



117 <sup>1</sup>Carmen Gálvez-Romero  
<sup>2</sup>Araceli González-Valentín  
<sup>3</sup>Enrique de Ramón Garrido

<sup>1</sup>Enfermera. Centro de Salud Rincón de la Victoria, Málaga.  
<sup>2</sup>Enfermera. Hospital Regional Universitario Carlos Haya, Málaga.  
<sup>3</sup>Médico. Hospital Regional Universitario Carlos Haya, Málaga.

#### Correspondencia:

Carmen Gálvez-Romero  
 C/ Petunia Urb. Bellavista 2, nº 14  
 29730-Rincón de la Victoria (Málaga)  
 Tfno.: 952 97 17 55, 636 20 45 32  
 E-mail: cagaro@telefonica.net

## Estado de salud y utilización de recursos sanitarios de una población de ancianos atendidos en domicilio

15

### *Health conditions and use of social care resources in a population of the elderly taken care at home*

El trabajo se realizó en la Zona Básica de Salud Rincón de la Victoria. Distrito Sanitario (Málaga). Financiado por la Junta de Andalucía. Expediente 145/02.

#### RESUMEN

La población de personas mayores, respecto a la población general en España, representa un 15,4%, proporción que aumentará en el futuro, sobre todo en mayores de 80 años. La atención domiciliaria de esta población es alternativa a su institucionalización, por lo que interesa conocer sus características sociodemográficas, clínicas y de utilización de recursos sanitarios para responder a sus necesidades reales. Se realizó un estudio de corte transversal en pacientes incluidos en un programa de incapacitados. Se estudiaron variables sociodemográficas y clínicas, capacidad funcional y cognitiva, y utilización de recursos sociosanitarios. Nuestros pacientes son una población mayor, presentan deterioro cognitivo importante, nivel elevado de dependencia y comorbilidad. Una quinta parte considera su estado de salud como malo. Utilizan con frecuencia los servicios de urgencia y, en menor medida, ingresan en el hospital. Algunas características sociodemográficas de estos pacientes determinan su nivel de audición y estado mental, tales como la edad, ocupación en su etapa laboral e ingresos económicos. Se mostraron determinantes de la utilización de los servicios sanitarios las patologías crónicas, la polifarmacia, escasamente las incapacidades funcionales y los ingresos económicos.

#### PALABRAS CLAVE

Atención domiciliaria, dependencia funcional, ancianos, percepción de salud y utilización de servicios sanitarios.

#### SUMMARY

Older persons represent 15,4% of the population of Spain. This proportion will increase in the future, especially for persons older than 80 years of age. As home care for this population is an alternative to their institutionalization, it is necessary to determine their sociodemographic and clinical characteristics, as well as their use of health care resources, in order to respond to their true needs. We undertook a cross-sectional study of patients included in an Incapacity Program. Variables studied included sociodemographic and clinical factors, functional and cognitive capacity, and the use of health and social care resources. The patients were older, with important cognitive worsening, and a high level of dependence and accompanying disease. One fifth considered their health status as poor. They often used the emergency services, and less often were admitted to hospital. Certain sociodemographic characteristics of these patients determined their level of hearing and mental status, such as age, occupation during their working life, and financial income. Factors determining their use of the health services were chronic disease, polypharmacy, slight functional incapacity and financial income.

#### KEY WORDS

Home care, functional dependence, elderly, perception of health, use of health care resources.

#### INTRODUCCIÓN

La población está envejeciendo en los países desarrollados (1-4). Las personas mayores de 65 años, respecto a la población general en España, representan un 15,4%, proporción que se calcula que seguirá aumentando al menos hasta el año 2025, sobre todo en aquellos que sobrepasan la frontera de los 80 años. Asimismo, se prevé que en el año 2050 el porcentaje de personas mayores alcance el 19%. Los datos europeos refle-

ren crecimientos similares en los distintos países. Las personas mayores tienen mayor probabilidad de padecer enfermedades crónicas que, por encima de los 70 años, se hacen invalidantes. Esta situación conlleva mayor carga de atención por parte del Sistema de Salud a estas personas. Por este motivo, el envejecimiento de la población es una cuestión importante en los países desarrollados, en relación con el consumo de recursos sociales y sanitarios que supone (5, 6).

La literatura muestra numerosos estudios que ponen interés en el conocimiento de los diferentes aspectos del fenómeno del envejecimiento, tales como síndromes geriátricos, patologías crónicas, la capacidad funcional de los mayores, el riesgo en el anciano o la valoración de las dependencias (7-12).

El 95% de las personas mayores reside en su domicilio y su referente sanitario es el equipo multidisciplinario de Atención Primaria. La Atención Primaria es un eslabón importante en el seguimiento y resolución de los problemas de las personas dependientes, especialmente de aquellas que deben ser atendidas en domicilio (13). Determinadas características sociodemográficas, tales como la edad o la situación socioeconómica, los déficit sensoriales y funcionales, las alteraciones cognitivas, así como el tipo de atención que reciben las personas mayores, pueden estar en relación con la utilización de los recursos sanitarios. Por una parte, dichas características sociodemográficas pueden ser determinantes de la salud, la capacidad sensorial, así como de la situación funcional física y mental de los pacientes mayores incapacitados. Por otra, todos estos factores van a determinar el grado de utilización de los servicios sanitarios, tales como las visitas del personal sanitario (médico y de enfermería) al domicilio, la atención por parte del servicio de urgencias del centro de referencia y las hospitalizaciones.

El objetivo de este estudio ha sido describir las características sociodemográficas y de salud de los ancianos incluidos en un "programa de incapacitados" atendidos en domicilio, así como establecer los factores determinantes de su estado de salud y utilización de recursos sanitarios. También se estudió la valoración de sus cuidadores, pero los datos que se presentan en este artículo corresponden a la parte del proyecto referida a la población de incapacitados.

#### MATERIAL Y MÉTODO

Nuestra Zona Básica de Salud pertenece al Distrito Sanitario Málaga y comprende el municipio del Rincón de la Victoria, en el que se encuentra el centro de referencia (Centro de Salud Rincón de la Victoria) y los consultorios periféricos de La Cala del Moral, Benagalbón y la pedanía de Moclinejo. Tiene un total de población censada de 23.029 habitantes (censo del año 2000), de los cuales 2.074 son mayores de 65 años, estimándose que la población se triplica en temporada veraniega, existiendo también una importante dispersión geográfica en las zonas rurales y la costa. El diseño del estudio fue de corte transversal y las unidades de análisis fueron todos los pacientes incluidos en un programa de incapacitados atendidos en su domicilio. Se obtuvo el consentimiento informado para la participación en el estudio directamente de los pacientes o a través de sus representantes, según el caso, y se guardó en todo el proceso la confidencialidad de datos. El estudio obtuvo la aprobación de la comisión de investigación del centro hospitalario de

referencia. El período de estudio fue de dos años, 2003 y 2004. El trabajo de campo se realizó entre noviembre de 2003 y abril de 2004 y se llevó a cabo mediante entrevista personal en el domicilio de los incapacitados por parte de las enfermeras investigadoras, responsables del proyecto (CGR, MAGV). Con anterioridad, se llevó a cabo un estudio piloto con 25 encuestas para comprobar la comprensión del cuestionario por parte de los pacientes. Se estudiaron variables sociodemográficas, edad en categorías (< de 80 años y > de 80 años), sexo, nivel de estudios (no lee ni escribe, lee y escribe, estudios primarios, estudios secundarios y universitarios), ocupación del incapacitado en su etapa laboral (amas de casa, trabajadores manuales, trabajadores del campo, otras profesiones), estado civil (viudos, casados, solteros y separados), situación de convivencia (solos, hijos, cónyuge, hermanos o nietos, otros familiares, personas contratadas), tipo de vivienda (propiedad, alquiler), adecuación de la vivienda (barreras arquitectónicas) e ingresos económicos (de 0 a 300, de 300 a 600, > de 600); clínicas, diagnóstico médico (HTA, diabetes, Alzheimer y otras demencias, AVC, otras); situación sensorial, audición (mala, regular y buena), visión (mala, regular y buena); consumo de fármacos, presencia de úlceras por presión y riesgo de presentarlas medido con la Escala de Norton, capacidad funcional de las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) medida con el índice de Katz (Katz S. 1963) y las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) con el índice de Lawton y Brody, la función cognitiva medida con el test de Pfeiffer. Así mismo, se incluyeron un ítem sobre la autopercepción del estado de salud del incapacitado y cuatro ítems sobre la utilización de recursos sociosanitarios (utilización de los servicios de urgencias de su centro de salud, ingresos hospitalarios, visita de su médico en el domicilio, visita de su enfermera en su domicilio en los seis meses anteriores a la entrevista).

Para la estadística descriptiva se utilizaron la media y desviación estándar, en el caso de variables cuantitativas, y frecuencias absoluta y relativa, en las cualitativas. Para la valoración de los factores de riesgo relacionados con las variables resultado del estudio, se llevaron a cabo dos tipos de análisis de los datos. Por una parte, se evaluaron los factores sociodemográficos (edad, sexo, nivel de estudios, ocupación, estado civil e ingresos económicos) relacionados con la situación de salud de los pacientes (patologías, consumo de fármacos, audición, visión, capacidad funcional básica e instrumental, salud mental y salud percibida por el paciente) y, en segundo lugar, se evaluaron los factores sociodemográficos (edad, sexo, nivel de estudios, estado civil, ocupación, ingresos económicos) y de situación de salud del paciente (patologías, fármacos utilizados, audición, visión, capacidad funcional básica e instrumental, salud mental y salud percibida por el paciente), y su relación con la utilización de los recursos sanitarios (utilización de los servicios de urgencias de su centro



119 de salud, ingresos hospitalarios, visita de su médico en el domicilio, visita de su enfermera en el domicilio). Para las comparaciones entre grupos se utilizaron las pruebas de ANOVA o Kruskal-Wallis y chi-cuadrado para el análisis bivalente y ANCOVA para el análisis multivariante. La importancia de los factores determinantes de utilización de los servicios sanitarios se contrastó mediante regresión logística dicotómica. Se consideró significativa una  $p < 0,05$  bilateral.

## RESULTADOS

### 1. Características sociodemográficas, clínicas, funcionales, de autovaloración del estado de salud y de utilización de recursos sanitarios de los pacientes incapacitados.

De los 251 pacientes incluidos en el programa de incapacitados se obtuvo respuesta válida de 135 (53,8%). Las pérdidas fueron de 116 pacientes (46,2%) y se debieron a diversas causas: 53 (21,1%) habían fallecido antes de concertar la entrevista; 14 (5,6%) estaban ingresados en residencia; 16 (6,4%) estaban excluidos del programa de incapacitados; 20 (8%) no se localizaron; 7 (2,8%) se habían desplazado de su domicilio habitual y en 6 casos (2,4%) no se consiguió colaboración familiar.

La Tabla 1 muestra las características sociodemográficas de los pacientes incluidos en el estudio. Entre ellos, 36 (26,7%) eran hombres y 99 (73,3%) mujeres y tenían una media de edad de  $80,9 \pm 9,2$  años, donde destaca que 44 (33,1%) eran analfabetos, algo más de la mitad eran viudos, 80 (59,3%), y 50 (37,9%) eran amas de casa. Ciento veintiocho pacientes (95,5%) tenían cuidador, en 122 (92,5%) casos éste era un familiar, y 124 (91,9%) eran propietarios de sus viviendas. Ochenta y nueve pacientes (70,1 %) tenían unos ingresos económicos entre 300 y 600.

En la Tabla 2 se muestra la capacidad funcional para las actividades básicas de la vida diaria y estado mental de los pacientes del estudio. Destaca en los resultados que 34 (25,2%) pacientes eran dependientes para las seis actividades básicas de la vida diaria y 14 (10,4 %) lo eran para cinco. Las actividades que presentaron mayor dependencia fueron: lavarse para 106 (78,5%); vestirse para 81 (60%) e incontinencia para 72 (53,3%). En la valoración del estado mental, 35 (26,3%) pacientes presentaban deterioro intelectual grave; 11 (8,3%) deterioro intelectual moderado y 23 (17,3%) deterioro intelectual leve.

La Tabla 3 muestra la capacidad funcional del incapacitado para las actividades instrumentales. Cincuenta y ocho pacientes (43%) eran dependientes para todas las actividades instrumentales. Destaca en esta escala un mayor porcentaje de dependencia de los pacientes: 121 (90,3%) para la actividad "ir de compras", seguido de la actividad "lavado de ropa" para 108 (80,6%) y "cuidar la casa" para 105 (78,4%).

La Tabla 4 muestra las características de salud, el consumo de fármacos y utilización de los servicios socia-

17 nitarios en los 6 meses anteriores a la entrevista de los pacientes. Veinticinco pacientes (18,9%) tenían 3 o más de 3 patologías, 68 (51,5%) pacientes presentaban HTA y 45 (34,1%) diabetes, siendo éstas las patologías más frecuentes. Cincuenta y cinco incapacitados (42%) tenían como tratamiento tres o más fármacos, los de mayor consumo eran antihipertensivos con 68 (51,9%) y antidiabéticos con 42 (32,3%). Treinta y tres pacientes (25,4%) tenían mala visión y 16 (12,3%) mala audición; sólo 33 (25%) describen su estado de salud como bueno. Diecisiete pacientes (14,5%) presentaban úlceras por presión.

**Tabla 1. Características sociodemográficas de los 135 pacientes que respondieron a la encuesta**

Variable	Valor
<b>Sexo n (%)*</b>	
Varón	36 (26,7)
Mujer	99 (73,3)
<b>Edad n (%)*</b>	
< 80 años	61 (46,2)
> 80 años	71 (53,8)
<b>Estudios n (%)*</b>	
No lee ni escribe	44 (33,1)
Lee y escribe	63 (47,4)
Estudios primarios	18 (13,5)
Estudios secundarios y universitarios	8 (6,1)
<b>Estado civil n (%)*</b>	
Viudos	80 (59,3)
Casados	47 (34,8)
Solteros y separados	8 (5,9)
<b>Ocupación n (%)*</b>	
Amas de casa	50 (37,9)
Trabajadores manuales	42 (31,8)
Trabajadores del campo	32 (24,2)
Otras profesiones	8 (6,0)
<b>Situación de convivencia n (%)*</b>	
Solo	8 (5,9)
Con hijos	71 (57,3)
Con el cónyuge	39 (31,5)
Con hermanos o nietos	6 (4,8)
Otros familiares	6 (4,8)
Personas contratadas	2 (1,6)
<b>Tienen cuidador n (%)*</b>	
Sí	128 (95,5)
No	7 (4,5)
<b>Vivienda n (%)*</b>	
Propiedad	124 (91,9)
Adecuada a sus condiciones	90 (71,4)
No adecuada (barreras arquitectónicas)	36 (28,6)
<b>Ingresos económicos n (%)*</b>	
0-300	18 (14,2)
300-600	89 (70,1)
> 600	20 (15,7)

\*En el caso de que la suma de pacientes no coincida con el total de encuestas recibidas, significa que existen datos perdidos.

**Tabla 2. Valoración de la capacidad funcional para las actividades básicas de la vida diaria (Índice de Katz) y estado mental (Test de Pfeiffer) del incapacitado**

Variable	Valor
<b>Índice de Katz numérico n (%)*</b>	
0	23 (17)
1	23 (17)
2	18 (13,3)
3	12 (8,9)
4	11 (8,1)
5	14 (10,4)
6	34 (25,2)
<b>Lavarse n (%)*</b>	
Independiente	29 (21,5)
Dependiente	106 (78,5)
<b>Vestirse n (%)*</b>	
Independiente	54 (40)
Dependiente	81 (60)
<b>Ir al retrete n (%)*</b>	
Independiente	72 (53,3)
Dependiente	63 (46,7)
<b>Movilizarse n (%)*</b>	
Independiente	83 (61,5)
Dependiente	52 (38,5)
<b>Continencia n (%)*</b>	
Independiente	63 (46,7)
Dependiente	72 (53,3)
<b>Alimentación n (%)*</b>	
Independiente	96 (71)
Dependiente	39 (28,91)
<b>Estado mental</b>	
Normal	64 (48,1)
Deterioro intelectual leve	23 (17,3)
Deterioro intelectual moderado	11 (8,3)
Deterioro intelectual severo	35 (26,3)

\*En el caso de que la suma de pacientes no coincida con el total de encuestas recibidas, significa que existen datos perdidos.

En la utilización y frecuencia de los servicios sanitarios destaca que 72 pacientes (54,5%) utilizaron el servicio de urgencias de su centro de salud, con una media de  $1,28 \pm 1,99$ ; 17 (12,7%) tuvieron ingresos hospitalarios con una media de  $0,20 \pm 0,64$ . Cincuenta pacientes (37,3%) recibieron la visita de su médico con una media de  $0,85 \pm 1,58$  visitas por paciente y 110 (81,5%) recibieron la visita de su enfermera con una media de  $4,50 \pm 7,75$ . En el mismo período de tiempo, sólo 17 (13,3%) pacientes recibieron ayuda o prestación social. La actividad más frecuente de enfermería en la asistencia domiciliar fue la toma de constantes.

*2. Factores sociodemográficos determinantes de las características de salud (morbilidad, medicación), de capacidad sensorial (visión, audición), funcionales, mentales y de percepción del estado de salud de los pacientes incapacitados.*

En la Tabla 5 se muestran los factores sociodemográficos determinantes de las características de salud, capacidad sensorial, situación funcional y mental, y de percepción del estado de salud de los pacientes incapacitados. Ninguna de las variables sociodemográficas analizadas se relacionaba con la presencia de tres o más enfermedades en el paciente, ni con la utilización de tres o más fármacos como tratamiento para alguna de ellas, ni con la capacidad auditiva, ni con las ABVD, ni con las AIVD. El nivel de audición se relacionó con la edad de los pacientes, de forma que los mayores de 80 años tenían 8,4 veces (IC 95%: 1,0-70,5) y 21,6 veces (IC 95%: 2,6-167,7) mayor riesgo de tener una audición regular y mala, respectivamente, que los menores de 80 años. Por lo que se refiere a la función cognitiva, las variables ocupación, edad y situación de actividad desarrollada durante su vida laboral se relacionaron con esta variable, de forma que estar dedicado a tareas de casa conllevaba peor función cognitiva frente a los trabajadores manuales y otras profesiones, y a su vez los trabajadores del campo tenían también peor función cognitiva que los trabajadores manuales. También se pudo observar que las personas mayores de 80 años tenían peor función cognitiva que los de menos edad (diferencia de medias: 0,5; IC 95%: 0,06; 0,94). Por último, tenían mejor función cognitiva quienes disponían de menos ingresos económicos, de forma que la diferencia en puntuación de la escala de Pfeiffer entre los que tenían ingresos menores de 300 euros mensuales y los que tenían entre 300 y 600 euros mensuales era de 0,92 (IC 95%: 0,28; 1,6) y la diferencia con los que tenían más de 600 euros mensuales era de 0,84 (IC 95%: 0,04; 1,7). Las variables determinantes de la valoración por parte del incapacitado de su estado de salud fueron la edad y la situación de audición y visión, de manera que los incapacitados de menos de 80 años referían peor estado de salud y aquellos con peor audición y visión también referían peor estado de salud.

*3. Factores sociodemográficos, de salud, sensoriales, funcionales y mentales determinantes de la utilización de los servicios sanitarios.*

Con respecto a la utilización de los recursos sanitarios, se observaron escasas diferencias entre los distintos grupos de pacientes definidos por sus características sociodemográficas, de salud, sensoriales, funcionales y mentales (Tabla 6). El número de ingresos hospitalarios vino determinado por la cantidad de medicación que recibía el paciente. Aquellos que estaban tratados con tres o más fármacos tenían una media de 0,38 ingresos (IC 95%: 0,22; 0,55), frente a los 0,05 (IC 95%: -0,09; 1,90) de quienes estaban tratados con menos de tres fármacos, con una diferencia entre ellos de 0,33 ingresos (IC 95%: 0,12; 0,55). También había una correlación significativa entre la puntuación obtenida en la escalas de Katz y de Lawton y Brody y el número de ingresos





**Tabla 3. Valoración de la capacidad funcional del incapacitado para las actividades instrumentales (Lawton y Brody)**

Variable	Valor
<b>Puntuación Índice de Lawton y Brody n (%)*</b>	
0	58 (43)
1	18 (13,3)
2	16 (11,9)
3	21 (15,6)
4	8 (5,9)
5	6 (4,4)
6	4 (3)
7	3 (2,2)
8	1 (0,7)
<b>Capacidad para usar el teléfono n (%)*</b>	
No usa el teléfono en absoluto	74 (55,2)
Contesta el teléfono, pero no marca	19 (14,2)
Marca unos cuantos números bien conocidos	10 (7,5)
Utiliza el teléfono a iniciativa propia, busca y marca los números, etc.	31 (23,1)
<b>Ir de compras n (%)*</b>	
Completamente incapaz de ir de compras	121 (90,3)
Necesita compañía para realizar cualquier compra	5 (3,7)
Compra con independencia pequeñas cosas	2 (1,5)
Realiza todas las compras necesarias con independencia	6 (4,5)
<b>Preparación de la comida n (%)*</b>	
Necesita que se le prepare y sirva la comida	99 (73,3)
Calienta, sirve y prepara las comidas o las prepara, pero no mantiene una dieta adecuada	15 (11,1)
Prepara las comidas adecuadas si se le dan los ingredientes	13 (9,6)
Planea, prepara y sirve las comidas adecuadas con independencia	8 (5,9)
<b>Cuidar la casa n (%)*</b>	
No participa en ninguna tarea doméstica	105 (78,4)
Necesita ayuda con todas las tareas de la casa	12 (9)
Realiza tareas domésticas ligeras, pero no puede mantener un nivel de limpieza aceptable	7 (5,2)
Realiza tareas domésticas ligeras como fregar los platos o hacer las camas	6 (4,4)
Cuida la casa solo o con ayuda ocasional (por ejemplo, trabajos duros, ayuda doméstica)	4 (3)
<b>Lavado de ropa n (%)*</b>	
Necesita que otro se ocupe de todo el lavado	108 (80,6)
Lava ropas pequeñas, aclara medias, etc.	19 (14,2)
Realiza completamente el lavado de ropa personal	7 (5,2)
<b>Medio de transporte n (%)*</b>	
No viaja en absoluto	57 (42,2)
Sólo viaja en taxi o automóvil con ayuda de otros	62 (45,9)
Viaja en transportes públicos si le acompaña otra persona	9 (6,7)
Es capaz de organizar su transporte utilizando taxis, pero no usa otros transportes públicos	4 (3)
Viaja con independencia en transportes públicos o conduce su propio coche	3 (2,2)
<b>Responsabilidad sobre la medicación n (%)*</b>	
No es capaz de responsabilizarse de su propia medicación	76 (57,1)
Toma responsablemente la medicación si se le prepara con anticipación en dosis separadas	15 (11,3)
Es responsable en el uso de la medicación en las dosis correctas y a las horas correctas	42 (31,6)
<b>Capacidad para utilizar el dinero n (%)*</b>	
Incapaz de manejar dinero	87 (64,4)
Maneja los gastos cotidianos pero necesita ayuda para ir al banco, grandes gastos, etc.	32 (23,7)
Maneja los asuntos financieros con independencia (presupuesta, rellena cheques, paga recibos y facturas, va al banco)	16 (11,9)
*En el caso de que la suma de pacientes no coincida con el total de encuestas recibidas, significa que existen datos perdidos.	

hospitalarios ( $r= 0,044$  y  $0,066$ , respectivamente), aunque era de escasa cuantía. No había relación entre las variables referidas y el número de veces que el paciente era atendido por el servicio de urgencias. El número de vi-

sitas del médico tenía una relación inversa con la presencia de comorbilidades en el paciente, de forma que aquellos con tres o más procesos patológicos habían recibido menos visitas que quienes tenían menos de tres

**Tabla 4. Problemas de salud y frecuencia y utilización de los servicios sociosanitarios en los 6 últimos meses anteriores a la entrevista de los 135 pacientes que respondieron a la encuesta**

Variable	Valor
<b>Problemas de salud n (%)*</b>	
HTA	68 (51,5)
Diabetes	45 (34,1)
Alzheimer y otras demencias	27 (20,5)
AVC	25 (18,9)
Úlceras por presión	17 (14,5)
<b>Audición n(%)*</b>	
Mala	16 (12,3)
Regular	41 (31,5)
Buena	73 (56,2)
<b>Visión n(%)*</b>	
Mala	33 (25,4)
Regular	50 (38,5)
Buena	47 (36,2)
<b>Autopercepción del estado de salud n (%)*</b>	
Malo	25 (18,9)
Regular	58 (43,9)
Bueno	33 (25)
<b>Fármacos más consumidos n (%)*</b>	
Antihipertensivos	68 (51,9)
Antidiabéticos	42 (32,3)
Antidepresivos	24 (18,5)
Cardiovasculares	43 (33,1)
Diuréticos	24 (18,5)
Broncodilatadores	12 (9,2)
Antiinflamatorios/analgésicos	15 (11,5)
Otros tratamientos	94 (71,8)
<b>Servicios sanitarios n (%)*</b>	<b>Valor media ± error estándar</b>
Urgencias	72 (54,5) 1,28 ± 1,99
Ingresos hospitalarios	17 (12,7) 0,20 ± 0,64
Recibió la visita de su médico	50 (37,3) 0,85 ± 1,58
Recibió la visita de su enfermera	110 (81,5) 4,50 ± 7,75
<b>Actividades de enfermería</b>	
Toma de constantes	79 (88,8)
Administración de tratamiento	35 (38,9)
Extracción de sangre	19 (21,1)
Curas	19 (20,9)
Sondajes	1 (1,1)
<b>Servicios sociales</b>	
Ayuda o prestación social	17 (13,3)
*En el caso de que la suma de pacientes no coincida con el total de encuestas recibidas, significa que existen datos perdidos.	

procesos patológicos (diferencia de medias de 0,70, IC 95%: 0,01; 1,39). Por otra parte, el número de visitas de la enfermera sólo tenía relación con los ingresos económicos del paciente, de forma que quienes tenían

menos de 300 euros mensuales de ingreso recibieron una media de 4,8 (IC 95%: 1,0; 8,7) visitas menos que quienes tenían 600 euros o más. Por último, el número de ingresos hospitalarios correlacionó con el número de veces que fue atendido el paciente por el servicio de urgencias ( $r= 0,33$ ;  $p< 0,001$ ), pero no con el número de veces que fue atendido por su médico, ni con el número de visitas de enfermería. También hubo correlación entre el número de veces que el paciente fue atendido en el servicio de urgencias y el número de veces que fue visitado por su médico ( $r= 0,31$ ;  $p< 0,001$ ).

## DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Las características sociodemográficas que presenta nuestra muestra, grupo de pacientes incluidos en un programa de incapacitados, son las de una población de personas mayores con una media de edad que sobrepasa los 80 años, con predominio de mujeres, un nivel de estudios bajo, un tercio de los pacientes analfabetos y casi la mitad sólo lee y escribe. Algo más de la mitad eran viudos y un tercio casados, las actividades desempeñadas en la etapa laboral corresponden en general a empleos no cualificados o poco cualificados relacionados con trabajos manuales, del campo y amas de casa. Estos datos son similares a los de otros estudios de ámbito nacional, salvo en el nivel de estudios, donde nuestras cifras son superiores en el grupo de analfabetos, frente a lo hallado por otros autores (9-11); no obstante, coincidimos con Corrales y cols. (14) en que más de la mitad de los encuestados no ha completado los estudios primarios. Un pequeño porcentaje de los incapacitados vivía solo, pero la mayoría tenía un cuidador familiar y convivía con sus familiares más allegados o directos. En nuestra muestra, algo más de la mitad vive con sus hijos y un tercio con su cónyuge, porcentajes similares a otros estudios, lo que constata que es la familia la principal proveedora de cuidados de las personas mayores que se encuentran incapacitadas en sus domicilios (14-19). Sólo en un pequeño porcentaje el cuidador era una persona contratada, dándose varios casos de cuidadora extranjera. La vivienda en su mayoría era propiedad del incapacitado o del familiar con quien convivía, y más de una cuarta parte refería no tenerla adecuada a sus condiciones por barreras arquitectónicas. Respecto al nivel económico, en general era bajo o medio bajo: el 14,5% de los sujetos tenía ingresos inferiores a los 300 euros, lo que según la opinión de los propios sujetos no alcanzaba para cubrir sus necesidades económicas. Casi una cuarta parte de los incapacitados tenía tres o más de tres patologías, de las cuales las más frecuentes fueron la hipertensión arterial y la diabetes, seguidas de la demencia tipo Alzheimer y otras variedades de demencia. Esta situación es similar a la descrita en otros estudios (14, 20), en los que son estas patologías las que aparecen con mayor frecuencia. La prevalencia de úlceras por presión de este estudio, 14,5%, es similar a la que



**Tabla 5. Factores sociodemográficos determinantes de las características de salud (morbilidad, visión, audición, medicación), funcionales, mentales y de percepción del estado de salud de los 135 pacientes incapacitados\***

Variable resultado	Variable predictora	Medida	
		Para las categorías**	Del efecto***
Nivel de audición	Edad		
Bueno	< 80 años/> 80 años	42 (58,3)/30 (41,7)	21,6 (2,6;167,7)
Regular	< 80 años/> 80 años	14 (35,9)/25 (64,1)	8,4 (1,0;70,5)
Malo	< 80 años/> 80 años	1 (6,3)/15 (93,8)	0
Función cognitiva	Ocupación:		
Escala de Pfeiffer (1-4)	Amas de casa	2,4 (2,0; 2,8)	0
	Trabajadores del campo	2,1 (1,6; 2,6)	0,30 (-0,26; 0,85)
	Trabajadores manuales	1,5 (1,1; 1,9)	0,92 (0,36; 1,48)
	Otras profesiones	1,2 (0,2; 2,2)	1,16 (0,09; 2,23)
	Edad:		
	< 80 años	1,5 (1,1; 1,9)	0
	> 80 años	2,0 (1,6; 2,4)	0,5 (0,06; 0,94)
	Ingresos mensuales:		
	< 300 euros	1,2 (0,24; 1,8)	0
	300-600 euros	2,1 (1,8; 2,4)	0,92 (0,28; 1,6)
> 600 euros	2,0 (1,4; 2,6)	0,84 (0,04; 1,7)	
Percepción del estado de salud (1-3)	Edad		
	< 80 años	1,7 (1,5; 1,9)	0
	> 80 años	2,0 (1,8; 2,2)	0,3 (0,1; 0,6)
	Nivel de audición		
	Buena	2,1 (2,0; 2,3)	0
	Regular	2,1 (1,9; 2,3)	0 (0,3; 0,3)
	Mala	1,3 (0,9; 1,7)	0,8 (0,4; 1,2)
	Nivel de visión		
	Buena	2,2 (1,9; 2,4)	0
	Regular	1,7 (1,5; 1,9)	0,5 (0,2; 0,7)
	Mala	1,6 (1,4; 1,9)	0,5 (0,2; 0,8)

\*Sólo se incluyen aquellas variables resultado y predictoras que mostraron relación estadísticamente significativa en el análisis multivariante ( $p < 0,05$ ).

\*\*La medida para las categorías se expresa como frecuencia absoluta y (relativa) para las variables cualitativas y como media marginal estimada en el modelo final de ANCOVA e intervalo de confianza al 95% (IC 95) para las cualitativas, en cada categoría de las variables predictoras.

\*\*\*La medida del efecto se expresa como la *odds ratio* (OR) y su intervalo de confianza al 95% (IC 95%), obtenidos en el modelo de regresión logística policotómica multivariante, para las variables cualitativas y como diferencia de medias (IC 95%) para las cuantitativas. En los diferentes análisis se incluyeron como variables predictoras: edad en dos categorías, sexo, situación socioeconómica, estado civil, nivel de estudios y situación durante la vida laboral, y como variables resultado se evaluaron: comorbilidades (menos de tres y tres o más enfermedades), tratamiento con fármacos (menos de tres y tres o más), nivel de audición (bueno, regular, malo), nivel de visión (bueno, regular, malo), situación funcional (actividades básicas de la vida diaria [ABVD], medidas con el Índice de Katz y actividades instrumentales de la vida diaria [AIVD], medidas con el Índice de Lawton y Brody), función cognitiva (Escala de Pfeiffer) y evaluación por parte del paciente de su situación de salud (malo, regular, bueno); para este último análisis se incluyeron como variables predictoras, además de las indicadas, las ABVD y AIVD, comorbilidades, tratamiento con 3 o más fármacos, nivel de audición y nivel de visión.

encontramos en nuestro trabajo anterior, 12,9%, realizado sobre la misma población y que incluía, además de a pacientes domiciliarios, a pacientes institucionalizados (21). Nuestros datos son superiores a los de un trabajo reciente sobre prevalencia de úlceras por presión en atención primaria y que obtuvo un 7,3% en pacientes de atención domiciliaria, datos no comparables por diferencias metodológicas (22).

El consumo de fármacos más frecuente en nuestra muestra coincide con las patologías de mayor fre-

cuencia y, aunque menor, destaca también el porcentaje de consumo de antidepresivos. Algunos estudios asocian la polifarmacia con la presencia de más de tres enfermedades crónicas (20), y el estudio de Segura Noguera y cols. (23), que estudió el consumo de psicofármacos en enfermos crónicos domiciliarios, concluye que existe un elevado consumo de psicofármacos en los pacientes crónicos domiciliarios, especialmente cuando hay deterioro físico-cognitivo y presencia de comorbilidad.

**Tabla 6. Factores sociodemográficos, de salud, sensoriales, funcionales, mentales y de percepción del estado de salud, determinantes de la utilización de los servicios sanitarios de los 135 pacientes incapacitados\***

Variable resultado	Variable predictorora	Medida	
		Para las categorías**	Del efecto***
Ingresos hospitalarios	Polifarmacia		
	No	0,05 (-0,09; 1,90)	0
	Sí	0,38 (0,22; 0,55)	0,33 (0,12; 0,55)
	ABVD		0,044
	AIVD		0,066
Utilización del servicio de urgencia	-	-	-
Visitas del médico	Pluripatología		
	No	0,98 (0,68; 1,28)	0
	Sí	0,28 (-0,34; 0,90)	0,70 (0,01; 1,39)
Visitas de la enfermera	Ingresos mensuales:		
	< 300 euros	8,3 (4,8;12,0)	4,8 (1,0; 8,7)
	300-600 euros	3,5 (1,9; 5,1)	0
	> 600 euros	5,7 (2,3; 9,0)	2,2 (-1,6; 5,9)

\*Sólo se incluyen aquellas variables predictororas que mostraron relación estadísticamente significativa en el análisis multivariante ( $p < 0,05$ ).

\*\*La medida para las categorías se expresa como media marginal estimada en el modelo final de ANCOVA e intervalo de confianza al 95% (IC 95) en cada categoría de las variables predictororas.

\*\*\*La medida del efecto se expresa como diferencia de medias (IC 95%) para las cuantitativas y como el coeficiente de correlación cuando ambas variables eran cuantitativas. En los diferentes análisis se incluyeron como variables predictororas: edad en dos categorías, sexo, situación socioeconómica, estado civil, nivel de estudios, situación durante la vida laboral, comorbilidades (menos de tres y tres o más enfermedades), tratamiento con fármacos (menos de tres y tres o más), nivel de audición (bueno, regular, malo), nivel de visión (bueno, regular, malo), situación funcional (actividades básicas de la vida diaria [ABVD], medidas con el Índice de Katz, y actividades instrumentales de la vida diaria [AIVD], medidas con el Índice de Lawton y Brody) y función cognitiva (Escala de Pfeiffer).

En cuanto a las deficiencias sensoriales, una cuarta parte de nuestros pacientes tiene mala visión y un porcentaje menor mala audición, datos que son difíciles de contrastar con los de otros estudios, ya que la recogida de la información no se hace de la misma forma, ni la selección de las muestras es comparable. Por ejemplo, Pedrera Zamorano (20), cuya población diana también pertenece al ámbito rural y urbano, está formada por mayores de 65 y seleccionados del padrón, y formula la pregunta subjetiva sobre la autopercepción del estado de salud estableciendo distinto matiz en las opciones de la variable; no obstante, algo más de la mitad de sus encuestados tiene alguna dificultad visual. Por otra parte, en el estudio de Zunzunegui se midió la deficiencia visual mediante una prueba de lejos y cerca de los encuestados (24).

La cuarta parte de los incapacitados era dependiente en las seis funciones o actividades que mide el índice de Katz y un 10,4% lo era en cinco funciones. Además, existe un porcentaje importante de dependientes en tres y cuatro funciones, lo que supone que algo más de la mitad del grupo de estudio presenta un grado de

incapacidad muy importante. Nuestros datos siguen siendo algo más elevados y concuerdan con el estudio de Segura Noguera (23), que estudia pacientes domiciliarios; sin embargo, no son comparables con otros estudios que han utilizado la misma escala pero diferente muestra (11, 20, 25). Las funciones más afectadas en nuestros pacientes en este índice fueron lavarse, vestirse y continencia; y la menos afectada, alimentarse, lo que coincide con lo observado por Álvarez Solar y cols. (8).

Respecto a la capacidad funcional para realizar actividades instrumentales de la vida diaria, según el índice de Lawton y Brody se observó que más de la mitad de los sujetos eran dependientes para más de 7 de las actividades que mide este índice. Las actividades de mayor porcentaje de dependencia en este índice fueron: ir de compras, lavado de ropa, cuidado de la casa y preparación de la comida. Otros estudios han encontrado diferentes resultados en cuanto a estas actividades instrumentales, pero no son comparables con el nuestro por las diferencias en las características de las muestras de los estudios (11, 12, 20, 23, 25).

En la valoración del estado mental se observó que más de la mitad de los sujetos tenía algún deterioro intelectual, y de éstos, la mitad presentaba deterioro intelectual severo y el resto leve y moderado, datos que, aun siendo muestras no comparables, dan resultados similares (9, 11, 14).

Entre los factores sociodemográficos determinantes de las características de salud, destacó el hecho de que los mayores de 80 años tenían más riesgo de presentar problemas auditivos. Las deficiencias sensoriales son también para otros autores un problema frecuente en las personas mayores que se agudizan con la edad. No obstante, la comparación de resultados entre estudios es frecuentemente difícil debido a las distintas definiciones empleadas y a los distintos métodos de recogida de información (24).





La edad, los ingresos económicos mensuales y la ocupación de los incapacitados durante su vida laboral en nuestro estudio se relacionaron con la función cognitiva, de forma que las ocupaciones como ama de casa y trabajador del campo conllevaban peor función cognitiva. Otros autores también destacan que el grupo de mujeres y trabajadores agrícolas se relaciona con una peor función cognitiva (24). El estudio de Urbina Torrija y cols. (9) explica esta peor función cognitiva en las mujeres por su mayor longevidad y la discriminación cultural de la mujer. En cuanto a la relación de los ingresos económicos con la función cognitiva, no coincidimos con otros estudios, dado que en el nuestro quienes tenían ingresos menores tenían mejor función cognitiva (25), aspecto a considerar en futuros estudios.

Cuatro quintas partes de los incapacitados percibieron su estado de salud como bueno o regular, y un porcentaje menor (19%) como malo. Porcentajes similares, respecto a la percepción del estado de salud, obtuvieron los trabajos de López-Pisa, Pedrera Zamorano y Zunzunegui y cols. (11, 20, 24). Un trabajo de revisión sobre necesidades y demandas de la población mayor compara diferentes encuestas sobre la percepción del estado de salud y destaca que un porcentaje importante de las personas mayores en España considera que disfruta de buena salud (5). Las variables determinantes de la valoración por parte del incapacitado de su estado de salud fueron la edad y el déficit sensorial. Aquellos sujetos menores de 80 años y los que tenían peor audición y visión referían peor estado de salud. Otros estudios han encontrado relación entre la independencia y la buena percepción de salud, lo que puede justificar nuestros hallazgos, dada la limitación que supone la deficiencia visual y auditiva en la independencia personal (11). Además, otros estudios señalan diferencias entre hombres y mujeres; las mujeres perciben de manera más desfavorable su estado de salud (26, 27), aunque nosotros no observamos esta situación.

Respecto a la utilización de los recursos sanitarios, nuestros resultados dan escasas diferencias en lo que se refiere a las características sociodemográficas, de salud, sensoriales, funcionales y mentales. El número de ingresos hospitalarios estuvo determinado por el consumo de fármacos, con mayor probabilidad de ingreso entre aquellos sujetos tratados con tres o más fármacos. Algo menos de la cuarta parte de los pacientes tenía más de tres patologías y casi la mitad de ellos estaba polimedicado, tenía medicación adicional a la medicación relacionada con las patologías que padecía. Si, en efecto, quienes estaban recibiendo más medicación tenían más ingresos hospitalarios, el motivo puede ser simplemente que los médicos estaban más pendientes de ellos por una peor situación funcional, tendiendo a ingresarlos con más facilidad. También se observó que existía

una correlación, aunque escasa, entre el número de ingresos hospitalarios y la situación funcional. Otros estudios refieren que las variables relativas al estado de salud están fuertemente asociadas a la utilización de servicios sanitarios, entre otros, los ingresos hospitalarios (28). No hubo relación en nuestra muestra entre las variables referidas y las veces que el incapacitado fue atendido por el servicio de urgencias, por lo que no coincidimos con otros autores en que los indicadores del estado de salud sí se relacionaron con la utilización de este servicio (28).

Por otro lado, en nuestro estudio se observó relación entre las visitas médicas a domicilio y la presencia de morbilidad, aunque fue una relación inversa, ya que recibieron menos visitas los que tenían más procesos patológicos, causa que habrá que estudiar en trabajos posteriores. El número de visitas de enfermería se relacionó con los ingresos económicos del incapacitado, de forma que recibieron menos visitas los que tenían menos ingresos. No coincidimos con otros trabajos en los que se observó relación entre los ingresos económicos y la utilización de servicios médicos (28). Creemos que el hecho de que las personas con escasos recursos económicos tengan menos visitas de enfermería puede deberse a que nuestra población es fundamentalmente rural y de gran dispersión geográfica, hecho que puede influir en la dificultad de información y accesibilidad al sistema.

En nuestros resultados también se encontró correlación entre el número de veces que el incapacitado fue atendido por el servicio de urgencias de su centro de salud y los ingresos hospitalarios; como otros autores señalan, la hospitalización puede ser debida a un agravamiento de una enfermedad crónica, accidente o una decisión médica. Parece ser que la utilización de unos servicios está potencialmente ligada a la utilización de otros; así, como refieren estos autores, aquellos que reciben visitas del médico a domicilio tienen mayor probabilidad de haber acudido a urgencias y de ser hospitalizados (28).

Como conclusión, nuestros pacientes incapacitados son una población muy mayor, que presenta deterioro cognitivo importante y tiene un nivel elevado de dependencia. Las características sociodemográficas determinantes del estado de salud fueron la edad para el nivel de audición; la ocupación en la etapa laboral, la edad y los ingresos económicos para el estado mental; y la edad, nivel de audición y visión para la percepción del estado de salud. Dado que estas características sociodemográficas determinan un peor nivel de audición y estado mental, sería importante estudiar más a fondo cuestiones sobre los mecanismos causales de estas incapacidades; además de establecer políticas de ayuda específicas para este grupo de personas que demandará en el futuro más servicios domiciliarios por el aumento del envejecimiento general de la población.

Los factores que se mostraron determinantes para la utilización de los servicios sanitarios fueron, para los ingresos hospitalarios, la polifarmacia y, escasamente, la puntuación obtenida en las escalas de las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria; para las visitas del médico de familia la presencia de enfermedades crónicas y, por otro lado, los ingresos económicos para visitas de enfermería.

Por todo ello son necesarios más estudios sobre la utilización de los servicios sanitarios para conocer las causas por las que se utilizan estos servicios y la coordinación en-

tre ellos, ya que además de ser determinantes algunas características sociodemográficas y de salud, también se da la circunstancia de que la utilización de unos servicios está ligada a la utilización de otros.

#### AGRADECIMIENTOS

A José Carlos Pérez Sánchez, director del Centro de Salud Rincón de la Victoria, por todas las facilidades prestadas para realizar este estudio.

A los pacientes y sus cuidadores, por su colaboración imprescindible en este trabajo.

#### BIBLIOGRAFÍA

1. Arriola Manchola E. Envejecimiento, anciano frágil y atención socio-sanitaria. *Gerokomos* 1999; 10 (2): 69-72.
2. Polo Luque ML, Martínez Ortega MP, Ruiz Torres MP. Teorías sobre el envejecimiento: una visión actual. *Gerokomos* 2002; 13 (2) 70-4.
3. Escuredo Rodríguez B, Díaz Álvarez E, Pascual Cortés O. Cuidadores informales. Necesidades y ayudas. *Rev ROL Enf* 2001; 24 (3): 183-9.
4. Santiago Navarro P, López Mederos O, Lorenzo Riera A. Morbilidad en cuidadores de pacientes confinados en su domicilio. *Aten Primaria* 1999; 24 (7): 404-10.
5. Gonzalo Jiménez E. Necesidades y demandas actuales de la población mayor. Repercusiones en el espacio domiciliario. *Gerokomos* 2001; 12 (2): 52-8.
6. Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento 2002. Naciones Unidas *Rev Esp Geriatr Gerontol* 2002; 37 (S2): 12-36. Documento descargado de la dirección: <http://doyma.es> (20/02/2006).
7. Hernando Aizpurúa J, Iturrioz Rosell P, Torán Montserrat P, Arratibel Arrondo I, Arregui López A, Merino Hernando M. Problemas y necesidades de salud de los pacientes crónicos domiciliarios. *Aten Primaria* 1992; 9 (3): 133-6.
8. Álvarez Solar M, De Alaiz Rojo AT, Brun Gurpegui E, Cabañeros Vicente JJ, Calzón Frechoso M, Cosío Rodríguez *et al.* Capacidad funcional de pacientes mayores de 65 años, según el índice de Katz. Fiablez del método. *Aten Primaria* 1992; 10 (6): 812-6.
9. Urbina Torija JR, Flores Mayor MJ, García Salazar MP, Rodríguez Estremera E, Torres Buisan, Torrubias Fernández RM. El anciano de riesgo en la provincia de Guadalajara. *Aten Primaria* 2004; 34 (6): 293-9.
10. Ichazo Tobella B, Vila García J, Sancho Agredano R, Alegre Alsina N. Valoración de dependencias y salud geriátrica. *Aten Primaria* 2004; 34 (9): 504-9.
11. López-Pisa RM, Colás-Taugís MI, Hernández-Faba E, Ruiz-Jiménez D, Padín-Minaya C, Morell-Macaya R. Envejecer: aspectos positivos, capacidad funcional, percepción de salud y síndromes geriátricos en una población mayor de 70 años. *Enferm Clin* 2006; 16 (1): 27-34.
12. Caravalló Ramos I, Camacho Giraldo JC, Del Trigo Espinosa M, Sánchez Burgos E. Prevalencia de ancianos de alto riesgo en una zona básica de salud. *Aten Primaria* 2004; 34 (10): 565-7.
13. Salvà A. Suma de esfuerzos para la atención a las personas mayores. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 2004; 39 (1): 6-8.
14. Corrales D, Palomo L, Magariño Bravo MJ, Alonso G, Torrico P, Barroso A, Merchán V. Capacidad funcional y problemas socioasistenciales de los ancianos del área de salud de Cáceres. *Aten Primaria* 2004; 33 (8): 426-33.
15. Ciudad Jiménez A. Envejecimiento y salud: el papel de la familia y las instituciones. *Metas* 1999; 19 (octubre): 47-51.
16. Yanguas Lezaun JJ, Leturia Arrazola FJ, Leturia Arrazola M. Apoyo informal y cuidado de las personas mayores dependientes. *Papeles del psicólogo* 2000; N76: 23-32.
17. De la Cuesta Benjumea C. Familia y cuidados a pacientes crónicos. *Index de Enfermería/Otoño* 2001, Año X, N. 34: 20-6.
18. Frías Osuna A, Pulido Soto A. Cuidadores familiares de pacientes en el domicilio. *Index de Enfermería/Otoño* 2001, Año X, N. 34: 27-32.
19. Bèland F, Zunzunegui MV. La ayuda recibida por las personas mayores. *Rev Gerontol* 1995; 5: 294-308.
20. Pedrera Zamorano JD, Canal Macías ML, Lavado García JM, Postigo Mota S, Sánchez Belda M, Durán Gómez N. Estudio de salud de las personas mayores en Extremadura: consumo de fármacos y patologías crónicas más frecuentes. *Rev Esp Salud Pública* 1999; 73: 677-86.
21. Gálvez Romero C, Mayorga Ramos E, Gornemann Schafer I, González-Valentín MA, Corbacho del Real JL, Jiménez Berbel M. Prevalencia y factores de riesgo de úlceras por presión. *Aten Primaria* 2002; 30 (6): 357-62.
22. Heras-Fortuny R, Morros-Torné C, Álvarez-Carrera A, Moix-Manubens I, Sabria-Martínez I, Santaaulalia-Potrony L. Prevalencia de úlceras por presión en atención primaria en dos comarcas catalanas. *Enferm Clin* 2006; 16 (1): 35-8.
23. Segura Noguera JM, Barreiro Montaña MC, Bastida Bastús N, Collado Gastalver D, González Solanellas M, Linares Juan de Sentmenat C, Martí Guadaño N, Riva Romeva M. Enfermos crónicos domiciliarios y consumo de fármacos. *Aten Primaria* 2000; 26 (9): 620-3.
24. Zunzunegui MV, Beland F. La salud de las personas mayores de Leganés. *Rev Gerontol* 1995; 5: 245-58.
25. Bèland F, Zunzunegui MV. El perfil de las incapacidades funcionales en las personas mayores. *Rev Gerontol* 1995; 5: 232-44.
26. Aspiazu Garrido M, Cruz Jentoft A, Villagrasa Ferrer JR, Abanades Herranz JC, García Marín N, Alvear Valero de Bernabé F. Factores asociados al mal estado de salud percibido o a la mala calidad de vida en personas mayores de 65 años. *Rev Esp Salud Pública* 2002; 76: 683-99.
27. Aspiazu Garrido M, Cruz Jentoft A, Villagrasa Ferrer JR, Abanades Herranz JC, García Marín N, Álvarez de Mon Rego C. Calidad de vida en mayores de 65 años no institucionalizados de dos áreas sanitarias de Madrid. *Aten Primaria* 2003; 31 (5): 285-94.
28. Bèland F, Zunzunegui MV. La utilización de los servicios médicos y sociales por las personas mayores de Leganés. *Rev Gerontol* 1995; 5: 309-24.