

## Situación del Adulto Mayor en el Perú

Dr. Luis Fernando Varela Pinedo

### TRANSICIÓN DEMOGRÁFICA

La población adulta mayor es la que más está aumentando en los últimos decenios a nivel nacional, así como a nivel global. Este envejecimiento poblacional, proceso en el que el número de personas adultas mayores (mayores de 60 años) se incrementa, la población infantil disminuye y finalmente decrece la población en edad de trabajar; es un fenómeno paulatino e irreversible, universal y heterogéneo que varía en las diferentes regiones del mundo. Según las proyecciones de la ONU al 2025 y al 2050, tanto en países en vías de desarrollo como en los países desarrollados el número de personas adultas mayores se incrementará sobre todo en los primeros en los que podría duplicarse de 800 millones a 1600 millones).

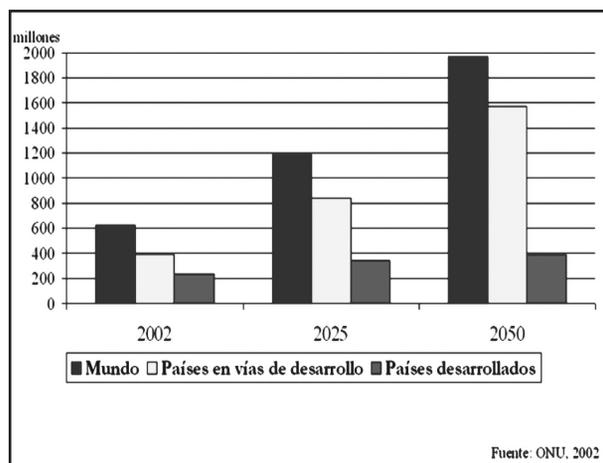


Gráfico Nro. 1. Número de personas de 60 años y más.

Estos cambios poblacionales, se inician en Europa en el siglo XVIII y en América Latina a mediados del Siglo XV, en ésta última se produjeron aceleradamente en sólo 30 años a diferencia de Europa en que demoró cerca de 200 años. En Europa, estos cambios fueron asociados a un desarrollo económico, social e institucional y si bien tienen tasas altas de población mayor pueden afrontar de mejor manera esta situación, muy diferente a lo que ocurre en América Latina, donde condiciones de pobreza, inequidad social, escaso desarrollo institucional y baja cobertura de seguridad social no contribuyen a un envejecimiento en las condiciones más óptimas.

En este contexto de explosión demográfica, el Perú, según el último censo del 2007, cuenta con una población de 28 220 764 habitantes, de ellos el número de adultos mayores es de 2 495 866 personas; respecto a la población total este grupo etario se viene incrementando progresivamente (Censo 1972: 5.9%, Censo 1981: 6.1%, Censo 1993: 7%, Censo 2007, 9.1%) y aunque la población sigue siendo mayoritariamente joven la tasa de crecimiento intercensal de adultos mayores es la más alta y dentro de ellos el segmento que más crece es el de los adultos más mayores. La población de menores de 14 años creció 2,5%, mientras que la población mayor de 60 años creció 62,2%. La población menor de 1 año decreció en 9%, mientras que la población mayor de 85

años se incrementó en 85,4%. Se produce por tanto, un cambio en la estructura poblacional, que pasa de una estructura demográfica piramidal de base ancha, es decir con una gran proporción de población menor infantil y poca población mayor, hacia estructuras poblacionales de pirámides rectangulares o invertidas, con una significativa proporción de adultos mayores. Este proceso se denomina transición demográfica.

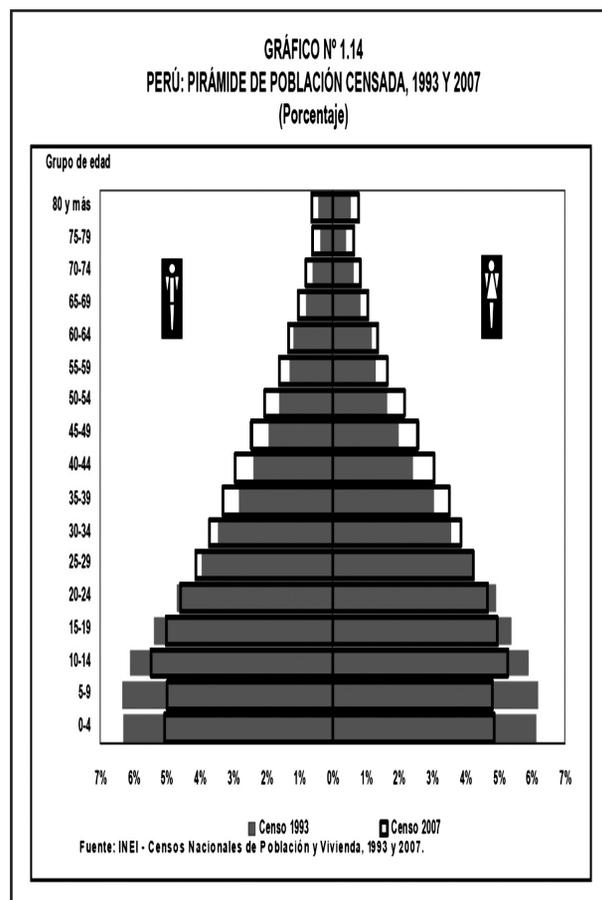


Gráfico Nro. 2. PERÚ: pirámide de población censada, 1993 Y 2007

La esperanza de vida al nacer ha variado, no sólo a nivel regional sino mundial, en nuestro país según las Estadísticas Sanitarias de la OMS del 2009, ha incrementado dicha cifra de 69 a 76 años para ambos géneros (75 años para varones, 77 años para mujeres).

La distribución de adultos mayores según el censo del 2007 estaría principalmente a nivel urbano, sin embargo cuando se analizan estas cifras por regiones, el mayor porcentaje estaría distribuido en Ancash, Apurímac, Arequipa, Moquegua y Puno y

las mayores tasas de crecimiento anual de adultos mayores se encontrarían en Madre de Dios (5.3), San Martín (4.8), y Ucayali (7.7). Tabla Nro. 1.

Región	Número de adultos mayores	Porcentaje de adultos mayores*	Tasa de crecimiento anual de adultos mayores**
Loreto	51 270	5,7	3,8
Madre de Dios	4 487	4,1	5,3
San Martín	47 165	6,5	4,8
Ucayali	23 823	5,5	4,7
Áncash	113 249	10,6	2,6
Apurímac	41 256	10,2	1,6
Arequipa	118 365	10,3	3,9
Moquegua	16 364	10,1	4,0
Puno	127 663	10,1	2,0
Lima metropolitana	815 590	9,6	4,3

\* Porcentaje de adultos mayores respecto a la población total de cada región.  
 \*\* Tasa de crecimiento anual de adultos mayores: incremento anual promedio en el número de personas adultas mayores, durante el periodo considerado, por cada 100 personas mayores.  
 Adaptado de: Cuadro N° 1.25 Perú: Indicadores de envejecimiento demográfico 1993 y 2002, de Perfil sociodemográfico del Perú. Censos Nacionales 2007: XI de Población y VI de Vivienda. INEI, UNFPA, PNUD. 2008.

Tabla Nro. 1. Población de personas adultas mayores según regiones (Perú, 2007)

## POLÍTICAS Y NORMATIVIDAD

Ante el reconocimiento de la necesidad de señalar a la atención mundial los graves problemas que aquejaban a una parte cada vez mayor de una población del mundo, la Asamblea General de las Naciones Unidas decidió convocar en 1982 a la Primera Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento en Viena, donde se dio la aprobación unánime de todos los países del mundo, de lo que se denominó el Plan de Acción Internacional sobre el Envejecimiento, el que se recomendó sea adaptado a las características de cada región del mundo y de cada país, según sean sus condiciones políticas, sociales, económicas, educacionales, filosóficas y religiosas. Otro acontecimiento promovido por las Naciones Unidas, de gran efecto por su sensibilización social, fue la proclamación en el año 1999 del Año Internacional del Adulto Mayor. En base a ello también en el mismo año, en Lima se se llevó a cabo el Foro Andino sobre políticas y adultos mayores, en el que se desarrolla una mesa nacional

estableciéndose los Lineamientos de Políticas de personas mayores en el Perú. Al cumplir el vigésimo aniversario de la Primera Asamblea Mundial sobre Envejecimiento, las Naciones Unidas convoca a la Segunda Asamblea Mundial sobre envejecimiento en Madrid, España 2002. En su declaración se aprueba un plan de acción revisado y una estrategia a largo plazo sobre el envejecimiento en el contexto de una sociedad para todas las edades, con el objetivo principal de asegurar que las personas puedan envejecer con seguridad, dignidad y continuar participando en la sociedad como ciudadanos con todos sus derechos; considerando 3 orientaciones prioritarias: Las personas de edad y desarrollo, el fomento de la salud y el bienestar en la vejez, creación de un entorno propicio y favorable. En el año 2007, a los 5 años de aprobado el Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento, con el fin de participar desde la sociedad civil, en el proceso de seguimiento y evaluación del Plan y de la Estrategia Regional para América Latina y el Caribe, se realiza la Declaración de Santiago 2007, Camino a Madrid+5, en el que participaron representantes y líderes de organizaciones de personas adultas mayores, de la sociedad civil, de redes nacionales e internacionales, académicos, profesionales, promotores, voluntarios, vinculados a la temática del envejecimiento y la vejez en América Latina y el Caribe. Se constató que el envejecimiento y personas de edad ocupan lugar poco destacado en lista de temas de programas de desarrollo nacionales e internacionales: Inequidad, desigualdad, inadecuado sistema de seguridad social y pensiones, vulnerabilidad del adulto mayor. Recientemente, el 11 de mayo del 2012, se realizó la tercera conferencia regional intergubernamental sobre envejecimiento, Madrid+10, en la ciudad de San José en Costa Rica, donde se redactó la Carta de San José sobre los derechos de las personas mayores de América Latina y el Caribe, haciéndose énfasis a acciones claves sobre derechos humanos y protección social.

La OPS a través de su Consejo Directivo, conformado por los Ministros de Salud de las Américas, aprueban un documento destinado a fortalecer las oportunidades que tiene la región de fomentar una longevidad sana y con bienestar entre

sus habitantes, presentando La Estrategia y el Plan de Acción para la salud de las personas mayores, en la que se define las prioridades para el periodo 2009-2018, considerando 4 estrategias: La salud de las personas mayores en la política pública y su adaptación a los instrumentos internacionales, adaptar los sistemas de salud así como propiciar la capacitación de recursos humanos necesarios para afrontar los retos asociados con el envejecimiento de la población y las necesidades de salud de las personas mayores, Perfeccionar la capacidad de generar la información necesaria para la ejecución y la evaluación de las actividades que mejoren la salud de la población mayor.

A nivel nacional, en el año 2006 se promulga la Ley N° 28803 de las persona adultas mayores, en la que se instaura un marco normativo que garantice los mecanismos legales para el ejercicio pleno de los derechos reconocidos en la Constitución Política y los tratados internacionales vigentes de las personas adultas mayores para mejorar su calidad de vida y que se integren plenamente al desarrollo social, económico, político y cultural, contribuyendo al respeto de su dignidad. Además se desarrolla el Plan Nacional para las Personas Adultas Mayores 2006-2010, en el que se busca promover una "Sociedad Inclusiva para todas las edades", que permita mantener relaciones equitativas, recíprocas y de respeto entre niños, jóvenes, adultos y personas adultas mayores, es decir, una sociedad solidaria y humanista, en el que se incluyen 4 políticas y 42 medidas: Envejecimiento saludable (20 medidas), empleo, previsión y seguridad social (6 medidas), participación e integración Social (9 medidas), educación, conciencia y cultura sobre envejecimiento y vejez (7 medidas). En el mes de Julio del 2011, a través del Decreto Supremo 011-2011, se crea la Política Nacional para las Personas Adultas Mayores, la que sustituirá los "Lineamientos de política para la persona adulta mayor", tendrá un enfoque rural de la temática de las personas adultas mayores y le dará mayor énfasis al Plan Nacional 2006-2010.

En el año 2003, en el que se crea el Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS), se considera dentro de las necesidades de salud, el trabajo de

acuerdo a etapas de vida, dentro de ellas la etapa de vida del adulto mayor, lo que ha permitido un trabajo dirigido hacia este grupo poblacional. Otras iniciativas a nivel gubernamental son la creación del Programa Pensión 65, programa que entrega una subvención económica a adultos mayores de 65 años, y que viven en extrema pobreza, buscando atenuar la vulnerabilidad de sus ingresos. Actualmente se viene trabajando en el Congreso de la República el proyecto de ley a través del “Plan Nacional de Tratamiento y Prevención del Mal de Alzheimer y otras Demencias”.

### TRANSICIÓN EPIDEMIOLÓGICA

El envejecimiento poblacional se ha acompañado de una transición epidemiológica, en relación al tipo de enfermedades prevalentes, incrementándose las enfermedades crónicas (no transmisibles) las cuales en nuestro país generan la mayor cantidad de años de vida saludables perdidos, medidos por mortalidad precoz e incidencia y duración de discapacidad en la población. Según el estudio de carga de enfermedad se atribuye un 58% de sus causas a enfermedades no transmisibles, como enfermedades neuropsiquiátricas, lesiones no intencionales (caídas), enfermedades cardiovasculares, neoplásicas y osteoarticulares. En el estudio de Miranda y col, al evaluar el perfil de mortalidad en nuestro país considerando la transición demográfica entre los años 1996 y 2000, encuentra una transición de la mortalidad por causas transmisibles a no transmisibles, atribuyéndose a éstas últimas más de la mitad de causas de mortalidad.

### ASPECTOS DE SALUD Y CALIDAD DE VIDA

Según la Encuesta Nacional de Hogares (ENAH) -2011, al año 2010, 73% de las personas mayores de 60 años tuvieron algún problema de salud en comparación al 69.5% del 2004. Dentro de las enfermedades más prevalentes se encontraron las enfermedades cardiovasculares, principalmente la HTA que según el estudio Tornasol II, alcanzó una prevalencia de 46.3% en los mayores de 60 años y 56.3% en mayores de 80 años. El síndrome metabólico, según el estudio de Pajuelo, tuvo una prevalencia de 51.2% en mujeres y 12.6% en varones

mayores de 60 años. Alvarez-Dongo, al evaluar Sobrepeso y Obesidad en adultos mayores de 60 años, encontró mayor obesidad en mujeres (14.5%) que en varones (6.3%), siendo los determinantes sociales más importantes relacionados a ello el lugar de residencia: urbana (13.1% OR 3.7) vs rural (3.6%), condición socioeconómica: no pobres (12.3% OR: 2.0) vs pobres extremos (1.3%) y procedencia por regiones : Costa y Lima Metropolitana (14.2%) vs Sierra (5.5%). En el Estudio Tornasol I, la diabetes mellitus tiene una prevalencia en mayores de 60 años de 9.7% para varones y 9.1% para mujeres. El Trabajo de Salud Mental de Lima Metropolitana y Callao 2002, evidenció una prevalencia del deseo de morir de 6.2% en Lima, de 11.1% en la Sierra y 2.4% en la Selva. La función cognitiva de acuerdo a la Escala de Folstein encontró anormalidad (<20 puntos) en 10.5% en este grupo poblacional. Así mismo en el estudio de prevalencia de demencia en Latinoamérica, India y China se encontró que en Perú, ésta tenía una prevalencia global estandarizada de 8.05%, siendo a nivel urbano de 9.3% y a nivel rural de 6.5%.

Según Varela y col en el estudio de valoración geriátrica integral realizado en 400 adultos mayores hospitalizados a nivel nacional se encontró que 47% presentaba dependencia funcional al ingreso,deprivación sensorial e incontinencia como principales problemas geriátricos. En el estudio de fragilidad en adultos mayores de la comunidad de Lima Metropolitana en que se incluyó 246 personas mayores de 60 años, Varela y col encontraron 7.7% de síndrome fragilidad y 64.6% de prefragilidad, siendo los frágiles principalmente encontrados en los grupos etarios mayores de 80 años. Gráfico Nro. 3 y Gráfico Nro. 4.

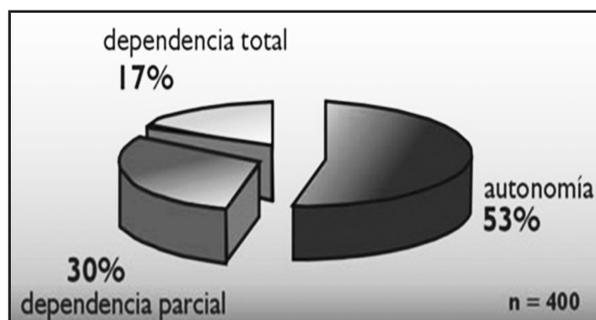


Gráfico Nro. 3. Funcionalidad según índice de Katz en adultos mayores

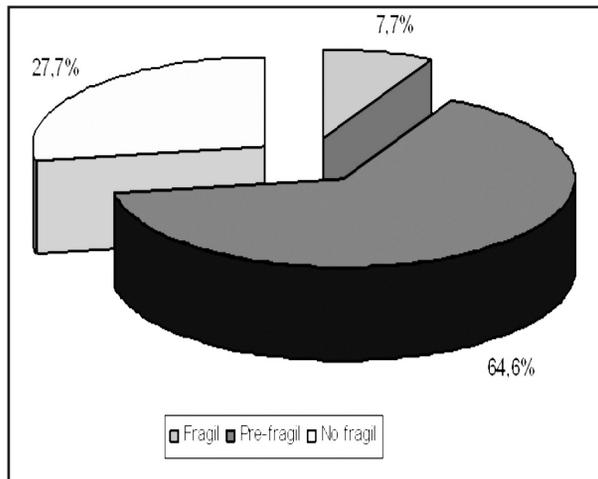


Gráfico Nro. 4. Frecuencia de fragilidad y pre-fragilidad en adultos mayores de la comunidad de Lima Metropolitana

El grupo de trabajo de Varela y col, también evaluó la velocidad de la marcha como marcador de fragilidad en un estudio realizado en Lima Metropolitana, encontrándose que el punto de corte para definir fragilidad sería aquella que sea menor de 0.7m/s.

Se ha valorado también la importancia de la actitud del personal de salud hacia el adulto mayor a través del estudio de Sampén, en el que se encontró que 59% del personal de salud en el primer nivel asistencial tenían una actitud positiva, principalmente los no profesionales (70%) y del género masculino (65.9%).

### ASPECTOS FAMILIARES Y SOCIOECONÓMICOS

La encuesta ENAHO 2011, en relación a hogares con presencia de algún adulto mayor encontró que para el 2010 ésta se había incrementado a 34.7% en comparación al 2004 que fue de 31.8%, además de acuerdo al tipo de hogar con presencia de adultos mayores, el 36.8% de ellos son de tipo nuclear (pareja y sus hijos o sin éstos o sólo jefe con hijos/hijas), los que se han incrementado en 3% en comparación al 2004. A nivel nacional un 66.1% son casados o convivientes con un porcentaje similar a nivel del área rural y urbana. Se encuentra que 30% de los adultos mayores son pobres y 10% se encuentran en pobreza extrema siendo principalmente mujeres y de procedencia rural. El acceso a servicios básicos es inferior en el área rural (agua 34%, desagüe 8% y luz 46%) comparativamente al área urbana (agua

87%, desagüe 79% y luz 95%). Existe un 22.2% de analfabetismo o con educación inicial y 45.2% con grado de instrucción primaria.

El 56% de los adultos mayores encuestados refirieron no acudir a establecimientos de salud por no considerarlo necesario, por uso de remedios caseros o auto medicación. Existe un 32.3% de adultos mayores que no están afiliados a algún tipo de seguro de salud.

En relación al tema de maltrato según el estudio de salud mental, existe un 9.8% de maltrato sistemático (maltrato de tipo repetitivo que se da con una frecuencia de por lo menos 1 a 2 al mes) y un total de cualquier tipo de maltrato de 24.5%.

### CONSIDERACIONES BIOÉTICAS

El mundo humano es de significados más allá de la apariencia y, por tanto, de valores; algunos de éstos, los que se orientan a la búsqueda del bien que proporcionará la felicidad, son valores éticos. Hay una serie de valores éticos que deberían ser aceptados universalmente, por ejemplo, la libertad, o la igual dignidad de todas las personas. El aforismo de Hipócrates, primero no hacer daño (principio de no maleficencia), que aporta una llamada de prudencia al afán de hacer bien al enfermo (principio de beneficencia), se complementa, en el momento actual, con otros principios. Los principios de la bioética resultan un buen instrumento para analizar la calidad ética de las decisiones sanitarias. Tales principios son: beneficencia, no-maleficencia, autonomía y justicia. El esfuerzo por respetar los principios de bioética en las actuaciones profesionales y su utilización como referente en la reflexión necesaria para resolver problemas éticos, permite orientar la práctica profesional hacia el cumplimiento de los fines de la medicina.

Existen algunos problemas éticos en el cuidado del adulto mayor:

#### Estimación social del adulto mayor

- Identidad social
- Integración familiar
- Discriminación por edad
- Maltrato

#### Dependencia e institucionalización

- Distribución de recursos
- Asistencia integral
- Necesidad de VGI exhaustiva
- Ingreso voluntario
- Derecho de las personas institucionalizadas

#### Información y consentimiento

- Comunicación con familiares y paciente
- Consentimiento informado
- Revelación del diagnóstico
- Protección de datos personales
- Incompetencia e incapacidad de tomar decisiones

#### Cuidados a final de la vida

- Buena práctica asistencial
- Enfermo terminal y valoración de la calidad de vida
- Tratamiento del dolor y otros síntomas
- Limitación del esfuerzo terapéutico
- Voluntades anticipadas
- Suicidio asistido y eutanasia

#### Valores del profesional sanitario y familiares

- Del curar al cuidar
- Sobrecarga del cuidador
- Decisiones de institución
- Miedo a las preguntas del final de la vida e institucionalización

### RETOS AL FUTURO

Las Naciones Unidas consideran que los pilares para un envejecimiento activo son los siguientes: participación, salud, seguridad. Con este fin se plantean la realización de proyectos que permitirán un mayor aporte en conocimientos de la población adulta mayor e intervención en medidas adecuadas, así tenemos:

#### Encuesta sobre salud, bienestar y envejecimiento: SABE- Perú

- Proyecto multisectorial: OPS, MINSA, MIMDES, UPCH, USMP, INS, ESSALUD, INEI.

- Objetivo: Determinar las características socio demográficas y del estado de salud de las personas mayores de 60 años a nivel nacional, muestra 6 050 adultos mayores.
- Aprobado por comité de ética de INS.
- Fin: implementar políticas, estrategias y programas públicos que mejoren las condiciones sociales y de salud pública del adulto mayor.
- Proyecto Piloto: Costa, Sierra y Selva (por iniciarse)

#### Perfil clínico del adulto mayor de la comunidad- San Martín de Porres:

- Estudio descriptivo transversal aleatorio
- 500 adultos mayores de 60 años del distrito de San Martín de Porres.
- Evaluación clínica, socio demográfica y laboratorial
- Proyecto en ejecución a cargo del Instituto de Gerontología de la Universidad Peruana Cayetano Heredia.

#### Actualización de los métodos de evaluación del adulto mayor: VACAM(Valoración clínica del Adulto Mayor)

#### Capacitación en temas de adultos mayores:

- Continuar con capacitaciones macroregionales- Instituto de Gerontología de la Universidad Peruana Cayetano Heredia- MINSA 2011 :“Reuniones Macro regionales de Fortalecimiento de Competencias en Atención Integral de Salud para las personas Adultas Mayores” realizadas en Piura, Cuzco, Huancayo.
- Curso de cuidadores: Hospital Nacional Cayetano Heredia - Instituto de Gerontología de la Universidad Peruana Cayetano Heredia.

### CONSIDERACIONES FINALES

- 1.- El Perú atraviesa una transición demográfica con incremento de la población adulta mayor, sobretudo la mayor de 80 años.

- 2.- Existen normativas internacionales y nacionales en relación a personas adultas mayores, pero que aún falta completar su implementación.
- 3.- La transición epidemiológica se manifiesta con un incremento en enfermedades crónicas degenerativas (no transmisibles), que se presentan con más frecuencia en adultos mayores y se asocian a una gran carga de enfermedad.
- 4.- El desarrollo del Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS) que permite la evaluación por etapas de vida y está contribuyendo a una mejor atención de los adultos mayores.
- 5.- Las principales características sociales asociadas a los adultos mayores son: altos niveles de analfabetismo, aún altas tasas de pobreza principalmente a nivel rural y con tendencia a estructuras familiares de tipo unipersonal.
- 6.- Existe un porcentaje alto de maltrato en el adulto mayor.
- 7.- El trabajo multi e interdisciplinario es fundamental en la atención adulto mayor.
- 8.- El enfoque de salud debe ser orientado hacia la atención primaria.
- 9.- Es necesaria la capacitación de recursos humanos en aspectos de envejecimiento poblacional en diferentes niveles.
- 10.- Ejecutar estudios nacionales que permitan la toma de decisiones de manera adecuada y pertinente.
- 11.- El objetivo primordial es lograr un envejecimiento activo: saludable, participativo y con seguridad.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Alvarez-Dongo D, et al. Sobrepeso y obesidad: Prevalencia y determinantes sociales del exceso de peso en la población peruana (2009-2010). *Rev Peru Med Exp Salud Pública* 2012;29(3): 303-13.
2. Artetxe A. problemas éticos en el cuidado del anciano. En: Guillén F. Síndromes y cuidados en el paciente geriátrico. 2 edición. Madrid.2001. Elsevier Mason. p:445-56.
3. Atención Integral de la salud basado en la familia y en la comunidad. Seminario binacional para el fortalecimiento del sistema de salud del Perú. Setiembre 2011.
4. Casas P. Perfil clínico del paciente adulto mayor que se atiende en la consultorio externo de Geriátrica del Hospital Nacional Cayetano Heredia- Tesis para optar título de especialista –Universidad Peruana Cayetano Heredia. 2012.
5. Censos nacionales 2007: XI de Población y VI de Vivienda. Perfil Sociodemográfico del Perú. INEI/ UNFPA/PNUD 2008
6. Chackiel J. El envejecimiento de la población latinoamericana: ¿hacia una relación de dependencia favorable? Naciones Unidas. CEPAL/CELADE. División de población. Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía. Serie: seminarios y conferencias. Santiago de Chile, Agosto 2000: Sesión III: 291-312.
7. Cotlear D. Population Aging is Latin America Ready?. The World Bank, 2011.
8. Estadísticas Sanitarias Mundiales 2009.OMS. [www.who.int/gho/publications/world\\_health.../2009/es/index.html](http://www.who.int/gho/publications/world_health.../2009/es/index.html)
9. Gálvez M, Olascoaga M. Demografía del Envejecimiento: La transición demográfica. En: Varela L. Principios de Geriátrica y Gerontología. 2da Edición. 2011. Centro Editorial UPCH.
10. INEI- Encuesta Nacional de Hogares (ENAHOG) 2010-2011.
11. Instituto Especializado de Salud Mental “Honorio Delgado – Hideyo Noguchi”. Estudio Epidemiológico Metropolitano en Salud Mental 2002. Informe General. *Anales de Salud Mental*. 2002;18(1-2):1-197.
12. Kalache A, Gatti A. Active Ageing: A policy Framework. WHO. 2002. *Adv Gerontol* 2003 (11): 7-18.
13. Las personas mayores en América Latina y El Caribe: Diagnóstico sobre la situación y las políticas. CEPAL. Santiago de Chile, Noviembre 2003:1-72.
14. Leiva N, Paredes CA, Vargas F, Varela L, Tello T, Ortiz P et al. Asociación entre alteraciones del sueño y un marcador de fragilidad en el adulto mayor de la comunidad, en el distrito de San Martín de Porres, Lima-Perú. Tesis para optar grado de bachiller en medicina. Universidad Peruana Cayetano Heredia. *Rev Med Herediana (prensa)*2012
15. Libre J, Ferri C, Acosta D, Guerra M, Huang Y, Jacob K. Prevalence of dementia in Latin America, India and

- China: a population-based cross-sectional survey. *Lancet* 2008; 372: 463-74.
16. Miranda J et al. Mortality profiles in a country facing epidemiological transition: An analysis of registered data. *BMC Public Health* 2009, 9:47.
  17. Pajuelo J, Sánchez J. El síndrome metabólico en adultos, en el Perú. *An. Fac. med.* [online]. ene./mar. 2007, vol.68, no.1 [citado 19 Octubre 2012], p.38-46
  18. Ramos M, Vera-Tudela D, Cárdenas M. Las personas adultas mayores y su contribución a la lucha contra la pobreza. *MINDES-UNFPA-Asociación Adulto Feliz*. 2009:1-79.
  19. Ruiz-Dioses, et al. Situación sociofamiliar, valoración funcional y enfermedades prevalentes del adulto mayor que acude a establecimientos del primer nivel de atención, Callao 2006. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 2008; 25(4): 374-79.
  20. Sampén P. Validación de la Escala de Actitudes hacia el Adulto Mayor de Kogan y evaluación de las Actitudes hacia el adulto mayor por parte del personal de salud del primer nivel asistencial. Tesis para optar grado de Magister en Geriátría y Gerontología-Universidad Peruana Cayetano Heredia.
  21. Segura L et al. Factores de riesgo de las enfermedades cardiovasculares en el Perú (Estudio TORNASOL). *Revista Peruana de Cardiología*, 20076, vol XXXII (2)
  22. Segura L, Agusti R, Ruiz E. La hipertensión arterial en el Perú según estudio Tornasol II. *Revista Peruana de Cardiología*. 2011 (1) 37: 18-27.
  23. Tello T, Varela L, et al. Calidad del sueño, somnolencia diurna e higiene del sueño en el centro de Adultos Mayores de Mirones, Essalud, Lima Perú. *Acta Med Per* 2009; 26 (1):22-26.
  24. Varela L, Casas P, Quispe T. síndrome de Fragilidad. En: Varela L. *Principios de Geriátría y Gerontología*. 2da Edición. Centro Editorial UPCH. 2011.
  25. Varela L, Chávez H, Ortiz P, Herrera A, Chigne O. Valoración Geriátrica Integral en adultos mayores hospitalizados a nivel nacional. *Diagnóstico* 2004 (43)2.
  26. Varela L, Ortiz P, Chávez H, Bernal R. Gait velocity as frailty indicator in elderly adults in the community in Lima, Perú. *J Am Geriatr Soc* 2008; 56(4) Suppl S95. American Geriatrics Society. Annual Scientific Meeting. April 30- May 4, 2008. Washington DC.
  27. Varela L, Ortiz P, Chávez H. Velocidad de la marcha como indicador de fragilidad en adultos mayores de la comunidad en Lima, Perú. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2010; 45 (1):22-5.
  28. Varela L, Tello T. Asambleas Mundiales sobre el Envejecimiento. En: Varela L. *Principios de Geriátría y Gerontología*. 2da Edición. 2011. Centro Editorial UPCH.
  29. Vega E. Estrategias Sanitarias para adultos mayores en América Latina. En: Varela L. *Principios de Geriátría y Gerontología*. 2da Edición. 2011. Centro Editorial UPCH.
  30. Velásquez A. La carga de enfermedad y lesiones en el Perú y las prioridades del Plan Esencial de Aseguramiento Universal. *Rev Peru Med Exp Salud Pública* 2009;26(2):222-31