implicaciones demográficas y sociales más importantes derivadas del descenso de la fecundidad y disminución de la mortalidad. Esta información se sustenta en los siguientes argumentos:

En Cuba, la primera etapa del proceso de envejecimiento se ubica en los inicios de la década del 70, exactamente en 1972; pero no es hasta 1978 que la población de 60 años y más rebasa el 10 % respecto a la población total. En la actualidad la expectativa de vida al nacer sobrepasa los 75 años. A los 60 años es más de 20 años y a los 80 años es más de 7,6 años. (4) hoy con un 15,8 % de su población envejecida y el aumento de la esperanza de vida geriátrica ha posibilitado un incremento de los longevos y según los últimos datos hay cerca de 2721 centenarios en toda la isla. (42,43)

MATERIALES Y METODOS

Se realizó un estudio descriptivo transversal tipo investigación desarrollo, con el objetivo de evaluar los principales factores de riesgo de discapacidad del adulto mayor en el Consejo popular “La Loma” del municipio Bolivia. En el periodo comprendido febrero 2018 a junio 2019

En un primer momento se aplicó un instrumento (encuesta) previamente diseñado y validado por expertos en el tema, donde se exploraron datos generales y una descripción detallada de principales factores de riesgo de discapacidad del adulto mayor.

Se aplicó la escala de Examen Mínimo del Estado Mental (EMEM)(Anexo 2), la Escala de Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (anexo 3) y la Encuesta de factores de riesgo de discapacidad (EFRD)(anexo 4) al total de las unidades muestrares del Consejo Popular “La Loma” del municipio Bolivia.

Universo y muestra

Está constituido por la población de 60 años y más del Consejo Popular “La Loma” del municipio Bolivia a la que se aplicó un muestreo simple aleatorio seleccionándose 156 adultos mayores

Criterios de inclusión.

Todos los adultos mayores del Consejo Popular “La Loma” del municipio Bolivia.

Criterios de exclusión:

Negación del paciente a participar en el estudio

Criterios de salida:

- Saldrán del estudio aquellos pacientes que durante el periodo de estudio, se trasladan a otros municipios o provincias y no puedan tener el seguimiento previsto
- Fallecidos durante la investigación.

Métodos de procesamiento de la información.

Los datos de cada paciente se vaciaron en la historia clínica individual. El tratamiento se realizó mediante la utilización de un sistema de base de datos (Microsoft Excel XP) y los resultados se presentaron en tablas de contingencia que fueron analizadas para emitir conclusiones. Como medida de resumen de la información se utilizó las distribuciones de frecuencia y porcentaje.

Se emitieron las conclusiones en correspondencia con los objetivos.

Ética

Es respetado el código ético de la profesión que se extiende desde el respeto de los profesionales de salud hacia el paciente, de si desea o no participar en el Programa o abandonarlo cuando lo desee, sin que su decisión pueda afectar sus relaciones. Además de ayudar, apoyar y brindar satisfacción a todas las pacientes que participen y estén afectadas con algún factor de riesgo, sin dejar de mencionar dar respuesta de forma general a los pacientes de los resultados de la evaluación y al personal de salud involucrado. Estando de acuerdo firmaron el documento de consentimiento informado el paciente y el médico que brindó la información. (Anexo 1)

Métodos teóricos:

- Histórico-lógico: Se seleccionó este método con el objetivo de poder estudiar la trayectoria real de los fenómenos y acontecimientos en el de cursar de su historia, para indagar sobre el envejecimiento en el contexto mundial y nacional sobretodo en los últimos cinco años.
- Análisis-síntesis: Para la interpretación en lo fundamental de lo observado, separar lo esencial de lo secundario, determinar lo importante a partir de la bibliografía revisada y extraer lo necesario para la solución del problema científico.
- Sistémico: Para valorar el carácter de sistema de los componentes del problema.
- Hipotético-deductivo: Posibilitó el surgimiento de conocimientos a partir de influencias teóricas, que ayudaron a corroborar la hipótesis e inferir conclusiones.

Métodos empíricos:

- Análisis documental: Permitió hacer un estudio de las tendencias mundiales y nacionales sobre los factores de riesgo de discapacidad del adulto mayor en los pacientes seleccionados, como uno de los métodos más comúnmente usados para la modificación profiláctica de estos factores.
- Observación y Técnica de recogida de datos: Son los métodos empíricos más universales, permitió determinar que pacientes presentaban riesgos asociados a la discapacidad en el adulto mayor. A través de una encuesta se recogieron los datos en un formulario confeccionado para la investigación.

Operacionalización de las variables:**Variable independiente:** Valorar a los ancianos del Consejo popular “La Loma”.**Variable dependiente:** factores de riesgo.

Variable	Tipo	Operacionalización		Indicador
		Escala	Descripción	
Sexo		Femenino Masculino	Según sexo biológico	Según número y porcentaje
Edad	Cuantitativa continua	60-64 65-69 70-74 75-79 80-84 85-89 90 y mas	Según años cumplidos	Según número y porcentaje
Escolaridad		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,	Según número y porcentaje

			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.	
Actividades instrumentales de la vida diaria	Cualitativa nominal	Compras. Preparación de los alimentos. Capacidad en el manejo de las finanzas. Tareas domésticas. Responsabilidad con sus propios medicamentos.	Se consideró independiente si, al aplicar el IL, el anciano contestó afirmativamente tres o más de los ítems. Dependiente si respondió afirmativamente menos de tres ítems.	Según número y porcentaje
Funciones cognitivas afectadas	Cualitativa nominal.	Orientación. Memoria mediata. Memoria inmediata. Atención y cálculo.	. Se consideró orientado si al aplicar el EMEM, el anciano obtuvo de 9	Según número y porcentaje

		Lenguaje	a 10 Dificultad en la orientación, si alcanzó 8 o menos puntos. Se consideró como adecuado si al aplicar el EMEM, el anciano obtuvo 3 puntos en las preguntas 11 a la 13. Inadecuado, si alcanzó 2 o menos puntos. Se consideró como adecuado si, al aplicar el EMEM, el anciano obtiene 4 o 5 puntos en las preguntas 14 a la 18 o en la 19. Dificultad en el cálculo y atención, si alcanzó 3 o menos puntos. Se consideró adecuado si, al aplicar el EMEM, obtuvo de 7 a 9 puntos en las	
--	--	----------	--	--

			preguntas 23 a la 31. Dificultad con el lenguaje, si alcanzó 6 o menos puntos.	
Factores de riesgo	Cualitativa nominal	Hábito de fumar. Ingestión de bebidas alcohólicas. Hipertensión arterial. Diabetes mellitus. Cardiopatía isquémica. Hipercolesterolemia. Enfermedades cerebrovasculares.	Se consideró presente si el anciano refiere padecer al menos una de las enfermedades. Ausente en otro caso.	Según número y porcentaje
Variables psicosociales		Pérdidas. Ausencia de confidente Inadaptación a la jubilación. Sensación de inactividad Pérdida de roles sociales. Insatisfacción con las actividades cotidianas. Condiciones de	Se consideró presente, si al aplicar la encuesta de factores de riesgo de discapacidad (EFRD), contestó afirmativamente al menos uno de los ítems 2, 3 o 4. Ausente en otro caso.	Según número y porcentaje

		vida inadecuadas	Se consideró presente si, al aplicar la EFRD, contestó negativo al menos uno de los ítems 1 u 8. Ausente en otro caso. Se consideró presente si, al aplicar la EFRD, contestó afirmativo el ítem 7. Ausente en otro caso. Se consideró presente si, al aplicar la EFRD, contestó negativo el ítem 11 o afirmativo el 5. Ausente en otro caso. Se consideró presente si, al aplicar la EFRD, contestó afirmativamente el ítem 6.	
--	--	-------------------------	---	--

			Ausente en otro caso. Se consideró presente si, al aplicar la EFRD, contestó negativo al menos uno de los ítems 9 o 12; ausente en otro caso. Se consideró presente si, al aplicar la EFRD, contestó afirmativamente al menos uno de los ítems 13 o 14. Ausente en otro caso.	
--	--	--	--	--

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

Factores de riesgo de discapacidad del adulto mayor en el Consejo Popular “La Loma”, del municipio Bolivia en el periodo comprendido de febrero 2018 a junio 2019.

Tabla 1. Distribución de las pacientes según grupos de edad.

Grupos de edad	Masculino		Femenino		Total	
	No	%	No	%	No	%
60-64	11	14.8	12	14.6	23	14.7
65-69	7	9.4	8	9.7	15	9.62
70-74	14	18.9	18	21.9	32	20.5
75-79	20	27.0	22	26.8	42	26.9
80-84	12	16.2	11	13.4	23	14.7
85-89	7	9.4	7	8.5	14	8.9
90 y mas	3	4.0	4	4.8	7	4.4
Total	74	100	82	100	156	100

Fuente: Historia clínica.

En la tabla 1 se muestra a los adultos mayores relacionando la edad y sexo, se observó que el mayor porcentaje (26.9%) correspondió a las edades de 75-79 años, de ellos el 26.8% fue del sexo femenino y el 27.0% del sexo masculino seguido por el grupo de 70-74 años (20.5%) donde también predominó el sexo femenino con 18 casos para un 21.9 % mientras que en el sexo masculino hubo 14 casos para el 18.9%, resaltamos que en el rango de 90 años y más predominaron las mujeres con un 4.8 % contra un 4.0 % en los hombres; lo que evidencia un predominio de las mujeres en este grupo de estudio. Hay autores que lo explican por ser las mujeres prevalentes en el grupo de 80 años y más, lo cual posibilita que sean más afectadas. Los resultados coinciden con los obtenidos por Forcano García, Gómez Viera, Bayarre Vea igualmente predominó el sexo femenino.

Tabla 2. Prevalencia de discapacidad física en ancianos según escolaridad y sexo.

N= 156

Escolaridad	Masculino		Femenino		Total	
	No	%	No	%	No	%
Analfabeto	5	6.7	4	4.8	9	5.7
Primaria inconclusa	38	51.3	44	53.6	82	52.5
Primaria concluida	12	16.2	10	12.1	22	14.1
Secundaria concluida	12	13.5	18	21.1	28	17.9
Preuniversitario concluido	7	9.4	5	6.0	12	7.6
Universidad concluida	—	2.7	1	1.2	3	1.9

En la tabla 2 se muestra que del total pacientes predominó los que no culminaron la primaria (52.5%), en la medida en que el nivel escolar se incrementaba el número de pacientes pertenecientes a estos disminuía. Según Katzman las personas que tienen alto nivel de educación tienen un riesgo menor de presentar deterioro cognitivo, según expresa en su concepto de "reserva neuronal". Otros autores han afirmado que un nivel elevado de educación protege contra la demencia; sin embargo, un estudio realizado por Beard y otros no se comportaron así.

Tabla 3. Distribución de los pacientes con limitaciones para realizar las actividades instrumentales de la vida diaria. N=156

Con limitaciones para las actividades instrumentales de la vida diaria	Masculino		Femenino		Total	
	No	%	No	%	No	%
Compras	17	22.9	31	37.8	48	30.7
Preparación de los alimentos	12	16.2	42	51.2	54	34.6
Capacidad en el manejo de las finanzas	18	24.3	38	46.3	56	35.8
Tareas domésticas	5	6.7	45	54.8	50	32.0
Responsabilidad con sus propios medicamentos	22	29.7	54	34.6	76	48.7

Fuente: Encuesta

En la tabla 3 se muestra que la mayor dificultad se encuentra en la responsabilidad con los medicamentos con un total de 48.7%, donde predomina el sexo femenino con 76 casos para un 34.6% y el masculino con 22 casos para un 29.7%, le sigue la capacidad para manejar las finanzas con un total de 35.8%, con 38 casos en el sexo femenino para un 46.3% y 18 en el masculino con un 24.3%, luego se encuentra la preparación de alimentos con un 34.6%, con 42 casos en el sexo femenino para un 51.2% y 12 casos en el sexo masculino para un 16.2%, el manejo de la casa con un total de 32.0% con predominio del sexo femenino con 45 casos para un 54.8% y para el masculino con 5 para un 6.7% y por último la realización de compras con un 30.7% , con 31 casos en el sexo femenino para un 37.8% y 17 casos en el sexo masculino para un 22.9% . Los resultados coinciden con los obtenidos por Forcano García, Gómez Viera, Bayarre Vea igualmente predominó el sexo femenino.

Tabla 4. Distribución de los pacientes según las funciones cognitivas afectadas y sexo.

N=156

Función Cognitiva afectada	Sexo					
	Masculino		Femenino		Total	
	No	%	No	%	No	%
Orientación	39	52.7	36	43.9	75	48.0
Memoria mediata	13	17.5	12	14.6	25	16.0
Memoria inmediata	42	56.7	48	58.5	90	57.6
Atención y cálculo	51	68.9	43	52.4	94	60.2
Lenguaje	46	62.1	41	50	87	55.7

La tabla 4 muestra las funciones cognitivas afectadas y su relación con el sexo. Donde encontramos a la atención y el cálculo con el 60.2%, la memoria inmediata con el 57.6%, la afectación del lenguaje con un 55.7%, la orientación con el 48.0% y menos afectada la memoria mediata con un 16.0%. Estos resultados coinciden con lo planteado por diferentes investigadores con respecto a que la memoria es la función cognitiva que primero se altera y en muchos pacientes, de forma sorprendente. Los pacientes con afectación de la esfera de orientación se ajustan a patrones similares. Se plantea que en estos pacientes se afecta fundamentalmente la orientación en tiempo, lugar y finalmente con su propia persona cuando el trastorno evoluciona a moderado o severo, por lo general se asocia con trastornos de memoria dando lugar a formas mixtas

Tabla5. Distribución de los pacientes según factores de riesgo asociados y sexo.

N=156

Factores de riesgo asociados	Sexo					
	Masculino		Femenino		Total	
	No	%	No	%	No	%
Hábito de fumar	62	83.7	38	46.3	100	64.1
Ingestión de bebidas alcohólicas	6	8.1	2	2.4	8	5.1
Hipertensión arterial	32	43.2	27	32.9	59	37.8
Diabetes mellitus	16	21.6	18	21.9	34	21.7
Cardiopatía isquémica	2	2.7	4	4.8	6	3.8
Hipercolesterolemia	5	6.7	7	8.5	12	7.69
Enfermedades cerebrovasculares	3	4,0	2	2.4	5	3.2

La tabla 5 muestra los factores de riesgo asociados al deterioro cognitivo y su relación con el sexo , el hábito de fumar estuvo presente en 100 pacientes para un 64.1%, siendo los hombres los que más lo practicaban con 62 casos para un 83.7%, seguido de la Hipertensión Arterial con 59 casos (37.8%) predominando esta en los hombres contra las mujeres con 32 casos (43.2%) y 27casos (32.9%) respectivamente, en orden decreciente le continúan la Diabetes mellitus con 34 casos (21.7 %) , la Hipercolesterolemia con 12 casos (7.69%) , la ingestión de bebidas alcohólicas con 8 casos (5.1%) la cardiopatía isquémica con 6 casos(3.8%) y la enfermedad cerebrovascular con 5 casos (3.2%) . Múltiples son los estudios que han abordado este tema, Gómez Viera 24 en un estudio que realizó también encontró al tabaquismo y a la Hipertensión Arterial como factores de riesgo de la demencia.

Tabla 6. Prevalencia de las variables psicosociales según sexo.

N=156

Variables Psicosociales	Masculino		Femenino		Total	
	No	%	No	%	No	%
Insatisfacción con actividades cotidianas	50	67.5	74	90.2	124	79.4
Sensación de inactividad	48	64.8	50	60.9	98	62.8
Ausencia de confidentes	45	60.8	47	57.3	92	58.9
Perdidas del rol social	59	79.7	63	76.8	122	78.2
Condiciones materiales de vida inadecuadas	62	83,7	44	53.6	106	67.9
Pérdidas	62	83.7	76	92.6	138	88.4
Inadaptación a la jubilación	52	70.2	38	46.3	90	57.6

La tabla 6 muestra que la variable más afectada de la población adulta son los sentimientos de pérdidas con 88.4%, la insatisfacción con actividades cotidianas con 79.4% %, seguidos por la pérdida de rol social con 78.2% A continuación aparece, las condiciones materiales de vida inadecuadas con 67.9%, la sensación de inactividad con 62.8 %, la ausencia de confidentes con 58.9% y la inadaptación a la jubilación con 57.6%.Segun la autora la frecuencia de discapacidad física según los factores estudiados es en general elevada, además es necesario señalar que estas variables o presuntos factores de riesgo no se pueden ver aisladamente, porque cada adulto mayor puede presentar uno o más o estar interrelacionados entre sí.

CONCLUSIONES

La edad es un factor de riesgo de discapacidad física en los ancianos. El sexo femenino, los sentimientos de soledad y la insatisfacción con actividades cotidianas constituyen factores de riesgo. La desocupación, la inadaptación a la jubilación, la pérdida del rol social y la baja escolaridad favorecen la aparición de discapacidad y la ausencia de confidentes, la sensación de inactividad constituyen riesgo para los ancianos del Consejo Popular “La Loma”.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Frenk J y colaboradores. La Transición Epidemiológica en América Latina. Bol. Of. Sanit. Panamericana 2016; 111 (6).
2. Suárez R. Geriatria. ¿Nueva especialidad? Rev Cubana Med Gen Intrg 2015; 9: 6 – 8.
3. Saforcada E. Calidad de vida desde una perspectiva psicosocial. En: El factor humano en la Salud Pública. Una mirada psicológica dirigida hacia la salud colectiva. Argentina: Editorial Buenos Aires; 2016.
4. Organización Panamericana de la Salud. La atención del anciano: un desafío para los años noventa. Washington: OPS, 2014. Publicación Científica No. 546.
5. Organización Mundial de la Salud. Aplicaciones de la epidemiología al estudio de los ancianos. Informe de un grupo de científicos de la OMS sobre epidemiología del envejecimiento. Ginebra: OMS, 2016. Informe Técnico 706.
6. Brayne C, Calloway P. The association of education and socioeconomic status with minimal state examination and the clinical diagnosis of dementia in elderly people. Age and Ageing 2016; 19:91-6.
7. Clasificación Internacional de Deficiencias, Incapacidad y Minusvalidez. Ginebra: OMS, 2011.
8. Katz SA: Assessing self-maintenance: Activities of daily living, mobility and instruments activities of daily living. J Am Geriatric Soc 2015; 31:721-77.
9. Alzheimer A. Über einer eigenartige erkrankung der hirnrinde. Allg. Z. Psychiat. 2015; 64:146-8.
10. Objetivos Propósitos y Directrices para incrementar la salud de la población cubana 1992-2000. La Habana: MINSAP; 2016.
11. Bracero Marrero T. Funcionamiento y discapacidad en ancianos de nueve municipios, [Trabajo para optar por el título de Especialista de Primer Grado en Gerontología y Geriatria] 2016, CITED: La Habana.
12. Arvelo Jiménez N. Prevalencia y factores de riesgo de baja calidad de vida en ancianos del municipio Marianao. [Trabajo para optar por el Título de Especialista en Bioestadística] 2015, Facultad de Salud Pública: La Habana.

13. Fernández Martínez E. Calidad de Vida percibida en ancianos del Policlínico “4 de Abril”. Primer semestre 2014. [Trabajo para optar por el Título de Master en Psicología de la Salud] 2016. Facultad de Salud Pública: La Habana.
14. Hernández Castellón R. El proceso de la revolución demográfica en Cuba. Ciudad de La Habana: CEDEM, 2014.
15. Scobie J, Graham-Brown S editores. State of the world's older people 2002. London: HelpAge International, 2015.
16. Carr D, Pemmarazu A, Rice DP editors. Improving data on America's aging population. Washington DC: National Academy Press, 2015.
17. Lamb VL. A cross-national study of quality of life factors associated with patterns of elderly disablement. Soc Sci Med 2016; 42 (3): 363 – 77.
18. Fondo de Población de las Naciones Unidas. Estado de la Población Mundial 1998. Las nuevas generaciones. Nueva York: FNUAP; 2014.
19. Gilford DM, editor. The Aging Population in the Twenty – First Century. Statistics for Health Policy. Washington: National Academy Press; 2015.
20. Albizu – Campos Espiñeira JC. Camp M. Población y Desarrollo. Características socio – demográficas de la población cubana. En: Cabrera Trimiño GJ, Hurtado A. Hacia un desarrollo sostenible. CEDEM – ISCOD: Proyecto de formación de formadores. CEDEM. La Habana; 2016.
21. Albizu – Campos Espiñeira JC, Herrera León L. Cuba. Mortalidad, Reproducción y Envejecimiento de la población. En: Rev. Electrónica Zacatecana sobre Población y Sociedad. Universidad Autónoma de Zacatecas. Zacatecas No. 16. <http://sociales.Reduaz.mx/revista>; 2016.
22. Tello Velázquez Y, Bayarre Vea H, Hernández Pérez Y, Herrera Domínguez H. Prevalencia de discapacidad física en ancianos. Municipios "Amancio Rodríguez" y "Jobabo". 1999. Rev. Cubana Salud Pública 2015; 27(1): 19 –25.
23. Delgado García G. Conferencias de Historia de la Administración de Salud Pública en Cuba. En: Cuadernos de Historia de la Salud Pública No. 81. La Habana: ECIMED; 2016.

24. Bayarre Veá H, Fernández Fente A, Trujillo Gras O, Menéndez Jiménez J. Prevalencia de discapacidad mental en ancianos del municipio Playa. 1996 (Parte II). Rev Cubana Salud Pública 1999; 25 (1): 30 – 8.
25. Organización Mundial de la Salud. Services to prevent disability in the elderly. Euro report and studies 1982; 83: 13.
26. American Geriatric Society Public Policy Community. Comprehensive geriatric assessment. J Am Geriatric Soc 1989; 37: 473 – 4.
27. Fillembaum GG. Assessing wellbeing to the elderly. Advances research. 1984; 8: 7 – 11.
28. Patterson RL, Eberly DA. The modular approach to behavior modification with the elderly. En: Overcoming deficits of aging: A behavioral approach. New York: Patterson (editors); 1982: 53 –87.
29. Katz SA, Akpon CA. A measure of primary sociobiological characteristics. J Term J Health Service 1986: 493 - 507.
30. Fernández R. Evaluación e intervención psicológica en la vejez. Madrid: Martínez Roca; 1992.
31. Bond J, Constans V. Services of the elderly Scottish Health Services. Studies No. 42, Edimburg: S/E 1999.
32. Pearlman RA, Utilman RF. Quality of life in chronic diseases: perceptions of elderly patients. J Gerontol 1998; 43: 25 – 30.
33. Pardavilla B. Aproximación a las necesidades de ayuda a domicilio y plazas residenciales en la población española mayor de 65 años. Rev Serv Social y Políticas Sociales. 1989; 14: 28 – 37.
34. Folstein M, Folstein S, Mc Hugh PR. Minimental state: A practical method for grading the cognitive state patients for the clinicians. J Psychiatric Research 1975, 12: 189 – 98.
35. Folstein M, Anthony JC, Parhad Y, et al. The meaning of cognitive impairment in the elderly. J Am Geriat Soc 1988; 18: 716 – 26.
36. Fiallo A. Hacia la caracterización del anciano cubano en un área de salud. Rev Hosp Psiqui Habana 1992; 33: 23 – 7.
37. Gorgocena A Ma, Algarin 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]. 2016 8. Instituto de Medicina Tropical “Pedro Kourí”: La Habana.

38. Clavijo T. Prevalencia y Factores de Riesgo de Discapacidad en el Anciano. Policlínico “26 de julio”. [Trabajo para optar por el título de Master en Salud Pública]. 2015. Facultad de Salud Pública: La Habana

39. García V. Prevalencia y Factores de Riesgo de Discapacidad en el Anciano. Municipio Marianao. [Trabajo para optar por el título de Master en Atención Primaria]. 2016: Facultad de Salud Pública: La Habana.

40. Hernández Pérez Y. Prevalencia y factores de riesgo de discapacidad en ancianos. Municipio Puerto Padre y Las Tunas. [Trabajo para optar por el título de Especialista de Primer Grado en Bioestadística]. 2014. Facultad de Salud Pública: La Habana.

41. Tello Velázquez Y. Prevalencia y factores de riesgo de discapacidad en ancianos, municipios Jobabo y Amancio Rodríguez. [Trabajo para optar por el título de Especialista de Primer Grado en Bioestadística]. 2015. Facultad de Salud Pública: La Habana.

42. Martínez S. Prevalencia y factores de riesgo de discapacidad física en ancianos en el municipio "Pedro Betancourt". [Trabajo para optar por el título de Especialista de Primer Grado en Epidemiología]. 2016. Facultad de Salud Pública: La Habana.

43. Escalona RC. Calidad de vida y estado funcional del paciente anciano hospitalizado. [Trabajo para optar por el título de Especialista de Primer Grado de Gerontología y Geriatria]. 2016. Hospital Clínico Quirúrgico Docente “José R. López Tabranes”: Matanzas

Anexo 1.

Consentimiento de participación

Yo _____

ejerciendo mi libre poder de elección y mi voluntad expresa, por este medio, doy mi consentimiento para responder los instrumentos del estudio.

He tenido tiempo suficiente para decidir mi participación, sin sufrir presión alguna y sin temor a represalias en caso de rechazar la propuesta.

También se me ha explicado que la información que yo brinde es de carácter confidencial, no serán divulgados ni publicados, ni mi identidad, ni los detalles personales.

Estoy consciente de mi derecho a no responder cualquier pregunta que considere indiscreta, sin tener que dar razones para esto y sin que afecte las relaciones con el equipo médico, por lo que tendré derecho a continuar recibiendo la atención médica establecida, aún si me niego a participar en el estudio.

Para que así conste firmo el presente consentimiento a los _____ días del
mes _____ de 2018

Firma

ANEXO 2.

Encuesta para medir la discapacidad física y mental y factores asociados a ésta.

Datos generales.

Nombre: _____ Fecha: _____

Edad: _____ Ocupación: _____ Escolaridad: _____

Consultorio: _____

I.- Examen Mínimo 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 qué 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/ ARBOL.

Repartirlas 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. Parar 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 delante. Dar un punto por cada letra bien ubicada. Ej.: ODNUM=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 _____

ANEXO 3.

Índice de Lawton

(Escala de Actividades Instrumentales de la Vida Diaria)

A. CAPACIDAD PARA USAR EL TELÉFONO	
1. Opera el teléfono por su propia iniciativa sin restricciones, busca el número en el dial, etc.	1
2. Marca unos cuantos números bien conocidos.	1
3. Responde al teléfono, pero no llama.	1
4. No utiliza el teléfono nunca.	0
B. COMPRAS	
1. Hace todas las compras necesarias independientemente.	1
2. Compra de forma independiente algunas cosas.	1
3. Necesita ser acompañada para cualquier viaje de compras.	1
4. Completamente incapaz de compra	0
C. PREPARACIÓN DE ALIMENTOS	
1. Planea, prepara y sirve comidas adecuadas de una forma independiente.	1
2. Prepara comidas adecuadas si se le proporcionan los ingredientes.	1
3. Calienta y sirve comidas preparadas.	1
4. Necesita que le preparen y le sirvan las comidas.	0
D. REALIZAR TAREAS DOMÉSTICAS	
1. Mantiene la casa solo o con ayuda ocasional (Ej: trabajos pesados).	1
2. Realiza tareas domésticas ligeras, como fregar los platos, hacer la cama.	1
3. Realiza tareas domésticas ligeras, pero sin alcanzar niveles aceptables de limpieza.	1
4. Necesita ayuda para todas las tareas del mantenimiento de la casa.	1
5. No participa en ninguna tarea de la casa.	0
E. LAVAR LA ROPA	
1. Hace el lavado personal completamente.	1
2. Lava algunas prendas pequeñas.	1

3. Todo el lavado debe ser realizado por otras personas.	0
F. MODO DE TRANSPORTACIÓN	
1. Viaja independientemente en transporte público o conduce su propio automóvil.	1
2. Dispone su propio viaje en taxi, pero no utiliza otros transportes públicos.	1
3. Viaja en transporte público cuando va acompañada por otros.	1
4. Viaja limitadamente en taxi o en automóvil con ayuda de otros.	1
5. No viaja en absoluto.	0
G. RESPONSABILIDAD CON SUS PROPIOS MEDICAMENTOS	
1. Es responsable de tomar los medicamentos en las dosis y en las horas adecuadas.	1
2. Es responsable si se le prepara permanentemente los medicamentos en dosis separadas.	1
3. No es capaz de administrarse sus propios medicamentos.	0
H. CAPACIDAD PARA MANEJAR LAS FINANZAS	
1. Maneja independientemente los asuntos económicos (cheques, pago del alquiler, ir al banco). Cobra y sigue las pistas de sus viajes.	1
2. Maneja las compras diarias, pero necesita para las operaciones del banco, las compras importantes, etc.	1
3. Incapaz de manejar dinero.	0

Nota: En caso que la respuesta corresponda a la categoría 0 se preguntará desde cuándo perdió la capacidad para la realización de dicha actividad.

ANEXO 4.

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 desde cuándo)

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? Si o No ____ (si responde Si, desde cuándo)
3. ¿Se encuentra afectado(a) por la pérdida de algún hijo? Si o No ____ (si responde Si, desde cuándo)
4. ¿Se encuentra afectado(a) por la pérdida de familiares y (o) amigos? Si o No ____ (si responde Si, desde cuándo)
5. ¿Desearía volver a su anterior trabajo? Si o No ____ (si responde Si, desde cuándo)
6. ¿Considera que se encuentra aislado(a) socialmente o incomunicado(a) de los? Si o No ____ (si responde Si, desde cuándo)
7. ¿Se encuentra inactivo? Si o No ____ (si responde Si, desde cuándo)
8. ¿Tiene un(a) buen(a) amigo(a)? Si o No ____ (si responde No, desde cuándo)
9. ¿Está satisfecho(a) con las actividades que realiza? Si o No ____ (si responde No, desde cuándo)

10. ¿Sus familiares disponen de tiempo para hablar con Ud.? Si o No____(si responde No, desde cuándo)
11. ¿Está adaptado(a) a la jubilación? Si o No____(si responde No, desde cuándo)
12. ¿Realiza actividades útiles como las que desempeñaba antes? Si o No____(si responde No, desde cuándo)
13. ¿Son malas sus condiciones económicas? Si o No____(si responde Si, desde cuándo)
14. ¿Son malas sus condiciones materiales? Si o No____(si responde Si, desde cuándo)