

Modelo de Atención para otorgar los Servicios de Salud al adulto mayor en el Estado de México.

Hinojosa Juárez Araceli C.,¹ Cabral Casas Alfredo,² Mendieta Zerón Hugo,² Vargas Hernández Joel A.²

*Centro de Vigilancia Epidemiológica y Control de Enfermedades.¹
Universidad Autónoma del Estado de México.²*

Este trabajo deriva del análisis de los resultados de la Encuesta Salud Bienestar y Envejecimiento (SABE) Estado de México. El Proyecto-Encuesta SABE Estado de México, se realizó en la zona urbana de Toluca, en seguimiento estricto a la metodología establecida en el Protocolo de Alberto Palloni, con el fin de investigar las condiciones de salud y bienestar de los adultos mayores que viven en esta zona geográfica del país y cuya forma de vida se conoce poco.¹

La encuesta se trabajó con 10 equipos de captura (netbooks), tarjeta de red y conexión a internet para envío y registro de la información capturada a un servidor central para su almacenamiento, respaldo y posterior validación de la base de datos a través de un Centro de Llamadas (Call Center). Los equipos de captura fueron operados por 10 parejas de Técnicas en Atención Primaria a la Salud (TAPS), personal seleccionado y capacitado previamente.³



Fuente: <http://www.diariodemorelos.com/articulo/victoria-pareja-talento-innato>

La información se centralizó de acuerdo a la “Ley Federal de Protección de Datos Personales” en su apartado especial referente a datos sensibles, bajo un sistema para el encriptamiento de la información obtenida, lo que garantiza el resguardo, la confiabilidad e integridad de la información para uso legal y exclusivo del personal que trabajó en el proyecto SABE en seguimiento al Reglamento en materia de Investigación, de la Ley General de Salud.⁴

Para el levantamiento de la Encuesta SABE, previo a esta fase de campo, se requirió del diseño de la muestra por parte de expertos de la Universidad Autónoma del Estado de México (UAEMex), que en base a los lineamientos establecidos en el protocolo SABE, determinaron el levantamiento de 1500 cuestionarios además de un sobremuestreo de 125 cuestionarios de personas adultas mayores de 85 años de edad.^{5, 6, 7}

La localización geográfica de la población encuestada se realizó a través de las Áreas Geográficas Básicas (AGEB's) que fueron designadas por el Cuerpo Académico de la UAEMex,¹³ empleando para su identificación el programa IRIS SCINCE 2005 de INEGI (Sistema de Información Censal). Para la identificación y armado de las estrategias de penetración, campo y ruta crítica, se utilizaron los programas Google Maps y Google Earth, los cuáles son públicos y sin limitaciones en su uso, ni restricciones que afecten la ética.⁸

Para el presente estudio se analizaron las 245 AGEB's en las que se divide la ciudad y que integran el municipio de Toluca, de acuerdo a la fórmula planteada en el protocolo, para determinar el tamaño de la muestra se llegó a la cifra de 87 AGEB's que cumplían con el criterio de contener a más de 200 adultos mayores. De aquellas AGEB's que cumplieron con el criterio anterior, de acuerdo al método estadístico de conglomerados, en función al número de adultos mayores de cada una de ellas, se multiplicó por un valor constante para obtener con ello el correspondiente a un total de 1500 personas a encuestar.⁸

Es importante mencionar que para la localización de las personas encuestadas, se incorporó la metodología de localización de la vivienda muestreada con el sistema electrónico que proporciona el programa Google maps, programa en el que se incluye tiempo de traslado y medios de transporte. Una vez determinado el número de cuestionarios y las AGEBs seleccionadas por método aleatorio al levantamiento de la encuesta.⁸

Con motivo de homologar las acciones y llegar a un “gold standard” para el llenado de cada uno de los cuestionarios, se impartió un curso de capacitación de 30 hrs., dirigido a supervisores y encuestadores, en este caso personal de la Universidad Autónoma del Estado de México y la Secretaría de Salud del Estado de México, designadas como TAPS.^{8,9,10}

El recurso humano designado como TAPS, trajo ventajas operativas al levantamiento de la encuesta. El antecedente del trabajo realizado con la comunidad por parte de las TAPS, les permitió penetrar sin mayor dificultad a los hogares de las personas adultas mayores encuestadas. Se hace notar que dentro de las acciones que con anterioridad han realizado las TAPS en la comunidad se encuentran vacunación de infantes, vigilancia en la comunidad de embarazo normo-evolutivo así como su referencia oportuna, promoción de la salud, entre otras, por lo que gozan de prestigio, simpatía y confianza por los habitantes de la entidad.⁸

También se debe enfatizar que las TAPS son un personal modelo para la promoción de la salud en la comunidad que debería ser replicado en otras entidades federativas dados los resultados que han aportado a la salud pública del Estado de México.⁸



Los recursos financieros para desarrollar el proyecto SABE en el Estado de México, se obtuvieron por medio de un presupuesto semilla otorgado por la Administración del Fondo para el Fortalecimiento de Acciones de Salud Pública en las Entidades Federativas para este fin, además de utilizarse recursos en especie otorgados por la UAEMex.¹²

Con motivo de estandarizar la forma y tiempos para realizar los cuestionarios por parte de los encuestadores fue necesaria la realización en una población cautiva (personas residentes de unidades de larga estancia geriátrica) de una prueba piloto, que en este caso se realizó en la “Casa Hogar del Anciano”, en la Ciudad de Toluca, con la participación voluntaria de 34 adultos mayores que se hospedan ahí. Uno de los puntos relevantes durante la prueba piloto fue comprobar la sincronía de las parejas de encuestadores, supervisores y el coordinador, así como el manejo estricto del consentimiento informado.¹⁴

Una vez que los encuestadores tuvieron un desempeño óptimo para la realización de las entrevistas y llenado de los cuestionarios la supervisión se enfatizó de acuerdo al manual del encuestador. Para la captura de los cuestionarios SABE, se utilizó equipo de cómputo portátil (netbooks), que como un elemento innovador dentro de la forma de realizar SABE a nivel internacional, fue materia de gran preocupación su correcto funcionamiento, por lo que fue sujeto a una estricta revisión periódica por parte del área de informática de la UAEMex.⁸

Se contó con servicio de validación estadística de datos del encuestado a través del Centro de Información, quien reporta un total de 1572 encuestas realizadas en el proyecto SABE Estado de México. Información compatible con SPSS versión 15 en adelante vs Excel.⁸

Con la base de datos validada, se procede a generar resultados para su presentación y análisis. La base de datos que se generó en este proyecto se encuentra debidamente registrada en derechos de autor como todas las bases del proyecto. Se ha dado difusión de los resultados y se han elaborado informes dirigidos a los responsables de políticas públicas para adultos mayores, a los administradores de programas y a todos aquellos que abogan por una mejor condición de los adultos mayores.^{8,13}

El flujo de la información obtenida de SABE, se obtiene de las personas adultas mayores a partir de un cuestionario validado por comités nacionales e internacionales en investigación clínica epidemiológica y en bioética. Los cuestionarios se capturan en computadoras portátiles y aquellos ya terminados se concentran con los encargados del subcomité de investigación de la Facultad de Medicina encargado de SABE. A su vez, dichos cuestionarios son enviados a nivel central por medio de Internet a un servidor central, el cual dentro de sus funciones tiene vaciar la información a una base de datos y enviar los avances tanto con el grupo federal como estatal SABE.¹⁴

La información obtenida pasa por un proceso de análisis y con los datos ya depurados se generan investigaciones que promueven la divulgación científica y la vinculación universitaria con el sector salud.¹⁵

El proceso descrito proporciona clara la problemática socioeconómica y de salud de este grupo etario con la información abalada por la Organización Mundial de la Salud (OMS), Organización Panamericana de la Salud (OPS), Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades (CENAPRECE), Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), Centro de Investigación y de Estudios Avanzados (CINVESTAV), Instituto Politécnico Nacional (IPN) y la UAEMex., y no se tiene que recurrir a datos de otros países como los que se presentan en el “Estudio Nacional de Salud y Envejecimiento en México”, en el que se extrapola la problemática de nuestro país con la de otros países.^{8,16}

De cada uno de los 1,572 adultos mayores del Estado se obtuvieron más de 600 indicadores que por auto referencia se trata de información: socioeconómica, cultural, del estado de salud, de las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria así como la accesibilidad a los servicios de salud y de más de 500 indicadores, dato que posibilita contrastar la oferta de servicios de salud con sus necesidades manifiestas a fin de generar evidencia relevante que oriente las acciones en búsqueda de mejores niveles de bienestar y reducir las inequidades para favorecer el uso óptimo de la infraestructura de salud ya existente, con lo que se podría brindar una atención de calidad y calidez al adulto mayor del Estado de México.¹⁷

Del análisis estadístico de los indicadores propuestos y validados en la encuesta establecidos en el protocolo de Alberto Palloni¹ de la OPS/OMS, los tomadores de decisiones del sector salud podrían considerar esta propuesta para promover un envejecimiento “activo y saludable” a través de dar solución a las:

- Restricciones en los sistemas de Seguridad Social. Donde se planea, que debido a normativas se generan restricciones para recibir atención al 100% de la población, a lo que se suman limitaciones económicas por presupuestos deficientes o mal manejo de los mismos.
- Nuevas Demandas de Salud. Se está incrementando el número de adultos mayores en el país y en el estado de México, lo que genera mayor demanda de este grupo poblacional.

El modelo de intervención administrativa que se propone, tiene como objetivo resaltar algunos de los puntos de mayor relevancia derivados del análisis de resultados del Proyecto SABE Estado de México, por lo que se plantean “Cinco Líneas estratégicas” orientadas a atender las necesidades más relevantes de los adultos mayores de nuestra entidad.

1. En el primer nivel de contacto con el médico.

En este nivel se proporcionan los servicios de salud familiar. La formación y desempeño son equivalentes a los de los médicos familiares en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). Estos médicos son por lo regular el primer contacto con el sistema de salud y dependiendo de las necesidades tratan o refieren a los pacientes para recibir la atención de las diferentes especialidades.



2. Estrategia para incrementar el número de derechohabientes en el Seguro Popular.

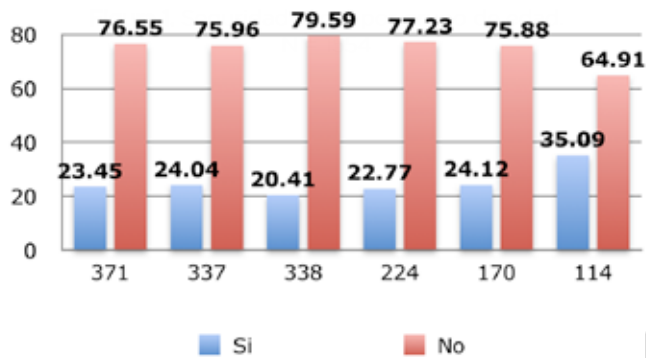
Una de las posibles causas del no aseguramiento de los adultos mayores, es el registro ineludible de contar con: Clave Única de Registro de Población (CURP), o Registro Federal de Causantes (RFC), o en ausencia de los anteriores, acta de nacimiento, de cada integrante de la familia.

Los adultos mayores, carecen en número significativo de alguno de estos documentos, lo que explica el porqué 23.75% de la muestra no cuenta con Seguro Popular y aquellos que son atendidos sin este tipo de seguridad, no reciben sus medicamentos, lo que incrementa la marginación y discriminación, así como la polifarmacia. Se propone establecer un mecanismo sencillo para trabajar un documento legal y gratuito que avale oficialmente la edad, con presencia de dos testigos para incrementar el número de afiliados. Al estar asegurados el 100% de los adultos mayores, se podrá contar también con la Autonomía Administrativa y Presupuestal de la Institucionalidad dirigida a Personas Mayores, ya que se contará con recursos para su atención.

3. Uso y Accesibilidad a Servicios

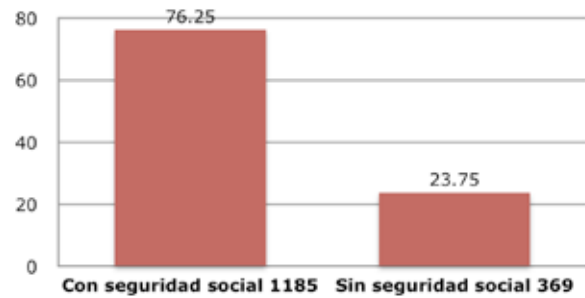
Una de las metas a alcanzar en el desarrollo de SABE es obtener información fidedigna sobre el uso y accesibilidad a servicios de salud de las personas adultas mayores.

En SABE Estado de México, en la muestra estudiada (n = 1554), el porcentaje etario que presenta la mayor seguridad social 79.59% corresponde a la edad de 70 a 74 años, no contaban con ningún tipo de sistema de seguridad social, incluyendo el Seguro Popular, en este grupo etario el 20.41%, mientras que únicamente el 64.91% de adultos de 85 y más años, eran derecho habientes de alguna institución del Sector Salud. **Figura 1.**



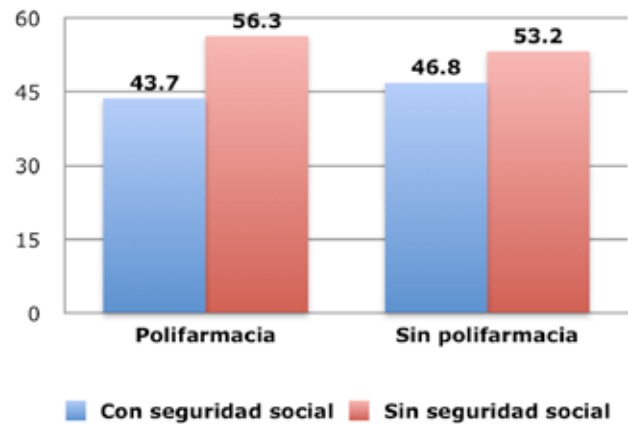
En SABE Estado de México, en la muestra estudiada (n = 1554), el 23.75% (n = 369), no contaban con ningún tipo de sistema de seguridad social, incluyendo el Seguro Popular, mientras que el 76.25% (n = 1185), eran derecho habientes de alguna institución del Sector Salud. **Figura 2.**

Figura 2. Seguridad social de adulto mayor.
N = 1554



Una observación importante en cuanto a la relación “derechohabiente-polifarmacia” es que del grupo de personas sin derechohabiente, 418 (56.3%) presentaban polifarmacia, mientras que en el grupo de personas con derechohabiente, 325 personas (43.7%), presentaban esta entidad nosológica. **Figura 3.**

Figura 3. Polifarmacia y Seguridad Social.
N = 1010

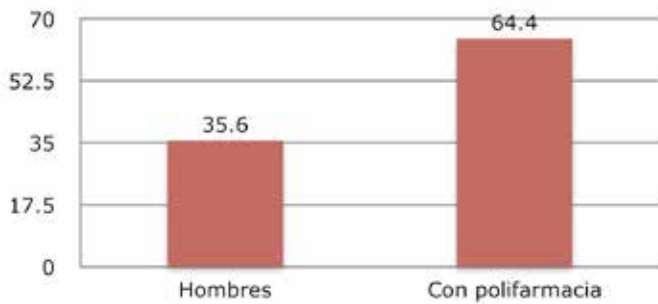


No obstante que en la vejez se considera que se incrementa el número de padecimientos crónico-degenerativos, no se debe considerar como sinónimo de enfermedad, sin embargo, también es conocido que en esta etapa de la vida es cuando se manifiestan con mayor frecuencia dichos padecimientos con el consabido aumento en la ingesta de principios activos de todo tipo (medicamentos, productos milagro, medicina alternativa, etc.)

De las 1572 personas encuestadas en SABE Estado de México, se excluyeron 462 (29.39%) en el rubro de “medicinas”, debido a que estas últimas no consumían medicamentos en el momento de la realización de la encuesta. De los restantes 1010 llama la atención que 650 (64.4%) pertenecían al género femenino, mientras que 360 (35.6%) eran del género masculino. **Figura 4.**

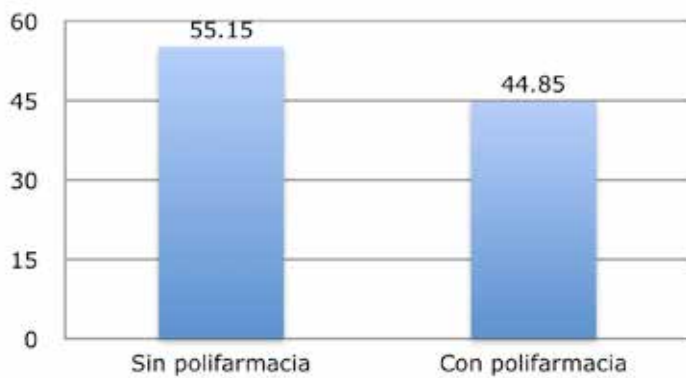


Figura 4. Adultos mayores según género con polifarmacia.
N = 453



En el presente trabajo, se observó que la edad promedio de los entrevistados era de 71.12 \pm 7.77 años. Si se revisa este dato y su relación con el género, se observó que la edad promedio en los varones era de 71.43 \pm 7.85 (con un rango de edad de 60 a 89 años), mientras que en las mujeres el promedio de edad era de 70.95 \pm 7.73 (con un rango de edad de 60 a 110 años). **Figura 5.**

Figura 5. Porcentaje de adultos mayores con y sin polifarmacia.
N = 1010



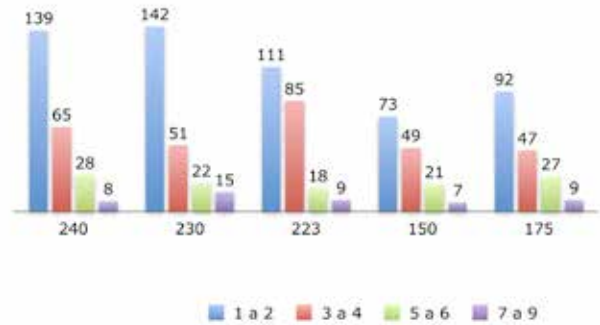
Debido a esta situación, es común que el paciente geriátrico acuda a uno o varios especialistas con el riesgo de entrar al fenómeno conocido como polifarmacia. La polifarmacia se define como la ingesta de 3 o más principios activos por un mismo individuo con efectos colaterales indeseables atribuibles a las diversas interacciones farmacológicas de los mencionados principios activos.¹⁸

Posterior a interrogar y explicarle al entrevistado el concepto de polifarmacia, se les interrogó sobre “¿Cuántos medicamentos consumía?, aquellos con uso de tres o más medicamentos se consideraron como con “polifarmacia”. En SABE Estado de México se observó que según autorreferencia de las personas adultas mayores, el grupo de los más jóvenes, esto es, de 60 a 69 años, consideraron ser portadores de polifarmacia, con porcentaje de 28.8%, con X^2 1gl = 0.6, $p > 0.05$.

Con respecto al uso de medicamentos en los pacientes adultos mayores, se observó que el consumo de 1 a 2 medicamentos fue mayor en el grupo de adultos mayores de 60 a 64 y de 65 a 69 años de edad, confirmando la autopercepción del grupo estudiado.

Considerando el concepto de polifarmacia bajo la definición operativa de “aquellas personas que consumen 3 o más medicamentos de forma habitual”, se hizo notar que el número de personas, bajo este concepto, es mayor en el grupo de 65 a 69 años de edad con tendencia a disminuir después de este grupo etario. Figura 5. El porcentaje de adultos que presentan polifarmacia es del 44.85%, **Figura 6.**

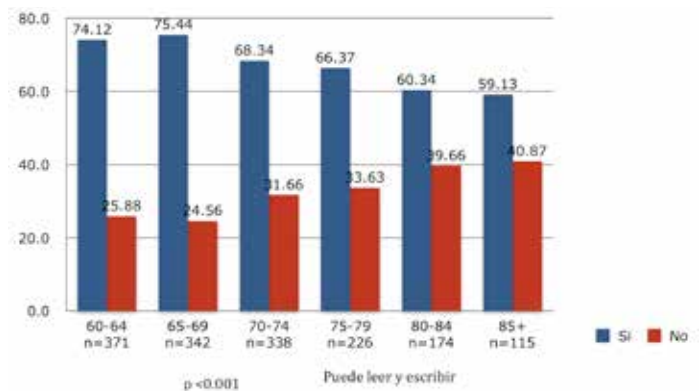
Figura 6. Número de medicamentos consumidos por grupo de edad.
N = 1110



4. Estrategia de alfabetización en la población adulta mayor, en unidades de primer nivel de atención.

Uno de los indicadores más importantes de esta categoría lo constituyen la lecto-escritura y el grado de escolaridad. Algo observado en los resultados de SABE Estado de México es que la capacidad de lecto-escritura es menor en los grupos de mayor edad, X^2 1gl = 20.93, $p < 0.01$, con un porcentaje de 32.7% en el grupo estudiado, **Figura 7.**

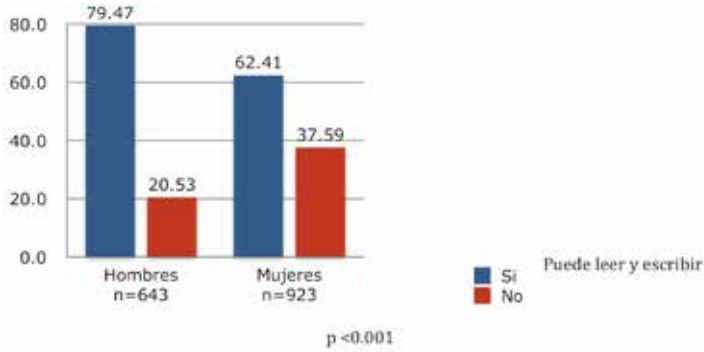
Figura 7. Lecto-escritura según grupos de edad.
N = 1566



La capacidad de lecto-escritura por género, se ilustra en la **Figura 8**. La funcionalidad es menor en las mujeres que en los hombres $Z = 98$, $p < 0.01$, esta última información confirma el rasgo de inequidad de género relacionada con la educación.

**Figura 8.** Alfabetismo según género.

N = 1566



Con la información de la encuesta SABE sobre patologías como Diabetes Mellitus, hipertensión arterial sistémica, incontinencia urinaria y las discapacidades detectadas se plantea la tercera estrategia.

Se plantea instrumentar en la sala de usos múltiples de las unidades de primer nivel de atención, un programa de alfabetización, a través de una coordinación con el Centro de Educación Básica para Adultos, para lograr un envejecimiento activo y saludable en función de la siguiente y última estrategia.

5. Estrategia de atención integral a la población adulta mayor que presenta algún tipo de patología.

Se plantea la necesidad de evaluación permanente así como el seguimiento del estado de salud de la patología detectada al adulto mayor en el primer nivel de atención, implementando un sistema de indicadores que permita detectar el avance de intervenciones. El modelo de atención proporcionará servicios de salud a los adultos mayores como una estrategia integral con la que se pretende garantizar que este grupo de población reciba servicios justos y de alta calidad, integrándose permanentemente a los servicios de salud. **Tabla 1.**

Tabla 1. Total de intervenciones, los módulos requeridos, el número de consultorios en cada Centro de Salud de cada Jurisdicción en el Estado de México.

Jurisdicción	Población	Centros de salud	No. de consultorios	11% de la población	Módulos necesarios	Ubicación	Total de intervenciones (4 promedio)
Atacomulco	21260	66 (3)	107	2339	1	Atacomulco	9356
Ixtlahuaca	39856	133 (3)	237	4384	2	Ixtlahuaca	17536
Jilotepec	21502	73 (1)	129	2365	1	Jilotepec	9460
Tenango del Valle	27837	46 (3)	120	3062	2	Tenango del Valle	12248
Toluca	107737	90 (3)	180	11851	5	Toluca	47404
Xonacatlán	55795	69 (2)	146	6137	3	Huixquilucan	24548
Tejupilco	21625	85 (3)	96	2379	1	Tejupilco	9516
Tenancingo	31808	84 (8)	126	3499	2	Tenancingo	13996
Valle de Bravo	20606	66 (2)	92	2267	1	Villa Victoria	9068
Atizapán de Zaragoza	64034	28 (1)	96	7044	3	Atizapán de Zaragoza	28176
Cuautitlán	113274	34 (0)	91	12460	5	Cuautitlán Izcalli	49840
Naucalpan	143905	26 (1)	133	15830	7	Naucalpan de Juárez	63320
Teotihuacán	24688	43 (1)	111	2716	1	Acolman	10864
Tlalnepantla	72522	22 (1)	115	7977	3	Tlalnepantla	31908
Zumpango	60423	41 (4)	65	6647	3	Tecámac	26588
Amecameca	102880	72 (7)	204	11317	5	Ixtapaluca	45268
Ecatepec	165386	52 (2)	183	18192	8	Ecatepec	72768
Nezahualcóyotl	125464	36 (2)	176	13801	6	Nezahualcóyotl	55204
Texcoco	77868	77 (2)	126	8565	4	Chimalhuacán	34260
Total	1298470	1143 (49)	2533	142832	63	---	571328

Esta iniciativa sería de aplicación permanente e incluyente a todos los adultos mayores independientemente de si viven en su hogar, en casas de atención o en el hospital e incluye ocho estándares: Eliminar la discriminación de los adultos mayores en el Estado de México (entre otras causas por carecer de lectoescritura). Atención centrada en la persona. Cuidados intermedios. Atención en hospitales generales (estrategia de atención integral a la población adulta mayor que presenta algún tipo de patología como enfermedad vascular cerebral, salud mental y atención oportuna de las caídas), para promoción del envejecimiento activo y saludable.



La estrategia de atención integral a la población adulta mayor que presenta algún tipo de patología, no requerirán de un presupuesto extra importante cada año, son las que a continuación se enlistan:

- Garantizar la calidad de la atención y del tratamiento con decisiones clínicas fundamentadas en la necesidad y no en la edad.
- Tratar a todos los adultos mayores con respeto y dignidad.
- Disponer de recursos suficientes para las condiciones que afectan a los adultos mayores y para disminuir los tiempos de espera para operaciones por fractura de cadera y cataratas.
- Disminuir la carga financiera de las causas de atención de largo plazo.
- Incrementar el personal de especialistas, enfermeras, terapeutas y otros profesionales involucrados en la atención de los adultos mayores.
- Hacer énfasis en la prevención y tratamiento de enfermedades vasculares cerebrales para acelerar la recuperación.
- Incrementar la coordinación y cooperación entre los servicios de asistencia social y los servicios de salud, para que cada adulto mayor que lo requiera sea evaluado una sola vez y tenga su plan de atención individualizado compartido entre las áreas.
- Mejorar la coordinación para proporcionar mejor atención y apoyo a los adultos mayores que padecen enfermedades mentales, así como a los familiares.

Debido a que el manejo de medicamentos es uno de los problemas más críticos en el sistema, como parte de la misma iniciativa, pero como una propuesta paralela se elaborará un documento (Folleto para el manejo de medicinas) con el que se pretende asegurar que los adultos mayores obtengan el máximo beneficio de los medicamentos y con ello se mantenga o incremente la calidad y duración de su vida. Se espera que todas las autoridades locales tendrán esquemas donde las farmacias locales apoyarán a los adultos mayores en el uso correcto de los medicamentos.

Referencias bibliográficas

1. Palloni A, Organización Mundial de la Salud/Organización Panamericana de la Salud. Protocolo del Estudio Multicéntrico Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE) en América Latina y el Caribe. 1999. Washington D.C. (EUA):1-47.
2. Peláez, M, Palloni A. Survey on Health and well-being of elders: Regional Findings, SABE. 2004, CDROM OPS.
3. Secretaría de Salud, Programa Nacional de Atención al Envejecimiento. Carta descriptiva para la realización de cursos de capacitación para encuestadores del Proyecto-Encuesta Salud, Bienestar y Envejecimiento. 2006-2010.
4. REGLAMENTO de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud. Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/rlgsmis.html>
5. Secretaría de Salud, Programa Nacional de Atención al Envejecimiento. Cuerpo de informes de comisión del Proyecto-Encuesta Salud, Bienestar y Envejecimiento. 2006-2010. Fuente directa.
6. Secretaría de Salud, Programa Nacional de Atención al Envejecimiento. Conaen. Lineamientos de bioética en la investigación clínicoepidemiológica en adultos mayores del Proyecto-Encuesta Salud, Bienestar y Envejecimiento. 2006-2010.
7. Secretaría de Salud, Programa Nacional de Atención al Envejecimiento, OPS/OMS. Manual de procedimientos para la toma de medidas y valoraciones clínicas, antropométricas, de flexibilidad y movimiento en el adulto mayor del Proyecto-Encuesta Salud, Bienestar y Envejecimiento.

8. Encuesta Salud Bienestar y Envejecimiento SABE Estado de México. Disponible en: [file:///Users/AraceliHinojosa/Downloads/Salud%20Bienestar%20y%20Envejecimiento%20\(8\).pdf](file:///Users/AraceliHinojosa/Downloads/Salud%20Bienestar%20y%20Envejecimiento%20(8).pdf)
9. Instituto Nacional de Estadística y Geografía.. Adultos mayores [www.inegi.gob.mx/prod_serv/contenidos/espanol/..](http://www.inegi.gob.mx/prod_serv/contenidos/espanol/)
10. Generación e integración de información estadística y geográfica sobre el territorio, la población y la economía de México. En: www.inegi.org.mx
11. Organización Panamericana de la Salud, Secretaría de Salud. Hoja para la declaración de consentimiento informado. 2006-2010.
12. Programa Sectorial de Salud 2013-2018. En: www.salud.gob.mx y www.cenavece.salud.gob.mx
13. Secretaría de Salud. Archivos, bases de datos, memorias gráficas, minutas y relatorías del Programa Nacional de Atención al Envejecimiento. Fuente directa 2000-2010.
14. Organización Mundial de la Salud/Organización Panamericana de la Salud. Manual del entrevistador. Pub Sec Sal 2006:1-92
15. Secretaría de Salud, Programa Nacional de Atención al Envejecimiento. Monitor automatizado de avance del Proyecto-Encuesta SABE en las entidades federativas participantes. Fuente directa 2010-2011.
16. Álvarez GR, Brown MJ. Encuesta de las Necesidades de los ancianos en México; Sal. Pub.; Vol. XXV, México, 1983: 21-75.
17. Organización Mundial de la Salud/Organización Panamericana de la Salud. Cuestionario del Proyecto-Encuesta Salud, Bienestar y Envejecimiento. Pub Sec Sal 2006:1-92.
18. José Antonio Granados-Ponce, J.A.; Peralta-Pedrero,M.L.; Munguía-Miranda, C; López-Carmona, J.M; Ávila-Leyva, A; Rodríguez-Moctezumae, A. Síntomas depresivos como factor de riesgo para polifarmacia en pacientes mayores de 60 años. Gaceta Médica México Vol. 143 No. 4, 2007.