



AÑO 2025
VOL. XX
ISSN 1816-8450



Artículo de Investigación

Evaluación de pacientes geriátricos con síndrome de desacondicionamiento físico

Evaluation of Geriatric Patients with Physical Deconditioning Syndrome

Abel Estévez Perera¹ <https://orcid.org/0000-0002-8410-5808>

Jorge Luis Goulet Rodríguez¹ <https://orcid.org/0009-0007-9171-8948>

Fabiola Gutiérrez García² <https://orcid.org/0009-0005-3372-4819>

Elisbeth Pérez Montes de Oca^{2*} <https://orcid.org/0000-0002-4224-6039>

Denise Rodríguez Verdecie³ <https://orcid.org/0009-0003-9107-2682>

Yerly Buzzis Escalona³ <https://orcid.org/0000-0002-1285-5191>

¹Universidad de Ciencias Médicas de La Habana. Centro de Investigaciones sobre Longevidad, Envejecimiento y Salud. La Habana, Cuba.

²Universidad de Ciencias Médicas de La Habana. Hospital Clínico Quirúrgico "Hermanos Ameijeiras". La Habana, Cuba.

³Universidad de Ciencias Médicas de La Habana. Facultad de Ciencias Médicas "Calixto García". Hospital Universitario "General Calixto García". La Habana. Cuba

***Autor para la correspondencia:** elisbethpmdeoca99@gmail.com

Cómo citar este artículo: Estévez Perera A, Goulet Rodríguez JL, Gutiérrez García F, Pérez Montes de Oca E, Rodríguez Verdecie D, Buzzis Escalona Y. Evaluación de pacientes geriátricos con síndrome de desacondicionamiento físico. GerolInfo-Revista de Gerontología y Geriátría. 2025; 20:e342.

RESUMEN:

Introducción: El síndrome de desacondicionamiento físico es la pérdida rápida y progresiva de la condición física general que ocurre cuando una persona deja de realizar actividad física de manera habitual, usualmente debido a un período inmovilidad o vida sedentaria forzada por una enfermedad.

Objetivo: Describir las características principales de pacientes geriátricos con síndrome de desacondicionamiento físico.

Métodos: Se realizó un estudio observacional, de corte transversal, entre enero y diciembre de 2024. La muestra quedó conformada por 60 sujetos. Se analizaron las variables: edad, sexo, factores de riesgo geriátrico, enfermedades crónicas no transmisibles, dependencia para actividades básicas de la vida diaria y actividades instrumentadas de la vida diaria, limitación física, deterioro cognitivo y situación social. Se utilizaron como medidas de resúmenes las frecuencias absolutas y relativas.

Resultados: Predominaron los pacientes del sexo femenino de entre 80-89 años. Los factores de riesgo geriátricos más frecuentes fueron la inmovilidad y el déficit sensorial. Entre las enfermedades crónicas no trasmisibles predominó la osteoartrosis (50 %), seguido de la hipertensión arterial (21,7 %). Se evidenció que el 50 % tenía una limitación física grave y hubo un predominio del deterioro cognitivo ligero en torno al 37 %, así como de una buena situación social en el 55 %.

Conclusiones: El diagnóstico temprano del síndrome de desacondicionamiento físico en adultos mayores contribuye a una intervención precoz la cual se convierte en una estrategia fundamental para mejorar la calidad de vida del paciente e incorporarlo a su vida diaria en el menor plazo posible.

Palabras clave: desacondicionamiento físico; evaluación geriátrica; pacientes geriátrico.

ABSTRACT:

Introduction: Physical deconditioning syndrome is the rapid and progressive loss of general physical fitness that occurs when a person stops performing regular physical activity, usually due to a period immobility, or a sedentary lifestyle forced by illness.

Objective: To describe the main characteristics of geriatric patients with physical deconditioning syndrome.



Methods: A cross-sectional, observational study was conducted between January and December 2024. The sample consisted of 60 subjects. The variables analyzed were age, sex, geriatric risk factors, chronic non-communicable diseases, dependence for basic activities of daily living and implemented activities of daily living, physical limitation, cognitive impairment, and social status. Absolute and relative frequencies were used as summary measures. **Results:** Female patients between 80 and 89 years of age predominated. The most common geriatric risk factors were immobility and sensory deficit. Among the chronic non-communicable diseases, osteoarthritis predominated (50%), followed by high blood pressure (21.7%). Fifty percent had severe physical limitations, while mild cognitive impairment predominated (around 37%), and a good social status (55%).

Conclusions: Early diagnosis of physical deconditioning syndrome in older adults contributes to early intervention, which is a fundamental strategy for improving the patient's quality of life and returning them to their daily lives as quickly as possible.

Keywords: physical deconditioning; geriatric assessment; geriatric patients.

INTRODUCCIÓN:

El síndrome de desacondicionamiento físico es la pérdida rápida y progresiva de la condición física general que ocurre cuando una persona deja de realizar actividad física de manera habitual, usualmente debido a un período de reposo en cama, inmovilidad o vida sedentaria forzada por una enfermedad, una hospitalización o una lesión.^(1,2)

El síndrome de desacondicionamiento físico es un problema de salud serio que puede empeorar la recuperación de la enfermedad original, prolongar la estancia hospitalaria y reducir de forma significativa la calidad de vida. Subraya la importancia crítica de mantenerse activo, incluso durante una enfermedad, siempre que sea posible según criterio médico.^(2,3)

Este síndrome es común en personas que pasan por: hospitalizaciones prolongadas, reposo en cama, recuperación de cirugías mayores, lesiones que inmovilizan una parte del cuerpo y estilos de vida muy sedentarios en adultos mayores o personas con enfermedades crónicas debilitantes.^(3,4)

El desacondicionamiento afecta a casi todos los sistemas del cuerpo:

1. Sistema Muscular (Pérdida de masa y fuerza - Atrofia muscular):



Es lo más evidente. Los músculos se vuelven más pequeños, débiles y se fatigan con facilidad. La pérdida de fuerza en las piernas dificulta caminar, subir escalones o levantarse de una silla.

2. Sistema Cardiovascular y Respiratorio:

Disminución del volumen sanguíneo y de la capacidad cardíaca: El corazón tiende a la taquicardia en reposo. Hipotensión ortostática: Mareos o vértigo al ponerse de pie debido a que el sistema cardiovascular no se adapta bien a los cambios de postura. Disminución de la capacidad pulmonar: Mayor dificultad para respirar con actividades que antes eran normales.

3. Sistema Óseo (Pérdida de densidad ósea - Osteopenia):

La falta de carga sobre los huesos (como al caminar) hace que el cuerpo reabsorba calcio, lo cual debilita los huesos y aumenta el riesgo de fracturas.

4. Articulaciones y Flexibilidad:

Las articulaciones se vuelven rígidas y el rango de movimiento se reduce, lo que puede llevar a contracturas y dolor.

5. Equilibrio y Coordinación:

Aumenta el riesgo de caídas debido a la debilidad muscular, la hipotensión y la pérdida de propiocepción (percepción inconsciente de los movimientos y la percepción del cuerpo, independiente de la visión).^(5,6)

El síndrome de desacondicionamiento físico es una complicación frecuente y grave en los adultos mayores. Ocurre como consecuencia a una enfermedad aguda, hospitalización o inmovilidad. Su identificación temprana es crucial para implementar intervenciones de rehabilitación y prevenir el deterioro funcional irreversible. El objetivo de este estudio es describir las características principales de pacientes geriátricos con síndrome de desacondicionamiento físico.

MÉTODOS:

Estudio observacional, de corte transversal, desarrollado en el Servicio de Rehabilitación Física del Centro de Investigaciones sobre Longevidad, Envejecimiento y Salud (CITED), en el periodo de enero de 2024 a diciembre de 2024.

La muestra quedó conformada por 60 sujetos. Se realizó un muestreo por conveniencia.



Como criterios de inclusión se adoptó la edad de 60 años o más, voluntariedad para participar y diagnóstico de síndrome de desacondicionamiento físico en el periodo de estudio. Como criterios de exclusión, estadio terminal según juicio de experto.

Se analizaron las siguientes variables:

- Edad
- Sexo: Masculino, femenino.
- Factores de riesgo geriátrico: inmovilidad, incontinencia, déficit sensorial, déficit funcional, apoyo familiar deficiente y barreras arquitectónicas.
- Enfermedades crónicas no transmisibles: hipertensión arterial (HTA), diabetes mellitus tipo 2 (DM tipo 2), enfermedad renal crónica (ERC), enfermedad cerebrovascular (ECV), cardiopatía isquémica (CI), enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), osteoartrosis, enfermedad de Parkinson, cáncer.
- Dependencia para Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD) y Actividades Instrumentadas de la Vida Diaria (AIVD): dependencia total, grave, moderada, leve, independiente
- Limitación física: limitación grave, moderada, leve, mínima.
- Deterioro cognitivo: deterioro cognitivo severo, moderado, leve, sin deterioro cognitivo
- Depresión: presente, ausente.
- Situación social: buena situación social, riesgo social, problema social.

Para el diagnóstico de dependencia para ABVD y AIVD se tomó en cuenta los índices de Barthel y Lawton.

La evaluación de la limitación física se realizó a partir del uso de la Batería Corta de Desempeño Físico.

Se evaluó deterioro cognitivo mediante la Mini prueba del Estado Mental de Folstein, adaptado a población cubana según valores normativos. Se evaluó la presencia de depresión mediante la escala de depresión geriátrica de Yesavage.

Para la evaluación de la situación social se utilizó la Escala de Valoración Socio Familiar de Gijón.



Dentro del análisis estadístico, se utilizaron como medidas de resúmenes las frecuencias absolutas y relativas. Fue verificado para cada variable registrada, que no existieran valores extremos, inconsistentes o perdidos. El análisis estadístico descriptivo se realizó con el paquete estadístico SPSS 25 y se representaron en tablas de frecuencias.

Se respetó el principio a la confidencialidad de la información de la base de datos revisada y las historias clínicas. Fue aprobada la investigación por el Consejo Científico y el Comité de Ética de las Investigaciones.

RESULTADOS:

La edad promedio de la muestra estudiada fue de 78,7 años. Predominaron los pacientes del sexo femenino de entre 80-89 años (Tabla 1).

Tabla 1. Distribución de la muestra según edad y sexo.

		Sexo		Total
		Femenino	Masculino	
Grupo de edad	60-69 años	4	2	6
	70-79 años	17	9	26
	80-89 años	19	7	26
	≥ 90 años	2	0	2
Total		42	18	60

Los factores de riesgo geriátricos más frecuentes fueron la inmovilidad y el déficit sensorial, ambos con 21, 7 % (IC: 11,7-31,7) (Tabla 2).



Tabla 2. Distribución de la muestra según factores de riesgo geriátricos.

Factores de riesgo geriátricos	Frecuencia	Porcentaje	Intervalo de confianza a 95%	
			Inferior	Superior
Inmovilidad	13	21,7	11,7	31,7
Incontinencia	10	16,7	8,3	26,7
Déficit sensorial	13	21,7	11,7	31,7
Déficit funcional	15	25	13,3	36,7
Apoyo familiar deficiente	4	6,7	1,7	13,3
Barreras arquitectónicas	12	20	9,7	29,4

*Un mismo paciente puede tener más de un factor de riesgo.

En la muestra de pacientes estudiados predominó la osteoartritis (50 %; IC: 36,7-63,3), seguidos de la hipertensión arterial (21,7 %; IC: 11,7-31,7) y de la diabetes mellitus tipo 2 (20 %; IC: 9,7-29,4) (Tabla 3).



Tabla 3. Distribución de la muestra según enfermedades crónicas no transmisibles.

Enfermedades Crónicas	Frecuencia	Porcentaje	Intervalo de confianza a 95%	
			Inferior	Superior
HTA	13	21,7	11,7	31,7
DM tipo 2	12	20	9,7	29,4
ERC	9	15	6,7	25
ECV	9	15	6,7	25
CI	5	8,3	1,7	16,7
EPOC	5	8,3	1,7	16,7
Osteoartrosis	30	50	36,7	63,3
Enfermedad de Parkinson	8	13,3	5	21,7
Cáncer	5	8,3	1,7	15

*Un mismo paciente puede tener más de una enfermedad.

En el análisis del grado de dependencia de los pacientes estudiados predominaron los sujetos con dependencia leve para las actividades básicas de la vida diaria (53,3 %; IC: 40-65) y dependencia total para las actividades instrumentadas de la vida diaria (28,3 %; IC: 18,3-40) (Tabla 4).



Tabla 4. Distribución de la muestra según dependencia para ABVD y AIVD

DEPENDENCIA PARA ABVD				
	Frecuencia	Porcentaje	Intervalo de confianza a 95%	
			Inferior	Superior
Dependencia Total	6	10	3,3	18
Dependen Grave	7	11,7	5	20
Depende Moderada	5	8,3	3,3	16,7
Dependencia Leve	32	53,3	40	65
Independiente	10	16,7	8,3	26,7
Total	60	100,0	100,0	100,0
DEPENDENCIA PARA AIVD				
	Frecuencia	Porcentaje	Intervalo de confianza a 95%	
			Inferior	Superior
Dependencia Total	17	28,3	18,3	40
Dependen Grave	11	18,3	10	28,3
Depende Moderada	13	21,7	11,7	31,7
Dependencia Leve	9	15	6,7	25
Independiente	10	16,6	11,4	24,2
Total	60	100,0	100,0	100,0

La evaluación de la limitación física en los sujetos estudiados mediante la batería corta de desempeño físico evidenció que el 50 % (IC: 36,7-63,3) tenía una limitación física grave al momento de la valoración (Tabla 5).



Tabla 5. Distribución de la muestra según limitación Física.

Limitación física	Frecuencia	Porcentaje	Intervalo de confianza a 95%	
			Inferior	Superior
Grave	30	50	36,7	63,3
Moderada	18	30	18,3	43,3
Leve	9	15	6,7	25
Mínima	3	5	0,1	10
Total	60	100,0	100,0	100,0

La evaluación de la cognición en los sujetos estudiados mediante la mini prueba del Estado Mental de Folstein evidenció un predominio del deterioro cognitivo ligero en torno al 37 % (IC: 34,2-38,9). Por otra parte, el 55 % (IC: 43,3-66,6) de la muestra tuvo una buena situación social.

DISCUSIÓN:

El síndrome de desacondicionamiento físico es muy prevalente en ancianos hospitalizados pues a medida que se envejece, el riesgo de presentar desacondicionamiento en cualquiera de sus variantes aumenta, debido a los cambios fisiológicos del envejecimiento y la gran prevalencia de enfermedades crónicas que puedan favorecerlo.⁽⁷⁾

En su estudio prospectivo Labrada-Rodríguez y colaboradores,⁽⁸⁾ incluyó a 94 pacientes ingresados por síndrome de desacondicionamiento asociado a hospitalización. La media de edad fue de 67,78±11,29 años y predominaron los pacientes hombres, sin deterioro cognitivo y con dependencia moderada. En cambio, en el estudio que se presenta el promedio de edad fue de 78,7 años, predominó el sexo femenino y los sujetos con dependencia leve para las actividades básicas de la vida diaria y dependencia total para las actividades instrumentadas de la vida diaria. Además se mostró un predominio del deterioro cognitivo ligero. Por tanto ninguno de los resultados de ambos estudios coincide.

Osorno Chica, ⁽⁹⁾ en su análisis descriptivo de Popayán, Colombia, el 63 % de los pacientes geriátricos estudiados correspondió a hombres. Las enfermedades padecidas por el grupo



estudiado estuvieron representadas en un su mayoría por patologías a nivel cardiovascular (enfermedad coronaria, falla cardiaca sintomática, hipertensión arterial y tromboembolismo venoso); le siguen las enfermedades respiratorias (enfermedad pulmonar obstructiva crónica y asma) y en menos medida la patología digestiva (cáncer de estómago y enfermedad hepatoiliar). En cambio en este estudio predominó la osteoartritis, seguido de la hipertensión arterial y de la diabetes mellitus tipo 2; además de que prevalecieron los pacientes de sexo femenino como se mencionó con anterioridad. También discrepan ambos resultados.

Es importante mencionar que el síndrome de desacondicionamiento físico no se limita solo a los aspectos físicos, sino que también puede tener un impacto emocional y psicológico significativo en los pacientes, puesto que la pérdida de autonomía y la disminución de la funcionalidad tienden a generar ansiedad, depresión y otros trastornos del estado de ánimo.⁽¹⁰⁾

El desempeño ocupacional es fundamental para el proceso de recuperación de los pacientes. Este engloba una amplia gama de elementos interrelacionados que influyen en la participación activa y significativa de una persona en su vida diaria; incluye ocupaciones tales como actividades de la vida diaria (AVD): vestirse, asearse y comer; actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) como: manejar las finanzas y hacer compras. Además se extiende a aspectos como el manejo de la salud, el descanso y el sueño, la educación, el trabajo, el juego, el ocio y la participación social. Estos aspectos ocupacionales se desarrollan en contextos específicos que incluyen factores ambientales como el entorno físico y social, así como factores personales que abarcan desde los patrones de desempeño como hábitos, rutinas, roles y rituales, hasta habilidades de desempeño que incluyen habilidades motoras, habilidades de procesamiento y habilidades de interacción social.^(11,12,13)

La terapia ocupacional se centra en ayudar a las personas a desarrollar habilidades y estrategias para llevar a cabo estas actividades de manera eficiente y satisfactoria, adaptándolas según las necesidades y capacidades de cada quien.⁽¹⁴⁾

A menudo, la estancia hospitalaria requiere someter al paciente a una inmovilización prolongada, es especial en las unidades de cuidados intensivos (UCI) con el fin de brindar el soporte vital básico. Algunas investigaciones han encontrado que la movilización temprana y adecuada en las UCI es eficiente en la progresión del síndrome de desacondicionamiento físico.⁽¹⁵⁾



La importancia de la intervención temprana de la fisioterapia en este tipo de pacientes en la mayoría de los casos acorta el tiempo de estancia hospitalaria. Esta ha logrado demostrar que existen diversidad de ejercicios que mejoran la fuerza muscular, resistencia, equilibrio y capacidad respiratoria en pacientes con desacondicionamiento físico.⁽¹⁵⁾

Existen diversas patologías de base que predisponen a padecer un síndrome de desacondicionamiento físico. Guerrero Castro.⁽¹⁶⁾ menciona en su artículo que las personas que han sufrido un ECV tienen un daño neurológico que limita sus funciones motoras, comunicativas, cognitivas, de aprendizaje y memoria. Por tanto se reduce su calidad de vida, debido a la pérdida y muerte neuronal, dado el tiempo de hospitalización y de intervención terapéutica, pues la estancia hospitalaria está relacionada con las complicaciones que afectan la capacidad funcional del individuo.

En el caso de las personas con cáncer se presume que la causa de este síndrome se basa en los efectos secundarios de los tratamientos, tales como cirugías, radioterapia y quimioterapia; así como las comorbilidades individuales añadidas y la inactividad que provoca atrofia muscular, fenómeno que en el paciente con cáncer es más grave, por la respuesta inflamatoria que el huésped provoca sobre el tumor.^(17,18)

Los autores concuerdan con las dos afirmaciones descritas con anterioridad. En este estudio las ECV y el cáncer no constituyen la mayoría pero aun así se tienen en cuenta entre las principales enfermedades crónicas no transmisibles.

Los adultos mayores son una población numerosa, vulnerable a sufrir eventos adversos para la salud y demandan estructura adecuada y una atención multidisciplinaria e integral; este es un principio inherente de la asistencia geriátrica desde la mitad del siglo pasado, ponerlo en práctica permitirá devolverlos a su medio social con mejor estado de funcionalidad, ahorrar recursos y disminuir la estadía hospitalaria.⁽¹⁸⁾

Se concluye que en el estudio predominaron los pacientes del sexo femenino entre 80-89 años de edad. Los factores de riesgo geriátricos más frecuentes fueron la inmovilidad y el déficit sensorial. Entre las enfermedades de base se destacaron la osteoartrosis y la hipertensión arterial. Predominaron los sujetos con dependencia leve para las actividades básicas de la vida diaria y dependencia total para las actividades instrumentadas de la vida diaria. La mitad de los pacientes presentaron una limitación física grave y se evidenció predominio del deterioro cognitivo ligero y una buena situación social. El diagnóstico temprano del síndrome de



desacondicionamiento físico en adultos mayores contribuye a una intervención precoz la cual se convierte en una estrategia fundamental para mejorar la calidad de vida del paciente e incorporarlo a su vida diaria en el menor plazo posible.

REFERENCIAS:

1. Ocampo JM, Reyes-Ortiz CA. Revisión sistemática de literatura: Declinación funcional en ancianos hospitalizados. RMR [Internet]. 2016 [Acceso: 10-10-2025]; 22(1):49-57. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0122-06672016000100008&lng=en.
2. Romo Chamorro KM, Ardila Villareal GM. Recuperación desde de la unidad de cuidados intensivos y el desafío del síndrome de desacondicionamiento físico. Boletín Informativo CEI [Internet]. 2023 [Acceso: 10-10-2025]; 10(3):87-8. Disponible en: <https://revistas.umariana.edu.co/index.php/BoletinInformativoCEI/article/view/3932>
3. Franco Jiménez AM. Ejercicio de larga duración reduce la oscilación postural en adultos mayores activos. Revista Salud Uis [Internet]. 2024[Acceso: 10-10-2025]; 56(1):[aprox. 7p]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=9551808>
4. Mera-Mamián AY, Tabares-Gonzalez E, Montoya-Gonzalez S, Muñoz-Rodriguez DI, Monsalve-Vélez F. Recomendaciones prácticas para evitar el desacondicionamiento físico durante el confinamiento por pandemia asociada a COVID-19. Univ. Salud [Internet]. 2020 [Acceso: 10-10-2025]; 22(2):166-177. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S012471072020000200166&lng=n.
5. N. Pérez Abascal L, García Cabrera B, Montero Errasquin AJ, Cruz J. Valoración del paciente geriátrico. Medicine - Programa de Formación Médica Continuada Acreditado [Internet]. 2014[Acceso: 10-10-2025]; 11(62):3641-58. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0304541214708273>
6. Enciso-Olivera CO, Galvis-Rincón JC, Díaz De La Torre E, Devia-León A, Camargo-Puerto DA. Efectos cardiovasculares de un protocolo de reacondicionamiento físico en pacientes críticos de tres centros asistenciales en Bogotá, Colombia. Medicas UIS [Internet]. 2016 [Acceso: 10-10-2025]; 29(2): 161-173. Disponible en:



http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-03192016000200015&lng=en.

7. Valencia Solarte AI, Ardila Villareal GM. Evaluación del desacondicionamiento físico en usuarios hospitalizados. Bol. Informativo CEI [Internet]. 2024 Acceso: 10-10-2025]; 11(3):51-3. Disponible en:

<https://revistas.umariana.edu.co/index.php/BoletinInformativoCEI/article/view/4371>

8. Labrada-Rodríguez YH, de-Ory-López E, Minaya-Saiz J, Cuenca-Zaldívar JN, Ávila-Tato MR. Variables predictoras de ganancia funcional en pacientes con síndrome de desacondicionamiento asociado a hospitalización. Rev. Med. Electrón. [Internet]. 2024 [Acceso: 10-10-2025]; 46:[aprox 6p]. Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242024000100108&lng=es.

9. Osorno Chica DA, Prado JC, Narvárez J. Desacondicionamiento músculoesquelético en una cohorte de ancianos de la ciudad de Popayán, Colombia. Rev. Asoc. Colomb. Gerontol. Geriatr. [Internet]. 2007 [Acceso: 10-10-2025]; 21(2):[aprox. 8p]. Disponible en:

https://acgg.org.co/pdf/pdf_revista_07/21-2.pdf#page=12

10. Duque IL, Parra JH. Exposición a pantallas, sobrepeso y desacondicionamiento físico en niños y niñas. Rev. latinoam. cienc. soc. niñez juv [Internet]. 2012 [Acceso: 10-10-2025]; 10(2):971-981. Disponible en:

http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1692-715X2012000200014&lng=en.

11. Franco-Jiménez AM. Ejercicio de larga duración reduce la oscilación postural en adultos mayores activos. Rev. Univ. Ind. Santander. Salud [Internet]. 2024 [Acceso: 10-10-2025]; 56:e24024. Disponible en:

http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-08072024000124024&lng=en.

12. Castellanos-Ruiz J, Montealegre-Mesa LM, Franco-Villada MA, Mejía GT, Quechotl-Benítez R. Resistencia aeróbica: parámetros de prescripción del ejercicio físico con realidad virtual para personas mayores. Rev. Digit. Act. Fis. Deport. [Internet]. 2023 [Acceso: 10-10-2025]; 10(1):[aprox. 6p]. Disponible en:

<https://revistas.udca.edu.co/index.php/rdafd/article/view/2326>



13. Danger Danger Y, Abreus Mora JL, González Curbelo VB, Alfonso Antúnez M. Ejercicio físico y percepción de esfuerzo en adultos mayores . RUS [Internet]. 2024 [Acceso: 10-10-2025]; 16(5):515-24. Disponible en: <https://rus.ucf.edu.cu/index.php/rus/article/view/4651>
14. Chamorro Hernández DV, Ardila Villareal GM. Desacondicionamiento físico hospitalario: su incidencia en el desempeño ocupacional de los pacientes. Bol. Informativo CEI [Internet]. 15 de octubre de 2024 [Acceso: 10-10-2025]; 11(2):108-10. Disponible en: <https://revistas.umariana.edu.co/index.php/BoletinInformativoCEI/article/view/4175>
15. Campos Falgueras L, Martín Pérez V, Arregui Combalía R, Álvaro Verdejo P, Delgado Lería J, Garate Cativiela J. Tratamiento de fisioterapia en un síndrome de desacondicionamiento por síndrome compartimental caso clínico. RSI [Internet]. 2024 [Acceso: 10-10-2025]; 5(8): [aprox. 8p]. Disponible en: <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/caso-clinico-tratamiento-de-fisioterapia-en-un-sindrome-de-desacondicionamiento-por-sindrome-compartimental/>
16. Guerrero Castro MF, Romo Buesaquillo KM, Ardila Villareal GM. Síndrome de desacondicionamiento físico post accidente cerebro vascular isquémico embólico. Un abordaje desde Terapia ocupacional. Boletín Informativo CEI [Internet]. 2023 [Acceso: 10-10-2025]; 10(1):122–124. Disponible en: <https://revistas.umariana.edu.co/index.php/BoletinInformativoCEI/article/view/3424>
17. Olave Riascos EA, Ardila Villareal GM. Desacondicionamiento físico en adultos mayores con cáncer. Bol. Informativo CEI [Internet]. 2 de julio de 2025 [Acceso: 10-10-2025]; 12(1):61-3. Disponible en: <https://revistas.umariana.edu.co/index.php/BoletinInformativoCEI/article/view/4525>
18. Belaunde Clausell A, Lluís Ramos GE. Valoración geriátrica desde la etención hospitalaria. Revista Cubana de Medicina Militar. 2020 [Acceso: 10-10-2025]; 49(2):434-437. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138655720200002000020script=sci_arttext&tlng=pt

CONFLICTOS DE INTERESES

Los autores declaran que no existe conflicto de intereses.



Este es un artículo en Acceso Abierto distribuido según los términos de la [Licencia Creative Commons Atribución–No Comercial 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) que permite el uso, distribución y reproducción no comerciales y sin restricciones en cualquier medio, siempre que sea debidamente citada la fuente primaria de publicación

FINANCIACIÓN

Los autores no recibieron financiación para la realización de este artículo.

CONTRIBUCIÓN DE AUTORÍA

Conceptualización: Abel Estévez Perera, Jorge Luis Goulet Rodríguez, Fabiola Gutierrez Garcia, Elisabeth Pérez-Montes de Oca, Denise Rodríguez Verdecie.

Curación de datos: Abel Estévez Perera, Jorge Luis Goulet Rodríguez, Fabiola Gutierrez Garcia, Elisabeth Pérez-Montes de Oca, Denise Rodríguez Verdecie, Yerly Buzzis Escalona.

Investigación: Abel Estévez Perera, Jorge Luis Goulet Rodríguez, Fabiola Gutierrez Garcia, Elisabeth Pérez-Montes de Oca, Denise Rodríguez Verdecie, Yerly Buzzis Escalona.

Metodología: Abel Estévez Perera, Jorge Luis Goulet Rodríguez, Fabiola Gutierrez Garcia, Elisabeth Pérez-Montes de Oca, Denise Rodríguez Verdecie, Yerly Buzzis Escalona.

Administración del proyecto: Abel Estévez Perera, Jorge Luis Goulet Rodríguez, Fabiola Gutierrez Garcia, Elisabeth Pérez-Montes de Oca, Denise Rodríguez Verdecie.

Recursos: Abel Estévez Perera, Jorge Luis Goulet Rodríguez, Fabiola Gutierrez Garcia, Elisabeth Pérez-Montes de Oca, Denise Rodríguez Verdecie.

Software: Abel Estévez Perera, Jorge Luis Goulet Rodríguez, Fabiola Gutierrez Garcia, Elisabeth Pérez-Montes de Oca, Denise Rodríguez Verdecie, Yerly Buzzis Escalona.

Validación: Abel Estévez Perera, Jorge Luis Goulet Rodríguez, Fabiola Gutierrez Garcia, Elisabeth Pérez-Montes de Oca, Denise Rodríguez Verdecie.

Redacción - Elaboración del borrador original: Abel Estévez Perera, Jorge Luis Goulet Rodríguez, Fabiola Gutierrez Garcia, Elisabeth Pérez-Montes de Oca, Denise Rodríguez Verdecie, Yerly Buzzis Escalona.

Redacción - Revisión y edición: Abel Estévez Perera, Jorge Luis Goulet Rodríguez, Fabiola Gutierrez Garcia, Elisabeth Pérez-Montes de Oca, Denise Rodríguez Verdecie, Yerly Buzzis Escalona.

