
Salud y utilización de servicios en anciano, según el nivel de convivencia

J. Gené / C. Moliner / J.C. Contel / I. Tintoré / R. Villafáfila / C. Schorlemmer
Área Básica de Salud de Castelldefels. Universitat de Barcelona. Departament de Medicina.
Programa Docent de Medicina Familiar i Comunitària

Correspondencia: Joan Gené Gadia. ABS de Castelldefels.
C/ Marconi, s/n. 08860 Castelldefels.

Recibido: 12 de abril de 1996
Aceptado: 14 de marzo de 1997

(Health and service use by the elderly, according to the coexistence level)

Resumen

Objetivo. Evaluar la asociación que existe en la población mayor de setenta años entre vivir solo, acompañado o en una residencia con el nivel de salud y la utilización de servicios sociales y sanitarios.

Métodos. Se realizó un estudio transversal domiciliario, encuestando a una muestra aleatoria de 110 ancianos institucionalizados y 290 de la comunidad del municipio de Castelldefels. Sujetos o cuidadores respondieron los cuestionarios: autopercepción del estado de salud (SF-36), nivel de autonomía (test de Barthel), grado de ansiedad y de depresión (HAD), deterioro cognitivo (*Short Portable Mental Status Questionnaire*), existencia y uso de comodidades en el alojamiento y de recursos sociales y sanitarios.

Resultados. Respondieron 77,2% de los institucionalizados y el 92,4% de los de la comunidad. 60 vivían solos, 208 acompañados y 85 en residencias. El 67% eran mujeres y la edad de los que vivían solos ($77 \pm 4,8$), o acompañados ($78,3 \pm 6,4$) era menor que la de los institucionalizados ($83,1 \pm 6,9$) ($p < 0,01$). La disponibilidad de comodidades en la vivienda era similar en los tres grupos, aunque las utilizaban más los de la comunidad. La proporción de dependientes se distribuía de forma creciente entre los que vivían solos, acompañados o institucionalizados (13,3%; 19,6%; 86,7%, respectivamente, $p < 0,01$), al igual que el deterioro cognitivo (7,8%; 15,3%; 20,8%; $p < 0,01$). La salud subjetiva era parecida, únicamente los que vivían en familia mostraban un mejor rol emocional y función social (SF-36). La población no institucionalizada recibía el soporte básicamente de familiares y amigos y de los servicios de atención primaria. Los de las residencias eran asistidos sanitariamente de forma más selectiva, pero intensa y disponían de cuidadores formales.

Conclusiones. Las residencias atienden a la población con mayor deterioro cognitivo y más dependiente. Se evidencia la necesidad de incrementar los cuidados formales en la comunidad, especialmente para las personas que viven solas, y la de reorientar todos los servicios de salud hacia la atención al anciano.

Palabras clave: Atención al anciano. Estado de salud. Atención integral.

Summary

Objective. To assess the association between living arrangements (living alone, with company or in a nursing home) and the health status and the use of health and social services among the population over seventy with the purpose to help establishing health policies for the elderly.

Methods. A cross sectional survey was performed, interviewing a random sample of 110 institutionalised and 290 community elderly of Castelldefels. Subjects and carers answered the following questionnaires: health status self-perception (SF-36), level of autonomy (test de Barthel), anxiety and depression levels (HAD), cognitive deficit (Short Portable Mental Status Questionnaire), availability and use of housing facilities and social and health resources.

Results. 77.2% of the institutionalised, and 92% of those coming from the community answered the questionnaire. 60 lived alone, 208 accompanied and 85 in nursing homes. The 67% were women and those living alone (77 ± 4.8 years), or with company (78.3 ± 6.4 years) were younger than the institutionalised ones (83.1 ± 6.9 years) ($p < 0.01$). Housing facilities was similar in the three groups, although those living in the community had a higher level of use. The proportion of handicapped grew progressively from those living alone, with company or in institutions (13.3%; 19.6%; 86.7%; $p < 0.01$), as well as the cognitive deficit (7.8%; 15.3%; 20.8%, $p < 0.01$). Every group had similar health status, only those living with the family experienced higher scores in the emotional role or social function (SF-36). Non institutionalised population received support from relatives, friends and primary care services. Those institutionalised received health care in a more intensive and selective way, and benefited from formal cares.

Conclusions. Nursing homes host the population with highest level of cognitive deficit and dependence. The need of increasing formal care in the community, in special to people living alone, and of reorienting health services towards elderly care has been identified.

Key words: Elderly care. Health status. Comprehensive care.

Introducción

La atención al anciano se está convirtiendo en la tarea principal del sistema sanitario¹. Los mayores de 65 años consumen actualmente un tercio del presupuesto sanitario y es previsible que en el año 2000 utilicen la mitad². Actualmente se sigue la tendencia de que la población anciana permanezca en la comunidad, incluso cuando existe un déficit considerable de su estado de salud o cuando precisa cuidados sociales o sanitarios continuados³⁻⁶. Dado que nuestro país no goza de los recursos comunitarios que se disponen en los más ricos de Europa, es de interés conocer si la familia sigue asumiendo este rol, cuando nos hallamos ante un cambio en la estructura familiar tradicional, más evidente en el medio urbano. Diversos estudios realizados en España muestran que existe un alto nivel de patología no demandada en este colectivo⁷⁻⁹ y algunos países de nuestro entorno, con mayores recursos comunitarios, se plantean si deben considerar como un grupo de riesgo a los ancianos que viven solos^{10,11}. Para contribuir a establecer políticas de actuación sobre este colectivo, valoramos de interés comprobar si existe asociación entre el tipo de convivencia, el nivel de salud y los cuidados sociosanitarios que reciben las personas de edad avanzada.

Para conseguir este objetivo se han comparado las condiciones y comodidades del alojamiento, la utilización de los recursos sociales y sanitarios, el nivel de dependencia para las actividades de la vida diaria, la salud subjetiva y el estado cognitivo de las personas mayores de 70 años que viven en casa solas, las que viven acompañadas y las que están institucionalizadas en una residencia de ancianos.

Sujetos y métodos

El estudio se ha realizado en el municipio de Castelldefels durante el período de mayo a septiembre de 1994. En aquel momento contaba con 38.176 habitantes, de los que 2.343 eran mayores de 70 años de edad, de éstos 698 vivían en residencias de ancianos.

Se incluyeron en el estudio 400 personas de edad igual o superior a 70 años, habitantes de Castelldefels con independencia de su nivel de conciencia o que presentaran dificultades para responder al cuestionario. El tamaño de la muestra acepta una diferencia del 9% entre la muestra estudiada y la población de que procede, considerando un error alfa del 0,5% y uno beta del 10% para una prevalencia del 50%. Se seleccionaron 110 personas ingresadas en residencias de ancianos. Esta muestra se estratificó

por residencias según su tamaño, extrayendo de cada una de ellas una submuestra elaborada a partir de una tabla de números aleatorios sobre el registro de personas internadas en el centro. Se incluyeron todas las residencias, las 20 privadas y una subvencionada por la Generalitat de Catalunya. Las 290 personas procedentes de la comunidad se seleccionaron utilizando una tabla de números aleatorios sobre el listado del censo municipal de personas que cumplieran los criterios de inclusión y no estaban institucionalizadas.

Todas las personas incluidas en el estudio recibieron una carta que informaba de los objetivos del estudio y del método de selección que se había utilizado, en la que se anunciaba también que recibirían una llamada telefónica de una entrevistadora en la que se concertaría una cita para pasar por su lugar de domicilio a realizar el cuestionario.

Doce estudiantes de auxiliar de enfermería, mujeres de entre 25 y 35 años sin ninguna vinculación con las instituciones estudiadas, fueron debidamente formadas para encuestar de forma normalizada y no inducir respuestas. El tiempo aproximado de respuesta al cuestionario oscilaba alrededor de cuarenta y cinco minutos.

La entrevista estaba formada por cuestionarios validados y unas preguntas sobre las características del domicilio y la utilización de recursos. Constaba de siete bloques, con un total de 290 preguntas:

- Datos de filiación del entrevistado obtenidas del censo y codificación del encuestador.
- Características e instalaciones de la vivienda, así como el uso de medios de transporte.
- La versión española validada del cuestionario sobre el estado de salud, SF-36¹²⁻¹³. Este cuestionario valora los siguientes apartados: función física (10 ítems), rol físico o limitación por problemas físicos (4 ítems), dolor corporal (2 ítems), salud general (5 ítems), vitalidad (4 ítems), función social (2 ítems), rol emocional o limitación por problemas emocionales (3 ítems) y salud mental (5 ítems). Cada parámetro se puntúa, codifica, suma y se transforma a una escala de 0 a 100, significando una mayor puntuación un mejor estado de salud.
- El nivel de autonomía para realizar las actividades de la vida diaria medida a través de 42 preguntas (test de Barthel ampliado)¹⁴⁻¹⁸, una escala de valoración funcional que incluye diez actividades básicas de la vida diaria: comer, lavarse, vestirse, arreglarse, deposición, micción, ir al baño, trasladarse sillón-cama, deambulación, subir y bajar escaleras. Se puntúa cada ítem según el nivel de autonomía: 10 si es independiente, 5 si necesita ayuda y 0 si es dependiente. La puntuación global obtenida se interpreta en

categorías de dependencia: a) dependencia total si es menor a 20 puntos, b) dependencia severa si está entre 20 y 35 puntos, c) dependencia moderada si está entre 40 y 55 puntos, y d) dependencia leve si es mayor o igual a 60 puntos. Las dos últimas categorías son susceptibles de recuperar independencia con tratamiento adecuado. La puntuación máxima de 100 no indica que el paciente pueda vivir solo, sino que no precisa ayuda para las actividades básicas de la vida diaria ni tratamiento rehabilitador.

- f) Utilización de recursos sociosanitarios.
- g) Autoevaluación del estado de ánimo, empleando la escala de ansiedad depresión HAD (*Hospital Anxiety and Depression Scale*)¹⁹, que es un instrumento validado para detectar y cuantificar estas patologías y para valorar los ancianos de la comunidad²⁰. Consta de 14 preguntas, 7 que investigan la ansiedad y 7 la depresión, puntuadas de 0 a 4. Se consideran normales valores inferiores o iguales a 8.
- h) El *Short Portable Mental Status Questionnaire* es un test que valora el deterioro del estado cognitivo. Consta de 10 preguntas que deben ser contestadas por el entrevistado. Los sujetos que obtienen de 0 a 2 errores tienen un estado cognitivo intacto, los que obtienen de 3 a 4 errores, un déficit cognitivo leve, de 5 a 7 errores, un déficit cognitivo moderado y entre 8 y 10 errores un déficit cognitivo grave. Se ha considerado sujetos con déficit cognitivo a aquéllos con más de 4 errores. Tiene una sensibilidad y especificidad elevada y algunos estudios muestran falsos positivos en pacientes psiquiátricos o analfabetos y falsos negativos en pacientes con la enfermedad de Parkinson²¹.
- i) El nivel de autonomía para realizar las actividades de la vida diaria, y la utilización de servicios sociosanitarios, igual que las preguntas en los bloques E y F pero dirigidas al cuidador.

En el caso de las personas que obtuvieron una puntuación inferior a ocho sobre diez en el *Short Portable Mental Status Questionnaire* se consideró que tenían déficit cognitivo y se analizaron las respuestas del cuidador y no se valoraban las respuestas del cuestionario SF-36.

El análisis estadístico de los datos se ha realizado empleando el test de la χ^2 y el análisis de la varianza. Los sujetos se han agrupado atendiendo a su tipo de habitaje según sus respuestas al cuestionario en: a) viven solos en la comunidad, b) viven acompañados de otras personas en la comunidad c) viven institucionalizados en residencias geriátricas.

Resultados

Se obtuvieron 85 respuestas válidas de la población institucionalizada y 268 de las personas procedentes de la comunidad, lo que supone un índice de respuesta del 77,2% y del 92,4% respectivamente. La distribución por edad y sexo de las muestras estudiadas no difería significativamente de la población de la que procedían. Participaron 60 (17%) personas que vivían solas, 208 (58,9%) que habitaban con otras personas en la comunidad y con 85 (24,1%) institucionalizadas. La distribución por edad y sexo, así como las características del estado cognitivo, el grado de dependencia, la salud subjetiva y la salud mental de las personas estudiadas se describen en la tabla 1. Las mujeres fueron el grupo más numeroso y los institucionalizados eran de mayor edad. El déficit cognitivo y la dependencia para las actividades de la vida diaria mostraron una proporción creciente, siendo menor en los que habitaban solos, hasta llegar a los de las residencias pasando por los que convivían con sus familiares. En cuanto a la salud subjetiva observamos únicamente diferencias significativas en la función social y en el rol emocional que eran superiores en los que vivían acompañados respecto a los que habitaban solos en la comunidad o en residencias.

La tabla 2 muestra las características de la vivienda, las instalaciones que tenían a su alcance así como el uso que hacían de ellas y sus desplazamientos. Todos los grupos tenían facilidades similares, aunque éstas eran ligeramente superiores en las residencias. Los tres grupos utilizaban poco los medios de comunicación y de transporte, especialmente los de las residencias, que por otro lado son los que consideraban que sus necesidades estaban peor cubiertas.

La tabla 3 muestra el nivel de utilización de los servicios de soporte sanitarios y sociales. Existía una mayor proporción de personas de la comunidad, especialmente las que vivían solas, que utilizaban los servicios de salud tanto hospitalarios como de atención primaria, mientras que los institucionalizados recibían una mayor intensidad de cuidados médicos y de enfermería. El soporte para las actividades de la vida diaria, medido por haber recibido alguna ayuda en las últimas cuatro semanas, era superior en las residencias, mientras que la colaboración para realizar las actividades domésticas era mayor en las personas que vivían solas.

Todos los necesitados recibían soporte, aunque el proveedor variaba según el ámbito del habitaje. Las auxiliares de clínica atendían a los institucionalizados, los familiares asistían a los que vivían solos, mientras que los ancianos que convivían con otros familiares recibían ayuda de éstos o de cuidadores profesionales contratados.

Tabla 1. Características demográficas y de salud de los ancianos de Castelldefels, según 3 niveles de convivencia

	Nivel 3 de convivencia						P
	Solo		Acompañado		Residencia		
Edad (media ± DE)	77,1	± 4,8	78,3	± 6,4	83,1	± 69	*
Mujeres (%)	68,6		56,1		67,0		†
Estado cognitivo (<i>Short Portable Mental Status Questionnaire</i>) (media ± DE)	8,84	± 1,73	8,84	± 2,37	7,64	± 3,32	*
Porcentaje de pacientes con déficit cognitivo (%)	7,8		15,3		20,8		*
Capacidad funcional Test de Barthel (media ± DE)	16,56	± 2,75	16,55	± 2,67	14,98	± 4,19	*
Porcentaje de pacientes que no son totalmente autónomos (%)	13,3		19,6		86,7		*
Salud percibida - SF-36 (media ± DE) [†]							
Función física	59,80	± 36,37	58,81	± 36,42	48,94	± 32,42	
Rol físico	76,96	± 42,08	82,44	± 36,00	74,00	± 37,76	
Dolor corporal	74,33	± 31,28	70,73	± 31,64	72,50	± 28,93	
Salud general	61,23	± 29,42	63,79	± 25,61	62,23	± 23,46	
Vitalidad	64,48	± 29,72	66,15	± 28,69	62,60	± 26,12	
Función social	82,10	± 31,35	91,92	± 20,21	83,78	± 24,28	†
Papel emocional	73,85	± 43,87	84,65	± 33,96	73,24	± 35,28	†
Salud mental	61,17	± 32,84	69,28	± 27,85	72,16	± 23,40	
Ansiedad/depresión (<i>Hospital Anxiety and Depression Scale</i>)							
Ansiedad (media ± DE)	18,66	± 3,6	19,29	± 2,8	19,64	± 2,8	
Depresión (media ± DE)	15,53	± 3,0	15,08	± 2,9	15,66	± 2,7	

† = p < 0,05; * = p < 0,01; ‡ = (administrado únicamente a la población sin déficit cognitivo).

Tabla 2. Instalaciones en las viviendas y disponibilidad de los ancianos de Castelldefels, según el nivel de convivencia

	Nivel de convivencia			P
	Solo (%)	Acompañado (%)	Residencia (%)	
Instalaciones no disponibles:				
Ascensor	34,1	40,1	42,5	
Teléfono	8,0	7,1	9,6	
Calefacción central	58,0	54,0	48,0	
Ducha	8,0	8,5	8,5	
Bañera	26,0	19,9	15,4	*
Agua caliente	12,2	5,6	7,5	
Lavabo	0	1,1	2,8	
Televisión	0	0	4,1	*
Radio	13,7	16,8	25,0	
Alarma incendios	93,8	94,7	60,0	*
Alarma de ayuda	90,0	96,2	50,0	*
Alarma antirrobo	91,8	92,9	89,6	
Uso de instalaciones:				
Usa el teléfono	66,7	54,1	38,7	*
Mira la televisión	43,1	44,4	26,4	*
Oye la radio	27,5	22,4	19,8	*
Usa alarma de ayuda	9,8	3,6	35,8	*
Nivel de cobertura percibida de instalaciones:				
Considera que tiene suficientes instalaciones	88,2	88,3	65,1	*
Desplazamientos:				
Nunca viaja	33,3	26,5	22,5	

* = p < 0,01.

Tabla 3. Utilización de los servicios de soporte sanitarios y sociales de los ancianos de Castelldefels, según el nivel de convivencia

	Nivel de convivencia			P
	Solo (%)	Acompañado (%)	Residencia (%)	
Proporción de personas que han realizado:				
Visita con un médico (últimos 12 meses)	80,4	73,1	61,2	*
Visita con su propio médico (últimos 3 meses)	64,0	58,0	55,6	*
Ingreso hospitalario (últimos 12 meses)	21,6	18,3	12,6	*
Visita con un especialista (últimos 12 meses)	49,0	35,2	21,7	*
Sesión de fisioterapia (últimas 4 semanas)	5,9	3,6	7,5	*
Visita al hogar de jubilados	31,4	20,7	13,9	*
Proporción que en las últimas 4 semanas ha recibido:				
Ayuda para lavarse	5,9	3,6	14,7	*
Ayuda en casa	21,6	8,3	—	*
Consejo económico	11,8	3,1	12,9	*
Visitas de un no familiar	7,8	5,1	6,6	†
Comida preparada a domicilio	5,9	9,8	—	
	Media ± DE	Media ± DE	Media ± DE	P
Intensidad de utilización de servicios sanitarios:				
Número de visitas al médico (últimas 4 semanas)	1,2 ± 3,08	0,9 ± 2,30	1,3 ± 3,5	*
Número de visitas de enfermería (últimas 4 semanas)	0,86 ± 4,22	0,40 ± 1,11	3,5 ± 8,9	*
Número de medicamentos	3,21 ± 1,80	2,74 ± 1,90	3,1 ± 2,02	

† = p < 0,05; * = p < 0,01.

Discusión

La extrapolación a la población general de los resultados de este estudio debe hacerse con cautela. En Castelldefels existe una alta proporción de ancianos institucionalizados (30%). El municipio ha pasado de ser un centro de veraneo a una ciudad dormitorio de Barcelona, transformando en residencias los hoteles que iban quedando desocupados. Únicamente uno de estos centros está incluido en el *Programa Vida als Anys* de la *Generalitat de Catalunya*, lo que explica la falta de uniformidad en los criterios de ingreso. Sin embargo, esta situación puede muy bien extrapolarse al resto de Catalunya.

El alto nivel de respuesta y la similitud en la distribución por edad y sexo de la población estudiada frente a la de la que procede, refuerza la validez de los resultados. Si bien la elevada tasa de pacientes con déficit cognitivo, superior al 20% entre las personas institucionalizadas, junto a un cierto desconocimiento de sus pacientes por parte de las personas que los atienden, ha llevado a que no alcancemos a conocer con exactitud el nivel de utilización de servicios sociales y sanitarios de una parte de los pacientes ingresados. Seguramente este hecho infravalora la utilización de recursos por parte de este colectivo que justamente es el que más recursos consume²².

Las características demográficas y de nivel de salud de los ancianos coincide con encuestas similares realizadas en nuestro país⁷⁻⁹. Alarma encontrar un 8% de personas con déficit cognitivo y un 13% que carece de un grado total de autonomía total entre las que viven solas. Valorando las que respondieron el SF-36, observamos que las que conviven acompañadas en la comunidad tienen una función social y un rol emocional superiores a las de las residencias geriátricas y a las que están solas. Esto sugiere que las reticencias de algunos ancianos a desplazarse a casa de sus hijos al enviudar o enfermar pueden ser infundadas. Vivir en una residencia no parece aportar ninguna mejora en las funciones sociales y emocionales respecto a permanecer solo en su domicilio. En nuestra cultura, la familia sigue siendo el factor estabilizador emocional fundamental.

Únicamente los ingresados gozan de mecanismos de alarma y en cambio, los que viven solos, que precisan también de esta protección, no disponen de ella. La política actual que anima a que los ancianos permanezcan en sus domicilios debería garantizar los instrumentos básicos de ayuda a pesar de que, como señala la encuesta, no los encuentren a faltar. Es llamativo el aislamiento de las personas institucionalizadas, que utilizan menos los medios de comunicación, van menos al hogar de jubilados, y hacen un menor uso de los ser-

vicios sanitarios públicos. También visitan al generalista, al especialista o el hospital con menor frecuencia, aunque los atendidos reciben mayor intensidad de cuidados. Seguramente esto es el reflejo de que muchos de los actos administrativos sanitarios, como la gestión de volantes o la repetición de recetas, los realizan los cuidadores de la residencia, mientras que los clínicamente más necesitados reciben más atención profesional. Se trata de enfermos terminales o crónicos avanzados que requieren probablemente más cuidados de enfermería que cuidados médicos tanto en su edad más avanzada como en su peor estado de salud. Este menor acceso al médico explica quizás que el consumo de fármacos no sea mayor, a pesar de las diferencias en edad y nivel de salud.

Pocos ancianos de la comunidad reciben ayuda formal para realizar las actividades de la vida diaria. Son los familiares y amigos quienes realizan esta labor. La mayor incorporación de la mujer al mercado laboral, la emigración y las limitaciones económicas de las familias, dificultan que se pueda garantizar la continuidad de estos cuidados. Es necesario reforzar las redes de atención social de la comunidad si se continúa con la política de no institucionalizar a los mayores. El grupo que vive solo es el de mejor estado de salud y el que más servicios médicos utiliza, cuenta con algunos miembros que presentan necesidades importantes y no reciben ningún tipo de ayuda social formal. Seguramente en nuestro medio, a diferencia del Reino Unido¹⁰, deberíamos considerarlo un grupo de riesgo. En su caso, la falta de soporte puede convertirse rápidamente en un serio problema de salud²³. La distinción entre cuidados sanitarios y sociales en estos casos es meramente un concepto burocrático.

La ausencia de camas hospitalarias para enfermos crónicos y terminales ha llevado a que las residencias se conviertan en instituciones que acogen personas

dementes, terminales y altamente incapacitadas. Lo que compromete la satisfacción de las personas más válidas con quienes cohabitan. Es significativo que el estudio no hallara ningún anciano residiendo en apartamentos tutelados o siendo atendido en hospitales y centros de día. Entre las únicas alternativas de hábitaje actualmente disponibles: la residencia y la vida autónoma en la comunidad, deberían instaurarse modalidades organizativas de soporte, que combinaran una mayor atención social y sanitaria con el mantenimiento de la mayor integración posible en la comunidad y el máximo contacto con la familia, atendiendo las necesidades del paciente²⁴.

A pesar de que no podemos precisar con exactitud el impacto de los programas asistenciales especiales dirigidos al anciano, ya que ninguna de las personas encuestadas recibía este tipo de ayuda, los resultados del estudio apuntan a que su nivel de cobertura no debe ser muy elevado. La magnitud de los problemas de salud no cubiertos, detectados por el estudio, no permite considerar que sea razonable intentar atenderlos creando nuevos servicios sociales o sanitarios especialmente dedicados a la atención al anciano. Sólo una reorientación de las prioridades asistenciales de los recursos existentes permitirá cubrir con garantías de éxito este problema que se irá convirtiendo cada vez más en el núcleo fundamental de las necesidades de salud de la población.

Agradecimientos

Agradecemos la ayuda prestada a la realización del trabajo por: Dr. José Manuel da Pena, Sr. Antoni Baulies, Sra. Elena Lorenzo, Sra. Jackeline Fábrega, Sra. Teresa Cairó, Sra. Rosa Nuez y los estudiantes de auxiliar de geriatría de Emfoc. Al resto de miembros del grupo TTB del que este estudio forma parte.

Bibliografía

1. Martínez Aguayo C. Coordinación de servicios sociales y sanitarios. Un modelo de atención posible. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 1995;30(3):123-9.
2. The Economist. The future of Medicine. *The Economist* 19 Marzo 1994.
3. Servei Català de la Salut. El model d'atenció socio-sanitària a Catalunya. Pla de salut Quadern nº 5. Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social, Barcelona; 1994.
4. Fontanals MD, Martínez F, Vallès E. Evaluación de la atención sociosanitaria en Cataluña. La experiencia del programa Vida als Anys. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 1995;30(3):189-98.
5. Pérez M, Palau N. Programas y servicios comunitarios de atención: Viabilidad del lema «envejecer en casa». *Rev Esp Geriatr Gerontol* 1995;30(3):153-6.
6. Pineda R. Las personas mayores dependientes en el marco del Plan Gerontológico. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 1995;30(3):137-9.

7. García L, Miranda C, Barrios M, Arias P, Ogando B, Villegas MV. Medición de la capacidad funcional, con las láminas COOP-WONCA, en una población anciana. *Aten Primaria* 1994;13(5):233-7.
8. Benítez MA, Hernández P, Barreto J. Evaluación geriátrica exhaustiva en atención primaria: valoración de su utilidad. *Aten Primaria* 1994;13(1):8-14.
9. Monte C, Alonso JC, Cabal A, Iglesias A. Capacidad funcional en mayores de 80 años. *Aten Primaria* 1995;15(3):176-8.
10. Iliffe S, Tai SS, Haines A, Gallivan S, Goldenberg E, Boorof A, Morgan P. Are elderly people living alone an at risk group? *Br Med J* 1992;305:1001-4.
11. Jagger C, Clarke M, O'Shea C, Gannon M. Annual visits to patients over the age of 75-who is missed? *Family Practice* 1996;13(1):22-7.
12. Alonso J, Prieto L, Antó JM. La versión española del SF-36 Health Survey (Cuestionario de Salud SF-36): un instrumento para la medida de los resultados clínicos. *Med Clin (Barc)* 1995;104:771-6.

13. Lyons R, Perry H, Littlepage B. Evidence for the validity of the Short-form 36 Questionnaire (SF-36) in an elderly population. *Age Ageing* 1994;23:182-4.
14. Mahoney FI, Barthel DW. Functional evaluation: the Barthel Index. *Maryland State Med J* 1965;14:61-5.
15. Collin C, Wade DT, Davies S, Horne V. The Barthel ADL Index: a reliability study. *Int Disabil Studies* 1988;10(2):61-3.
16. Wade DT, Collin C. The Barthel ADL Index: a standard measure of physical disability? *Int Disabil Studies* 1988;10(2):64-6.
17. Stone SP, Herbert P, Chrisostomou J, Vessey C, Horwood C. The assessment of disability in patients on an acute medical ward for elderly people. *Disabil and Rehabil* 1993;15(1):35-7.
18. Baztan JJ, Pérez J, Alarcón T, San Cristóbal E, Izquierdo G, Manzarbeitia J. Índice de Barthel: instrumento válido para la valoración funcional de pacientes con enfermedad cerebrovascular. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 1993;28(1):32-40.
19. Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand* 1983;67:361-70.
20. Lam CLK, Pan PC, Chan AWT, Chan SY, Munro C. Can the hospital anxiety and depression (HAD) scale be used on Chinese elderly in general practice? *Family Practice* 1995;12:149-54.
21. Freer Ch. Screening the elderly. *BMJ* 1990;300:1447-8.
22. Philp I, McKee KJ, Meldrum P, Ballinger BR, Gilhooly MLM, Gordon DS. Community care for demented and non-demented elderly people: a comparison study of financial burden, service use, and unmet needs in family supporters. *Br Med J* 1995;310:1503-6.
23. Gurley RJ, Lum N, Sande M, Bernard Lo, Katz MH. Persons found in their homes helpless or dead. *N Engl J Med* 1996;334:1710-6.
24. Leeson G.W. The situation of the elderly in Denmark. *Dan Med Bull* 1992;39(3):220-3.
-