

Aplicación de la evaluación geriátrica integral en los problemas sociales de adultos mayores

Use of integrated geriatric assessment for social problems in the elderly

Luis Montenegro Saldaña¹, Claudia Salazar Roque², Carlos De la Puente Olortegui³, Adolfo Gómez Sarapura¹, Erick Ramírez Aranda¹.

RESUMEN

Introducción: Con los avances en la medicina cada vez más personas se incorporan a un segmento social creciente denominado “del adulto mayor”. Por ello la salud del adulto mayor constituye un tema de estudio de suma importancia social.

Objetivo: determinar los problemas sociales y las características geriátricas asociadas en adultos mayores.

Material y método: estudio descriptivo transversal, en el que se entrevistó a 154 personas mayores de 60 años que acudieron a una campaña de salud y control metabólico en septiembre del 2005 en el Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen, organizada por el Servicio de Geriátrica.

Resultados: la edad promedio fue 72,1 +/- 8 años (60 a 91 años), siendo 59,7% mujeres (92 personas). Se encontró criterios diagnósticos de síndrome de caídas en 48,1% del total; incontinencia de orina de cualquier causa en 40,3%; dismovilidad de cualquier grado en 6,5%, y deterioro cognitivo leve a mayor en 63,6%. Cumplieron al menos un criterio de fragilidad y se catalogó como frágil a 74 personas (48,1%). Mediante el test de Gijón modificado por la Universidad Cayetano Heredia, se determinó que 49,4% de los entrevistados tenía riesgo y/o problema social, identificando a 12 personas (7,8%) con diagnóstico de problema social. El 11,7% vive con el cónyuge de similar edad, y el 8,7% vive solo o los hijos están alejados. El 50,7% tiene solo una pensión mínima contributiva o carece de pensión; mientras que el 9,1% tiene una vivienda húmeda, incompleta o inadecuada. Respecto a las redes sociales, el 29,9% tiene relación solo con la familia y no sale del domicilio, mientras que el 28,6% es requeriente de cuidados residenciales o cuidados permanentes.

Conclusión: La evaluación geriátrica integral (EGI) es importante en el estudio completo del anciano a todo nivel de atención.

Palabras clave: anciano, anciano frágil, problemas sociales, evaluación geriátrica.

ABSTRACT

Introduction: With recent avances in medical care available there is an increasing number of persons included in the so called ‘advanced age group’ or ‘elderly’. For this reason, the health of the elderly is now a very important topic to be studied from a social point of view.

Objective: To determine social problems prevalent in the elderly.

Material and Methods: A descriptive cross-sectional study was performed by interviewing 154 persons more than 60 years old who came to a health and metabolic control campaign organized by the Geriatrics Service in September 2005 in Guillermo Almenara-Irigoyen National Hospital.

Results: The average age of participants was 72.1 ± 8 years (range: 60 to 91 years), and 59.7 (92) were female. Diagnosis criteria for ‘ease of falling syndrome’ were found in 48.1% of participants, urinary incontinence of any cause in 40.3%, dismotility in 6.5%, and mild to major cognitive impairment in 63.6%. Seventy-four (48.1%) persons had at least one major criterion for defining frailty and were classified as being frail. Using the Gijon test modified by Cayetano Heredia University, we found that 49.4% of interviewed persons had social risks and/or problems, and 12 persons (7.8%) were identified as having social problems. Nearly one of nine (11.5%) of interviewees live with a similarly aged spouse, and 8.7% live on their own, or their children have moved away from the parental home. Half of the participants (50.7%) receive a minimal monthly allowance (from retirement public funds) or do not receive any income, 9.1% have their house in poor conditions (humid environment, incomplete building, or inadequately built). With respect to social networks, 29.9% have established relationships only with their relatives, and do not get out of their home, while 28.6% require in-house care or permanent care.

Conclusions: This integrated geriatric assessment is an important part of any complete study performed in elderly people at any healthcare level.

Key words: Elderly, frail elderly persons, social problems, geriatric assessment.

INTRODUCCIÓN

La salud del adulto mayor es materia de gran importancia social¹. La Geriátrica, como especialidad médica, desarrolla métodos de análisis individual, mediante la evaluación geriátrica integral (EGI)², un procedimiento de evaluación especializada interdisciplinaria para detección y explicación de problemas del adulto mayor. Busca cubrir las necesidades de servicios y desarrollar planes de cuidados focalizados en intervenciones para la mejoría funcional, mental, clínica, y social del adulto mayor y su familia².

Los ancianos frágiles, se presentan con múltiples comorbilidades, deterioro funcional, mental y sociofamiliar, y tienen mayor riesgo de desarrollar complicaciones relacionadas a los tratamientos³; en ellos la necesidad de ayuda a la incapacidad funcional y cognitiva crece

rápidamente con el envejecimiento^{3,4}; además, el deterioro de las capacidades biopsicosociales del anciano, trae cambio en la posición y función que desempeña en la sociedad y específicamente en su familia. De la intensidad y continuidad de esta inadaptación social resultan serias perturbaciones a nivel de la propia personalidad⁵. Estas necesidades de ayuda social son remediadas de forma abrumadoramente mayoritaria por la familia en nuestro medio⁴.

Uno de los constantes marcadores de fragilidad es la situación socio familiar deteriorada, que puede incluso llevar al maltrato de la persona adulta mayor, con graves consecuencias (baja autoestima, depresión, dificultad para dormir, malestar emocional y aumento de la tasa de mortalidad)⁶. Dentro de esta situación socio familiar están las dificultades económicas, hacinamiento en la vivienda y las relaciones familiares y sociales en sí^{7,8}. El objetivo del presente estudio es determinar los problemas sociales y las características geriátricas asociadas en adultos mayores en comunidad.

1 Servicio de Geriátrica. Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen-EsSalud. Lima Perú.

2 Hospital Nacional Arzobispo Loayza. MINSA.

3. Servicio de Geriátrica. Hospital Regional de Iquitos. MINSA. Iquitos, Perú.

MATERIAL Y MÉTODO

Se evaluó al total de adultos mayores de 60 años (154 personas), que acudieron a la campaña de salud y control metabólico en septiembre del 2005 en el Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen, organizada por el Servicio de Geriátrica. Se realizó a cada persona, en una sola ocasión, una entrevista y evaluación geriátrica integral (EGI), completada por los integrantes del equipo interdisciplinario del servicio, cada uno en su área (médico, enfermera, psicóloga, trabajador social), acudiendo cada persona a entrevistarse con cada profesional en las áreas biomédica, social, funcional y mental.

Técnicas y procedimientos: La EGI consta de instrumentos para definir la presencia e intensidad de alteraciones en las cuatro áreas evaluadas, y analizar el impacto de ello sobre la persona adulta mayor como ser humano integral (biológico, cognitivo, funcional, y en relación social). Se utilizó los siguientes instrumentos validados:

Test de Yesavage acortado {Geriatric Depression Scale (GDS)}: para la detección y evolución de síntomas de depresión en ancianos, específicamente construida para adultos mayores, auto administrada o con entrevistador. No aplicable en demencias moderadas a graves^{9, 10, 11, 12}.

Test de Barber: Usado para la selección de ancianos que viven en la comunidad susceptibles de mayor evaluación y para rentabilizar la eficacia del proceso de valoración geriátrica integral. Consta de 9 ítems, cuatro de los cuales son más específicos para identificar al 83% de ancianos frágiles^{9, 10, 11, 12}.

Test de Gijón modificado: consta de cinco áreas a evaluar, la situación familiar, situación económica, vivienda, relaciones sociales, y apoyos de la red social; de 10 a más puntos cataloga a la persona como en riesgo y/o problema social¹¹.

Valoración sociofamiliar buena- aceptable: 5-9 puntos.

Valoración sociofamiliar en riesgo: 10-14 puntos.

Valoración sociofamiliar con problema social: 15 a más puntos.

Escala de Cruz Roja Funcional: desarrollada en el Servicio de Geriátrica del Hospital Central de la Cruz Roja (1 972); clasifica al paciente en 6 grados, desde independiente (CRF=0) hasta dependiente total (CRF=5), evaluando la movilidad y control de esfínteres y de manera genérica la capacidad de auto cuidado¹⁰; tiene valor predictivo de mortalidad para grados de dependencia grave, y es útil para seguimiento de ancianos frágiles en domicilio.

Tamización de síndrome de caídas: Precipitación súbita al suelo desde la propia altura del sujeto que se produce de forma involuntaria y que puede acompañarse o no de pérdida de conciencia¹³.

Tamización de síndrome de deterioro cognitivo: Pérdida o reducción, temporal o permanente, de varias funciones mentales superiores en personas que las conservaban intactas previamente¹³.

Análisis estadístico:

Las historias de valoración geriátrica integral fueron almacenadas en la base de datos del programa Epi Info 2 000. A partir de allí se obtuvo frecuencias y porcentajes de acuerdo a la presencia de los problemas sociales, criterios de fragilidad y características geriátricas determinadas en la VGI. Los datos se presentan en cuadros de simple y doble entrada.

RESULTADOS

El equipo evaluó los registros de valoración geriátrica integral de 154 personas que acudieron en septiembre del 2005 a la campaña de salud y control metabólico en el Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen, organizada por el Servicio de Geriátrica. Un 59,7% fueron mujeres, teniendo el grupo 72,1 +/- 8 años de edad promedio (60 a 91 años). Se encontró criterios diagnósticos de síndrome de caídas en 48,1% del total, incontinencia de orina de cualquier causa en 40,3%, dismovilidad de cualquier grado en 6,5% y deterioro cognitivo leve a mayor en 63,6% (Tabla 1).

Tabla 1. Descripción de 154 adultos mayores según diagnóstico social y criterios geriátricos

Diagnóstico social	Sexo		Dependencia funcional		Síndrome de caídas		Depresión		Deterioro cognitivo leve		Fragilidad por Test Barber	
	Masculino	Femenino	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No
Bueno aceptable	40	38	0	78	38	40	24	54	40	38	34	44
Existe riesgo social	20	44	4	60	30	34	36	28	48	16	36	28
Existe problema social	2	10	0	12	6	6	10	2	10	2	4	8

Valoración social buena-aceptable se determinó en 78 pacientes (50,6%), en riesgo sociofamiliar se encontró a 64 pacientes (41,6%), y en problema social se halló a 12 pacientes (7,8%) (Tabla 2).

Tabla 2. Frecuencia de diagnósticos sociales de 154 adultos mayores

Diagnóstico social por Escala de Gijón	Puntaje en la escala	Frecuencia	%
Bueno o aceptable	5-9 puntos	78	50,6
Existe riesgo social	10-14 puntos	64	41,6
Existe problema social	15 a más	12	7,8

El 11,7% vive con el cónyuge de similar edad, y el 8,7% vive solo o los hijos están alejados. El 50,7% tiene sólo una pensión mínima contributiva o carece de pensión; mientras que el 9,1% tiene una vivienda húmeda, incompleta o inadecuada. Respecto a las redes sociales, el 29,9% tiene relación sólo con la familia y no sale del domicilio, mientras que el 28,6% es requeriente de cuidados residenciales o cuidados permanentes. (Tabla 3).

Tabla 3. Descripción de los componentes de la valoración sociofamiliar de 154 adultos mayores

Componente	Frecuencia	%
Situación familiar		
Vive con la familia sin conflicto familiar	51	66,2
Vive con la familia y presenta alguna dependencia física o psíquica	11	14,3
Vive con cónyuge de similar edad	9	11,7
Vive solo y tiene hijos próximos	4	5,2
Vive solo o carece de hijos o viven alejados	2	2,6
Situación económica		
Dos veces el salario mínimo	20	26
Una y media veces el salario mínimo	18	23,4
Pensión mínima contributiva	24	31,2
Sin pensión, no otros ingresos	15	19,5
Vivienda		
Adecuada a necesidades	67	87
Barreras arquitectónicas: peldaños, puertas estrechas	3	3,9
Humedades, mala higiene, baño incompleto, ausencia de agua caliente, calefacción	5	6,5
Ausencia de ascensor, teléfono	2	2,6
Vivienda inadecuada: esteras, ruinas, no equipos mínimos	0	0
Relaciones sociales		
Buenas relaciones sociales	26	33,8
Relación social solo con familia y vecinos	28	36,4
Relación social solo con familia y vecinos	21	27,3
No sale del domicilio, recibe a familiares	2	2,6
No sale del domicilio y no recibe visitas	0	0
Apoyos de la red social		
No necesita apoyo	41	53,2
Con apoyo familiar o vecinal	14	18,2
Voluntariado social y ayuda domiciliaria	2	2,6
Pendiente de ingreso a residencia geriátrica	0	0
Necesita de cuidados permanentes	20	26

DISCUSIÓN

Guillen¹⁵ explica que la protección a la vejez es el principal componente de los presupuestos sociales de los países comunitarios, con un 42% del gasto, seguido de sanidad con 37%. Esta protección a la vejez, explica, seguirá creciendo a expensas de otras funciones como maternidad y empleo. En España, la insuficiencia de recursos económicos aparece como principal motivo de preocupación del adulto mayor, por encima incluso de los problemas de salud, de soledad o de rechazo y marginación; siendo considerada una situación patológica.

En el presente estudio, el 59,7% de los entrevistados fueron mujeres. Rodríguez²⁶, en su muestra, no encuentra relación entre riesgo social, edad, ni diferencia entre sexos. Al analizar el envejecimiento poblacional y la respuesta socio sanitaria, Martínez¹⁸ afirma que el 57% de las personas mayores de 65 años son mujeres. Borell y Ferrando¹⁶ refieren que las desigualdades sociales en salud se ponen de manifiesto entre los factores sociales y la salud; así, las personas de clases sociales más privilegiadas tienen mejor salud percibida y menor mortalidad, pero además habitualmente las mujeres tienen una peor percepción de su salud, aunque presentan una esperanza de vida más larga.

El riesgo y problema social constituyó el 49,4% del total de encuestados en nuestro estudio. Rodríguez²⁶ y cools, al evaluar 230 ancianos de riesgo en comunidad encuentran, con el test de Gijón, un 15% (N=36) de ancianos con riesgo social, y un 43% de aquellos que además cumplen criterios de frágil. La importancia del diagnóstico socio familiar de adulto mayor radica en lo expresado por Pérez y cools¹⁴ al asegurar que existen evidencias de que la influencia de los factores sociales en la salud y la enfermedad aumenta con la edad, especialmente a partir de los 60 años. Adicionalmente, Depp²⁵ refiere que los aspectos sociales son componentes de la definición de un envejeciendo exitoso, considerando dentro de sus variables al contacto mensual con amigos o familiares, la visita semanal de amigos o la participación en actividades sociales, el poder prestar ayuda y el estado ocupacional del anciano; así Vera²⁸ afirma que además de las múltiples asociaciones encontradas entre los recursos de afrontamiento y apoyo social, el equilibrio entre el soporte social ofrecido y recibido se relaciona con el bienestar subjetivo. Por ello, el sistema de salud también tiene que intervenir sobre las causas sociales de enfermar. Cabría, por tanto, que reclamar el principio de interdisciplinariedad que deriva de la consideración global de la persona mayor y sus necesidades igualmente interdisciplinarias (físicas, psicosociales, sociales en si, económicas, etc)¹⁴, destaquemos además que la demografía indica que las nuevas poblaciones, en gran proporción dependientes, tendrán mayores necesidades no previstas por los sistemas sanitarios y sociales actuales.

Como ocurre en muchas partes del mundo, la población mayor de 65 años reside en el medio urbano y se espera que esa proporción continúe aumentando¹⁸. En nuestro estudio encontramos que 11,7% vive con el cónyuge de

similar edad, y 8,7% vive solo o los hijos están alejados. Escudero y cools²⁷ encuentran, en mayores de 74 años en medio comunitario, que el 20% de su muestra vive solo, siendo la proporción mayor en mujeres (26%) respecto a los hombres (10%). Martínez¹⁸ refiere que respecto al modo de convivencia, la mayoría de personas mayores de 65 años en España viven en pareja o con un familiar, mientras que 17,6% viven solos y aproximadamente 3% viven en centros residenciales. León²⁹, al describir la calidad de vida en ancianos en Cuba, encuentra que esta íntimamente relacionada con aspectos tales como los arreglos familiares, con un 11% de los adultos mayores viviendo solos y similar proporción con cónyuge solo, lo que hace pensar a priori que este grupo puede ser más vulnerable que el resto; además, más de la mitad de los adultos mayores viven en hogares extendidos y más de la tercera parte conviven en hogares con tres generaciones. Una proporción pequeña del 4% tiene aún hijos dependientes que conviven con los adultos mayores, lo que exigirá atención en un futuro.

Tradicionalmente la familia ha sido la encargada del cuidado "informal" del anciano. En gran proporción estos cuidadores son mujeres de 45 a 69 años de edad; más de la mitad son hijas y 20% esposas, y la mayoría de ellas refieren no recibir ayuda para ello. Escudero²⁷ describe 62% de su muestra recibiendo apoyo familiar, 2% ni recibe ni cree que lo tendrá si lo requiere, y respecto al apoyo que reciben 62% reciben apoyo informal. Se suma a esta crisis de la institución familiar, la incorporación al mundo laboral de la mujer, resultando incompatible con la actividad de cuidar, quedando el adulto mayor sin el soporte necesario y con muchas dificultades para adaptarse a un contexto difícil y complejo. Como refiere Guillen¹⁵, las familias pobres de los países subdesarrollados integran sin mayor problema la atención de los ancianos por la familia; en cambio, en los países desarrollados las familias de los estratos pobres y medios no soportan, ni afectiva ni económicamente dichas atenciones; por tanto, la creencia según la cual las personas mayores se encuentran mejor atendidas en la familia sólo se puede mantener si existen unos servicios estatales y/o privados adecuados y de calidad, completamente funcionales y complementarios a la función de los cuidadores familiares²⁰.

Pérez-Rojo⁴ refiere que el abuso económico es el tercer tipo de maltrato más frecuente en los ancianos; sin embargo aún hay poca investigación al respecto. Diaz y cools²¹ consideran que el individuo de 60 años a más que se encuentra laboralmente activo y/o percibiendo un sueldo o mensualidad decorosa, tiene un número considerable de razones para sentirse emocionalmente satisfecho en su núcleo familiar pues presupone la conservación del estatus familiar al poder influir de forma positiva en el sustento económico de la familia. En nuestro estudio, el 50,7% de los entrevistados refiere una pensión mínima contributiva (equivalente al sueldo mínimo vital) o carece de pensión. La pobreza, según Guillen¹⁵, no debe concebirse únicamente en términos de penuria material, sino que conviene plantearla como una posición social

que incluye dicha condición económica asociada a una gama variable de rasgos de sub participación en los niveles económicos, ideológicos y políticos de la estructura social (pobreza accesoria). Azoh²², aclara por tanto que las políticas sociales que se diseñen e implementen en los países para el bienestar de la población, debería estar pendiente del cambio social y poblacional en todas sus dimensiones, incluido el sistema pensionario y el apoyo económico a los nos pensionistas. Al respecto Subbarao²⁴ refiere que si bien la focalización categórica de una pensión para los grupos de riesgo económico (ancianos que viven con niños y hogares encabezados por ancianos) arroja los máximos efectos en materia de reducción de la pobreza y es posible financiarlos incluso en países de bajo ingreso, no parece ser viable en términos operacionales.

Respecto a las actividades sociales, Stafolanni¹⁹ describe que el 78% de sus encuestados da importancia a la relación con otros, situación que se presenta tanto en mujeres (79%) como en hombres (75%), destacando la necesidad de conversación. En nuestro estudio el 29,9% tiene relación social sólo con la familia o no sale del domicilio; y respecto a la red de apoyo social el 28% de los pacientes evaluados es requirente de cuidados residenciales o cuidados permanentes. Robles y cools²³ analizan la composición de las redes y el apoyo social de 40 ancianos enfermos de escasos recursos en Guadalajara, y determinan un promedio de 7,5 integrantes por red, principalmente mujeres; la mayoría son redes multigeneracionales, y proporcionan apoyo emocional. Además, las mujeres ancianas tienen redes más grandes y reciben más apoyo social en comparación con los ancianos varones; los casados y viudos tienen también redes más grandes y reciben más apoyo social que los solteros. León²⁹ encuentra que el tamaño de la red más frecuente en su estudio es de 2 personas; y no cuentan con red de apoyo el 7%. Para la red de brindar ayuda el tamaño más frecuente es de 1 y le sigue el de 2 personas.

Stafollani y cools¹⁹ refieren que dentro de las redes sociales se presenta lamentablemente la alteración de la expresión viejo al interior de estas redes de apoyo socio sanitario, y de las disciplinas médicas y las especialidades en las que se divide la práctica, permitiendo inadecuadamente que cualquier médico especialista atienda viejos sin formación clínica geriátrica previa. En Cuba, León²⁹ determina que el 93% de las personas recibe alguna ayuda, en primer lugar cosas, servicios y dinero entre las más importantes, con diferencias por género. Conforme a la Escala de Redes Sociales de Apoyo, Aranda³⁰ encuentra que 14,9% de su muestra de mayores de 65 años en Guadalajara, contaban con un buen apoyo social, 41,5% con un regular apoyo y 43,6% con un malo o nulo apoyo; además, en el aspecto subjetivo referente a si están o no satisfechos con el apoyo percibido 45,7% reportan estar muy satisfechos con el apoyo, 52,1% regular satisfechos y 2,1% insatisfechos.

En general diversos estudios resaltan los determinantes sociales de fragilidad. Así Maestro³¹, al evaluar 440 mayores de 65 años de edad, manifiesta como variables predictoras de fragilidad la edad superior a 75 años; estado civil no casado; vivir solo, entre otras. Woo³² evalúa 2 032,

mayores de 70 años y relaciona el diagnóstico de fragilidad con aspectos sociales, y determina para varones una relación de fragilidad con poco ejercicio, pocos parientes, y la ausencia o poca participación en las relaciones sociales; para las mujeres se asocia la fragilidad con poco contacto con familiares más que el número de ellos, y ausencia de participación en actividades religiosas o comunitarias.

Destacamos por tanto la necesidad de estudios de mayor complejidad metodológica, que emplee la Evaluación Geriátrica Integral para el análisis de los problemas sociales del anciano y sus relaciones con los demás factores geriátricos de riesgo, y con el estado de fragilidad del adulto mayor.

CONCLUSIÓN

1. La evaluación geriátrica integral (EGI) es importante en el estudio completo del anciano a todo nivel de atención.
2. El 49,4% de los entrevistados tenía riesgo y/o problema social, identificando a 12 personas (7,8%) con diagnóstico de problema social.
3. La población estudiada adolece más en el aspecto económico y en la red social que le asiste, siendo estos factores de riesgo para el propio estado de salud-enfermedad, con la repercusión conocida en un grupo poblacional muchas veces no atendido.

RECOMENDACIÓN

Fomentar el estudio social estructurado del adulto mayor en comunidad, mediante la evaluación geriátrica integral, realizada por un equipo interdisciplinario, para detección precoz de componentes sociales de fragilidad, y la pronta corrección de los mismos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Rockwood K; Howlett S; MacKnight C; Beattie B; Bergman H; Hebert R; y cols. Prevalence, attributes, and outcomes of fitness and frailty in community-dwelling older adults: report from the Canadian study of health and aging. *Journal of Gerontology: MEDICAL SCIENCES* 2004; 59 (12): 1310-1317.
2. Exterman M; Aapro M; Bernabei R; Cohen H; Droz J; Lichtman S; y cols. Use of comprehensive assessment in older cancer patients: recommendations from task force on CGA of the International Society of Geriatric Oncology (SIOG) *Critical Reviews in Oncology/Hematology* 2005; 55: 241-252.
3. Bermejo F. el apoyo social a los ancianos- ancianos. Un llamativo déficit. *Revista Multidisciplinaria de Geriátrica*. 1999; 9: 127-128.
4. Repeto L; Fratino L; Audisio R; Venturino A; Gianni W; Vercelli M; y cols. Comprehensive Geriatric Assessment adds information to Eastern Cancer Oncology Group Performance Status in elderly cancer patients: an italian group for geriatric oncology study. *Journal of clinical oncology* 2002; 20 (2): 494-502.
5. Díaz O; Sole M; García M. El APGAR familiar en ancianos convivientes. *Rev Cubana Med Gern Integr* 1998; 14 (6): 548-553.

6. Pérez-Rojo G; Penhale B. Maltrato de las personas mayores: situación actual en el Reino Unido. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 2006; 41 (5): 289-296.
7. Royal Collage of Psychiatry. Institucional abuse of elder adults. 2000. [www. Popan.org.uk/policy/Policy_content/elder%20Abuse/RCP%20Elder%Abuse.pdf](http://www.Popan.org.uk/policy/Policy_content/elder%20Abuse/RCP%20Elder%Abuse.pdf) (revisado 1 de marzo 2007).
8. Pillemer K; Finkelhor D. prevalence of elder abuse. A random sample survey. *Gerontologist* 1988; 28: 51-57
9. Ministerio de Salud de Chile. Orientaciones metodológicas para el cuidado de la salud del adulto mayor en el nivel de atención. 2002.
10. De Lucas Vaquero M. Compilación de técnicas para una evaluación multidimensional en vejez. Un ejemplo de protocolo de evaluación. <http://www.ugr.es/~master/master/descargos/LucasVaquero.pdf> (consultado: 29 octubre 2006)
11. Varela L. Geriátrica primera parte. Valoración geriátrica integral. *Diagnóstico*. 2003;42 (2).
12. Lesende M. Detección de ancianos de riesgo en atención primaria. *Atención Primaria* 2005; 36: 273-277.
13. González J. Alarcón T. Grandes síndromes geriátricos. Concepto y prevención de los más importantes. *Medicine* 2003; 8 (108): 5778- 5785.
14. Pérez- Ortiz L. Construcción social de la vejez: el sexo y la dependencia. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 2003; 38 (6): 308- 310.
15. Guillen E. Vejez, pobreza y algunas alternativas a las residencias de ancianos ante la nueva situación social. *Cuadernos de Trabajo social* 1994; 7: 73-85.
16. Borrell C; Gerrando J. Desigualdades en salud en la población anciana. *JANO* 2003; 64: 1415-1423.
17. Moragas R. dependencia social y sanitaria en la Unión Europea. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 2002; 37 (3): 175-179.
18. Martínez B; Díaz D; Alonso J; Calvo F. Evolución del envejecimiento poblacional y respuesta socio sanitaria. *Rev Mult Gerontol* 2006; 16 (1): 26-31.
19. Stafolanni C; Orlando M; Enria G. adultos mayores. Situación actual y perspectivas futuras. *Rev Mult Gerontol* 2006; 16 (1):6-11.
20. Marrugat L. la familia cuidadora y su incidencia en la calidad de vida de las personas dependientes. *Rev Mult Gerontol* 2005; 15 (3):171-177.
21. Díaz O; Soler M; García M. El APGAR familiar en ancianos convivientes. *Rev Cubana Med Gen Integr* 1998; 14 8&): 548-553.
22. Azho J. Penurias de los ancianos en abandono en el sur de Nuevo León (México). *Rev Esp Geriatr Gerontol* 2006; 41 (3): 196-197.
23. Robles L; Rizo G; Camarena L; Gómez M; González M. Redes de apoyo social en ancianos enfermeros de escasos recursos en Guadalajara, México *Cad Saude Publica* 2000; 16 (2): 557-560.
24. Subbarao K. Envejecimiento y pobreza en África y el rol de las pensiones sociales. Nota sobre redes de protección social. *Banco Mundial* 2006; 19. Documento de discusión N° 0521.
25. Depp C; Jeste D. Definitions and predictors of successful aging: a comprehensive review of larger quantitative studies. *Am J Geriatr Psychiatry* 2006; 14: 6-20.

26. Rodríguez E; Corpas C; Pérez I; Magro A; López A; Costero A. prevalencia de ancianos en riesgo en la ZBS rural de Budia. Semergen 1999; 25 (4): 295-300. www.Semergen.es/semergen2/cda/documentos/revistas/pdf/número_4-99/295-300.pdf (revisado 1 de marzo 2007).

27. Escudero M; Salan M; Pérez A; Gonzáles E; Sánchez F; Fernández N; y cools. Apoyo social de la población mayor de 74 años en el medio comunitario. Revista Multidisciplinar de Gerontología. 1999; 9: 154-160.

28. Vera J; Sotelo T. bienestar y redes de apoyo social en población de la tercera edad. La Psicología Social en México 204; vol X: 95-102.

29. León E; Alfonso J. Redes de apoyo y calidad de vida en Cuba. CELADE- División de población de CEPAL. Santiago de Chile. 2002. www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/gericuba/redes_de_apoyo_y_calidad_de_vida_en_el_am.pdf (revisado 12 febrero 2006.).

30. Aranda C; Pando M; Aldrete G. Jubilación, trastornos psicológicos y redes sociales de apoyo en el adulto mayor jubilado Guadalajara, Jal. México. Rev Psiquiatría Fac Med Barna Ortondoncia clínica 2000.

31. Maestro E; Cuñat V. ¿Quiénes son ancianos frágiles- ancianos de riesgo? Estudio en personas mayores de 65 años del Área Sanitaria de Guadalajara. MEDICINA GENERAL 2002; 45: 443-459.

32. Woo J; Goggins W; Sham A; Ho SC. Social determinants of frailty. Gerontology 2005; 51: 402-408.

CORRESPONDENCIA

Montenegro Saldaña Luis

lasmontenegro29@gmail.com

Recibido: 01/02/09

Arbitrado: Sistema por pares

Aprobado: 01/04/09



Acta Médica Peruana

Órgano Oficial del Colegio Médico del Perú

37 años

Al servicio de todos los Médicos del Perú

Ingrese a: http://www.cmp.org.pe/www3/index.php?option=com_content&view=article&id=85