

ORIGINAL

Characterization of older adults from a family doctor's office in Palma Soriano

Caracterización de los adultos mayores pertenecientes a un consultorio médico de la familia, Palma Soriano

Juan Leonardo Pacios Dorado¹  , Miguel Enrique Barroso Fontanals²  , Raiza Fernández Sosa³  

¹Universidad de Ciencias Médicas La Habana, Facultad "Calixto García", La Habana, Cuba.

²Universidad de Ciencias Médicas Santiago de Cuba, Facultad de Medicina No.2, Santiago de Cuba, Cuba.

³Universidad de Ciencias Médicas Santiago de Cuba, Filial de Ciencias Médicas "Julio Trigo López", Palma Soriano, Santiago de Cuba, Cuba.

Citar como: Pacios Dorado JL, Barroso Fontanals ME, Fernández Sosa R. Characterization of older adults from a family doctor's office in Palma Soriano. Nursing Depths Series. 2025; 4:425. <https://doi.org/10.56294/nds2025425>

Enviado: 03-04-2025

Revisado: 10-07-2025

Aceptado: 20-10-2025

Publicado: 21-10-2025

Editor: Dra. Mileydis Cruz Quevedo 

Autor para la correspondencia: Juan Leonardo Pacios Dorado 

ABSTRACT

Introduction: aging is an inherent biological phenomenon, defined by morphophysiological alterations stemming from cumulative deterioration. From a demographic perspective, it refers to a transformation in the age composition of the population. Globally, this phenomenon has acquired an accelerated growth rate, becoming a significant challenge that demands the design of specific strategies targeted at this population segment.

Objective: to characterize the older adult population belonging to Family Doctor's Office No. 1 of the "Carlos Montalván" South Polyclinic in Palma Soriano, during the period March - June 2025.

Method: an observational, descriptive, cross-sectional study was conducted with a population of 297 individuals over 60 years of age, of both sexes. The entire population was included. Data were collected in contingency tables.

Results: males predominated (51,52 %), with the highest concentration in the 70-80 age group (42,76 %). 58,92 % were classified as ill (Group III), with Hypertension (HTA) (86,20 %) and Smoking (79,46 %) standing out as the main comorbidities. High multimorbidity was evident. Extended/expanded families (69,11 %) and functional families (72,06 %) predominated. Normal weight (44,78 %) co-occurred with male obesity (13,13 %) and female underweight (9,76 %). 93,27 % received full family support, but 81,14 % presented a risk of home accidents.

Conclusions: the phenomenon of demographic aging is progressively intensifying. This reality makes it imperative to implement measures that enhance the well-being of older adults, while promoting preventive health initiatives and healthy habits specifically designed for this age group.

Keywords: Population Aging; Aging Population; Primary Health Care; Older Adult; Elderly.

RESUMEN

Introducción: el envejecimiento constituye un fenómeno biológico inherente, definido por alteraciones morfofisiológicas derivadas de un deterioro acumulativo. Desde la perspectiva demográfica, alude a una transformación en la composición etaria de la población. A nivel global, este fenómeno ha adquirido un ritmo acelerado de crecimiento, convirtiéndose en un desafío significativo que demanda el diseño de estrategias específicas dirigidas a este segmento poblacional.

Objetivo: caracterizar la población de adultos mayores pertenecientes al Consultorio Médico de la Familia No. 1 del Policlínico Sur "Carlos Montalván", de Palma Soriano, en el periodo de marzo - junio de 2025.

Método: se realizó un estudio observacional, descriptivo, transversal con un universo de 297 personas

mayores de 60 años, de ambos sexos. Se trabajó con la totalidad del universo. Los datos fueron recogidos en tablas de contingencia.

Resultados: predominó el sexo masculino (51,52 %), con mayor concentración en 70-80 años (42,76 %). El 58,92 % fue clasificado como enfermos (Grupo III), destacando HTA (86,20 %) y tabaquismo (79,46 %) como principales comorbilidades. Se evidenció alta multimorbilidad. Predominaron familias extensas/ampliadas (69,11 %), funcionales (72,06 %). El normopeso (44,78 %) coexistió con obesidad masculina (13,13 %) y bajo peso femenino (9,76 %). El 93,27 % recibió apoyo familiar total, pero 81,14 % presentó riesgo de accidentes domésticos.

Conclusiones: el fenómeno del envejecimiento demográfico se intensifica progresivamente. Esta realidad hace imperativo implementar medidas que eleven el bienestar de las personas mayores, al tiempo que se promuevan iniciativas de salud preventiva y hábitos saludables específicamente diseñados para este grupo etario.

Palabras clave: Envejecimiento Poblacional; Envejecimiento de la Población; Atención Primaria de Salud; Adulto Mayor; Ancianos.

INTRODUCCIÓN

El envejecimiento, entendido como un fenómeno biológico intrínseco, constituye un proceso natural caracterizado por la acumulación progresiva de alteraciones moleculares y celulares a lo largo del tiempo. Estas modificaciones subyacentes desencadenan una serie de transformaciones morfológicas y fisiológicas que comprometen gradualmente la capacidad de adaptación orgánica y la respuesta eficaz frente a agentes nocivos. Dicha pérdida de resiliencia funcional se traduce en un deterioro paulatino de las capacidades físicas y cognitivas, un incremento sustancial en la susceptibilidad a enfermedades y, finalmente, en la culminación del ciclo vital.⁽¹⁾

De forma paralela, se observa a escala global un fenómeno demográfico de trascendental impacto: el envejecimiento poblacional. Este se manifiesta como una reconfiguración estructural de las pirámides de edad, donde los segmentos correspondientes a adultos mayores y longevos experimentan un crecimiento sostenido, mientras que los grupos etarios más jóvenes tienden a estabilizarse o reducirse. Los datos son elocuentes: si en la mitad del siglo XX apenas el 5,4 % de la humanidad superaba los 60 años, para el año 2002 esta proporción ascendía al 8 %. Las proyecciones indican un ascenso continuo, estimándose que alcanzará el 12,8 % para 2025 y superará el 20 % hacia 2050.⁽²⁾

Diversos análisis prospectivos coinciden en señalar un aumento significativo de la población geriátrica en las próximas décadas, lo que conllevará inevitablemente mayores índices de morbilidad y una demanda creciente de servicios sanitarios.⁽²⁾

En el contexto regional, México, con una población que supera los 126 millones de habitantes, registraba según la Encuesta de la Dinámica Demográfica que el 12,3 % de sus ciudadanos (15,4 millones) tenía 60 años o más. Cuba, por su parte, destaca como una de las naciones más envejecidas del continente americano. Ya en 2022, provincias como Villa Clara (22,8 %), La Habana (20,8 %) y Sancti Spíritus (20,6 %) mostraban los índices más elevados de longevidad.⁽³⁾

A finales de 2023, el 20,8 % de los cubanos pertenecía a este grupo etario, y se proyecta que esta cifra ascenderá al 30 % para 2030. Con una esperanza de vida cercana a los 78,5 años, la mayoría de los adultos mayores cubanos mantienen autonomía para sus actividades básicas.⁽³⁾ Este acelerado envejecimiento cubano, fenómeno de profunda connotación presente y futura, encuentra sus causas principales en el aumento de la esperanza de vida, la reducción de la mortalidad, el descenso persistente de la fecundidad y un saldo migratorio negativo.⁽³⁾

Este envejecimiento demográfico acelerado representa uno de los mayores desafíos del siglo XXI, inseparable del aumento de la carga de enfermedad asociada a la edad. En este escenario, el concepto de “envejecimiento saludable” adquiere relevancia fundamental. Definido por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como “el proceso de fomentar y mantener la capacidad funcional que permite el bienestar en la vejez”, enfatiza la importancia de preservar los atributos físicos y mentales que permiten a las personas continuar realizando lo que valoran.⁽⁴⁾

La creciente longevidad observada en las últimas décadas, tanto en naciones desarrolladas como en desarrollo, tiene profundas implicaciones en la planificación socioeconómica de todos los países, incluyendo a Cuba. La alta morbilidad característica de este segmento poblacional genera una demanda asistencial significativa, evidenciándose también un incremento en la mortalidad atribuible a enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT), directamente relacionado con el aumento de la esperanza de vida.⁽⁵⁾

Por lo cual el trabajo tiene como objetivo caracterizar la población de adultos mayores pertenecientes al Consultorio Médico de la Familia No. 1 del Policlínico Sur “Carlos Montalván”, de Palma Soriano, en el periodo

de marzo - junio de 2025.

MÉTODO

Tipo de estudio, periodo y locación

El estudio realizado fue de tipo descriptivo y transversal. La investigación se llevó a cabo en el consultorio médico de familia número 1 del Policlínico Sur “Carlos Montalván”, ubicado en Palma Soriano. El periodo de ejecución del estudio estuvo comprendido entre los meses de marzo y junio de 2025.

Muestra y participantes

El universo de estudio estuvo constituido por la totalidad de los adultos mayores de 60 o más años, de ambos sexos, dispensarizados en el consultorio en cuestión, lo que representó un total de 297 personas. Dada la característica de estudio de universo, no se realizó ningún procedimiento de selección de muestra, incluyéndose a todos los individuos que cumplían con los criterios mencionados.

Variables, instrumentos, técnicas y procedimientos

Para alcanzar el objetivo propuesto se operacionalizó un conjunto de variables. Las variables sociodemográficas incluyeron edad, sexo, escolaridad, ocupación y nivel socioeconómico. Las variables clínicas consistieron en grupo dispensarial, antecedentes patológicos personales, número de enfermedades no transmisibles, evaluación nutricional, grandes síndromes geriátricos y capacidad funcional. Las variables familiares y sociales abarcaron estructura familiar, etapa del ciclo vital, funcionamiento familiar, hacinamiento y apoyo familiar.

La revisión de la literatura se realizó consultando bases de datos disponibles a través de Infomed y utilizando el buscador Google Académico. Los datos primarios se obtuvieron a través de la revisión de las historias de salud familiar y las historias clínicas individuales. Adicionalmente, se realizaron entrevistas a los adultos mayores con el fin de precisar información relativa al funcionamiento y el apoyo familiar, utilizando para ello el test de percepción del funcionamiento familiar FF-SIL.

Recolección de datos

La información recopilada de las fuentes documentales y las entrevistas fue volcada en una planilla de recolección de datos diseñada de manera específica para los fines de este estudio. Este instrumento permitió la organización sistemática de toda la información correspondiente a las variables definidas.

Análisis de datos

Los datos fueron procesados a partir de una base de datos creada en el programa Microsoft Excel. Para el resumen de la información se emplearon técnicas de estadística descriptiva, como la frecuencia absoluta, el porcentaje, la media aritmética y la razón. La presentación de los resultados se realizó mediante la elaboración de tablas y gráficos. Asimismo, la información fue sometida a un proceso de análisis y síntesis, comparando los resultados con los hallazgos de otros autores, y mediante la aplicación del método inductivo-deductivo se logró arribar a las conclusiones del estudio.

Aspectos éticos

En el desarrollo del proceso de investigación se cumplieron de manera estricta los estatutos establecidos en las normas éticas cubanas para las investigaciones en ciencias de la salud. De igual forma, se respetaron los principios bioéticos consagrados en la Declaración de Helsinki.

RESULTADOS

Predominó el sexo masculino (51,52 %), con mayor concentración en los grupos de 70-75 años (21,21 %) y 75-80 años (21,55 %). Los índices de masculinidad más altos se registraron en adultos de 65-69 años (189,47) y ≥85 años (194,44) (tabla 1).

Tabla 1. Distribución de los adultos mayores estudiada según edad y sexo							
Grupos de edades	Sexo				Total		Índice de masculinidad
	Masculino		Femenino				
	No	%	No	%	No	%	
60 a 64 años	27	9,09	35	11,78	62	20,88	77,17
65 a 69 años	36	12,12	19	6,40	55	18,52	189,47
70 a 75 años	14	4,71	49	16,50	63	21,21	28,57
75 a 80 años	41	13,80	23	7,74	64	21,55	178,26
85 y más años	35	11,78	18	6,06	53	17,85	194,44
Total	153	51,52	144	48,48	297	100	106,25

El 58,92 % de los adultos mayores fueron clasificados como enfermos (Grupo III), seguido por un 22,90 % con riesgos (Grupo II). Solo el 5,39 % se identificó como aparentemente sano (Grupo I) (tabla 2).

Tabla 2. Distribución de los adultos mayores según dispensarización		
Grupo dispensarial	No	%
I. Aparentemente Sanos	16	5,39
II. Con Riesgos	68	22,90
III. Enfermos	175	58,92
IV. Deficientes y Discapacitados	38	12,79
Total	297	100

En el grupo de enfermos, destacaron la hipertensión arterial (86,20 %), diabetes mellitus (67,68 %) y tabaquismo (79,46 %). Las cardiopatías (32,66 %) y trastornos psiquiátricos (21,55 %) fueron las comorbilidades más relevantes tras los padecimientos metabólicos (tabla 3).

Tabla 3. Distribución de los adultos mayores dispensarizados en el grupo III según Antecedentes Patológicos Personales.		
Antecedentes patológicos personales	Población, n=297	
	No	%
HTA	256	86,20
Diabetes Mellitus	201	67,68
Cardiopatías	97	32,66
Cáncer	14	4,71
Glaucoma	37	12,46
Tabaquismo	236	79,46
Discapacidad motora	43	14,48
Insuficiencia Renal	21	7,07
Trastornos psiquiátricos	64	21,55

Se observó una elevada prevalencia de multimorbilidad, donde la mayoría de los adultos mayores presentaron dos o más enfermedades crónicas simultáneas (figura 1).

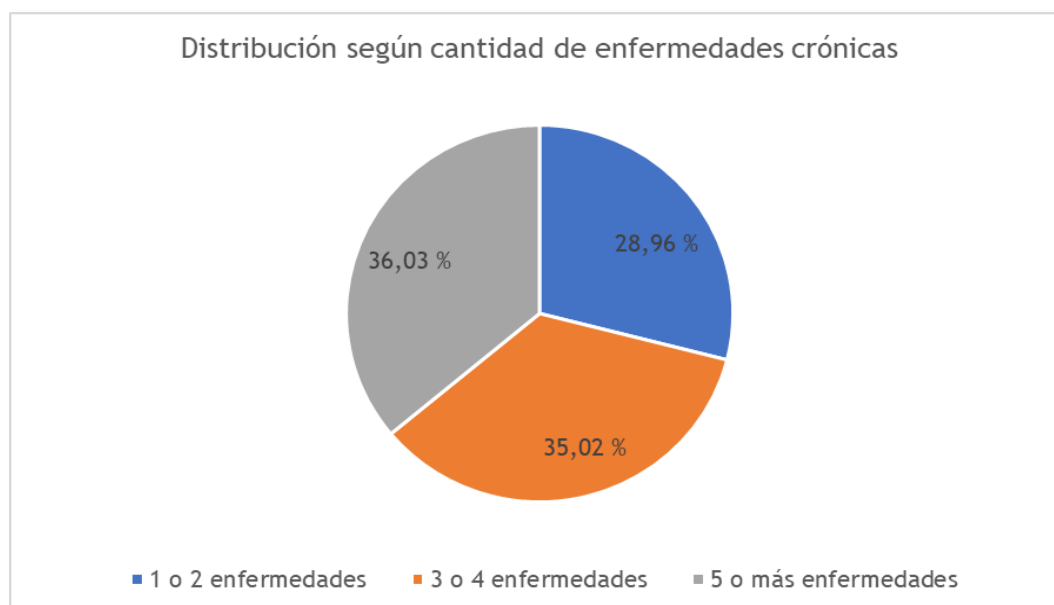


Figura 1. Distribución de los adultos mayores según cantidad de enfermedades crónicas

Predominaron las familias extensas (35,29 %) y ampliadas (33,82 %), con mayoría funcionales (72,06 %). El 60,29 % se encontró en etapa de “contracción” del ciclo vital, y un 20,59 % presentó hacinamiento (tabla 4).

Tabla 4. Distribución de los adultos mayores según distintos ejes de clasificación

Ejes de clasificación		Categorías	No	%*
Estructura	Ontogénesis	Nuclear	21	30,88
		Extensa	24	35,29
		Ampliada	23	33,82
	Número de miembros	Pequeña	19	27,94
		Mediana	35	51,47
		Grande	14	20,59
	Número de generaciones	Monogeneracional	17	25
		Bigeneracional	14	20,59
		Trigeneracional	21	30,88
		Multigeneracional	16	23,53
	Funcionabilidad	Funcional	49	72,06
		Moderadamente funcional	10	14,71
		Disfuncional	9	13,24
	Etapas del ciclo vital	Contracción	41	60,29
		Disolución	27	39,71
	Hacinamiento	Sin hacinamiento	54	79,41
		Con hacinamiento	14	20,59

Nota: *Calculado del total de familias (n=68)

El 44,78 % mostró normopeso, pero se observó obesidad en el 13,13 % de hombres (vs. 5,72 % en mujeres) y bajo peso en el 9,76 % de mujeres (vs. 4,71 % en hombres) (tabla 5).

Tabla 5. Distribución de los adultos mayores según evaluación nutricional y sexo

Evaluación nutricional	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino		No	%
	No	%	No	%		
Normopeso	59	19,87	74	24,92	133	44,78
Sobrepeso	41	13,80	24	8,08	65	21,89
Obeso	39	13,13	17	5,72	56	18,86
Bajo peso	14	4,71	29	9,76	43	14,48
Total	153	51,52	144	48,48	297	100

El 93,27 % recibió apoyo familiar total. El riesgo de accidentes domésticos (81,14 %) fue el síndrome geriátrico más frecuente, y el 92,93 % mantuvo capacidad funcional total. La incontinencia urinaria (22,56 %) fue la principal complicación clínica reportada (tabla 6).

Tabla 6. Distribución de los adultos mayores según características personales

Características		No	%
Apoyo familiar	Apoyo de todas las necesidades	277	93,27
	Apoyo limitado	14	4,71
	Apoyo escaso	6	2,02
	Abandono total	0	0
Grandes síndromes geriátricos	Peligro de accidentes en el hogar	241	81,14
	Incontinencia urinaria	67	22,56
	Inmovilidad o encamamiento	16	5,39
	Demencias	9	3,03
Incapacidad	Totalmente capacitados	276	92,93
	Limitaciones parciales	19	6,40
	Totalmente incapacitados	2	0,67

DISCUSIÓN

El envejecimiento poblacional en Cuba, particularmente en contextos semiurbanos como Palma Soriano,

representa un desafío multifactorial para el sistema de salud. La caracterización integral de adultos mayores atendidos en la atención primaria revela dinámicas epidemiológicas, sociales y funcionales que trascienden indicadores demográficos, configurando un perfil sanitario con implicaciones en políticas geriátricas.

El predominio del sexo masculino en la muestra total contrasta con estudios como los de Angulo et al.⁽⁶⁾ en contextos rurales cubanos, donde se reporta mayor representación femenina. Esta discrepancia podría atribuirse a particularidades migratorias o sociodemográficas de la localidad estudiada, donde podría existir una menor movilidad laboral de los hombres mayores en comparación con otras regiones. Sin embargo, la mayor masculinidad en grupos de 65-69 años y 85+ años coincide con hallazgos de Díaz et al.⁽⁷⁾ en Santiago de Cuba, sugiriendo patrones regionales de longevidad masculina potencialmente vinculados a estilos de vida, factores genéticos o una menor prevalencia de conductas de riesgo en estas cohortes específicas. La franja etaria más numerosa difiere de la investigación de Espinosa et al.⁽⁸⁾ en áreas urbanas, que identificaron mayor concentración en >80 años, lo que podría explicarse por una estructura demográfica más joven en la zona semiurbana o por flujos migratorios diferenciales de adultos muy mayores hacia centros urbanos.

Respecto a la morbilidad, el alto porcentaje de adultos mayores en el grupo III supera el 45 % reportado por Bustamante et al.⁽⁹⁾. Esta mayor carga de enfermedad crónica en nuestra población podría ser consecuencia de la acumulación de factores de riesgo a lo largo de la vida, combinado con un mejor acceso al diagnóstico en la atención primaria. No obstante, concuerda con la carga de morbilidad descrita por la OPS en poblaciones rurales envejecidas. La baja proporción de “aparentemente sanos” es consistente con estudios como el de Arévalo-Avecillas et al.⁽¹⁰⁾, que señalan menos del 7 % en este grupo, reflejando el alto nivel de cronicidad que caracteriza a las poblaciones envejecidas.

La Hipertensión arterial y diabetes exceden prevalencias globales, pero replican tendencias de Caribe insular como se muestra en la investigación de Félix López et al.⁽¹¹⁾, lo que sugiere la influencia de factores dietéticos regionales y transiciones epidemiológicas similares. El tabaquismo duplica la media nacional cubana, posible reflejo de cohortes históricas según muestra Acosta Martínez et al.⁽¹²⁾, indicando la persistencia de hábitos adquiridos en décadas pasadas. La frecuencia de cardiopatías se alinea con Briceño et al.⁽¹³⁾, mientras que la insuficiencia renal es inferior a reportes de México según el estudio de Guerra et al.⁽¹⁴⁾, diferencia que podría deberse a variaciones en los criterios diagnósticos, en el acceso a servicios de nefrología o en la prevalencia de sus principales factores causales.

En el ámbito psicosocial, el predominio de familias extensas y ampliadas coincide con el modelo de red de apoyo descrito por Cardozo et al.⁽¹⁵⁾ en adultos mayores cubanos, lo que sugiere la persistencia de estructuras familiares solidarias como estrategia de adaptación ante limitaciones económicas. La disfuncionalidad familiar es menor que en estudios brasileños como el de Ferrony et al.⁽¹⁶⁾, posiblemente por diferencias culturales en la percepción de la funcionalidad familiar, pero el hacinamiento supera el 15 % observado en La Habana por Gómez et al.⁽¹⁷⁾, reflejando limitaciones habitacionales propias de zonas semiurbanas. La etapa de “contracción” del ciclo vital refleja hallazgos de Campos-Tapia et al.⁽¹⁸⁾ sobre núcleos reducidos en zonas rurales, un fenómeno asociado a la emancipación de los hijos y al envejecimiento de la pareja.

En el estado nutricional, el normopeso es inferior al 52 % registrado por Rodríguez et al.⁽¹⁹⁾ en Camagüey, lo que podría relacionarse con diferencias en los patrones alimentarios regionales o en el acceso a alimentos variados. Mientras que la obesidad masculina duplica la femenina, patrón también documentado por Corrales et al.⁽²⁰⁾, que podría explicarse por roles de género que mantienen a los hombres alejados de la gestión alimentaria doméstica. El bajo peso femenino supera al masculino, coincidiendo con Ekmeiro et al.⁽²¹⁾ sobre riesgos nutricionales en mujeres mayores, quizás asociado a mayores situaciones de vulnerabilidad socioeconómica o a una mayor longevidad con enfermedades crónicas debilitantes.

El apoyo familiar total excede el 85 % de estudios colombianos como el de Toneto et al.⁽²²⁾, respaldando el modelo cubano de atención multigeneracional y los fuertes lazos familiares como amortiguadores de las carencias materiales. La alta capacidad funcional contrasta con el 78 % en adultos mayores españoles reportado por Chavarro-Carvajal et al.⁽²³⁾, lo que podría deberse a un efecto de selección o a un patrón de envejecimiento más activo en este contexto, aunque el riesgo de accidentes domésticos se alinea con alertas de la OMS sobre entornos no adaptados, señalando la necesidad de implementar programas de adaptación domiciliaria.

Limitaciones del Estudio

Es importante reconocer las limitaciones de esta investigación, el diseño transversal no permite establecer relaciones causales entre las variables analizadas, solo asociaciones. La concentración en un único consultorio médico limita la generalización de los resultados a otros contextos, aunque proporciona un perfil detallado de esta población específica. La dependencia de datos secundarios de historias clínicas puede introducir sesgos de información, ya que la calidad y completitud de los registros no era uniforme. La evaluación del funcionamiento familiar, aunque utilizó un instrumento validado, está sujeta a la subjetividad de los participantes. Asimismo, la recolección de datos sobre nivel socioeconómico se basó en ingresos declarados, lo que puede no capturar completamente la situación económica real de los hogares. Futuras investigaciones deberían considerar diseños

longitudinales que permitan seguir la evolución de esta población y expandir la muestra a múltiples consultorios para obtener una visión más representativa de la región.

CONCLUSIONES

Se evidencia una población geriátrica con elevada carga de cronicidad, donde la estructura familiar extensa/ampliada actúa como soporte predominante pese a disfuncionalidades moderadas. La combinación de riesgos nutricionales, junto a capacidades funcionales conservadas en la mayoría, coexiste con amenazas ambientales como accidentes domésticos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Faria R, Spode P. O envelhecimento populacional brasileiro sob uma perspectiva regional e urbana. GEOUSP. 2024;28(3):e221106. <https://doi.org/10.11606/issn.2179-0892.geousp.2024.221106pt>
2. Fernández Hernández AE, Casanova Acost X, Balcindes Acosta S. El desempeño del equipo de salud en el logro de un envejecimiento saludable. Pedag Prof. 2025;23(2):e2855. <http://revistas.ucpejv.edu.cu/index.php/rPProf/article/view/2855>
3. Gaviria Chavarro J, Zambrano Bermeo RN, Rojas Padilla IC, Gómez Gaviria ML. Ejercicio físico y envejecimiento saludable: impacto sobre el bienestar general y la aptitud física en adultos mayores. Retos. 2025;65:445-57. <https://revistaretos.org/index.php/retos/article/view/104232>
4. López-Delgado DS, Chapues-Andrade GL, Narváez CA, Zambrano Santacruz JC, Rosero-Galindo CY. Fisiología del envejecimiento: actualización y perspectiva genética. Med Fam SEMERGEN. 2025;51(6):102452. <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S113835932500005X>
5. Prado C, López MV, Cavallo A, García Díaz M, Ortiz F, Serna JM, et al. El desafío del envejecimiento saludable: brechas entre las necesidades de las personas mayores y las políticas implementadas en Argentina. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2025;60(2):101583. <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0211139X24001173>
6. Angulo AA, Rodríguez D, García MA. Nutritional status and quality of life in older adults: systematic review. Rev Gregoriana Cienc Salud. 2024;1(2):165-77. <https://revistasalud.sangregorio.edu.ec/index.php/salud/article/view/3149>
7. Díaz V, Díaz I, Acuña C, Donoso A, Nowogrodsky D. Evaluación de un programa de actividad física en adultos mayores. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2002;37(2):87-92. <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0211139X02747835>
8. Espinosa EH, Abril-Ulloa V, Encalada TL. Prevalencia de malnutrición y factores asociados en adultos mayores del cantón Gualaceo, Ecuador. Rev Chil Nutr. 2019;46(6):675-82. http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75182019000600675
9. Bustamante MA, Lapo MDC, Torres JD, Camino SM. Factores socioeconómicos de la calidad de vida de los adultos mayores en la provincia de Guayas, Ecuador. Inf Tecnol. 2017;28(5):165-76. http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-07642017000500017
10. Arévalo-Avecillas D, Game C, Padilla-Lozano C, Wong N. Predictores de la calidad de vida subjetiva en adultos mayores de zonas urbanas y rurales de la provincia del Guayas, Ecuador. Inf Tecnol. 2019;30(5):271-82. http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-07642019000500271
11. Félix López OA. Caracterización del nivel de depresión en adultos mayores. Rev Soc Cunz. 2022;2(2):59-64. <https://revistasociedadcunzac.com/index.php/revista/article/view/26>
12. Acosta Martínez I, Casanova Moreno M de la C, Casanova Moreno D, González Casanova JM, Machado Reyes F. Characterization of the prescription of anxiolytics in institutionalized older adults in the nursing home. Int J Med Surg Sci. 2021;8(1):1-12. <https://revistas.uautonoma.cl/index.php/ijmss/article/view/633>
13. Briceño Martínez AP, Contreras Pava PA, León Cely NE, Araque Peñaloza DK, Rivera Porras D. Caracterización de la calidad de vida en adultos mayores pertenecientes a cuatro asociaciones de Cúcuta mediante la escala FUMAT. Rev Cienc Soc Fam. 2021;7(2):1-25. <https://ojs.unipamplona.edu.co/index.php/cdh/article/view/1297>

14. Guerra Marrero O, Rodríguez Escalante BM, Barceló Pelegrín S, Hechavarría Espinosa A, Martínez Ramos M. Caracterización de la violencia intrafamiliar contra el adulto mayor en un área de salud. Hallazgos21. 2022;7(3):320-9. <https://revistas.pucese.edu.ec/hallazgos21/article/view/597>
15. Cardozo García Y, Posada López AC. Caracterización sociodemográfica de la diada cuidador familiar y adulto mayor con enfermedades crónicas y/o dependencia que participan en el programa de formación de cuidadores de la Alcaldía de Medellín, 2019. Rev Investig Andin. 2021;23(42). <https://revia.areandina.edu.co/index.php/IA/article/view/2055>
16. Ferrony Rivas CM, Cassol Bolzan N, Oliveira dos Santos N, Becker Kottwitz Bierhals CC, Helena Gehlen M, Barcelos Petter E, et al. Cognición y estado de ánimo/comportamiento de las personas mayores atendidas a domicilio. Cogitare Enferm. 2023;28:e84220. http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2176-91332023000100305
17. Gómez Martínez N, Vilema Vizuite EG, Guevara Zuñiga LE. Hipertensión arterial e incidencia de los factores de riesgo en adultos mayores. Dilemas Contemp Educ Polit Valores. 2021. <https://www.dilemascontemporaneoseduccionpoliticayvalores.com/index.php/dilemas/article/view/2741>
18. Campos-Tapia AP, Meda-Lara RM, Corona-Figueroa BA. Caracterización de los determinantes sociales de la salud del envejecimiento activo en estudios enfocados a la calidad de vida: mapeo sistemático. CienciaUAT. 2022;17-34. <https://revistaciencia.uat.edu.mx/index.php/CienciaUAT/article/view/1562>
19. Rodríguez Ibagué LF, Gallego Ardila AD, Quiroga Ardila YJ, Molina Eslava HI. Caracterización y factores de riesgo de caídas en un hospital de alta complejidad de Bogotá (Colombia). Rev Cienc Salud. 2021;19(3):1-15. <https://revistas.urosario.edu.co/index.php/revsalud/article/view/10395>
20. Corrales Barboza J, González Albert ML, Poderoso MD, Ucha S, Albo Davio G, De la Serna L, et al. Caracterización de la población adulta mayor, hábitos alimentarios y su relación con las enfermedades transmitidas por alimentos. Rev Cient ANMAT. 2021;2:e20. <http://revista.anmat.gob.ar/rca/article/view/20>
21. Ekmeiro Salvador JE, Arévalo Vera CR. Caracterización sociodemográfica, antropométrica y dietética de adultos mayores venezolanos. Horiz Sanit. 2023;22(3):477-88. <https://revistahorizonte.ujat.mx/index.php/horizonte/article/view/5470>
22. Toneto MADS, Mendes PC, Araújo SAD. Caracterización de la aparición de fracturas en ancianos: estudio epidemiológico en un hospital público. Cogitare Enferm. 2024;29:e90955. http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2176-91332024000100212
23. Chavarro-Carvajal DA, Pabón-Martínez EJ, Negrette Soto AK, Santacruz Escudero JM, Cano-Gutierrez CA. Caracterización de los pacientes adultos mayores ingresados a una unidad de agudos de un hospital de alta complejidad en Bogotá, Colombia. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2024;59(6):101527. <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0211139X24000611>

FINANCIACIÓN

Los autores no recibieron financiación para el desarrollo de la presente investigación

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran que no existe conflicto de intereses

CONTRIBUCIÓN DE AUTORÍA

Conceptualización: Juan Leonardo Pacios Dorado, Miguel Enrique Barroso Fontanals, Raiza Fernández Sosa.

Curación de datos: Juan Leonardo Pacios Dorado, Miguel Enrique Barroso Fontanals, Raiza Fernández Sosa.

Análisis formal: Juan Leonardo Pacios Dorado, Miguel Enrique Barroso Fontanals, Raiza Fernández Sosa.

Investigación: Juan Leonardo Pacios Dorado, Miguel Enrique Barroso Fontanals, Raiza Fernández Sosa.

Metodología: Juan Leonardo Pacios Dorado, Miguel Enrique Barroso Fontanals, Raiza Fernández Sosa.

Administración del proyecto: Juan Leonardo Pacios Dorado, Miguel Enrique Barroso Fontanals, Raiza Fernández Sosa.

Recursos: Juan Leonardo Pacios Dorado, Miguel Enrique Barroso Fontanals, Raiza Fernández Sosa.

Software: Juan Leonardo Pacios Dorado, Miguel Enrique Barroso Fontanals, Raiza Fernández Sosa.

Supervisión: Juan Leonardo Pacios Dorado, Miguel Enrique Barroso Fontanals, Raiza Fernández Sosa.

Validación: Juan Leonardo Pacios Dorado, Miguel Enrique Barroso Fontanals, Raiza Fernández Sosa.

Visualización: Juan Leonardo Pacios Dorado, Miguel Enrique Barroso Fontanals, Raiza Fernández Sosa.

Redacción - borrador original: Juan Leonardo Pacios Dorado, Miguel Enrique Barroso Fontanals, Raiza Fernández Sosa.

Redacción - revisión y edición: Juan Leonardo Pacios Dorado, Miguel Enrique Barroso Fontanals, Raiza Fernández Sosa.