

Comparación de la situación sanitaria, en base a una Valoración Geriátrica Integral, entre una población rural y urbana de 75 o más años de una misma zona de salud

Martín Lesende, I.; García Rodríguez, A.; Abajo Angulo, J. L.; Olabarria Ateca, V.; González García, J.; Rueda Alonso, E.; Galindo Chico, M. e Iribarren Oscoz, M. J.

Centro de Salud Cotolino. Castro Urdiales. Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria de Cantabria.

RESUMEN

OBJETIVO: Analizar las diferencias sanitarias, mediante la aplicación de «Valoración Integral», en personas de 75 o más años del medio rural y urbano de una misma zona de salud.

DISEÑO: Descriptivo.

EMPLAZAMIENTO: Atención Primaria.

PACIENTES: Muestreo, aleatorio simple en el medio urbano y estratificado por pueblos, de las personas ≥ 75 años residentes en la comunidad.

INTERVENCIÓN: Realización de «Valoración Integral» con aspectos clínico-funcionales (patología-medicación, caídas, TA, vacunaciones, hábitos tóxicos, nutrición, visión, audición, cuestionarios de Lawton y de Katz), estado cognitivo (Pfeiffer), y valoración social.

RESULTADOS: Existieron diferencias significativas en la mayor cobertura antigripal (79,5 frente a 61,9% p 0,005), mejor funcionalidad en el cuestionario de Lawton (deterioro 17,1 frente a 28,1% p 0,014), mejor estado cognitivo en el cuestionario de Pfeiffer (deterioro 10,7 frente a 20,6% p 0,010), y mayor porcentaje de asistencia domiciliaria (15,5 frente a 3,3% p 0,001) en el medio urbano. En cuanto a patología médica, existió mayor prevalencia de artrosis (40,6 frente a 31,0% p 0,062) e insomnio (18,8% frente a 7,0% p 0,001) en el medio rural, y de broncopatía crónica (8,8 frente a 15,5% p 0,057) y diabetes (4,4 frente a 12,3% p 0,009) en el medio urbano.

CONCLUSIONES: El mejor estado funcional-cognitivo en el medio urbano puede estar asociado con otros factores como mayor accesibilidad y disposición a recursos socio-sanitarios, incluida institucionalización. La mayor prevalencia de patología osteoarticular en el medio rural puede condicionar una peor situación funcional. Son más prevalentes en medio urbano la broncopatía y la diabetes.

Palabras clave

Anciano. Valoración geriátrica. Medio rural. Atención primaria.

Correspondencia: I. Martín Lesende. Centro de Salud Cotolino. Avda. República Argentina, 3. 39700 Castro Urdiales (Cantabria). E-mail: imlesende@mundivia.es.

Recibido el 17-7-00; aceptado el 8-3-01.

Comparison of the health care status with a global geriatric assessment in a ≥ 75 year old rural and urban population within the same health care area

SUMMARY

OBJECTIVE: To analyze the health care differences with the extended «Global Assessment» scale in subjects ≥ 75 years living in the rural and urban environment within the same health care area.

DESIGN: Descriptive

LOCATION: Primary Health Care.

PATIENTS: Simple random sampling in the urban environment compared with town stratified sampling in subjects over 75 years of age residing in the community.

INTERVENTION: Exhaustive Geriatric Assessment with clinical and functional characteristics (disease-medication, falls, BP, vaccinations, toxic habits, nutrition, vision, hearing, Lawton's and Katz's questionnaires), cognitive status (Pfeiffer) and social evaluation.

MAIN RESULTS: There were significant differences in the better influenza vaccination coverage (79.5% vs. 61.9% p 0.005), better functionality in the Lawton questionnaire (deterioration 17.1% vs. 28.1% p 0.014), better cognitive status in the Pfeiffer questionnaire (deterioration 10.7% vs. 20.6% p 0.010) and higher percentage of home care attendance (15.5% vs. 3.3% p 0.001) in the urban environment. As for medical conditions, there was a higher incidence of arthrosis (40.6% vs. 31.0% p 0.062) and insomnia (18.8% vs. 7.0% p 0.001) in the rural environment and of chronic bronchial disease (8.8% vs. 15.5% p 0.057) and diabetes (4.4% vs. 12.3% p 0.009) in the urban environment.

CONCLUSIONS: The better functional-cognitive status in the urban environment may be associated with other factors such as greater accessibility and availability of the social-health care resources, including institutionalization. The greater prevalence of osteoarticular disease in the rural environment can condition a worse functional condition. Bronchial disease and diabetes are more prevalent in the urban environment.

Key words

Elderly persons. Geriatric assessment. Rural. Urban. Primary care.

INTRODUCCIÓN

El progresivo envejecimiento de la población, y el subsecuente incremento en el consumo de recursos sociosanitarios, resaltan la importancia que tienen el análisis y estrategias de intervención sobre este segmento de población. Es en el nivel primario de atención donde se resuelven la mayor parte de problemas que presentan. La distribución de los recursos se deben adecuar a las necesidades prioritarias y estado de la población que atendemos, máxime si se realizan valoraciones de manera sistemática, integrando ítems de promoción y prevención, como se hace en la «Valoración Geriátrica Integral» o Global (VGG).

El seguir en nuestro Centro de Salud una estrategia sistemática de valoración de las personas mayores basada en la realización de una VGG (1-4), nos ha llevado a implicarnos en esta línea de investigación (5, 6), analizando subgrupos de ancianos como los que más frecuentan las consultas, los que viven solos, o los institucionalizados.

En el medio rural de nuestra zona (11 pueblos) predomina la actividad clásica agrícola-ganadera. En el núcleo urbano, con una población de hecho de unos 30.000 habitantes, con un progresivo importante crecimiento en los últimos años, predominan otros sectores como son servicios, construcción, industria, y también la pesca y actividades asociadas.

Son múltiples los estudios descriptivos que emplean la VGG como método de valoración, pero no hemos encontrado trabajos que comparen poblaciones de ambos medios que pertenezcan a una misma zona de salud.

El presente trabajo pretende analizar y comparar la situación sanitaria, realizando una Valoración Geriátrica Integral, a las personas ≥ 75 años del medio rural y urbano de una misma zona de salud.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se trata de un estudio descriptivo, que compara las valoraciones transversales sucesivas en los dos medios (rural y urbano).

La *población de estudio* la constituyen las personas de 75 o más años del área rural y núcleo urbano adscritas a la zona básica de Salud de Agüera (Cantabria), basándonos en el padrón municipal, registros informáticos del centro y depuración por los profesionales, tras aplicar los siguientes *criterios de exclusión*: que pasen más de seis meses fuera de la población, internados en residencias (en nuestra localidad existen dos), y no disponer de datos para localizarlos.

En conjunto, la población de 75 o más años de esta zona de salud es de 990 personas, de un total de unos 19.000 adscritos (5,2%). Para el medio rural se realizó un *muestreo* aleatorio estratificado en base a la proporción

TABLA I. Índice de Lawton y Brody

Cuidar la casa		Uso del teléfono	
Cuida la casa sin ayuda	1	Capaz de utilizarlo sin problemas	1
Hace todo, menos el trabajo pesado	2	Sólo para lugares muy familiares	2
Tareas ligeras únicamente	3	Puede contestar pero no llamar	3
Necesita ayuda para todas las tareas	4	Incapaz de utilizarlo	4
Incapaz de hacer nada	5		
Lavado de ropa		Uso del transporte	
La realiza personalmente	1	Viaja en transporte público o conduce	1
Sólo lava pequeñas prendas	2	Sólo en taxi, no en autobús	2
Es incapaz de lavar	3	Necesita acompañamiento	3
		Incapaz de usarlo	4
Preparación de la comida		Manejo del dinero	
Planea, prepara y sirve sin ayuda	1	Lleva cuentas, va a bancos, etc.	1
Prepara si le dan los ingredientes	2	Sólo maneja cuentas sencillas	2
Prepara platos precocinados	3	Incapaz de utilizar dinero	3
Tienen que darle la comida hecha	4		
Ir de compras		Responsable medicamentos	
Lo hace sin ninguna ayuda	1	Responsable de su medicación	1
Sólo hace pequeñas compras	2	Hay que preparárselos	2
Tienen que acompañarle	3	Incapaz de hacerlo por sí sólo	3
Es incapaz de ir de compras	4		

Grado de dependencia. (Hasta 8 puntos, independiente) (9-20 necesita cierta ayuda) (más de 20 necesita mucha ayuda).

en cada uno de los pueblos de la población de esta edad con respecto al total, hasta alcanzar el *tamaño muestral* establecido (150 sujetos para comparar los porcentajes en las variables teniendo en cuenta $P = 50\%$ en las desconocidas, con un nivel de confianza del 95% y una precisión del 0,05; se incrementó hasta 200 sobre la base de nuestras posibilidades de actuación, previendo al menos un 20% de pérdidas e intentando que al mismo tiempo nuestra intervención llegara al mayor número posible de sujetos). Se realizaron 160 valoraciones en el medio rural, habiendo por tanto 40 pérdidas. En el medio urbano se realizaron 187 valoraciones de los 200 estimados, tras muestreo aleatorio simple (tabla de números aleatorios).

Las *variables de estudio* se recogen en un cuestionario protocolizado de valoración, que valora:

– *Problemas médicos* crónicos relevantes en cuanto a contribución a la discapacidad, clasificados en: neurológicos (ACV, demencia, temblor), cardiovasculares (insuficiencia cardíaca, cardiopatía isquémica, arritmias, HTA, enfermedad vascular periférica), digestivos (gastritis o úlcera, estreñimiento), nefro-urológicos (insuficiencia renal, síndrome prostático, incontinencia urinaria), osteoarticulares (artrosis, osteoporosis), endocrinos (diabetes, hipo/hipertiroidismo), psiquiátricos (depresión, ansiedad, demencia, insomnio), tumores (especificando la localización).

– Existencia de *caídas* en el último año y causa probable.

– *Medicación* habitual consumida.

– *Vacunación* antigripal y antitetánica.

– *Hábitos dietéticos*, considerados *correctos* cuando de manera habitual se consumen alimentos de cada uno de los grupos nutricionales («rueda de alimentos»).

– Cuantificación del consumo de *alcohol* y *tabaco*.

– Detección de *alteraciones visuales y auditivas* no controladas-abordadas por su médico y/o especialista; se emplearon optotipos de cerca y lejos, y «roce de dedos» a 10 cm como pruebas de cribado de estos sentidos.

– *Índice de Lawton y Brody* (Actividades instrumentales de la Vida Diaria, puntuando de 8 a 30 de menor a mayor dependencia) (tabla I) e *Índice de Katz* (Actividades básicas de la Vida Diaria) para la valoración física funcional. Se codificó el Lawton en «cierta ayuda en AVD o intacto» (8 a 20 puntos) y «patológico» (> 20 puntos).

– *Cuestionario de Pfeiffer* para la valoración del estado cognitivo; consideramos el número de aciertos obtenidos, de 0 a 10 puntos. Se codificó en «normal» (8 a 10 puntos) y «alterado» (0 a 7 puntos).

– *Valoración social*: identificación del cuidador, existencia de domicilio fijo o no, convivencia, relación social, asistencia domiciliar reglada.

TABLA II. Comparación, y significación estadística, de las principales variables de estudio entre el medio rural y urbano

Variable	Medio rural	Medio urbano
Sexo	69 V 91 H	63 V 124 H
Edad media	81	80,3
Caídas	28,8%	27,3%
Nº medicamentos/persona	2,67 ± 2,17	2,69 ± 2,06
Vacunación antigripal * (%)	61,9	75,9
Vacunación antitetánica (%)	26,3	19,3
Hábitos dietéticos correctos (%)	91,2	92,5
Alt. visual no controlada (%)	27,5	33,7
Alt. auditiva no controlada (%)	25,6	30,5
Capacidad funcional intacta ¹ (%)	31,2	31,6
Puntuación Lawton * (media)	16,2	14,4
Lawton codificado ² * (%)	8-20: 71,9 > 20: 28,1	8-20: 82,9 > 20: 17,1
Puntuación Pfeiffer ³ * (media)	8,74	9,03
Pfeiffer codificado ⁴ * (normal)	79,4	89,3
8-10 normal		
0-7 alterado		
Viven solos (%)	13,8	15,5
Asistencia domiciliaria (%)*	3,7	15,5
Sin relación social (% soledad-aislamiento)	2 (1,2)	1 (0,5)

* Significación estadística $p < 0,05$. ¹ Capacidad funcional intacta: Katz A y Lawton 8 puntos. ² Lawton codificado: cierta ayuda en AVD o intacto (8 a 20 puntos); patológico (> 20 puntos). ³ Puntuación de Pfeiffer considerando número de aciertos, de 0 a 10. ⁴ Pfeiffer codificado: normal (8 a 10 puntos); alterado (0 a 7 puntos).

Las valoraciones fueron realizadas en consulta a demanda (si se les captaba espontáneamente durante el primer período del trabajo de campo) y programada, en el centro o consultorios, o en el domicilio, por los médicos y enfermeras. En el caso de personas con problemas de lenguaje, deterioro cognitivo-funcional importante o sordera extrema, que obstaculizaran la realización, se aceptó como válida la información del cuidador principal.

Las *pérdidas* podían ser por: fallecimiento durante el trabajo de campo, errores de listado y cumplir criterios de exclusión no detectados previamente, negativa del paciente a participar, y paciente no localizado una vez finalizado el trabajo de campo.

El análisis del presente trabajo se basa en un análisis *bivariado* para comparar variables entre el grupo rural y urbano; para esto se empleó la chi-cuadrado de Pearson, excepto para la variable continua «número de medicamentos» y edad (t-Student), y puntuación de los cuestionarios de Pfeiffer y de Lawton que no seguían una distribución normal (U de Mann-Whitney). Se consideró significación estadística cuando $p < 0,05$.

TABLA III. Comparación de la patología médica más prevalente en el medio rural y urbano

Variable	Medio rural (%)	Medio urbano (%)
HTA	46,9	52,4
Artrosis	40,6	31,0
Enfermedad vascular periférica	25,6	21,4
Insomnio *	18,8	7,0
Gastritis o úlcera	15,0	12,8
Incontinencia urinaria	14,4	12,3
Estreñimiento	13,1	16,0
Arritmias	10,6	12,3
Cardiopatía isquémica	10,6	10,2
Insuficiencia cardíaca	10,0	10,2
Broncopatía crónica	8,8	15,5
Tumores	6,3	11,2
Diabetes *	4,4	12,3

* Significación estadística $p < 0,05$.

Se empleó el paquete estadístico SPSS 8.0 para procesar y analizar los datos.

RESULTADOS

Los principales resultados descriptivos referentes al grupo compuesto por los 187 ancianos del *medio urbano* han sido publicados previamente (6), aunque también se sintetizan en la tabla comparativa de ambos medios en el presente trabajo (tabla II).

Al final se realizaron 160 valoraciones en el *medio rural*, donde se tuvieron 40 pérdidas, principalmente por negativa a participar (12) y no ser localizados durante el período de campo (14). 69 (43,1%) fueron hombres y 91 (56,9%) mujeres. La edad media fue de 80,3 años, muy similar en ambos sexos (79,5 años en hombres, 80,9 años en mujeres); un 75% estaba comprendido entre 75 y 83 años (rango 75 a 97).

En la tabla II se sintetiza la comparación de las principales variables de la valoración entre los ancianos del medio rural y urbano. Se han obtenido diferencias estadísticamente significativas en las siguientes:

- Mayor porcentaje de vacunación antigripal en el medio urbano.
- Mejor puntuación del cuestionario de Lawton en el medio urbano.
- Mejor funcionalidad según cuestionario de Lawton codificado en el medio urbano.
- Mejor puntuación en el cuestionario de Pfeiffer en el medio urbano.

TABLA IV. Comparación del consumo de medicación crónica más prevalente en el medio rural y urbano

Variable	Medio rural (%)	Medio urbano (%)
Antihipertensivos, y diuréticos, calcioantagonistas, betabloqueantes e IECAs (con otros fines)	48,1	54,0
Analgésicos, antiinflamatorios, corticoesteroides *	27,5	18,7
Antiácidos, procinéticos	18,7	12,3
Ansiolíticos, hipnóticos, antidepresivos, neurolépticos	15,6	19,2
Glucósidos cardíacos, antiarrítmicos	13,1	12,8
Venotónicos **	12,5	6,4
Antiagregantes orales	10,0	16,0
Vasodilatadores/activadores cerebrales	10,6	10,7

Ningún resultado tiene significación estadística ($p \geq 0,05$). * $p 0,052$
** $p 0,051$.

- Mayor porcentaje de deterioro cognitivo, según el Pfeiffer, en el medio rural.
- Tienen mayor porcentaje de asistencia domiciliaria en el medio urbano.

En la tabla III se expone la comparación en cuanto a los principales problemas médicos encontrados; se encuentra diferencia estadísticamente significativa en la mayor prevalencia de insomnio en el medio rural, y de diabetes en el medio urbano.

En la tabla IV se sintetiza el consumo de medicación en ambos medios.

DISCUSIÓN

El hecho de no encontrar diferencias significativas en los dos grupos en cuanto a la distribución de la edad y del sexo nos permite desestimar la influencia de estos dos factores en los resultados obtenidos, y facilita centrarnos en el resto de variables.

En conjunto, los resultados referentes a la patología crónica relevante, déficit de audición y visión, y tipo y número de medicación consumida, coinciden en general con otros trabajos (4, 7-9). En global se aprecia un buen estado funcional y cognitivo, aunque no debemos olvidar que se han excluido los institucionalizados. Así, no se ha encontrado grandes diferencias a las referidas por otros au-

tores en cuanto a la capacidad funcional intacta (índice de Katz A y 8 puntos en el cuestionario de Lawton) (4, 10-17), que en nuestro trabajo ha sido del 31%. Tampoco hay diferencias a las referidas en el deterioro cognitivo general que oscila entre un 10 y un 30% (4, 7, 18, 19), aunque sí existen en el medio urbano cifras más bajas de deterioro.

Al *comparar* la patología médica en el medio rural y urbano, encontramos una diferencia significativa en el mayor porcentaje de insomnio en el medio rural y de diabetes en el urbano, siendo también importante la mayor prevalencia de artrosis en el medio rural y de broncopatía crónica en el medio urbano.

En cuanto a la medicación crónica consumida, no se encuentran diferencias significativas y mantiene congruencia con la prevalencia y diferencias de la patología en ambos grupos. Hay que resaltar el elevado consumo de medicación crónica en esta población (2,6 medicamentos / persona), con la repercusión en cuanto a interacciones e incluso uso inadecuado, como se demuestra por algunos autores (20).

Al analizar las principales variables del estudio se aprecian diferencias significativas en cuanto:

- Mayor cobertura antigripal en el medio urbano (75,9 frente a un 61,9%).

- Mejor funcionalidad física en el medio urbano si consideramos el resultado del cuestionario de Lawton (actividades instrumentales), tanto en su puntuación como en la codificación en patológico y cierta ayuda-intacto. Sin embargo, no se encuentra diferencia en la capacidad funcional intacta (Katz A, Lawton 8). Hay trabajos que relacionan la prevalencia de patología médica, y concretamente el aumento de patología osteoarticular, con una peor funcionalidad física (21, 22). Esto podría corresponderse con nuestros resultados, donde hay un porcentaje mayor de patología osteoarticular en la población rural, que a su vez es la que peor índices de funcionalidad tiene. Como veremos posteriormente, la institucionalización también puede contribuir a marcar diferencias.

- Mejor estado cognitivo en el medio urbano, considerando el resultado del cuestionario de Pfeiffer y su codificación en normal o alterado. Otros autores no han encontrado diferencias en el estado cognitivo del medio rural y urbano, aunque sí cuando categorizan el resultado del Pfeiffer en más de cuatro errores (alteración moderada-severa), no mostrando asociación en el análisis multivariante una vez consideradas la influencia de otras variables; a diferencia de nuestros resultados, encuentran más deterioro moderado-severo en el medio urbano (23).

- Mayor porcentaje de apoyo «formal» (ayuda domiciliaria, voluntariado, particular) en el medio urbano (15,5 frente al 3,7%).

Son diversas las variables que pueden influir en estos resultados. Por un lado, la mayor cobertura en vacunación antigripal y consumo de recursos sociales, puede in-

dicar una mayor accesibilidad y disposición de los recursos sociosanitarios en la población urbana, bien sea por factores culturales, accesibilidad física, u organización sanitaria (hay que recordar la predominancia de asistencia mediante APD en el medio rural, y equipo de atención primaria en el urbano, aunque sea la misma zona de salud). Sin embargo, ¿se debe a esta estructura y organización asistencial el mejor estado cognitivo y funcional de la población urbana?, ¿qué papel puede jugar el medio en estos resultados?

Otro factor importante a tener en cuenta es que los resultados se refieren a población no institucionalizada, por lo que si se sigue en la misma línea, es probable que la población urbana tenga más acceso a la institucionalización, máxime teniendo en cuenta que existe una residencia para válidos y asistida en la localidad con unas 70 camas. Por esto quizás predomine el ingreso de pacientes «deteriorados» del medio urbano, lo que puede haber influenciado en los resultados.

Es por tanto, que la mayor *limitación* la ha supuesto el excluir población institucionalizada. Sin embargo, hemos seguido en la línea de otros estudios que también establecen este criterio de exclusión, y además es una población que no atendemos directamente, ya que dispone de personal sanitario propio. No obstante, en la actualidad hemos analizado la situación de esta población institucionalizada, lo que nos ofrecerá datos correctores de la situación, así como un análisis más amplio.

Consideramos la atención sistemática al anciano como un proceso continuo, dinámico y progresivo. La investigación en este campo ayuda a ajustar las intervenciones a la realidad de cada población, así como a facilitar el camino a los que se implican en este campo. A lo largo del análisis y comparativa de diferentes subgrupos nos vamos dando cuenta de diferencias importantes que debieran condicionar y hacer más específicas nuestras intervenciones para cada uno de ellos. Seguimos creyendo conveniente que otros equipos profundicen en subgrupos (medio rural-urbano, los que viven solos, ancianos de mayor riesgo, rangos diferentes de edades, rangos diferentes de discapacidades o características, etc.). Aunque difícil, vemos un interesante campo de actuación en lograr intervenciones globales que conjunten diferentes estrategias teniendo en cuenta estos subgrupos.

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos al personal APD, la colaboración ofrecida. También a la Sociedad Cantabra de Medicina Familiar y Comunitaria por el apoyo de material informático.

BIBLIOGRAFÍA

1. Martín I, Gorroñoñoitia A, Fernández A, Gerediaga E, Gorostiaga I. Valoración y abordaje de la población anciana en Atención Primaria de

- Salud. En: Atención al anciano. Grupo de trabajo de la semFYC. Madrid: ediciones Eurobook, SL; 1997. p. 11-47.
2. Sociedad Catalana de medicina Familiar y Comunitaria (SCMFYC). Personas mayores: Fisiología del envejecimiento. Unidad 1: evaluación del paciente mayor. Plan de formación SMMFYC (lab. Wyeth-Lederle). Doyma S.A.; 1998.
3. Cruz AJ. Evaluación funcional del anciano. En: Ribera JM, Cruz AJ. Geriatria en atención primaria (2ª edición). Barcelona: Uriach & Cia; 1997. p. 17-25.
4. Benítez MA, Hernández P, Barreto J. Evaluación geriátrica exhaustiva en Atención Primaria: valoración de su utilidad. *Aten Primaria*; 1994; 13:8-14.
5. Gorostiaga I, Lerma AM, Martín I, Benito I, Urreisti C. Adaptación de un screening funcional del anciano en un Centro de Salud. *Aten Primaria* 1993;12:276-9.
6. Martín I, Salas AM, Fernández N, Gómez MJ, García A, Esteban J, et al. Situación sanitaria de la población anciana urbana no institucionalizada de Castro Urdiales, y características diferenciadoras de los que más frecuentan el centro de salud. *Aten Primaria* 1998;22:39-45.
7. Bayó J, Fernández-Aramburu MC, Orfila F, Dalfó A, Casajuana J, Vila MA. Autopercepción de salud y evaluación integral del paciente anciano en un centro de atención primaria. *Aten Primaria* 1996;17:273-9.
8. López-Torres J, Requena M, Fernández C, Cerdá R, López MA, Marín E. Dificultades visuales y auditivas expresadas por los ancianos. *Aten Primaria* 1995;16:437-40.
9. Muñoz F, Burgos ML, Robero P, García F. Detección de factores predictores de abandono de pacientes incapacitados de una zona básica de salud. *Aten Primaria* 1995;15:21-8.
10. Vázquez-Noguerol R, Ferrer C, Cortés S, Herrero E, Espejo C, Cassinello E. Evaluación de la capacidad funcional de los ancianos y sus factores asociados. *Medifam* 1994;4:276-83.
11. Gorroñogoitia A, Ibáñez F, Olaskoaga A. Autopercepción de salud en el anciano: relación con algunas variables socioeconómicas y de salud. *Aten Primaria* 1992;10:771-5.
12. Monte C, Alonso JC, Cabal A, Iglesias A. Capacidad funcional en mayores de 80 años. *Aten Primaria* 1995;15:176-8.
13. Alvarez M, Alaiz AT, Brun E, Cabañeros JJ, Calzón M, Cosío I, et al. Capacidad funcional de pacientes mayores de 65 años, según el índice de Katz. Fiabilidad del método. *Aten Primaria* 1992;10:812-6.
14. Benítez MA, Hernández P, de Armas J, Barreto J, Rodríguez H. Clasificación funcional del anciano en atención primaria de salud: propuesta de un método. *Aten Primaria* 1995;15:548-54.
15. Escudero MC, López I, Fernández N, López G, Ibáñez A, García R, Delgado J. Prevalencia de la capacidad funcional no reconocida en la población mayor de 74 años. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 1999;34:86-91.
16. Valderrama E, Gavira-Iglesias FJ, López M, Romero M, Pérez-Del Molino J. Dependencia funcional y salud autopercebida en los ancianos de la Zona Básica de Salud de Cabra. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 1999;34:283-8.
17. Valderrama E, Pérez-Del Molino J. Prevalencia de anciano frágil o de riesgo en el medio rural. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 1988;33:272-6.
18. Formento JA, Domínguez JL, Gonzalo A, Gimeno MR, Gallego R, Moya A. Trastornos psíquicos y deterioro cognitivo en la población geriátrica de un centro de salud urbano. *Medifam* 1992;2:146-51.
19. Tomás MT, Rujadas F, Lafont J, Adalid C, Franch U, Cordón F. Prevalencia de deterioro cognitivo en una población urbana en edad geriátrica. *Aten Primaria* 1991;8:379-85.
20. Arbas E, Garzón R, Suárez A, Buelga C, Pozo M, Comas A, et al. Consumo de medicamentos en mayores de 65 años: problemas potenciales y factores asociados. *Aten Primaria* 1998;22:165-70.
21. Valderrama E, Rodríguez F, Gabarre P, Palacios A, Pérez del Molino J. Dependencia en el autocuidado y deambulación en los ancianos de una comunidad rural. *Aten Primaria* 1997;4:213-8.
22. Mainous AG, Kohrs FP. A comparison of health status between rural and urban adults. *J Community Health* 1995;20:423-31.
23. Escudero C, et al. Déficit cognitivo, prevalencia y factores asociados en la población mayor de 74 años. *Aten Primaria* 1999;24:326-31.