



ISSN: 1561-3194

Rev. Ciencias Médicas. ener-jun. 1998; 2(1):82-93

ARTÍCULO ORIGINAL

Estado funcional de los adultos mayores. Consejo popular «Los Sitios». Policlínico Reina 1997

Functional Condition in Elderly, Popular Concil «Los Sitios». Reina Clinic, 1997

Caridad Morales López¹, Jesús Menéndez Jiménez², Deborah Cabrera Morales³.

¹Especialista de Segundo Grado en Medicina Interna. Master en Gerontología Médica y Social. Profesor Auxiliar. Facultad de Ciencias Médicas de Pinar del Río.

²Especialista de Segundo Grado en Geriatria y Gerontología. Instructor. Facultad «Calixto García». Ciudad de La Habana.

³Especialista de Primer Grado en Medicina General Integral. Policlínico «Pedro Borrás» Pinar del Río.

RESUMEN

Se realizó una investigación analítica transversal, con el objetivo de determinar el estado funcional de la población de 60 años y más del Consejo Popular «Los Sitios». Se tomó una muestra aleatoria de cinco consultorios, utilizándose para el diseño de la misma un nivel de significación de 95 %. La muestra calculada fue de 412 ancianos. El instrumento empleado, fue «El Examen Periódico de Salud», que incluye la Escala Geriátrica de Evaluación Funcional (EGEF). Se analizaron las variables: edad, sexo, estado marital, ocupación, nivel cultural, que fueron contrastadas, con el resultado obtenido de los ítems que evalúan el nivel de funcionalidad, en las esferas biomédicas, psicológica y social. Se concluyó que la mayor prevalencia de deficiencias correspondió al uso de drogas, la memoria y el sueño. Todas las deficiencias aumentaron con la edad, unas de manera significativa, y otras no. Todas las mujeres presentaron mayores deficiencias que los hombres, excepto en lo referente a la audición. Estas diferencias, solo fueron significativas para los trastornos del sueño y estado emocional alterado. La mayoría de las deficiencias se encontraron en mayor proporción en las personas sin pareja. La población que no trabaja presentó mayor prevalencia para todos los ítems, excepto para la audición. El nivel educacional se asoció a la tenencia de deficiencias en la esfera psicológica, menos en la memoria.

DeCS: ANCIANO/GERIATRIA/ENVEJECIMIENTO.

ABSTRACT

A transversal analytic investigation aiming to determine the functional condition in a 60 year and older population was carried out in the popular council "Los Sitios". An aleatory sample of home offices was taken: a 95% significance level was used in its design. Four hundred and twelve elder persons conformed the sample. The periodical Health Monitoring was the approach used, including the Functional Evaluation Geriatric Scale (FEGS). Age, sex, marital status, occupation and cultural background were the variables used in contrast to previous item results evaluating functional level on biomedical, psychological and social sphere. It was concluded that drugs, memory and sleep had the highest deficiency prevalence. Aging increased the deficiencies, in some cases significantly. These deficiencies were more common in women than men, excluding problems with audition. The differences were only significant for sleeping disorders and emotional alterations. Most of the deficiencies were frequently found in single persons. Unemployed population was associated to a higher prevalence for all the items, excluding problems with audition. The educational background was associated to the psychological sphere, deficiencies, excluding memory.

DeCS: AGED, GERIATRICS, AGING.

INTRODUCCIÓN

El envejecimiento es diferente de unos individuos a otros, como lo demuestra el hecho del envejecimiento cronológico y biológico, así como el envejecimiento

fisiológico y patológico. Además, en el propio individuo es diferente el envejecimiento de sus diversos órganos aparatos y sistemas.¹

En el proceso de envejecer, un gran número de cambios comienza mucho antes de adquirir la denominación de la "Tercera Edad", y a medida que la edad aumenta, las diferencias entre los distintos individuos serán más marcadas.^{2,3}

El conocimiento del estado de salud de las personas mayores es importante porque, aun afrontando continuas pérdidas sociales y económicas, la salud es su principal preocupación y porque ellas son las principales consumidoras de servicios sociales y de salud y está bien aceptado que el primer determinante del uso de estos es el estado de salud.⁴

La salud en la tercera edad ha de medirse en términos de función. Los índices de mortalidad y morbilidad para medir salud no son suficientes, sobre todo en los ancianos, por lo que resulta necesario incluir otros indicadores y medidas que ofrezcan elementos para enfrentar el problema;⁵⁻¹⁰

El estado funcional del anciano se caracteriza por un proceso de pérdidas graduales de la función orgánica y por las más rápidas declinaciones asociadas a la enfermedad aguda y crónica, siendo un indicador resumen del estado de salud del individuo. Con ello se logra el objetivo de incluir en el diagnóstico el análisis de las funciones de manera integral.⁷

El presente trabajo tiene como objetivo general determinar el estado funcional de la población de 60 años y más del Consejo Popular "Los Sitios" y como objetivos específicos identificar la prevalencia de deficiencias biomédicas, psicológicas y sociales en el grupo objeto de estudio; determinar la relación entre el estado funcional, la edad y el sexo y precisar la relación existente entre el estado funcional de estos ancianos y las características socioeconómico -culturales asociadas a ellos.

METODO

Se realizó un estudio descriptivo transversal en la población anciana residente en el Consejo Popular " Los Sitios " (que se corresponde con el área de salud atendida por el Policlínico "Reina" del Municipio Centro Habana), en el periodo comprendido entre diciembre de 1996 y junio de 1997. El universo estuvo integrado por toda la población de 60 años y más, residente en el Consejo Popular " Los Sitios " (3 280 habitantes) . Se seleccionó una muestra aleatoria de cinco consultorios (los números 25, 28, 29, 30 y 32) y se investigaron todos los ancianos atendidos en dichos consultorios, haciendo un total de 412 individuos. Como instrumento se empleó el denominado "Examen Periódico De Salud", creado en el "Centro Iberoamericano de la Tercera Edad " (CITED), el cual incluye la " Escala Geriátrica de Evaluación Funcional" (EGEF), que es una escala de evaluación multidimensional que valora diferentes variables de acuerdo al posible grado de deterioro funcional, agrupados en tres esferas: Biomédica, Psicológica y Social. Todos estos ítems constan de una escala con cinco posibilidades de respuesta: Grado 5: ausencia del trastorno, Grado 3: trastorno de moderada repercusión funcional, y Grado 1: trastorno con marcada repercusión funcional. En los grados 2 y 4 se ubican aquellas personas que no se ajustan a los grados 1,3, o5. Esta escala puede ser aplicada en 12 - 15 minutos por personal entrenado.

La esfera biomédica evalúa continencia, movilidad, visión, audición, equilibrio y uso de drogas, mientras que la esfera psicológica incluye sueño, estado emocional, orientación y memoria. La esfera social comprende dinámica familiar, relaciones

sociales y situación económica.¹¹ Las variables estudiadas fueron: edad, sexo, estado marital, nivel cultural y ocupación.

Los ítems se evaluaron como: no deficiente el grado 5 y deficientes los grados del 1 al 4. Se hicieron tablas de contingencia y se empleo el estadístico Chi Cuadrado para las variables cualitativas.

Para las variables cuantitativas se utilizo la razón F. Para todos los contrastes efectuados se utilizo un nivel alfa = 0.05.

RESULTADOS

En la tabla 1 se muestra la prevalencia de deficiencias según EGEF, encontrándose que en la esfera biomédica el ítems que acumuló mayor número de deficiencias fue el uso de drogas, en 84 individuos, para un 20,4%, seguido por la movilidad en 41 ancianos, 10,0% y en tercer lugar los trastornos de la visión con un 7,3%. En la esfera psicológica la mayor afectación corresponde a la memoria, que alcanzó un 17,7% seguido por los trastornos del sueño (15,3%) y las alteraciones del estado emocional (14,3%). La afectación social mas relevante fue la situación económica adversa presente en el 12,9%.

Tabla 1. Prevalencia de deficiencias según EGEF. Consejo Popular "Los Sitios". 1997.

ITEM	Con Deficiencias		Sin Deficiencias		Total	
	No	%	No	%	No	%
Continencia	10	2.4	402	97.6	412	100
Movilidad	41	10.0	371	90.0	412	100
Visión	30	7.3	382	92.7	412	100
Audición	13	3.2	399	96.8	412	100
Equilibrio	21	5.1	391	94.9	412	100
Uso de Drogas	84	20.4	328	79.6	412	100
Sueño	63	15.3	349	84.7	412	100
Est. Emocional	59	14.3	353	85.7	412	100
Orientación	18	4.4	394	95.6	412	100
Memoria	73	17.7	339	82.3	412	100
Dinámica Fam.	39	9.5	373	90.5	412	100
Relaciones Soc.	41	10.0	371	90.0	412	100
Sit. Económica	53	12.9	359	87.1	412	100

Fuente: CITED

En la tabla 2 se observa el estado funcional según la edad promedio en años. En la esfera biomédica todos los ítems, con excepción del uso de drogas mostraron una prevalencia más alta en los individuos con mayor edad. En la esfera psicológica todos los ítems presentaron diferencias significativas en relación con la edad

promedio, excepto el sueño. En la esfera social los ítems mas afectados por la edad, fueron la dinámica familiar y la situación económica.

Tabla 2. Estado funcional según edad media en años. Consejo Popular "Los Sitios". 1997

Edad Media			
Deficiencia	Con Deficiencias	Sin Deficiencias	p
Continencia	81.5	70.8	0.0000*
Movilidad	79.6	70.2	0.0000*
Visión	75.8	70.7	0.0009*
Audición	74.1	71.0	0.1534
Equilibrio	81.1	70.6	0.0000*
Uso de drogas	71.4	71.0	0.7061
Sueño	72.6	70.8	0.0996
Est. emocional	73.6	70.7	0.0065*
Orientación	77.1	70.8	0.0011*
Memoria	75.3	70.2	0.0000*
Dinámica Fam.	74.3	70.8	0.0071*
Relaciones Soc.	73.0	70.9	0.0872
Sit. Económica	74.6	70.6	0.0007*

Fuente: CITED

La tabla 3 que presenta la frecuencia de deficiencias, según el sexo y los ítems del EGEF, muestra que el nivel de prevalencia para el sexo femenino fue superior en todos los ítems, con excepción de la audición. A pesar de esto no hubo diferencias estadísticamente significativas, nada mas que para el sueño y el estado emocional.

Tabla 3. Prevalencia de deficiencias según sexo e ítem del EGEF. Consejo Popular "Los Sitios". 1997

Deficiencias (EGEF)	Masculino		Femenino		Total		x ²	p
	Nº	%	Nº	%	Nº	%		
Continencia	3	2.0	7	2.6	10	2.4	0.140	0.7046
Movilidad	9	6.1	32	12.1	41	10.0	3.734	0.0534
Visión	7	4.8	23	8.7	30	7.3	2.144	0.1430
Audición	5	3.4	8	3.0	13	3.2	0.058	0.8317
Equilibrio	6	4.1	15	5.6	21	5.1	0.494	0.4857
Uso de Drogas	23	15.6	61	23.0	84	20.4	3.161	0.0755
Sueño	9	6.1	54	20.4	63	15.3	14.800	0.0001*
Est. Emocional	10	6.8	49	18.6	59	14.4	10.502	0.0010*
Orientación	3	2.0	15	5.7	18	4.4	2.965	0.0850
Memoria	24	16.3	49	18.5	73	17.7	0.030	0.5820
Dinámica Fam.	12	8.2	27	10.2	39	9.4	0.455	0.5000
Relaciones S.	13	8.8	28	10.6	41	9.9	0.310	0.5760
Sit. Econom.	14	9.5	39	14.7	53	12.8	2.277	0.1319

Fuente: CITED

* Diferencia estadísticamente significativa

En relación al estado marital de los ancianos y la prevalencia de deficiencias (tabla 4) se pudo comprobar que hubo un aumento en la frecuencia de las mismas en los individuos sin parejas para los ítems que miden movilidad, visión, uso de drogas, sueño, estado emocional, memoria, y para todos los ítems de la esfera social; aunque estas deficiencias solo presentaron diferencias estadísticamente significativas para los ítems que miden afectaciones del sueño, y para los de la esfera social.

Tabla 4. Prevalencia de deficiencias según estado marital. Consejo Popular "Los Sitios". 1997

Deficiencias (EGEF)	Con pareja		Sin pareja		Total		x ²	p
	No	%	No	%	No	%		
Continencia	4	2.5	6	2.4	10	2.4	0.010	0.9262
Movilidad	14	8.8	27	10.7	41	10.0	0.380	0.5382
Visión	9	5.7	21	8.3	30	7.3	1.010	0.3159
Audición	7	4.4	6	2.4	13	3.2	1.310	0.2515
Equilibrio	9	5.7	12	4.7	21	5.1	0.170	0.6806
Uso de drogas	29	18.2	55	21.7	84	20.4	0.740	0.3912
Sueño	17	10.7	46	18.2	63	15.3	4.220	0.0399*
Est. Emocional	18	11.3	41	16.2	59	14.4	1.890	0.1687
Orientación	8	5.0	10	4.0	18	4.4	0.270	0.6024
Memoria	27	17.0	46	18.2	73	17.7	0.100	0.7562
Dinámica Famil.	8	5.0	31	12.3	39	9.4	5.930	0.0149*
Relaciones Soc.	10	6.3	31	12.3	41	9.9	3.870	0.04292*
Sit. Económica	11	6.9	42	16.6	53	12.8	8.150	0.0043*

Fuente: CITED

* Diferencias Estadísticas Significativa

La prevalencia de deficiencias según el EGEF en relación con la ocupación presento mayor prevalencia para todos los ítems, excepto para la audición, en la población que no trabaja pero ello no represento diferencias sig nificativas nada mas que en el uso de drogas y en la situación económica. Las deficiencias según el nivel cultural de la población estudiada solo mostró diferencias estadísticamente significativas en relación con el sueño, estado emocional y orientación.

DISCUSIÓN

En relación con el consumo de drogas (tabla 1) que acumulo el mayor numero de deficiencias (20,4%) debemos señalar, que este problema ya fue reportado por trabajos previos, como el de Camacho González¹, quien en su serie lo reporto como uno de los mas frecuentemente afectados, con 73,8 %, mientras que Suárez Castellanos² informó una prevalencia un tanto menor (19,2 %). Valores similares fueron encontrados por Vasallo Sellet³ y Rodríguez Rodríguez.⁴

La "Encuesta de Necesidades de los Ancianos en América Latina y el Caribe" arrojó que entre la mitad y las tres cuartas partes de la población estudiada tomaba regularmente medicinas prescritas por un medico.¹² Otros trabajos también extranjeros reportan cifras muy elevadas.¹³ La polifarmacia en el anciano acrecienta la posibilidad de reacciones adversas a los medicamentos e interacciones

medicamentosas, constituyendo la principal fuente de trastornos iatrogénicos en el mismo.¹⁴

El anciano inmobilizado es un individuo de alto riesgo para la aparición de complicaciones.¹⁵ Las deficiencias en la movilidad que como se dijo, alcanzaron un 10 % de prevalencia, ocupando el segundo lugar de las afectaciones biomédicas, es reportada por otros autores¹ con una frecuencia entre el 10 y el 20 %;¹⁶ Zunzunegui y Beland⁴ informaron valores de hasta un 40 %.

Las afectaciones de la visión (7,3 %) resultaron más bajas que las reportadas por otros autores. En Cuba se han identificado las alteraciones de la visión y de la audición, en segundo lugar, como problemas de salud de los ancianos, con una frecuencia de 13,9 % .^{16,17}

El déficit auditivo esta presente en el 3,2 % de los individuos, por debajo de las cifras de otros informes cubanos y extranjeros,^{12,18} que ofrecen prevalencias que varían entre un 10 y casi un 60 %. Se estima que en los EUA, más de 10 millones de ancianos tienen alguna deficiencia auditiva.¹⁹

Las alteraciones del equilibrio están presentes en el 5,1 % de los encuestados, valores que son inferiores a los de otros informes.

Numerosos factores pueden ser responsables de la afectación del equilibrio. Solo de un 14 a un 15 % se explica por cambios seniles.²⁰

Solamente 2,4 % de los adultos mayores declaró problemas de continencia, que es un valor por debajo de la literatura revisada.^{21,22} La mayor afectación en la esfera psicológica correspondió a la memoria, y esta así como la capacidad de procesar información pueden deteriorarse con la edad.¹²

En relación con las afectaciones del sueño (15,3 %) algunos estudios, tanto nacionales como extranjeros reportan valores más elevados, llegando algunos a referir prevalencia de hasta el 40%. Los trastornos del sueño son frecuentes a cualquier edad, aunque se señala que aumentan con el envejecimiento, otros estudios no están de acuerdo.^{23,24} Las alteraciones del estado emocional ocupan el tercer lugar, con una frecuencia de 14,3 %, similar a reportes nacionales y extranjeros.^{25,26}

La prevalencia de la situación económica adversa, que fue la afectación social más relevante (12,9 %), coincidió con autores nacionales y extranjeros.^{12,27}

Las relaciones sociales están afectadas en el 10 % cifras similares a las reportadas en otros trabajos. En cuanto a la dinámica familiar, es deficiente en el 9,5 % de los individuos y se encuentra en el rango reportado por otros autores. Es conocido; que la familia es la raíz principal de apoyo del anciano y constituye la mejor garantía para su bienestar.^{12,28,29}

En la tabla 2, (Estado funcional según la edad media en años) se observa que los ancianos con alteraciones en los ítems de la esfera biomédica fueron significativamente más viejos, que los que no estaban afectados lo cual concuerda con lo reportado por la literatura revisada.^{4, 12,16, 27} Las alteraciones de la audición, aunque tuvieron mayor prevalencia, en los individuos de mayor edad, la diferencia no resultó significativa. Estos resultados no coinciden con los de otros informes.^{4, 12, 18, 19} En el uso de drogas no se encontraron diferencias significativas.

En la esfera Psicológica las afectaciones del estado emocional, orientación y memoria, a medida que aumenta la edad, han sido reportadas por varios autores.^{4, 12, 26}

La situación económica que fue la situación social mas relevante, reflejada en la tabla 1, presento diferencias significativas en relación con el aumento de la edad, lo cual esta determinado por la capacidad de trabajo.^{4, 12, 27}

En relación con la prevalencia de deficiencias según el sexo y los ítems del EGEF, (Tabla 3), las alteraciones del sueño han sido señaladas como mas frecuentes en el sexo femenino²³, al igual que las afectaciones de tipo emocional.⁴ El sexo femenino, en su gran mayoría carece de pareja (72, 5 % de las ancianas) y esto pudiera estar en relación con las alteraciones reportadas; se ha descrito, que si bien las mujeres viven mas, también viven mas enfermas⁴ y este aumento de condiciones crónicas en la mujer pudiera explicar por otro lado la mayor prevalencia de alteraciones del sueño y del estado emocional.

En la tabla 4, la mayor frecuencia de deficiencias observadas en los individuos sin pareja, ha sido informada por otros autores.

Los intereses sexuales no involucionan con la edad. Se ha demostrado, que las personas mayores que siguen patrones positivos de relaciones sexuales son mas felices y mas saludables.^{30,31}

La prevalencia de deficiencias, según el EGEF, en relación con la ocupación reflejó un aumento significativo en el uso de drogas por la población que no trabaja. La situación económica adversa también presentó diferencias significativas para la población que no trabaja, hecho reconocido por la literatura internacional.^{12,27} En cuanto al nivel cultural y su relación con los ítems del EGEF, se encontró que el sueño, el estado emocional y la orientación presentaron diferencias estadísticamente significativas, llamando la atención que los tres pertenecen a la esfera psicológica, no sucediendo así con la memoria. Algunos trabajos señalan que no han encontrado relación entre el nivel de instrucción y el estado funcional.^{4, 5}

Se concluyo que la mayor prevalencia de deficiencias correspondió al uso de drogas, la afectación con la ocupación reflejo un aumento significativo en el uso de drogas por la población que no trabaja. La situación económica adversa también presentó diferencias significativas para la población que no trabaja, hecho reconocido por la literatura internacional.^{12,27} En cuanto al nivel cultural y su relación con los ítems del EGEF, se encontró que el sueño, el estado emocional y la orientación presentaron diferencias estadísticamente significativas, llamando la atención que los tres pertenecen a la esfera psicológica, no sucediendo así con la memoria. Algunos trabajos señalan que no han de la memoria y del sueño. Todas las deficiencias aumentaron con la edad, unas de manera significativa y otras no. Todas las mujeres presentaron mayores deficiencias que los hombres, excepto en lo referente a la audición. Estas diferencias solo fueron significativas para los trastornos del sueño y estado emocional alterado. La mayoría de las deficiencias se encontraron en mayor proporción en las personas sin parejas, pero solo el sueño y todas las referentes a la esfera social lo hacían de manera significativa. La población que no trabaja presento mayor prevalencia para todos los ítems, excepto para la audición, pero el uso de drogas, y la situación económica adversa resultaron significativas.

El nivel educacional se asocio a la tenencia de deficiencias en la esfera psicológica, menos en la memoria. Con el resto de los ítems no se asocio.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Salgado Alba A. Envejecimiento humano a nivel individual y de las poblaciones. En: Salgado Alba A, Guillen Llera F, Díaz de la Peña J. Tratado de Geriatria y Asistencia Geriátrica. Barcelona: Editorial Salvat; 1986.p. 15 - 25.
2. Garay Lillo J. Calidad de vida. Geriatrika 1996;12(4): 35 - 43.
3. Perello Álvarez EA. La vida activa y su influencia en una vejez digna y feliz. Geriatrika 1992; 8(8): 62 - 6
4. Zunzunegui M V, Beland F. La salud de las personas mayores de Leganes. Rev Gerontol 1995; 5(4): 245 - 58.
5. Beland F, Zunzunegui M V. El perfil de las incapacidades funcionales en las personas mayores. Rev Gerontol 1995; 5(4): 232 -44.
6. Espinosa Brito A. Evaluación del anciano. En: Espinosa Brito A, Romero Cabrera J. Temas de Gerontogeriatría. Cienfuegos; FCM de Cienfuegos; 1990.p. 27 - 35.
7. Colectivo de Autores. Evaluación Geriátrica. Criterios Cubanos. C. Habana: CITED; 1992.
8. Merce Cortes J, Jentoft Cruz A J. Evaluación funcional del anciano. En: Ribera Casado J M, Jentoft Cruz A J. Geriatria. Madrid: Editorial IDEPSA; 1991.p. 7 - 14.
9. Cruz Jentoft A J. La evaluación geriátrica exhaustiva: Muchas respuestas y nuevas preguntas. Rev Esp Geriatr Gerontol 1995;30(1): 5 - 7.
10. Rocabruno Mederos J C, Prieto Ramos O. Evaluación del paciente geriátrico. En: Gerontología y Geriatria Clínica. Ciudad de La Habana: Editorial Ciencias Medicas; 1992.p. 27 - 38.
11. Vega García E, Menéndez Jiménez J, Triguero Veloz MC, Trujillo Gras O. Estudio de la capacidad de discriminación diagnostica de un instrumento de pesquisaje en los ancianos: EGEF. Geriatrika 1994; 10(9): 23 - 9.
12. La Salud de la Tercera Edad. Resultados preliminares de la Encuesta de Necesidades de los ancianos en América Latina y el Caribe. Bol of Sanit Panam 1989; 107 (4): 347 - 55
13. Del Nogal L, Ribera Casado J M. Reacciones adversas a medicamentos. En: Ribera Casado J M, Cruz Jentoft A J. Geriatria. Madrid: IDEPSA; 1992.p. 16 - 25
14. Menéndez Delgado L. Terapéutica Farmacológica en el anciano. En: Prieto Ramos O, Vega García E. Temas de Gerontología. La Habana: Editorial Científico Técnica; 1996.p. 131 - 38.
15. Martín Graczyk AI, Vázquez Pedrazuela C. Patología por inmovilidad. En: Ribera Casado JM, Cruz Jentoft A J. Geriatria. Madrid: IDEPSA; 1992.p. 133 -41.
16. Rojas Ochoa F. Estado de salud de la tercera edad. Ciudad de La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 1993

17. Hierro Villaran M, Cruz Jentoft A J. Perdida de visión. En: Ribera Casado J M, Cruz Jentoft A J. Geriatría Madrid: IDEPSA; 1992.p. 26 - 33.
18. Alcaraz Martínez M R, Ayala Pujante P, Martínez Hernández J, Mena C heca A, Sánchez Herмосilla A, Soto Fernández J, et al. Morbilidad geriátrica y descripción gerontológica en atención primaria de salud en la región de Murcia. Geriatrika 1992; 8(5): 45 - 53.
19. Gulya A J. Ear disorders. En: Abrams W B, Berkow R. The Merck Manual of Geriatrics. Rahway: Editorial Board; 1990.p.1084 -1108.
20. Vidan Astiz M T. Inestabilidad y caídas. En: Ribera Casado JM, Cruz Jentoft A J. Geriatría. Madrid: IDEPSA; 1992.p. 26-33.
21. Verdejo Bravo C. Incontinencia urinaria. En: Ribera Casado JM, Cruz Jentoft A J. Geriatría. Madrid: IDEPSA; 1992.p. 97 - 103.
22. Diokno A C. Urinary incontinence. En: Abrams W B, Berkow R. The Merck Manual of Geriatrics. Rahway: Editorial Board; 1990.p. 88 -104.
23. Pérez J, Ribera Casado J M. Alteraciones del sueño. En: Ribera Casado J M, Cruz Jentoft A J. Geriatría. Madrid: IDEPSA; 1992.p. 152 - 60.
24. Cohen G D. Normal changes and patterns of psychiatric disease. En: Abrams W B, Berkow R. The Merck Manual of Geriatrics. Rahway: Editorial Board; 1990.p. 995 - 1004.
25. Manchola Arriola E. Depresión en el anciano: Epidemiología y características a tener en cuenta. Geriátrica 1992; 8(5): 19 -25.
26. Quintero Danauy G, López Pérez M B. Envejecimiento psicológico. En: Prieto Ramos O, Vega García E. Temas de Gerontología. La Habana: Editorial Científico Técnica; 1996.p. 41 - 4.
27. OPS. Las condiciones de salud en las Américas. Salud del adulto y del anciano. Washington: s/n; 1990.
28. López Pérez M B. La familia y el anciano. En: Prieto Ramos O, Vega García E. Temas de Gerontología. La Habana: Editorial científico Técnica; 1996.p. 38 - 40
29. OPS. La Salud de los Ancianos: Una preocupación de todos. Washington: s/n; 1992.
30. Ramos F, Gonzáles H. La sexualidad en la vejez. En: Buendía J. Envejecimiento y Psicología de la Salud. Madrid: Editorial Siglo XXI de España; 1994.p. 152 - 77.
31. Sosa Castillo D. Duelo, Soledad y Depresión en la Vejez. En: Buendía J. Envejecimiento y Psicología de la Salud. Madrid: Editorial Siglo XXI de España; 1994.p. 279 - 95.

Recibido: 19 de enero de 1998.

Aprobado; 26 de febrero de 1998.

Dra. Caridad Morales López. Facultad de Ciencias Medicas de Pinar del Río. km 89, Carretera Central. Pinar del Río.