



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN
DEPARTAMENTO DE MEDICINA DE URGENCIAS
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON MEDICINA FAMILIAR NO.6 SEDE
DEL CURSO DE ESPECIALIZACION DE MEDICINA DE URGENCIAS PARA
MEDICOS DE BASE

PRESENTA:
DRA. LEONOR MEDINA ESCAMILLA.

TESIS:
**“FRECUENCIA DE DISFUNCION FAMILIAR DE PACIENTES
GERIATRICOS QUE ACUDEN AL SERVICIO DE URGENCIAS”**

Para optar por el grado de Medicina de Urgencias.

Asesor de tesis:
Dr. Román González Reyna.
UMF No. 32

Tutor:
Dra. Indira Escobedo López.
Profesor titular del curso de especialización en Medicina de Urgencias para Médicos de Base del
Instituto Mexicano del Seguro Social, en HGZ/MF No 6.

San Nicolas de los Garza, N.L.

Octubre 2012



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACION REGIONAL NUEVO LEON

“Frecuencia de Disfunción Familiar en Pacientes Geriátricos que acuden al servicio de Urgencias.”

JEFATURA DE SERVICIOS MEDICOS

**COORDINACIÓN DELEGACIONAL
DE INVESTIGACIÓN MÉDICA**

**UNIDAD DE INVESTIGACIÓN
EPIDEMIOLOGICA Y EN
SERVICIOS DE SALUD**

1. IDENTIFICACION

1.1 TITULO DEL PROYECTO
“Frecuencia de Disfunción Familiar en Pacientes Geriátricos que acuden al servicio de Urgencias.”

1.2 UNIDAD (ES) Y DEPARTAMENTO (S) DONDE SE REALIZARA EL PROYECTO

Unidad: Unidad de Medicina Familiar N° 36.

Dirección: Lazaro Cardenas 6751, col 15 de Septiembre

Ciudad: Monterrey

Estado: Nuevo León

FECHA DE ELABORACION DEL PROTOCOLO:
Octubre 2012

PARA USO EXCLUSIVO DEL COMITÉ DE INVESTIGACION

Fecha de recepción del protocolo _____

Fecha de aprobación del protocolo 17/02/20013 _____

Fecha de registro del protocolo _____

Número de registro del protocolo R-2013-1909-3 _____

1.5 TESISISTA

Nombre: Leonor Medina Escamilla
Área de adscripción: Unidad de Medicina Familiar N° 36 IMSS
Domicilio: Lazaro Cardenas 6751 col. 15 de Septiembre, Monterrey Nuevo León
Teléfono: (81) 83496464
Domicilio particular: Burgos 3905 col Las Torres, Monterrey Nuevo León.
Teléfono particular: (81) 81031021
Grado a obtener: Medicina de Urgencias.
Centro Educativo: UNIVERSIDAD AUTONOMA DE MEXICO

FIRMA

1.6 ASESOR (ES) DE TESIS

Director de tesis sí ()

Nombre: Dr. Román González Reyna
Área de adscripción: Unidad de Medicina Familiar N° 32
Domicilio: Arteaga y Jiménez s/n Col. Paraíso Cd Guadalupe N.L.
Teléfono: (81) 83 54 80 00

FIRMA

1.6 RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre: DR. ROMAN GONZALEZ REYNA



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS
Unidad de Educación, Investigación y Políticas de Salud
Coordinación de Investigación en Salud

Dictamen de Autorizado

Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud 1909
U MED FAMILIAR NUM 32, NUEVO LEÓN

FECHA 17/02/2013

DR. ROMAN GONZÁLEZ REYNA

P R E S E N T E

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título:

"Frecuencia de Disfunción Familiar en Pacientes Geriátricos que acuden al servicio de Urgencias".

que usted sometió a consideración de este Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud, de acuerdo con las recomendaciones de sus Integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **A U T O R I Z A D O**, con el número de registro Institucional:

Núm. de Registro
R-2013-1909-3

ATENTAMENTE


DR. (A). JOSÉ LUIS SÁNCHEZ ESPINOSA

Presidente del Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud No. 1909

IMSS

SECRETARÍA DE SALUD

http://sirelcis.imss.gob.mx/pi_dictamen_clis.php?idProyecto=2012-7740&idCl=1909&mo=2/17/2013

Dedicatoria.

Dedicado muy especialmente a esa persona que dedico su vida al cuidado de sus hijos y de sus nietos y que de alguna manera tuvo especial cuidado y cariño hacia mi persona y mi hijo, a ti mami, que lamentablemente ya no estás con nosotros físicamente, pero se que desde allá estaras orgullosa de mis triunfos. Te extraño.

Igualmente a mi padre por su apoyo incondicional, su amor y hasta sus regaños, porque gracias a esas restricciones ahora soy la persona que soy.

A mi hijo, quien es el motor de mi vida, y por el debo y quiero superarme cada día mas y mas, porque soy su ejemplo y en mi debe ver solo superación y ganas de seguir adelante.

Con todo mi amor, cariño y orgullo hacia ellos.

Agradecimientos.

Agradezco muy en especial a mis maestros, a la Dra. Indira, a la Dra. Ana Magdalena y al Dr. César, los cuales me brindaron su apoyo durante el curso y muy especialmente al finalizar el tercer año durante el periodo que presente problemas familiar importantes a punto de claudicar , y gracias a sus consejos y apoyo pude terminar satisfactoriamente el año, de verdad muchas gracias.

A todos los doctores del área de Urgencias y de Terapia Intensiva que con sus conocimientos y su interés en que aprendiéramos lo más posible lograron de alguna forma que pudiéramos concluir este curso de Especialización

A mis compañeros Tere, Isabel, Miguel y Daniel, que de igual manera estuvieron ahí apoyándome y alentándome a seguir adelante a pesar de las adversidades, chicos muchas gracias. A mi muy especial amiga Tere, gracias por tus palabras de aliento y tu apoyo incondicional desde siempre.

Al Dr. Román González Reyna por su tiempo y su ayuda en la realización de este protocolo.

Parece una simple palabra pero engloba tantas cosas, a todos ustedes muchas GRACIAS.

INDICE.

IDENTIFICACIÓN.....	3
DICTAMEN DE AUTORIZADO.....	5
DEDICATORIA.....	6
AGRADECIMIENTOS.....	7
ANTECEDENTES BIBLIOGRÁFICOS.....	9
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	12
JUSTIFICACIÓN.....	13
OBJETIVOS DE INVESTIGACION.....	14
METODOLOGIA DE LA INVESTIGACIÓN.....	15
VARIABLES DE ESTUDIO.....	16
RESULTADOS.....	17
DISCUSIÓN.....	19
CONCLISIONES.....	19
REFERENCIAS.....	20

ANTECEDENTES BIBLIOGRÁFICOS.

Uno de los grandes problemas que representa el envejecimiento en de la población en México es que 69.3% de la población de 65 años o mas habita en municipios de nivel social bajo o muy bajo, con poco acceso a servicios básicos de salud a pesar de la exixtencia de programas sociales de apoyo. Es por ello que se requieren programas destinados a brindar servicios sociales, económicos y médicos a esta población vulnerable.¹ El proceso de envejecimiento que esta experimentando la población a nivel mundial es la responsable de la emergencia de nuevos problemas de salud y de necesidades sociales y económicos que los países de América Latina y en vías de desarrollo no esta preparado para resolver. La transición demográfica originada por la disminución progresiva de la tasa de natalidad y el incremento de la expectativa de vida ante la mejoría de las medidas sanitarias y un mayor número de herramientas preventivas que evitan la muerte prematura del ser humano por procesos infecciosos y nutricionales, es descrita por el periodo de transformación de una sociedad preindustrial a una sociedad industrial.²

La familia es la célula básica de la sociedad, en ella sus miembros mantienen en forma común y unitaria, relaciones directas personales cara a cara, con un vínculo entre sus componentes mediante el cual comparten sentimientos, circunstancias, condiciones de vida y aspiraciones, en donde existe el compromiso de satisfacer necesidades mutuas y de crianza,³ también se puede considerar como un grupo primario y sus características son las de un sistema natural abierto en donde las acciones de cada uno de sus miembros producen reacciones y contrarreacciones en los otros y en él mismo, por eso, no debe ser entendida solo en función de la personalidad de sus integrantes, sino también en cuanto a las relaciones interpersonales que entre ellos se

establecen. Así mismo, se considera como una institución que se encuentra en constante cambio y evolución, por lo que los objetivos y funciones tienden a adecuarse al marco histórico social dentro del cual se desenvuelve.⁴

Un funcionamiento familiar saludable es aquel que le posibilita a sus integrantes cumplir exitosamente con los objetivos y funciones que le están histórica y socialmente asignados.⁵ El funcionamiento familiar es un factor determinante en la conservación de la salud o en la aparición de sus enfermedades entre sus miembros ya que la funcionalidad familiar es la capacidad del sistema para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y de las crisis por las que atraviesa.⁶

Este sistema familiar se diferencia y desempeña sus funciones a través de sus subsistemas, organizados por generaciones, sexos intereses y funciones.⁷ El grado de cohesión y flexibilidad que presenta cada familia puede constituir un indicador del tipo de funcionamiento que predomina en el sistema: extremo, de rango medio o balanceado. La cohesión se refiere al grado de unión emocional percibido por los miembros de la familia. La flexibilidad familiar se define como la magnitud de cambio en roles, reglas y liderazgo que experimenta la familia. La comunicación familiar es la tercera dimensión del modelo y facilita el movimiento dentro de las otras dos dimensiones.

Estudios de reciente publicación en los que analizaron el uso de las urgencias han evidenciado un incremento progresivo del número absoluto de las visitas a urgencias, que es más acusado en la población mayor de 65 años.⁸ Este grupo de edad suponen un porcentaje importante de las personas que acuden a las urgencias hospitalarias (26.2%) y representan el 39.7% de los ingresos hospitalarios por esta vía.⁹⁻¹¹ Los datos actualmente disponibles calculan que el paciente anciano representa más del 25 al 40% de las consultas urgentes.¹²⁻¹⁵ *T. Pareja y cols.* Demuestran en su estudio que las

principales causas de ingreso mas frecuentes atendidos en el servicio de urgencias fueron la enfermedad respiratoria, seguida de la enfermedad cardiovascular, neurológica, digestivas y metabólicas. Siendo mayor el ingreso de aquellos pacientes que procedían de residencia de ancianos.¹⁶

Algunos de los aspectos que pueden influir para que un adulto mayor tenga mayor riesgo de ingreso al servicio de urgencias son: a) Situación y soporte social, b) presencia de diferentes enfermedades fundamentalmente crónicas, c) ubicación del paciente por necesidad de hospitalización o de cuidados en instituciones residenciales, d) situación basal funcional, que determina el estado de autonomía personal.¹⁷

En general los servicios de urgencias son un medio hostil para el anciano. Con frecuencia el entorno les resulta incomodo, la espera es demasiado prolongada para su situación física o cognitiva y las medidas diagnósticas y terapéuticas no son individualizadas.¹⁸ Los pacientes dados de alta en urgencias y enviados a su domicilio son a menudo incapaces de administrar los fármacos prescritos, con las consecuencias que esto puede suponer. La enfermedad puede tener, además, grave repercusión en la autonomía física, en la situación cognitiva y en la ubicación social del anciano.¹⁹

Es muy importante conocer la situación social del paciente geriátrico de cara a establecer un plan de cuidados. Un buen ambiente y apoyo familiar que acepten la responsabilidad de seguimiento, conjuntamente con la coordinación con atención primaria y los servicios de asistencia domiciliaria, aseguran una disminución de la frecuencia en la atención a los servicios de urgencias y de la perdida de la funcionalidad. Se considera anciano de alto riesgo a aquel que vive solo o sin cuidador primario, sin domicilio fijo o que presenta problemas económicos.²⁰

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

La transición demográfica por la cual cursa nuestro país representa una de las principales causas por las que deben realizarse modificaciones en los servicios de salud a la población, ya que la solicitud en la atención médica debe adaptarse a las necesidades requeridas de cada grupo de edad. La demanda en la atención urgente ha ido creciendo progresivamente en los últimos años y éste incremento es mayormente acusado en la población de los adultos mayores. Por lo anterior debe considerarse que el paciente geriátrico requiere evaluaciones más complejas con una mayor realización de pruebas complementarias y consultas a otros especialistas, estancias más prolongadas en urgencias y mayor porcentaje de ingresos. El progresivo envejecimiento poblacional puede llegar a repercutir seriamente en la presión asistencial de los servicios de urgencias hospitalarios.

Una de las principales causas del uso constante del paciente geriátrico a los servicios de urgencias es la presencia de descontrol metabólico así como de la población de 65 años o más que habita en municipios de nivel social bajo o muy bajo, con poco acceso a servicios básicos de salud a pesar de la existencia de programas sociales de apoyo, agregándose además la gran cantidad de pacientes que no cuentan con redes de apoyo familiar o bien, con datos de abandono social, por lo que es importante cuestionarnos **¿Cuál es la frecuencia de Disfunción Familiar en el paciente Geriátrico que acude al servicio de Urgencias de la Unidad de Medicina Familiar N° 36?**

JUSTIFICACIÓN.

La familia es uno de los contextos mas relevantes en la vida del ser humano. Los estudios muestran el estrecho vinculo entre las experiencias vividas en la familia, la salud y el desarrollo del individuo. En la actualidad se sostiene que la cohesión la flexibilidad y la comunicación son las tres dimensiones que principalmente definen el constructo funcionamiento familiar.

El evidente aumento en la población geriátrica requiere que existan modificaciones en los programas de atención médica en nuestro país, ya que el adulto mayor requiere de atención médica especial así como la necesidad de identificar las redes de apoyo tanto sociales como familiares ya que en nuestro país este tipo de pacientes, por lo general, se encuentran en un nivel sociocultural bajo, por lo tanto, el sistema familiar presenta importantes crisis paranormativas, lo que contribuye a una deficiente calidad de vida. Es por ello que se requieren programas destinados a brindar servicios sociales, económicos y médicos a esta población vulnerable, con la finalidad de mejorar la calidad de vida den nuestra población de adultos mayores.

OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

Objetivo General

Identificar la Frecuencia de disfunción familiar en el paciente Geriátrico que acude al servicio de Urgencias de la Unidad de Medicina Familiar N° 36 en la ciudad de Monterrey N.L

Objetivos Específicos.

1.1 Conocer las causas mas frecuente de atención en el servicio de urgencias de la Unidad de Medicina Familiar N° 36 en la ciudad de Monterrey N.L

1.2 Valorar el grado de disfunción familiar mas frecuente el paciente geriátrico.

METODOLOGIA DE LA INVESTIGACIÓN.

Previa autorización y revisión del comité de Ética e Investigación en Salud, se realizó un estudio Descriptivo, Transversal, Observacional, en la Unidad de Medicina Familiar N° 36. Incluyendo a aquellos Adultos de 65 a 89 años de edad, ambos géneros, que aceptaron participar en el estudio y que acudieron con al menos un acompañante. Excluyendo a aquellos que no supieran leer ni escribir y eliminando a los que acompañante desconocía datos del participante así como encuestas incompletas. Calculando el tamaño de muestra por medio de la fórmula de proporciones Infinitas empleando un IC de 95%, con un margen de error estimado del 80% obteniendo un total de 246 participantes por medio de un muestreo no probabilístico por casos consecutivos. Los participantes se identificaron en la sala de urgencias de dicha unidad a quienes previo llenado del consentimiento informado por parte del paciente o en su caso por parte del acompañante, se le otorgó el instrumento de recolección el cual consistió en 20 ítems distribuidos en **a) Ficha de Identificación del paciente b) Diagnóstico de Atención en el servicio de Urgencias c) Faces III**. Los datos obtenidos fueron analizados por medio del paquete estadístico EPI Info 7.0.1. analizando las variables cualitativas por medio de razones y proporciones, las cuantitativas por medio de medidas de tendencia central y sus respectivas medidas de dispersión, considerando una $p \leq 0.05$ como significativa, estableciendo asociaciones con χ^2 para variables cualitativas y t de student, para variables cuantitativas.

7.5 Variables de Estudio.

Nombre de la Variable	Tipo de Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Indicador	Fuente de Información
Disfunción Familiar en el paciente Geriátrico	Cualitativa Nominal Policotómica	Una familia en la que los conflictos, la mala conducta, y muchas veces el abuso por parte de los miembros individuales se producen continuamente y regularmente, lo que lleva a otros miembros a acomodarse a tales acciones. A veces los niños crecen en tales familias con el entendimiento de que tal disposición es normal. Las familias disfuncionales son principalmente el resultado de adultos co-dependientes, y también pueden verse afectados por las adicciones, como el abuso de sustancias (alcohol, drogas, etc.)	COHESIÓN NO RELACIONADA 10-34 SEMIRRELACIONADA 35-40 RELACIONADA 41-45 AGLUTINADA 46-50 ADAPTABILIDAD RIGIDA 10-19 ESTRUCTURADA 20-24 FLEXIBLE 25-28 CAOTICA 29-50	NO RELACIONADA SEMIRRELACIONADA RELACIONADA AGLUTINADA RIGIDA ESTRUCTURADA FLEXIBLE CAOTICA	Instrumento de Recolección.

RESULTADOS.

Se obtuvieron 246 participantes que acudieron al servicio de Urgencias de la Unidad de Medicina Familiar N° 36, observando una media de edad de 77 ± 12 años de edad con un predominio del género femenino con el 58.13%,; presentando del total de la población un predominio en la escolaridad primaria (33.3) seguida de la secundaria (26.02). Con respecto al Estado Civil, el de casado se observa con un predominio en el 54.4% seguido del de Viudo (a) con el 38.21%. En cuanto a la ocupación la de el Hogar y Jubilado se encuentran en mayor frecuencia, datos que se observan en la Tabla 1.

Tabla 1. Perfil Sociodemográfico del Adulto Mayor.

VARIABLE	n= 246	(%)	IC 95%	
ESCOLARIDAD				
LICENCIATURA	62	25.20%	11.75%	32.64%
PREPARATORIA	38	15.45%	9.35%	21.52%
PRIMARIA	82	33.33%	22.04%	47.15%
SECUNDARIA	64	26.02%	18.69%	29.13%
ESTADOCIVIL				
CASADA	134	54.47%	27.21%	66.64%
DIVORCIADA	18	7.32%	2.31%	17.61%
UNION LIBRE	0	0.00%		
MADRE SOLTERA	0	0.00%		
VIUDO	94	38.21%	13.01%	52.04%
GENERO				
FEMENINO	143	58.13%	35.40%	67.44%
MASCULINO	103	41.87%	32.56%	64.60%
OCUPACION				
COMERCIANTE	23	9.35%	1.04%	15.25%
EMPLEADO	27	10.98%	6.67%	14.16%
HOGAR	98	39.84%	15.21%	64.99%
JUBILADO	85	34.55%	18.40%	42.04%
OBrero	12	4.88%	22.18%	7.61%
PROFESIONAL	1	0.41%	5.34%	4.76%

IC= Intervalo de confianza Fuente : Encuesta.

En la Tabla 2 es posible observar que de acuerdo al género en el masculino se observó un predominio de familia no relacionada flexible con el 32.04% y el 32.10% respectivamente. Por parte del género femenino se aprecia un predominio de familia no relacionada y caótica con el 43.3% y 48.9% para cada una de ellas sin encontrar alguna diferencia significativa.

Tabla 2. Frecuencia de Cohesión Y Adaptabilidad por género del Adulto mayor que acude al servicio de urgencias.

VARIABLE	MASCULINO				FEMENINO			
	n=103	(%)	IC 95%		n= 143	(%)	C 95%	
COHESIÓN								
NO RELACIONADA	33	32.04%	11.75%	45.13%	62	43.36%	27.45%	59.10%
SEMIRRELACIONADA	18	17.48%	11.43%	27.90%	38	26.57%	19.35%	31.72%
RELACIONADA	21	20.39%	12.50%	36.10%	22	15.38%	7.09%	27.31%
AGLUTINADA	31	30.10%	18.69%	54.00%	21	14.69%	10.24%	29.13%
ADAPTABILIDAD								
ESTRUCTURADA	35	33.98%	17.35%	42.21%	19	13.29%	6.32%	21.57%
FLEXIBLE	45	43.69%	32.10%	55.70%	54	37.76%	22.13%	51.92%
CAOTICA	23	22.33%	11.32%	42.13%	70	48.95%	27.21%	66.64%

Fuente : Encuesta.

Finalmente, fue posible observar que la principal causa de consulta fue la de Diabetes Descontrolada con un 39.84% seguido de la Hipertensión Arterial descontrolada con el 26.42%.

Tabla 3. Principales Motivos de Consulta al servicio de Urgencias.

VARIABLE				
Causas de Consulta	n= 246	(%)	IC 95%	
Diabetes Descontrolada	98	39.84%	11.75%	45.13%
Hipertensión descontrolada	65	26.42%	10.43%	37.70%
Heridas	22	8.94%	12.50%	17.90%
Fracturas	12	4.88%	18.69%	54.00%
Dolor Abdominal	26	10.57%	3.36%	17.34%
Cuadros Respiratorios	23	9.35%	17.35%	42.21%

Fuente : Encuesta.

Discusión.

En el presente estudio se pudo observar que al igual que en la Literatura, la población de adultos mayores presentan como mayor motivo de consulta las enfermedades crónicas degenerativas que, a diferencia de otros estudios, las enfermedades respiratorias se encuentra como último lugar de las principales causas. De acuerdo a la disfunción familiar, se observa que las familias de dicho grupo de estudio se encuentran en su mayoría como disfuncionales, predominando la no relacionada caótica. que predomina con la presentación de este evento es aquella que oscila en escolares y adultos jóvenes, así mismo, es posible valorar que la gravedad establecida por medio de la escala de Glasgow presentó dos defunciones, sin ser posible establecer alguna asociación significativa entre las características sociodemográficas de los participantes y la gravedad del traumatismo ya que se requiere de otro diseño de estudio.

Conclusiones.

La población geriátrica que hace uso del servicio de urgencias, presenta en su mayoría disfunción familiar, lo que probablemente se motivó de un incremento en la demanda de dicho servicio, así mismo, se podría considerar en un estudio posterior, que dicha disfunción se considere como un factor de riesgo para el descontrol de las enfermedades crónicas, caídas y enfermedades respiratorias. De tal forma que es necesario dar un seguimiento integral al comportamiento y presencia de las redes de apoyo con las que cuenta el paciente geriátrico.

Referencias.

1. Sánchez. M, Salgado E, Miró o. "Mecanismos organizativos de adaptación y supervivencia de los servicios de urgencia." Emergencias 2008; 20: 48-53. □
2. Villalpando. J, Ferreira. E, "Fomentemos el Trato Digno al Paciente y su Familia" Rev. Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias, 2007; (20): 239-240.
3. De la Fuente. T, Quevedo, E. " FUNCIONALIDAD PARA LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA EN EL ADULTO MAYOR DE ZONAS RURALES." Archivos de Medicina Familiar. 2010; (12): 1-2.
4. Gutiérrez. L, "Relación entre el deterioro funcional y el grado de dependencia y las necesidades asistenciales de los adultos mayores en México." Problemas y Programas del Adulto Mayor . 1997: 24-25.
5. López. J, "Functional status in elderly with insomnia." Quality of life Research.2007; 16(2):279-283
6. Vanina. S, Barreyro. J, "Escala de evaluación del funcionamiento familiar FACES III." Escritos de Psicología. 2010; 3(2): 30-35.
7. Gutierrez. L, Alvarez. M, "La Geriatria en México." El Residente. 2010; 5(2): 43-48.
8. Barry. J, "Penurias de los ancianos en abandono en el sur de Nuevo León." Revista Española de Geriatria y Gerontología. 2006; 41 (3): 196-97
9. Guillemard. A, "Envejecimiento, empleo y protección social." Revista Española de Geriatria y Gerontología. 1998; 33 (90): 17-27
10. Leal. D, Castro. M, "La geriatría en México" Investigación en Salud. 2006; 7 (3): 185-89.

11. Pareja. T, Hornillos. M, "Unidad de observación de Urgencias para pacientes geriátricos: beneficios clínicos y asistenciales." Revista Española de Geriatria y Gerontología. 2009; 44 (4):175-179.
12. Alonso. P, Sanso. F, "Envejecimiento poblacional y fragilidad en el adulto mayor." Rev. Cubana Salud Publica. 2007; 33 (1):17-21.
13. Romero. A, "Fragilidad y enfermedades crónicas en los adultos mayores." Med. Int. Mex. 2011; 27 (5): 455-462.
14. Rodríguez. A, López. D, "Evaluación cognitiva de los pacientes ancianos en el servicio de urgencias: comparación entre instrumentos estándar, historia clínica y la percepción de los médicos." Revista Española de Geriatria y Gerontología. 2010; 45 (4): 183-188.
15. Ferrer. A, Predictive items of functional decline 2 year mortality in nonagenarians the Nona Santfelieu study. Eur J Haelt. 2008; 18: 406-9
16. Yesavage. J, "Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report." J Psychiat. Res. 1983; 17: 37-49.
17. Lopez. A, Duaso. E, "Valoración del paciente Frágil en Urgencias" Emergencias. 2009; 21(2): 365-369.
18. Duaso. E, Santiago. T, "Abordaje del anciano en el servicio de urgencias de un hospital de agudos." Revista Española de Geriatria y Gerontología. 2009; 44 (1):10-14.
19. Pallardo. B, Santa. P, "Importancia de la asistencia urgente en el paciente anciano." An. Med Interna (Madrid). 2001; 18 (1): 5-8.
20. Martínez. J, Pascual. M, "Razones del usuario en la utilización de un servicio de urgencias hospitalario" Rev Clin Esp. 1992;191 (12): 488-493.