

Multimed 2022; 26(4): e2171

Julio-Agosto

Artículo original

Síndrome de dismovilidad en el hogar de ancianos "Lidia Doce"

Dysmobility syndrome in the nursing home "Lidia Doce"

Síndrome de dismobilidade no asilo "Lidia Doce"

Niria Zaldívar Suárez^{1*}  <https://orcid.org/0000-0003-2128-122X>Yuveldris Saborit Oliva¹  <https://orcid.org/0000-0002-8233-0761>Osmany Elías Postigo^{II}  <https://orcid.org/0000-0001-8987-4860>Yusel Collejo Rosabal^{III}  <https://orcid.org/0000-0002-8839-6294>Josefina Robles Ortiz¹  <https://orcid.org/0000-0003-0319-1570>

^I Universidad de Ciencias Médicas de Granma. Hospital Provincial Universitario "Carlos Manuel de Céspedes". Bayamo. Granma, Cuba.

^{II} Facultad de Ciencias Médicas. Bayamo. Granma, Cuba.

^{III} Dirección Provincial de Salud. Bayamo. Granma, Cuba.

RESUMEN

El envejecimiento de la población cubana es una de las implicaciones demográficas y sociales más importantes derivadas del descenso de la fecundidad, la mortalidad y el aumento de la esperanza de vida; las consecuencias que dicho fenómeno expone ante la sociedad actual y sus sistemas lo hacen tributario de grandes y complejas decisiones gubernamentales y estatales. Con la finalidad de determinar el comportamiento de la dismovilidad en adultos mayores pertenecientes al Hogar de ancianos "Lidia Doce Sánchez", durante los meses de mayo - julio de 2020 se realizó un estudio descriptivo transversal. Las variables en estudio: Edad, sexo, antecedentes personales, grado de movilidad. Se utilizó: el porcentaje y la media. Prevalció el sexo masculino (72,7 %) y una edad promedio de 76,5 ± 9,9 años. El principal antecedente personal fue la



Hipertensión arterial (65,9 %). Prevalen los ancianos evaluados en Etapa 1 con 84 pacientes (63,7 %). En el grupo entre los 90-99 años la dismovilidad se hace más evidente en la Etapa 3. Por lo que se concluyó que el grado de dismovilidad aumenta con la edad.

Palabras claves: Adulto mayor; Dismovilidad; Envejecimiento.

ABSTRAC

The ageing of the Cuban population is one of the most important demographic and social implications derived from the decrease in fertility, mortality and the increase in life expectancy; the consequences that this phenomenon exposes to today's society and its systems make it a tributary of large and complex governmental and state decisions. In order to determine the behavior of dysmobility in older adults belonging to the "Lidia Doce Sánchez" Nursing Home, during the months of May - July 2020, a cross-sectional descriptive study was carried out. The variables under study: Age, sex, personal history, degree of mobility. The percentage and the mean were used. Males prevailed (72.7%) and an average age of 76.5 ± 9.9 years. The main personal history was arterial hypertension (65.9 %). The elderly evaluated in Stage 1 prevail with 84 patients (63.7 %). In the group between 90-99 years the dysmobility becomes more evident in Stage 3. So it was concluded that the degree of dysmobility increases with age.

Keywords: Older adult; Dismobility; Aging.

RESUMO

O envelhecimento da população cubana é uma das mais importantes implicações demográficas e sociais derivadas da diminuição da fertilidade, da mortalidade e do aumento da expectativa de vida; as consequências que esse fenômeno expõe à sociedade atual e seus sistemas fazem dela um afluente de grandes e complexas decisões governamentais e estatais. Para determinar o comportamento de dismobilidade em idosos pertencentes ao Lar de Idosos "Lidia Doce Sánchez", durante os meses de maio a julho de 2020, foi realizado um estudo descritivo transversal. As



variáveis em estudo: Idade, sexo, histórico pessoal, grau de mobilidade. A porcentagem e a média foram utilizadas. Os homens prevaleceram (72,7%) e uma idade média de $76,5 \pm 9,9$ anos. O principal histórico pessoal foi a hipertensão arterial (65,9 %). Os idosos avaliados no Estágio 1 prevalecem com 84 pacientes (63,7%). No grupo entre 90 e 99 anos, a dismobilidade torna-se mais evidente na Fase 3. Assim, concluiu-se que o grau de dismobilidade aumenta com a idade.

Palavras-chave: Idoso; Dismobilidade; Envelhecimento.

Recibido: 8/12/2020

Aprobado: 29/6/2022

Introducción

El creciente envejecimiento demográfico observado en los diferentes países constituye un fenómeno complejo de relevancia mundial, que repercute en los diversos sectores de la sociedad, entre ellos, el de la salud. ⁽¹⁾

En Cuba, la esperanza de vida en 1900 era de apenas 50 años, mientras que en la década del 2000 llegó a alcanzar 75 años aproximadamente y se sigue incrementando en la misma medida en que ganan eficacia los programas de salud vigentes. La ancianidad se ha convertido en un problema de salud mundial, por ejemplo, en el 2007 en España el 16 % de la población era mayor de 65 años y se espera que para el 2050 los mayores de 65 años van a representar aproximadamente el 34,1 % de la población. ⁽²⁾

El envejecimiento de la población cubana es una de las implicaciones demográficas y sociales más importantes derivadas del descenso de la fecundidad, la mortalidad y el aumento de la esperanza de vida; las consecuencias que dicho fenómeno expone ante la sociedad actual y sus sistemas lo hacen tributario de grandes y complejas decisiones gubernamentales y estatales. ⁽³⁾ Uno de los problemas de salud más frecuentes que presentan los adultos mayores se evidencia en el sistema osteomioarticular, en el cual



se generan enfermedades degenerativas regularmente en los miembros inferiores donde el cuerpo soporta más peso, ocasionando pérdida funcional. ⁽⁴⁾

La pérdida de masa, fuerza y potencia musculares asociada al envejecimiento está directamente relacionada con la reducción de la movilidad y de la capacidad de llevar a cabo las denominadas actividades de la vida diaria (AVD). ⁽⁵⁾

La disminución de la capacidad para desempeñar actividades de la vida diaria por deterioro de las funciones motoras, aumenta la dependencia y el desarrollo de padecimientos que afectan la calidad de vida generando una pérdida de autonomía no sólo física sino social, psicológica y financiera. La capacidad de movilización es un indicador del nivel de salud del anciano y de su calidad de vida, ya que, determina su grado de independencia. ⁽⁶⁾

Los trastornos de la movilidad son muy frecuentes en los adultos mayores, pueden deberse a una o varias enfermedades crónicas e instalarse progresivamente, o ser consecuencia de una enfermedad aguda. El 18 % de los mayores de 65 años tienen problemas para moverse sin ayuda. A partir de los 75 años más del 50 % de las personas tienen problemas para salir de su casa y el 20 % deben permanecer confinados en su domicilio.

Cuando el anciano queda inmovilizado por una enfermedad aguda o una complicación aguda de una enfermedad crónica, el 50 % fallece en los primeros seis meses. Surge entonces una entidad clínica que puede definirse como un síndrome que determina complicaciones en diferentes aparatos y sistemas. La dismovilidad entonces, se puede definir como "la molestia, dificultad y/o imposibilidad para movilizar parte del cuerpo y/o trasladarse, secundaria a situaciones de origen biológico, mental, social, espiritual y/o funcional; que afecta la calidad de vida y/o que tiene riesgo de progresión". A su vez, "molesta" es aquella movilidad que permite lograr lo deseado sin alterar el curso físico normal del movimiento ("arco del movimiento") y "dificultosa" aquella movilidad que permite lograr lo deseado pero que altera para ello el curso físico normal del movimiento. ^(6,7)

Por lo antes expuesto la presente investigación tuvo como objetivo caracterizar el síndrome de dismovilidad en adultos mayores pertenecientes al hogar de ancianos “Lidia Doce Sánchez”.

Métodos

Se realizó un estudio descriptivo transversal en el Hogar de ancianos “Lidia Doce Sánchez” de Bayamo, Granma, durante los meses de mayo a julio de 2020. La población de estudio estuvo conformada por los 132 pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión.

Criterios de inclusión:

- ✓ Pacientes adultos de 60 años y más de edad.
- ✓ Poseer capacidad mental que le permita responder a las preguntas realizadas.
- ✓ Permanecer bajo el régimen de institucionalización.
- ✓ Pacientes que dieron su consentimiento informado para participar en la investigación.
- ✓ Criterio de exclusión:
- ✓ Pacientes con enfermedades psiquiátricas diagnosticadas.
- ✓ Pacientes con trastornos mentales o cognitivas.

Estrategia general

Las variables que se incluyeron en el estudio fueron seleccionadas según el razonamiento lógico, una profunda revisión de la bibliografía y el criterio de varios expertos consultados con el fin de cumplir con los objetivos trazados en el estudio: edad, sexo, antecedentes personales y grado de movilidad. Para la evaluación de la movilidad del adulto mayor se utilizó la escala Síndrome de Inmovilidad, ahora denominada Síndrome de Dismovilidad.

Para explorar la movilidad del paciente, éste debe llevar su calzado y vestido habituales y usar los dispositivos de ayuda que utilice habitualmente.



La exploración de la movilidad comprende:

Cambios posturales y transferencias

Se examinará la movilidad en la cama, capacidad de girar e incorporarse a la posición de sedestación y posteriormente, a bipedestación. A continuación se evaluará la realización de transferencias de la cama a la silla y al baño. Debe reflejarse si todo ello se realiza de forma independiente, con vigilancia, escasa ayuda o con importante ayuda.

La escala está descrita en cinco etapas relacionadas con la dificultad de traslado de la persona, independientemente de las alteraciones de la motricidad con dos sub etapas que indican la progresión del proceso de desacondicionamiento. ⁽²⁾

La etapa 1 = D1 enuncia "Permanece la mayor parte del día de pie, pero con algún grado de molestias, dificultad o imposibilidad en la movilidad y/o traslado": D1A) Camina sin ayuda, y D1B) Camina con ayuda (bastón, andador o de terceros), incluye caminar apoyándose de muebles o paredes.

La etapa 2 = D2 enuncia "Permanece la mayor parte del día sentado": D2A) Se sienta y se incorpora solo, y D2B), deben ayudarlo a incorporarse o incorporarlo.

La etapa 3 = D3 enuncia "Permanece la mayor parte del día acostado, con capacidad de levantarse o incorporarse":

D3A) Puede salir de la cama sólo o con ayuda, y D3B) No puede salir de la cama, pero puede incorporarse y sentarse al borde de ella.

La etapa 4 = D4 enuncia "Permanece la mayor parte del día acostado, con capacidad de movilizarse en cama": D4A)

Puede movilizar extremidades superiores e inferiores y/o puede realizar giros sin ayuda, y D4B) Puede movilizar extremidades superiores o inferiores, necesita ayuda para realizar giros.

La etapa 5 = SDI enuncia "Permanece la mayor parte del día acostado, sin capacidad de movimiento en cama": SDIA) Puede expresarse y darse a entender, y SDIB) No puede expresarse, no puede darse a entender.

La etapa 2 de la escala síndrome de inmovilidad puede correlacionarse con los grados 3 y 4 de la escala de incapacidad física de la Cruz Roja, ⁽³⁾ y el grado 1 de la escala

clasificación funcional de la deambulaci3n, ⁽⁴⁾ en las cuales el paciente deambula con bast3n, andador y/o ayudado por una o dos personas.

Las etapas 4 y 5 de la escala s3ndrome de inmovilidad pueden correlacionarse con el grado 5 de la escala de incapacidad f3sica de la Cruz Roja y con el grado 0 de la escala clasificaci3n funcional de la deambulaci3n.

Fuente de Informaci3n

Observaci3n indirecta por revisi3n de historia cl3nica y m3todo encuesta mediante cuestionario.

M3todos Estad3sticos

Frecuencias absolutas y relativas para tabular los datos emp3ricos a obtener y establecer las generalizaciones apropiadas a partir de ellos. Tambi3n se utilizaron las medidas de resumen para datos cuantitativos como la media con su medida de dispersi3n (desviaci3n est3ndar).

Aspectos 3ticos

Para realizar el estudio se obtuvo el consentimiento informado por escrito de todos los pacientes despu3s que recibieron una exhaustiva explicaci3n de las caracter3sticas e importancia de la investigaci3n. Se identificaron todas las personas estudiadas con un n3mero (asignaci3n por orden de aparici3n). Despu3s de establecer las identidades para compilar las variables en la base de datos, se borr3 toda la informaci3n de identificaci3n personal como forma de proteger la privacidad y la confidencialidad de cada enfermo. Se tuvo en cuenta los principios 3ticos de la investigaci3n m3dica en humanos establecidos en la declaraci3n de Helsinki enmendada por la 52 Asamblea General de Edimburgo Escocia, Octubre 2003.

T3cnicas y procedimientos

Las variables en estudio fueron recogidas en una planilla de vaciamiento de datos donde se obtuvo sexo, edad, antecedentes personales, entre otros y se le realiz3 un examen f3sico. Luego, el nivel de severidad del inmovilismo fue estimado mediante la escala S3ndrome de Inmovilidad. Vale la pena aclarar que, en el primer contacto con los pacientes, el investigador se present3 con su nombre, present3 los objetivos de la investigaci3n y solicit3 el permiso para la participaci3n voluntaria, seg3n lo acordado

en el consentimiento informado diseñado para este estudio; en este consentimiento se garantizó la confidencialidad de los participantes.

Para el análisis estadístico se utilizó el programa estadístico SPSS versión 11.5.

Los resultados obtenidos se representaron en tablas de frecuencia y gráficos.

Resultados

No existieron limitaciones ni pérdidas de pacientes durante el estudio.

Se obtuvo el resultado de las evaluaciones de los 132 pacientes adultos mayores que se encuentran bajo el régimen de institucionalización en el Hogar de ancianos Lidia Doce Sánchez durante los meses de mayo 2019 a julio 2019. Obteniendo lo siguiente:

La tabla 1 muestra la característica grupos de edades con una edad media de 76,5 ± 9,9 años en la población gerontológica estudiada, con predominio del grupo etario de 70 a 79 años con 45 pacientes (34.1 %) seguido del grupo de 80 a 89 con 36 casos (27.3 %), además de una mayor incidencia del sexo masculino con 72.7 % (96 hombres).

Tabla 1. Distribución de la población según grupo de edades y sexo.

Grupos de edades	Sexo				Total	
	Femenino		Masculino			
	No	%	No	%	No	%
60-69	9	6,8	24	18,2	33	25,0
70-79	11	8,3	34	25,8	45	34,1
80-89	10	7,6	26	19,7	36	27,3
90-99	6	4,6	9	6,8	15	11,4
100 y más	-	-	3	2,3	3	2,3
Total	36	27,3	96	72,7	132	100

(-) Magnitud cero

Los antecedentes patológicos personales se presentan en la tabla 2, donde la hipertensión arterial fue la enfermedad de mayor incidencia con 65,9 % (87 pacientes),

seguida; aunque con porcentajes distante a la anterior; la Discapacidad físico motora (16,7 %), la Cardiopatía Isquémica con 12,9% y la Diabetes Mellitus con 11,4 %. La patología de menor frecuencia fue la Neoplasia con dos casos, 1,5 %.

Tabla 2. Antecedentes personales de la población de estudio.

Antecedentes personales	Sexo				Total (n=132)	
	Femenino		Masculino			
	No	%	No	%	No	%
Diabetes Mellitus	7	5,3	8	6,1	15	11,4
HTA	25	18,9	62	46,7	87	65,9
Cardiopatía Isquémica	8	6,1	9	6,8	17	12,9
Enfermedad cerebrovascular	2	1,5	8	6,1	10	7,6
EPOC	3	2,3	8	6,1	11	8,3
Insuficiencia renal crónica	1	0,6	3	2,3	4	3,0
Neoplasia	-	-	2	1,5	2	1,5
Discapacidad Físico-motora	9	6,8	13	9,8	22	16,7
Discapacidad mental	2	1,5	5	3,8	7	5,3

(-) Magnitud cero

La tabla 3 representa la distribución de los pacientes según grado de inmovilismo donde prevalecen los ancianos evaluados en Etapa 1, los que permanecen la mayor parte del día de pie, pero con algún grado de molestias, dificultad o imposibilidad en la movilidad y/o traslado, con 84 pacientes (63,7 %), mientras que 37 pacientes (28,1 %) son evaluados en la Etapa 2. No hubo pacientes que permanecen la mayor parte del día acostado, sin capacidad de movimiento en cama que corresponde a la Etapa 5.

Tabla 3. Distribución de los pacientes según grado de dismovilidad.

Grado de dismovilidad	Sexo				Total (n=132)	
	Femenino		Masculino			
	No	%	No	%	No	%
Etapa 1	18	13,6	66	50,0	84	63,7
Etapa 2	15	11,4	22	16,7	37	28,1
Etapa 3	3	2,3	7	5,3	10	7,6
Etapa 4	-	-	1	0,6	1	0,6
Total	36	27,3	96	72,7	132	100

(-) Magnitud cero

Por grupos de edades, el grado de dismovilidad, tabla 4, predomina el grupo de 70-79 años en la Etapa 1(permanece la mayor parte del día de pie) con un 26,5% (35), seguido de la Etapa 2 con un 7,6%(10). Similar ocurre en el grupo de 80-89 años donde predomina la Etapa 1 y 2 con 15,3% y 8,6% respectivamente. Por el contrario, entre los 90-99 años la dismovilidad se hace más evidente en la Etapa 3 (Permanece la mayor parte del día acostado, con capacidad de levantarse o incorporarse) con 3,0% (4). Estos resultados nos demuestran que a medida que avanza la edad aumenta el grado de dismovilidad en los adultos mayores

Tabla 4. Grado de dismovilidad según grupos etarios. Hogar de ancianos "Lidia Doce".

Grupos etarios	Grado de dismovilidad									
	Etapa 1		Etapa 2		Etapa 3		Etapa 4		Total	
	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%
60-69	26	19,7	7	5,3	-	-	-	-	33	25,0
70-79	35	26,5	10	7,6	-	-	-	-	45	34,1
80-89	20	15,6	11	8,3	5	3,8	-	-	36	27,3
90-99	3	2,3	8	6,1	4	3,0	-	-	15	11,4
100 y más	0	0	1	0,8	1	0,8	1	0,8	3	2,3

Total	84	63,3	37	28,3	10	7,6	1	0,8	132	100
--------------	----	------	----	------	----	-----	---	-----	-----	-----

(-) Magnitud cero

Discusión

La dismovilidad o movilidad dificultosa, que se define como “la molestia, dificultad y/o imposibilidad para movilizar parte del cuerpo y/o trasladarse secundario a situaciones patológicas diversas de origen biológico, psíquico, social, espiritual y/o funcional que afecta la calidad de vida y/o tiene riesgo de progresar.”⁽⁷⁻⁹⁾

La importancia de la afección por la dismovilidad radica en el decremento de la capacidad de realizar actividades básicas, estas restricciones son dadas por enfermedades predominantemente físicas pero que son también dadas de manera importante por alteraciones psíquicas y mentales, por tanto, el síndrome de dismovilidad no es una afección independiente, sino más bien, la suma de factores que teniendo como denominador común la molestia, dificultad y/o restricción de la movilidad pueden llevar al individuo a la dismovilidad total y por tanto la dependencia total.⁽¹⁰⁾

Generalmente las personas mayores a 65 años presentan dificultad de movimiento en un 18% y mayores a 75 años en un 50%. La prevalencia de síndrome de dismovilidad aumenta con la edad. De un 7 a un 22% de los ancianos hospitalizados sufren de restricciones físicas; el 50% de los ancianos hospitalizados en forma aguda fallecen a los 6 meses.⁽⁹⁾

Los efectos propios de la inmovilización prolongada, repercuten de manera directa en los diversos sistemas corporales, poniendo en una mayor situación de riesgo al individuo involucrado.⁽¹¹⁾

En la presente investigación se destaca el grupo etéreo de 70-79años evidenciándose que existe un predominio del sexo masculino (96 pacientes).

En un estudio realizado en Colombia por Laguado Jaimes se obtuvieron resultados similares en ancianos institucionalizados. Tomando como muestra 60 adultos mayores de los dos centros de bienestar predominó el rango de edad de 70-84 años y mayor

frecuencia del género masculino (53,33%) con respecto al femenino, ⁽¹²⁾ no siendo así en un estudio realizado en el Policlínico universitario Pedro Borrás Astorga de Pinar del Río, en el 2016. De un universo conformado por 127 adultos mayores predominó el sexo femenino con 67,9 %, así como el grupo de edad de 65 y más años con 80,4 %. ⁽¹³⁾ En contraposición con nuestra investigación Castellanos Ruiz encontró que del total de la muestra el 80,4% pertenecían al sexo femenino. ⁽¹⁴⁾ Mientras que Paredes Arturo evidencia que el 61,4% es adultos mayores del género femenino, con una edad predominante entre los 65 y los 74 años (46%). ⁽¹⁵⁾

En otro estudio realizado en Colombia en el 2019 por Benavides Rodríguez con adultos mayores institucionalizados en una muestra conformada por 253 adultos, 108 (42,7%) eran hombres y 145 (57,3%) mujeres. ⁽¹⁶⁾

A su vez, estos resultados se correlacionan con lo encontrado por Herazo Beltrán, en su estudio realizado en Colombia predominando el sexo femenino en ancianos institucionalizados. ⁽¹⁷⁾

Si bien la discapacidad en AM se asocia con secuelas de enfermedades cardiovasculares, también debe considerarse la influencia del sistema musculoesquelético en la movilidad. Mientras en algunos estudios las enfermedades cardiovasculares fueron más prevalentes, en algunos trabajos lo fue la artritis, seguida de diabetes, ataque cardíaco, accidente cerebrovascular, fractura de cadera y cáncer. ⁽¹⁸⁾

González Terán expresa que la principal causa de dismovilidad en el adulto mayor ocurre a nivel osteomioarticular como Artrosis, Osteoporosis, Artritis reumatoide, Reumatismos de paredes blandas, gota, Artropatía por cristales de pirofosfato de calcio; a nivel neurológico, cardiovascular y pulmonar. ⁽⁴⁾

En relación con los antecedentes médicos personales, Paredes y Yarce Pinzón encontraron que un 55,8% tenía Hipertensión arterial, un 35% Artritis o Cataratas, un 26% Fracturas, un 20% Osteoporosis, y otros antecedentes, como Diabetes, Obesidad, Enfermedad pulmonar obstructiva crónica, Cáncer, Enfermedad cerebrovascular y demencia, se encontraron entre 2,8% y 14,6%. ⁽¹⁵⁾

Durante el proceso de envejecimiento los adultos mayores experimentan grandes cambios fisiológicos y comienzan a aparecer enfermedades propias de esta etapa que influyen negativamente en su movilidad y por ende aumentan el riesgo de dismovilidad.

Los problemas asociados al estado funcional y la disminución de la actividad física con el avance de los años de vida se han convertido en hechos relevantes.⁽¹⁹⁾

En el policlínico Bernardo Posse perteneciente al municipio San Miguel del Padrón se realizó una investigación sobre la dismovilidad en adultos mayores obteniendo resultados similares a los nuestros, concluyendo que el riesgo de presentar algún tipo de inmovilidad aumenta con la edad.⁽⁹⁾

Se debe trabajar en equipos multidisciplinarios con actividades que promuevan el desarrollo integral del adulto mayor, entre ellas el ejercicio físico, ya que este puede mejorar, mantener o retardar la aparición de problemas músculo-esqueléticos, cardiorrespiratorios, metabólicos, depresivos y lograr que el individuo se integre socialmente a la comunidad dentro de sus posibilidades y mejore su calidad de vida.⁽²⁰⁾

Conclusiones

En los adultos institucionalizados en el hogar de ancianos “Lidia Doce” del municipio de Bayamo el grado de dismovilidad aumenta con la edad. La comorbilidad de mayor prevalencia fue la hipertensión arterial y la mayoría de los pacientes fueron clasificados en la etapa 1.

Referencias Bibliográficas

1. Azevedo Smith A, Olivera Silva A, Partezani Rodríguez RA, Silva Paredes Moreira MA, De Almeida Nogueira J, Rangel Tura LF. Evaluación del riesgo de caídas en adultos mayores que viven en el domicilio. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2017; 25: e2754-73.



2. Rego Hernández JJ, Hernández Seuret CA, Andreu Fernández AM, Lima Beltrán ML, Mery Lahera ML, Vázquez Martínez M. Factores asociados a la fractura de cadera en el hospital clínico quirúrgico "Dr. Salvador Allende". Rev. Cub. De Sal. Pub. 2017; 43(2): 149-65.
3. Villafuerte Reinante J, Alonso Abatt Y, Alonso Vila Y, Alcaide Guardado Y, Leyva Betancourt I, Arteaga Cuéllar Y. El bienestar y calidad de vida del adulto mayor, un reto para la acción intersectorial. Medisur. 2017; 15(1): 85-92.
4. González Terán VR. Educación del adulto mayor para enfrentar limitaciones derivadas del envejecimiento. Rev. Transformación. 2018; 14(1): 70-80.
5. Tápanes López I, González Moro A, Simón Díaz MJ, Cascudo Barral N, Ranero Aparicio V. Velocidad de la marcha y algunas variables espaciotemporales en adultos mayores del Policlínico 'Héroes del Moncada'. 2011-2014. Geroinfo. 2018; 13(2): 1-26.
6. Pareja Rendon A, Tuxpan Rueda BA, Rosado Álvarez H, Durán Rodríguez ML. Manual de Geriatria. Niveles de intervención en pacientes geriátricos con síndrome de inmovilidad. La Clase. [Internet]. 2017 [citado 28/11/2019]; (84). Disponible en: <https://docplayer.es/56270073-Manual-de-geriatria-niveles-de-intervencion-en-pacientes-geriatricos-con-sindrome-de-inmovilidad.html>
7. Dinamarca Montesinos JL. Dismovilidad. [Internet]. Santiago de Chile: DocPlayer; 2015. p. 13-50. [citado 20/07/2022]. Disponible en: <https://docplayer.es/32593984-Dismovilidad-dr-jose-luis-dinamarca-montecinos-geriatria-director-hospital-geriatrico-la-paz-de-la-tarde-red-ssvq.html>
8. Reyes Álvarez P. ¿Inmovilidad y postrado o dismovilidad y encamado? Rev. Ciencias Médicas de Pinar del Río. 2017; 21(1): 2-3.
9. Ulloa Chávez O, Martínez Muñoz L, Hernández Ferreras K, Fernández Correa L. Síndrome de inmovilidad en adultos mayores del Policlínico Bernardo Posse del municipio San Miguel del Padrón. Gac Méd Espirit. 2019; 21(3): 30-9.
10. Quiroga Ortiz NY. Factores de riesgo del síndrome de dismovilidad en adultos mayores del hogar "Daniel Álvarez Sánchez". [Tesis]. Loja-Ecuador: Universidad Nacional de Loja; 2015. [citado 20/07/2022]. Disponible en:

<https://dspace.unl.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/13497/1/TESIS%20IMPRIMIR%20PRESENTAR%20imp.pdf>

11. Ibarra Cornejo JL, Fernández Lara MJ, Aguas Alveal EV, Pozo Castro AF, Antillanca Hernández B, Quidequeo Reffers DG. Efectos del reposo prolongado en adultos mayores hospitalizados. *An Fac med.* 2017; 78(4): 439-44.
12. Laguado Jaimes E, Camargo Hernández KC, Campo Torregroza E, Martín Carbonell MC. Funcionalidad y grado de dependencia en los adultos mayores institucionalizados en centros de bienestar. *Gerokomos.* 2017; 28(3): 135-41.
13. González Rodríguez R, Cardentey García J, Hernández Díaz DC, Rosales Álvarez G, Jeres Castillo CM. Comportamiento de la fragilidad en adultos mayores. *AMC.* 2017; 21(4): 498-509.
14. Castellanos Ruiz J, Gómez Gómez DE, Guerrero Mendieta CM. Condición física funcional de adultos mayores de centros día, vida, promoción y protección integral, manizales. *Hacia promoc. Salud.* 2017; 22(2): 84-98.
15. Paredes Arturo YV, Yarce Pinzón E, Aguirre Acevedo DC. Funcionalidad y factores asociados en el adulto mayor de la ciudad San Juan de Pasto, Colombia. *Rev. Cienc. Salud.* 2018; 16(1): 114-28.
16. Benavides Rodríguez CL, García García JA, Fernández JA. Condición física funcional en adultos mayores institucionalizados. *Univ. Salud.* 2020; 22(3): 238-45.
17. Herazo Beltrán Y, Quintero Cruz MV, Pinillos Patiño Y, García Puello Floralinda, Núñez Bravo N, Suarez Palacio D. Calidad de vida, funcionalidad y condición física en adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados *Rev Latinoamer Hiperten.* 2017; 12(5): 174-81.
18. Calvo Soto AP, Gómez Ramírez E. Condiciones de salud y factores relacionados con discapacidad en adultos mayores -Una reflexión para la atención. *Univ. Salud.* 2018; 20(3): 270-82.
19. Cuba. Ministerio de salud pública. Anuario estadístico de salud 2018 [Internet]. La Habana: MINSAP; 2019. [citado 20/07/2022]. Disponible en:



<https://files.sld.cu/bvscuba/files/2019/04/Anuario-Electr%C3%B3nico-Espa%C3%B1ol-2018-ed-2019-compressed.pdf>

20. Bejines Soto M, Velasco Rodríguez R, García Ortiz L, Barajas Martínez A, Agular Nuñez LM, Rodríguez ML. Valoración de la capacidad funcional del adulto mayor residente en casa hogar. Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc. 2015; 23(1): 9-15.

Conflicto de intereses

Los autores declaran que no existe conflicto de intereses.

Contribución de los autores

Dra. Niria Zaldívar Suárez: Investigación, Conceptualización, Curación de datos, Redacción, revisión y edición.

Dra. Yuveltris Saborit Oliva: Metodología, Redacción, revisión y edición.

Dr. Osmany Elías Postigo: Recursos.

Dra. Josefina Robles Ortiz: Supervisión, redacción, revisión y edición.

Dra. Yusel Collejo Rosabal: Análisis formal.

