



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
SUBDIVISION DE MEDICINA FAMILIAR
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD ACADÉMICA
SANTIAGO TLAXOMULCO, ESTADO DE MÉXICO



**SÍNDROMES GERIÁTRICOS MÁS FRECUENTES Y SU RELACIÓN CON LA
FUNCIONALIDAD FAMILIAR**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR

PRESENTA:

INVESTIGADOR RESPONSABLE

M.C MÓNICA CORREA SOLIS

INVESTIGADOR ASOCIADO

EMF JAIME JUÁREZ GONZÁLEZ

REGISTRO DE AUTORIZACIÓN:
R-2017-1505-045



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.

**SÍNDROMES GERIÁTRICOS MÁS FRECUENTES Y SU RELACIÓN CON LA
FUNCIONALIDAD FAMILIAR**

**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA:

M.C. MÓNICA CORREA SOLIS

AUTORIZACIONES



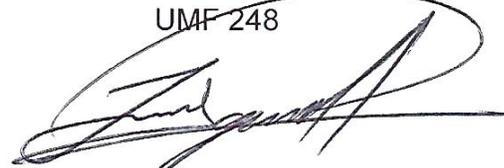
EMF ALVARO MANUEL PAYÁN SIERRA
DIRECTOR DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR 249
SANTIAGO TLAXOMULCO, ESTADO DE MÉXICO



EMF ZITA MARIA DE LOURDES REZA GARAY
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN
EN MEDICINA FAMILIAR PARA MÉDICOS GENERALES EN
SANTIAGO TLAXOMULCO ESTADO DE MÉXICO



EMF JAIME JUÁREZ GONZÁLEZ
INVESTIGADOR ASOCIADO
COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD
UMF 248



EMF JOSUE JACIEL AGUILAR REYES
COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD
UMF 249



**FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR**
TOLUCA, ESTADO DE MÉXICO 2019

**SÍNDROMES GERIÁTRICOS MÁS FRECUENTES Y SU RELACIÓN CON LA
FUNCIONALIDAD FAMILIAR**

**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR**

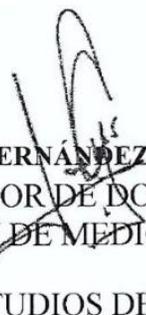
PRESENTA:

MÓNICA CORREA SOLIS

AUTORIZACIONES


DR. JUAN JOSÉ MAZÓN RAMÍREZ
JEFE DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.


DR. GEOVANNI LÓPEZ ORTIZ
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN
DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.


DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA
DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.



**FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR**

INDICE

Contenido

RESUMEN	1
1 MARCO TEORICO	2
1.1 Envejecimiento	2
1.1.1 Definición	2
1.2 Síndromes geriátricos	4
1.2.1 Caídas	5
1.2.1.1 Definición	5
1.2.2 Delirio	5
1.2.2.1 Definición	5
1.2.2.2 Fisiopatología	5
1.2.2.3 Manifestaciones clínicas	5
1.2.3 Fragilidad	7
1.2.3.1 Definición	7
1.2.3.2 Fisiopatología	7
1.2.3.3 Diagnóstico	8
1.2.4 Incontinencia urinaria	8
1.2.4.1 Definición	8
1.2.5 Inmovilidad	9
1.2.5.1 Definición	9
1.2.5.2 Factores predisponentes	9
1.3 Funcionalidad familiar	9
1.3.1 Definición	9
1.3.2 Criterios	11
1.4 Instrumento	12
1.4.1 Definición	12
2.- METODOLOGIA	14
2.1 JUSTIFICACION	14
2.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	15
2.3 HIPÒTESIS	16

2.4.- OBJETIVOS	17
2.4.1 Objetivo general	17
2.4.2 Objetivos específicos	17
2.5 MATERIAL Y METODOS	18
2.5.1.- Tipo de estudio	18
2.5.2 Diseño de estudio:	18
2.5.3.- Población, Lugar y Tiempo:	18
2.5.4 Tipo de muestra:	18
2.5.5.-Tamaño de la muestra.	18
2.6 CRITERIOS DE SELECCION	19
2.6.1 Criterios de inclusión.	19
2.6.2 Criterios de no inclusión	19
2.6.3 Criterios de eliminación	19
2.6.4 Muestra	20
2.7 VARIABLES	21
2.7.1 Variable independiente	21
2.7.2 Variable dependiente	21
2.8 OPERACIONALIZACION DE VARIABLES	22
2.9 ANALISIS ESTADISTICO	24
2.9.1 Estadística descriptiva:	24
2.9.2 Estadística inferencial	24
2.10 DESARROLLO DEL PROYECTO	25
2.10.1.- Límite de espacio:	25
2.10.2.- Límite de tiempo:	25
2.11 CONSIDERACIONES ÉTICAS	26
BIBLIOGRAFIA	38
CRONOGRAMA DE GANNT	40
3. ANEXOS	41
Anexo 1	41

RESUMEN

TITULO

SÍNDROMES GERIÁTRICOS MÁS FRECUENTES Y SU RELACIÓN CON LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR

AUTORES. M.C. Mónica Correa Solís Médico General UMF 248 Dr. Jaime Juárez González Coordinador Clínico de Educación e Investigación en Salud UMF 248 IMSS Delegación Poniente Estado de México

INTRODUCCIÓN: Los síndromes geriátricos constituyen una de las enfermedades más frecuentes presentadas en adultos mayores de 60 años lo que puede impactar en la relación con la funcionalidad familiar. El poder realizar un diagnóstico de los síndromes geriátricos más frecuentes ayudará para establecer un plan de ayuda familiar para mejorar el funcionamiento el cual puede llevar a un equilibrio biopsicosocial al paciente enfermo y mejorar la calidad de vida.

OBJETIVO: Identificar los síndromes geriátricos más frecuentes y determinar su relación con la funcionalidad familiar en la Unidad de Medicina Familiar 248 del IMSS, en San Mateo Atenco, Estado de México.

MATERIAL Y MÉTODO.

Estudio Observacional (transversal, prospectivo, descriptivo), para identificar los síndromes geriátricos más frecuentes y su relación con la funcionalidad familiar mediante el test faces III. La muestra se realizara por conveniencia a 365 adultos mayores que acuden a la consulta externa de la UMF 248 del IMSS, en San Mateo Atenco. Los datos se analizarán con el paquete estadístico SPSS versión 24.

1 MARCO TEORICO

1.1 Envejecimiento

1.1.1 Definición

El estado de salud de los adultos mayores depende de diversos factores: la salud física, el estado cognoscitivo, el estado de ánimo y las condiciones sociofamiliares.

No obstante, en la población adulta mayor es frecuente la presencia de varios padecimientos (comorbilidad) que incrementan el riesgo de adquirir alguna discapacidad, no solo por las consecuencias derivadas del aumento en el número de enfermedades sino también porque los efectos en las combinaciones entre las mismas pudieran elevar el riesgo y la severidad de las alteraciones funcionales, físicas o mentales (Brenes, Menéndez y Guevara, 2006). Esta situación se acentúa cuando las personas superan los 80 años, ya que aumenta la posibilidad de presentar comorbilidad y/o discapacidad. De acuerdo con la Organización Iberoamericana de Seguridad Social, en México "la quinta parte de la población de 80 a 84 años y poco menos de la tercera parte de la población de 85 años o más presenta alguna limitación o deficiencia física o mental" (1)



Figura 1. Factores que influyen en el estado de salud del adulto mayor

Frecuentemente se alude a los cambios demográficos como un factor que explica el gran crecimiento de los estudios realizados sobre envejecimiento y las personas mayores en las últimas décadas, crecimiento que se observa de prácticamente todas las disciplinas científicas.

Los datos actuales en España muestran que la población mayor de 65 años se sitúa alrededor del 17% de la población total, con más de 7 millones de personas (Instituto Nacional de Estadística-INE, 2008), de las que aproximadamente un 25% son octogenarias. En este sentido y según las proyecciones realizadas por el INE, - en el año 2050 las personas mayores de 65 años estarán por encima del 30% de la población (con casi 13 millones) y los octogenarios llegarán a ser más de 4 millones, lo que supondría más del 30% del total de la población mayor.

Estas estimaciones son aún más pesimistas en estudios internacionales de prospectiva y en las proyecciones llevadas a cabo por la Organización de Naciones Unidas (ONU), que sitúan a España en el año 2050 como el país más envejecido del mundo, de cuya población el 40% se situaría por encima de los 60 años. (2)

Según datos presentados en la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento, la proporción de adultos mayores en la población era de aproximadamente 8% en 1950 y se calcula que para 2050 será 21%. México no está exento de este cambio demográfico, ya que el envejecimiento de la población se acelerará significativamente en el presente siglo. Se calcula que el número de adultos mayores aumentará de 6.8 millones en 2002 a 22.2 millones en 2030 y 36.2 millones en 2050. (3)

A. Espinosa: El envejecimiento es un proceso dinámico y continuo de la materia en función del tiempo en el cual determinadas manifestaciones externas traducen cambios internos. Es un fenómeno universal y natural, no sólo del hombre. En el humano es un proceso irreversible.

J. Romero: El envejecimiento no es sólo un proceso físico; envejecer también provoca alteraciones psicológicas y sociales, por lo que este proceso está sujeto a la interacción entre el hombre y el medio en que éste se desarrolla.

Henry Rathschild: Los gerontólogos consideran al envejecimiento como un deterioro progresivo de las funciones orgánicas del adulto, el cual disminuye su capacidad de adaptación en un ambiente dinámico y termina finalmente con la muerte. (4)

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) definen el envejecimiento individual como el proceso de integración entre un individuo que envejece y una realidad contextual en proceso de cambio permanente. La OMS y OPS definen a un adulto mayor “funcionalmente sano”, como aquél capaz de enfrentar este proceso de cambio, con un nivel adecuado de adaptación funcional y de satisfacción personal (5)

Con personas en nuestro México viviendo más y procreando menos hijos, tenemos que estar preparados para enfrentar el nuevo desafío del envejecimiento demográfico. Los avances médicos y la medicina preventiva han significado un progreso contra las enfermedades transmisibles, las cuales fueron alguna vez la principal amenaza en nuestro país. Pero al mismo tiempo, el número de personas con padecimientos crónicos y degenerativos se ha incrementado. Las tasas de mortalidad de las enfermedades transmisibles en niños menores de un año disminuyeron a la mitad en los últimos 50 años. Le siguió la disminución de las tasas de natalidad de 3.1 a 2.4 hijos por mujer. Esto coincidió con el envejecimiento de la población general.

El resultado neto es que hoy en día, la gente de más de 85 años constituye el grupo poblacional de más rápido crecimiento, incrementándose a un ritmo de 3 a 5% por año. La población de más de 65 años de edad está creciendo a una tasa de 2% por año aproximadamente, mientras que la población general está

creciendo a un ritmo anual de 1.3%. No sólo hay actualmente más viejos, sino que más personas se harán cada vez más viejas. Al inicio del siglo XXI, la esperanza de vida al nacimiento en México llega ya a los 74 años. (6)

Como se sabe, el hombre envejece en un contexto social y a determinadas edades, las cuales pueden dividirse por etapas, se alcanzan determinados status sociales y esto constituye lo que se ha llamado el modelo social del envejecimiento Cuadro 1(7)

1.2 Síndromes geriátricos

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define como adulto mayor a la persona mayor de 65 años, a partir de 1982 introdujo el concepto de funcionalidad en este grupo etario, definiendo el estado de salud entre los envejecidos, no en términos de déficit, sino de mantenimiento de la capacidad funcional.

Un síndrome geriátrico es una entidad que ocurre frecuentemente en personas mayores y representa algún problema de salud o enfermedad que, si bien aún no se manifiesta abiertamente, ya implica una patología o un riesgo para su salud. Por ejemplo, las caídas, una condición frecuente en las personas mayores (aproximadamente 1 de cada 2 adultos mayores se cae 1 vez al año) pueden ser la manifestación de enfermedad de Parkinson, de osteoartritis, de demencia o de problemas visuales o de una combinación de todas ellas que, por presentarse de manera sutil, pueden pasar desapercibidas, pero que al progresar o al complementarse con otras, alteran la marcha y el equilibrio ocasionando las caídas, las que pueden causar fracturas –como las de cadera– y comprometer la funcionalidad e, incluso, causar la muerte de la persona. Por ello, en la evaluación geriátrica integral se debe incluir un listado de síndromes y problemas geriátricos para evaluar algunas enfermedades que suelen manifestarse de manera atípica, sutil, o a través de estos síndromes geriátricos (Tabla 1). (8)

Tabla 1. Principales Síndromes Geriátricos

Síndrome geriátrico	Definición
Caídas	Se considera síndrome de caídas cuando ocurren más de dos caídas en 1 año, o un episodio de caída con complicaciones (2).
Delirio	Deterioro global de las funciones cognitivas, presentando un comienzo agudo, curso fluctuante con agitación y alteración del ciclo sueño vigilia (2,3,14).
Inmovilismo	Descenso de la capacidad para desempeñar actividades de la vida diaria por deterioro de las funciones motoras, lo que lleva a situación de postración (2,4).
Incontinencia	Pérdida involuntaria de orina, que es objetivamente demostrable y que constituye un problema social e higiénico. La fecal como expulsión involuntaria de heces (2,4).
Fragilidad	Síndrome biológico de vulnerabilidad al cual se llega por el declive acumulado de los mecanismos fisiológicos, con pérdida progresiva de la capacidad homeostática, originando que el paciente no pueda enfrentar condiciones estresantes como infecciones, traumatismos, hospitalizaciones, entre otras (17).

1.2.1 Caídas

1.2.1.1 Definición

Las caídas, debido a su elevada frecuencia y al elevado riesgo de lesiones secundarias asociado a ellas, constituyen un fenómeno negativo de gran importancia en los ancianos. Son una de las principales causas de lesiones, incapacidad, institucionalización e incluso de muerte en las personas mayores, y por este motivo se consideran un marcador de fragilidad en el anciano y constituyen, tal vez, el prototipo más característico de los llamados síndromes Geriátricos. Cualquier caída en un anciano durante las actividades cotidianas es un signo vital que indica un problema médico no identificado o una necesidad no resuelta, y debe evaluarse correctamente (9)

1.2.2 Delirio

1.2.2.1 Definición

El delirium es un síndrome, no una enfermedad, de etiología compleja y a menudo multifactorial, que culmina en un patrón similar de signos y síntomas referentes al nivel de conciencia y deterioro de funciones cognitivas del paciente. Clásicamente, el delirium tiene un inicio súbito (horas o días), su evolución es breve y fluctuante, (9)

1.2.2.2 Fisiopatología

Es resultado de la interacción de un estado neurobiológico previo vulnerable y uno o múltiples agentes desencadenantes o precipitantes. Estos agentes actúan a través de mecanismos neuropatogénicos aún no bien conocidos como la disminución del metabolismo oxidativo cerebral, la respuesta neuroendocrinológica ante situaciones de stress y la liberación de citoquinas. Estos procesos pueden interactuar entre sí produciendo una disfunción cerebral que afecta a estructuras corticales y subcorticales encargadas de mantener el nivel de conciencia y la atención (9)

1.2.2.3 Manifestaciones clínicas

Una de las características principales, es la tendencia del cuadro a la fluctuación a lo largo del día, oscilando desde un fallo mínimo hasta la dificultad de ser activado y al estupor. El trastorno suele agravarse por la noche y primeras horas de la mañana y a veces sólo se presenta por la noche. La presentación nocturna puede explicarse por la menor estimulación sensorial. En principio suele ser reversible, de corta duración, y suele acompañarse de manifestaciones asociadas a alteraciones del ciclo vigilia-sueño, del comportamiento psicomotor y de las emociones (9)

Se produce un déficit en la atención, con incapacidad para dirigir, focalizar, sostener o cambiar la atención). Hay trastornos en memoria (defecto en el registro y retención de nueva información), acompañados de desorientación y el pensamiento suele ser incoherente y desorganizado (9)

Tabla 2. Factores predisponentes y precipitantes del delirium

Factores predisponentes y precipitantes del delirium (7, 8)

Factores predisponentes	Factores desencadenantes
<p>Características demográficas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Edad 65 años o más. - Varón <p>Fármacos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tto. con múltiples psicotropos - Polimedicación (anticolinérgicos, antiarrítmicos, analgésicos) - Abuso de alcohol <p>Estado cognitivo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Demencia - Deterioro cognitivo <p>Historia previa de delirium</p> <p>Trastornos del ánimo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Depresión - Ansiedad <p>Comorbilidad:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Enfermedades graves - Pluripatología - Enf. crónica renal ó hepática - ACV previos - Enfermedades neurológicas - Trastorno metabólico - Fractura o trauma - Enfermedad terminal - VIH positivo <p>Estado funcional:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Déficit funcional, dependencia - Síndrome de inmovilidad - Historia de caídas <p>Deprivación sensorial:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Déficit visuales y/o auditivos <p>Trastornos en la ingesta:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Deshidratación - Desnutrición 	<p>Fármacos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Benzodiacepinas - Anticolinérgicos - Anticonvulsiantes - L-dopa - Antagonistas H2 - Analgésicos, AINEs - Polimedicación - Deprivación de drogas, fármacos o alcohol. <p>Enfermedades neurológicas primarias:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ACV - Hemorragia intracraneal - Meningitis o encefalitis <p>Patología intercurrente</p> <ul style="list-style-type: none"> - Infecciones - Alteraciones del equilibrio hidroelectrolítico - Enfermedades agudas severas - Fiebre - Hipoxia - Dolor - Desnutrición - Alteraciones metabólicas - Cirugía <p>Ambientales:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ingreso en UCI - Restricciones físicas - Sonda vesical - Múltiples procedimientos - Estrés emocional <p>Trastornos del sueño</p>

1.2.3 Fragilidad

1.2.3.1 Definición

La fragilidad en ancianos puede ser definida con el síndrome clínico geriátrico que está relacionado a un estado fisiológico de aumento de la vulnerabilidad, a factores de estrés que resultan de la disminución de las reservas fisiológicas y a la desregulación de múltiples sistemas. Ella está sustentada por una tríade de alteraciones relacionadas al proceso de envejecimiento: sarcopenia, desregulación neuroendocrina y disfunción del sistema inmunológico.

Del punto de vista operacional, es comprendida por un fenotipo de fragilidad que incluye cinco componentes propuestos por Fried: pérdida de peso no intencional, autorrelato de fatiga y/o agotamiento, disminución de la fuerza muscular, lentitud en la velocidad de la marcha y bajo nivel de actividad física. Así, la presencia de uno o dos de esos criterios caracteriza la condición de prefragilidad, en cuanto tres o más, la fragilidad. (10)

Actualmente, la mayoría de los autores concuerda que el anciano frágil o de riesgo es aquel que, por sus reservas funcionales reducidas¹, presenta mayor riesgo de eventos adversos y de mortalidad. (11)

Estudios nacionales e internacionales han constatado diferentes prevalencias que varían de 6,9% a 40,6% en ancianos frágiles y de 46,3% a 60,1% en aquellos prefrágiles. Entre los factores asociados, se destacan: sexo femenino, edad avanzada, baja escolaridad y baja renta; ausencia de compañero, vivir solo, percepción de salud negativa, incapacidad funcional, enfermedades concomitantes, hospitalización e indicativo de depresión. (10)

1.2.3.2 Fisiopatología

Un artículo publicado por investigadores del Centro Geriátrico "Johns Hopkins" propone 3 trastornos relacionados con el envejecimiento, más los factores ambientales como base fisiopatológica. (11)

- 1.- Sarcopenia; que es la disminución de la masa muscular relacionada con la edad, el cual es el principal componente del síndrome.
- 2.- Disfunción de la regulación neuroendocrina: Está demostrado que en el envejecimiento se produce disfunción en el eje hipotálamo-glándula pituitaria-glándula suprarrenal.
- 3.- Disfunción inmune; el envejecimiento está asociado con un incremento en los niveles de citoquinas catabólicas (como interleucinas y el factor de necrosis tumoral).

1.2.3.3 Diagnóstico

Linda Fried, publicó los resultados del seguimiento de 5 317 persona mayores entre 65 y 101 años, seguidos por 4 y 7 años, parte del estudio de la cohorte de *Cardiovascular Health Study*, en quienes definió la fragilidad de acuerdo a la presencia de al menos tres de cinco criterios. (Tabla 3). (11)

Tabla 3. Criterios del síndrome de fragilidad

1. Pérdida de peso involuntaria (4.5 Kg. a más por año).
 2. Sentimiento de agotamiento general.
 3. Debilidad (medida por fuerza de prehensión).
 4. Lenta velocidad al caminar (basados en una distancia de 4.6 m).
 5. Bajo nivel de actividad física (menor de 400 calorías a la semana).
- DIAGNÓSTICO DE FRAGILIDAD: con tres a más criterios. Fred 2001**

1.2.4 Incontinencia urinaria

1.2.4.1 Definición

Pese a tratarse de uno de los grandes síndromes geriátricos, su prevalencia real es difícil de conocer por diferentes motivos (limitaciones metodológicas, sesgos conceptuales, recogida de datos, cuestionarios utilizados, tendencia a su ocultación, etc.), si bien las cifras aceptadas como representativas en la población geriátrica oscilan entre un 15 y 20% en ancianos de la comunidad y un 60–70% en ancianos institucionalizados.

Un aspecto cada vez más reconocido, especialmente desde que la Sociedad Internacional de Continencia (ICS) lo propuso hace 8 años como un requisito diagnóstico, es la afectación de la Calidad de Vida del sujeto, en forma de cualquier tipo de molestia o disconfort derivados de los escapes de orina. Actualmente existe unanimidad en las recomendaciones de las principales Sociedades Científicas y Guías Clínicas, sobre la valoración sistemática de la Calidad de Vida en los pacientes incontinentes mediante los cuestionarios validados para tal fin.(13)

La incontinencia urinaria es uno de los procesos crónicos que deterioran en mayor medida la Calidad de Vida del paciente, incluso algo más que el ictus o la demencia, sobre todo debido a la alta morbilidad que genera y la necesidad de ingresos hospitalarios e institucionalización derivados de ella, así como al impacto multidimensional que genera. (14)

Actualmente está bien establecido el beneficio del tratamiento conservador y de las técnicas conductuales en las mujeres con incontinencia de esfuerzo y con vejiga hiperactiva, aunque en estos últimos años se han desarrollado nuevos fármacos para su manejo, destacando los fármacos con acción antimuscarínica para la incontinencia de urgencia y la duloxetina para la de esfuerzo. (15)

1.2.5 Inmovilidad

1.2.5.1 Definición

Se puede definir el inmovilismo como la disminución de la capacidad de realizar las actividades de la vida diaria por deterioro de la función motora. El síndrome de inmovilidad se origina por cambios fisiopatológicos en múltiples sistemas, condicionados por el envejecimiento y el desuso, manifestándose como deterioro funcional con limitación de la capacidad de movilización.

Los trastornos de la movilidad son muy frecuentes en los adultos mayores. Pueden deberse a una o varias enfermedades crónicas e instalarse progresivamente, o ser consecuencia de una enfermedad aguda. El 18% de los mayores de 65 años tienen problemas para moverse sin ayuda. A partir de los 75 años más del 50% de las personas tienen problemas para salir de su casa y el 20% deben permanecer confinados en su domicilio. (16)

1.2.5.2 Factores predisponentes

De los múltiples factores que predisponen al paciente a verse afectado por el síndrome, los más frecuentes son: falta de fuerza o debilidad (desnutrición, disonías, anemia, sarcopenia), rigidez (artrosis), dolor, alteraciones del equilibrio y trastornos mentales (depresión, demencia, delirium). Puede resultar de utilidad diferenciar entre factores predisponentes intrínsecos y extrínsecos. (16)

1.3 Funcionalidad familiar

1.3.1 Definición

La familia es la base del bienestar de los niños y niñas en tanto garantice el crecimiento, el desarrollo normal y el equilibrio emocional que facilite su enfrentamiento a los hechos de la vida. En el grupo familiar se dan las condiciones para que la familia sea una unidad de análisis de los procesos de la salud mental, por cuanto evidencia en su organización, estructura y funcionamiento el estilo de vida individual y grupal, las costumbres, los hábitos, la posición social y la dinámica de interacciones. (12)

Otro aspecto importante que define el estado de salud de las personas mayores es conocer el entorno sociofamiliar en el que viven. Pueden existir entornos favorables que promueven un envejecimiento saludable o entornos de abuso, de sobreprotección o de cuidado inapropiado por desconocimiento o por falta de interés. (8)

Un funcionamiento familiar saludable implica el desarrollo de una dinámica adecuada en la familia, la cual es el establecimiento de determinadas pautas de interrelación entre los miembros del grupo familiar, las que se encuentran mediadas o matizadas por la expresión de sentimientos afectos y emociones de los miembros entre sí, y en relación con el grupo en su conjunto. El funcionamiento familiar saludable posibilita a la familia cumplir exitosamente con las funciones que le están asignadas, para lo cual se hace necesario el desarrollo de una dinámica familiar apropiada. Por familia funcional se considera aquella que es capaz de propiciar el desarrollo integral de sus miembros y que promueve el crecimiento tanto individual como grupal de los mismos, de forma tal que sus interacciones y relaciones le permiten enfrentar adecuadamente las situaciones de crisis, manteniendo la armonía familiar.

Por otra parte, cuando una familia no cumple o no logra las tareas antes descritas surge el concepto de “disfuncionalidad”, que hace referencia al funcionamiento relacional deficiente a lo largo del tiempo, el cual no permite el desarrollo de las funciones culturalmente establecidas para ella afectando significativamente tanto al grupo familiar como al desarrollo individual de sus miembros. (12)

Familias funcionales son aquellas capaces de crear un entorno que facilite el desarrollo personal de sus miembros, son familias que en general no sufren crisis ni trastornos psicológicos graves. La funcionalidad aparece asociada a diferentes características del sistema familiar: niveles de cohesión, flexibilidad, comunicación, estrés, conflictos, emociones, vínculos, etc., que la literatura especializada ha valorado con diferentes instrumentos cuantitativos y cualitativos (Beavers y Hampson, 1995; Moos, Moos y Trickett, 1989; Olson, 1991). Otra de las características que aparece asociada a las familias funcionales es el bajo grado de discrepancia mostrado entre sus miembros al percibir la vida familiar; altos grados de discrepancia que puede existir entre los propios padres, o bien entre éstos y sus hijos, por el contrario, aparecen asociados a problemas en el desarrollo personal y social de los miembros de la familia (Caprara, Regalia, Scabini, Barbaranelli y Bandura, 2004). (13)

La familia es un sistema que a su vez se compone de subsistemas, cual engranaje en una maquinaria, en dicha composición tenemos al subsistema conyugal (papá y mamá), subsistema paterno-filial (padres e hijos) y subsistema fraternal (hermanos), toda familia tiene características que las pueden hacer parecer distintas o similares a otras, estas son las características tipológicas como son: la Composición (nuclear, extensa o compuesta), el Desarrollo (tradicional o moderna), la Demografía (urbana, suburbana o rural), la Ocupación (campesino, empleado o profesionalista), la Integración (integrada, semiintegrada o desintegrada), pero hay otras características que son indispensables conocer ya que según Satir son útiles para

determinar el grado de funcionalidad familiar, lo anterior se engloba en el conocimiento de la dinámica familiar y que obliga a conocer la Jerarquía entendiéndola como el nivel de autoridad que gobierna en la organización familiar y que puede ser, autoritaria, indiferente negligente, indulgente permisiva o recíproca con autoridad, los Límites que representan las reglas que delimitan a las jerarquías y que pueden ser, claros, difusos o rígidos y la Comunicación que no es más que la forma en que la familia se expresa entre sí y puede ser, directa, enmascarada o desplazada.

La importancia de conocer todas estas características radica en el fenómeno que representa la familia como fuente de salud o enfermedad, tal y como lo expresó Florenzano, al reportar que más del 55 % de 365,425 adolescentes con algún tipo de adicción pertenecían a familias con algún grado de disfunción familiar, de igual manera, Huerta-Martínez 6 enfatizó la importancia de investigar los factores que pueden modificar la dinámica familiar ya que de un total de 413 familias encuestadas con FACES III, el 89% era disfuncional al momento del estudio siendo el factor más asociado a disfunción el tener a un integrante enfermo.(19)

La funcionalidad familiar es la capacidad del sistema para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis por las que atraviesa.(Huerta,1999) Cursa por cuatro etapas secuenciales: procesos de identidad, disposición al cambio, procesos de la información y estructuración de roles.(Velazco-Orellana, Y Chávez, 1994) La funcionalidad familiar es dinámica, ya que las familias no son estáticas y por lapsos o circunstancias pueden caer en crisis, y en ese momento ser disfuncionales en mayor o menor grado, y recuperarse posteriormente.

1.3.2 Criterios

Para determinar el grado de funcionalidad de una familia, Satir emplea los siguientes criterios: (19)

1. Comunicación: En una familia funcional la comunicación entre sus miembros es clara, directa, específica y congruente; características opuestas en una disfuncional.

2. Individualidad: La autonomía de los miembros de la familia funcional es respetada y las diferencias individuales no sólo se toleran, sino que se estimula para favorecer el crecimiento de los individuos y del grupo familiar.

3. Toma de decisiones: La búsqueda de la solución más apropiada para cada problema es más importante que la lucha por su poder. En las familias disfuncionales importa más quien va a “salirse con la suya” y consecuentemente los problemas tienden a perpetuarse porque nadie quiere perder.

4. Reacción a los eventos críticos: Una familia funcional es lo suficientemente flexible para adaptarse cuando las demandas internas o ambientales así lo exigen, de manera que puede conservar la homeostasis sin que ninguno de los miembros desarrolle síntomas. En cambio, en una disfuncional, la rigidez y la resistencia al

cambio favorecen la aparición de psicopatología cuando las crisis amenazan romper el equilibrio.

La disfunción familiar puede manifestarse por medio de los síntomas en sus integrantes. Gran parte de los trastornos psicosociales tienen su origen en la disfunción familiar. (20)

En la utilización de instrumentos de evaluación familiar se ha cuestionado la validez de las medidas de los fenómenos familiares, y en el intento de ver la familia como un todo, en vez de verse como miembros individuales, Fisher y asociados, analizan la situación de los estudiosos de familia, para crear datos que reflejen la familia como unidad.

Estos datos individuales presentan ventajas y desventajas. Dentro de las ventajas encontramos la facilidad para su recolección, el bajo costo en tiempo y esfuerzo, facilidad en el momento de aplicación de los instrumentos para dar puntajes, para el análisis y libertad del individuo, para expresar sus pensamientos y emociones; como desventaja está el que las medidas obtenidas representan el punto de vista de un individuo y no la cualidad o característica de la unidad familiar, la medida obtenida a partir de un miembro que está fuera del contexto, no refleja las interacciones familiares.(20)

En los últimos años, los médicos con especialidad en familia han manifestado su interés por identificar el papel que la familia cumple en el proceso de salud-enfermedad, donde los patrones de relación social entre los miembros de la familia pueden acrecentar el riesgo individual y la vulnerabilidad a presentar enfermedades, o lo contrario el desarrollo de mecanismos del sistema familiar para brindar la atención necesaria al enfermo. (20)

1.4 Instrumento

1.4.1 Definición

La Escala de Evaluación de Cohesión y Adaptabilidad Familiar (FACES III; de Olson, Portner y Lavee, 1985; Olson, 1992) es la 3ª versión de la serie de escalas FACES y ha sido desarrollada para evaluar dos de las principales dimensiones del Modelo Circumplejo: la cohesión y la flexibilidad familiar. Cualidades métricas que destacan los autores es que con *FACES III* se ha logrado bajar la correlación que existía entre ambos factores (cohesión y flexibilidad) cuando se utilizaba *FACES II*, y la correlación entre ellos con discapacidad social. (21)

Desde el Modelo Circumplejo de Sistemas familiares y Maritales (Olson, 2000; Olson, Russell y Sprenkle, 1989), el cual ha tenido una gran difusión en los últimos años en el mundo académico y profesional, se sostiene que la *cohesión*, la *flexibilidad* y la *comunicación* son las tres dimensiones que principalmente definen el constructo funcionamiento familiar. 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. 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. Los sistemas maritales o familiares balanceados tienden a ser más funcionales y facilitadores del funcionamiento, siendo los extremos más problemáticos mientras la familia atraviesa el ciclo vital. (21)

Escala de Evaluación de la Cohesión y Adaptabilidad Familiar, 3° Versión (FACES III) de Olson, Portner y Lavee (1985) y Olson (1992), en la adaptación de Zamponi y Pereyra (1997) y Schmidt (2002, 2003; Leibovich y Schmidt, 2010). Consta de 40 ítems, cada uno con una escala Likert de cinco opciones (casi siempre, muchas veces, a veces sí y a veces no, pocas veces, casi nunca), divididos en dos partes. La parte I, compuesta por 20 ítems y que evalúa el nivel de cohesión y flexibilidad de la familia tal como el sujeto la percibe en ese momento ("Familia Real"). Y la parte II, compuesta por 20 ítems que reflejan el nivel de cohesión y flexibilidad que al sujeto le gustaría que hubiese en su familia ("Familia Ideal"). Anexo 4 (21)

2.- METODOLOGÍA

2.1 JUSTIFICACIÓN

En la Encuesta Intercensal 2015, realizada por el INEGI, se contaron 119 millones 530 mil 753 habitantes en México distribuidos de la siguiente manera: la población menor de 15 años representa 27% del total, mientras que el grupo de 15 a 64 años, constituye 65% y la población en edad avanzada representa el 7.2 por ciento. (27)

En la Unidad de Medicina Familiar No, 248 “San Mateo Atenco”, existen actualmente 65,749 derechohabientes (3,446 hombres y 3,910 mujeres), mayores de 60 años de edad de acuerdo a cifras obtenidas de ARIMAC de la UMF 248 correspondiente al mes de mayo 2017.

Al presentarse el aumento del porcentaje en el envejecimiento de la población se tendrán riesgos de enfermar lo que conlleva a la presencia de síndromes geriátricos por lo que en este estudio se pretende identificar cuáles son los síndromes geriátricos más frecuentes y su relación con la funcionalidad familiar, se pretende observar la trascendencia de contar con un adecuado apoyo para que el paciente geriátrico se desenvuelva lo mejor posible en su ámbito familiar.

Es importante identificar cuál es el grupo etario con presencia de mayores síndromes geriátricos así como saber cuál es el género más afectado por estos mismos

Respecto a la funcionalidad familiar se pretende que el paciente geriátrico aumente la sobrevida libre de discapacidad, logrando que el adulto mayor conserve sus capacidades de autocuidado y aquellas que le permiten vivir de manera independiente en la comunidad.

2.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Se ha observado de acuerdo al INEGI 2015 el incremento en el promedio de vida por lo que la curva sociodemográfica se ha invertido, provocando que cada año se aumente la población en edad mayor a 60 años; la cual en alguna etapa de su vida puede llegar a enfermar y derivar en algún síndrome geriátrico los cuales probablemente al presentar funcionalidad familiar tendrán una mayor calidad de vida al estar establecidas sus redes de apoyo.

Al contrario de lo que sucede con una disfunción familiar donde el hecho de presentar síndrome geriátrico altera la dinámica familiar que puede incluso provocar abandono del paciente geriatra

De dónde surge la pregunta

¿Cuáles son los síndromes geriátricos más frecuentes y su relación con la funcionalidad familiar?

2.3 HIPÒTESIS

A mayor disfunción familiar mayor presencia de síndromes geriátricos.

2.4.- OBJETIVOS

2.4.1 Objetivo general

Identificar los síndromes geriátricos más frecuentes y determinar su relación con la funcionalidad familiar.

2.4.2 Objetivos específicos

1. Determinar las caídas como el síndrome más frecuente en el paciente geriatra.
2. Determinar el delirio como el síndrome más frecuente en el paciente geriatra
3. Determinar el inmovilismo como el síndrome más frecuente en el paciente geriatra.
4. Determinar la incontinencia urinaria como el síndrome más frecuente en el paciente geriatra.
5. Determinar la fragilidad como el síndrome más frecuente en el paciente geriatra.
6. Identificar con el instrumento de FACES que tipo de funcionalidad familiar se encuentra más en los pacientes con síndromes geriátricos.
7. Identificar las siguientes características socio demográficas de los adultos mayores: (edad, sexo, estado civil) de 60 años de edad en la UMF 248 durante el periodo septiembre 2017 a mayo 2018.

2.5 MATERIAL Y METODOS

2.5.1.- Tipo de estudio

Se diseñara un estudio de tipo observacional, descriptivo, trasversal y prospectivo.

2.5.2 Diseño de estudio:

El estudio se realizará con 365 adultos mayores de 60 años en la Unidad de Medicina Familiar No. 248 del IMSS Delegación Estado de México Poniente, en San Mateo Atenco, se les explicó de manera verbal el objetivo del estudio, y se les invitó a participar, una vez aceptado y después de haber firmado el consentimiento informado se aplicaron los cuestionarios de forma individualizada.

2.5.3.- Población, Lugar y Tiempo:

Se captarán a los 365 adultos mayores de 60 años que cumplan con los criterios de inclusión y no inclusión, que acuden por cualquier motivo a la consulta externa de Medicina Familiar de la Unidad de Medicina Familiar No. 248, IMSS Delegación 16, en San Mateo Atenco, Estado de México

2.5.4 Tipo de muestra:

Se tomó una muestra no probabilística por conveniencia.

2.5.5.-Tamaño de la muestra.

Se encuestará 365 adultos mayores de 60 años y más que estén afiliados a la Unidad de Medicina Familiar delegación 16, en Estado de México Poniente, y acudan por cualquier motivo a la consulta externa de la Unidad de Medicina Familiar 248 IMSS.

De acuerdo con la base de datos del sistema médico operativo (SIMO) del departamento de ARIMAC de la UMF No. 248 del IMSS San Mateo Atenco, Estado de México, se encuentran afiliados 7356 mayores de 60 años de edad.

2.6 CRITERIOS DE SELECCION

2.6.1 Criterios de inclusión.

-Derechohabientes con expediente vigente en la UMF 248 de San Mateo Atenco, Delegación Estado de México Poniente.

-Adultos mayores de 60 años de edad.

-Ambos sexos.

2.6.2 Criterios de no inclusión

-Derechohabientes sin vigencia actualizada en la UMF 248 de San Mateo Atenco, delegación México Poniente.

-No derechohabientes.

-Menores de 60 años de edad.

-Adultos mayores de 60 años de edad que no deseen participar.

-Adultos mayores sin síndromes geriátricos.

2.6.3 Criterios de eliminación

-Encuestas incompletas.

2.6.4 Muestra

Se tomó un total de 7356 adultos mayores de 60 años adscritos a la UMF 248 San Mateo Atenco, utilizando la fórmula para cálculo de la muestra de poblaciones finitas:

Resultado de imagen para fórmula para poblaciones finitas Donde: N = Total de la población $Z\alpha = 1.96$ al cuadrado (si la seguridad es del 95%) p = proporción esperada (en este caso 5% = 0.05) $q = 1 - p$ (en este caso $1 - 0.05 = 0.95$) d = precisión (en su investigación use un 5%).

Una muestra representativa para estimar una media considerando:

Seguridad = 95%; Precisión = 5%; Proporción esperada = 5% Obteniendo una muestra de 365 adultos mayores de 60 años de la población total.

2.7 VARIABLES

2.7.1 Variable independiente
Funcionalidad Familiar

2.7.2 Variable dependiente
Presencia o ausencia de síndromes geriátricos

2.8 OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

VARIABLE (objetivos)	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICIÓN	UNIDAD DE MEDIDA	DE TIPO DE VARIABLE
Edad	Tiempo de vida del paciente desde que nació	Se dividirá por quinquenios	Intervalos	Números consecutivos	Cuantitativa
Estado civil	Situación personal en que se encuentra o no una persona física en relación a otra, con quien se crean lazos jurídicamente reconocidos sin que sea su pariente	Situación que guarda el adulto mayor al momento del estudio.	Nominal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Soltero 2. Casado 3. Divorciado 4. Viudo 5. Unión libre 6. Separado 	Cualitativa
Escolaridad	Período de tiempo que un niño o un joven asiste a la escuela para estudiar y aprender,	Nivel de estudios académicos.	Nominal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Analfabeta 2. Primaria 3. Secundaria 4. Bachillerato 5. Licenciatura 6. Posgrado 	Cualitativa
Género	Condición orgánica que distingue a los machos de las hembras	Observación de las características de los pacientes en estudio	Nominal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Femenino 2. Masculino 	Cualitativa
Síndromes Geriátricos	Conjunto de cuadros, originados por la conjunción de una serie de enfermedades	Observación de la presencia de síndromes geriátricos más frecuentes.	Nominal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Fragilidad 2. Caídas 3. Incontinencia urinaria 4. Polifarmacia 5. Delirio 6. Fragilidad 	Cualitativa
Total de calificación de FACES III	Sumatoria del total de puntos de la encuesta FACES III	Se obtendrá de la encuesta FACES III	Discontinua	Números enteros	Cuantitativa

<p>Forma propuesta de interpretar Escala de Faces III</p>		<p>Se obtendrá una calificación por rangos para su análisis</p>	<p>Nominal</p>	<p>Para Cohesión</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 10-34 No relacionada 2. 35-40 Semirelacionada 3. 41-45 relacionada 4. 46-50 Aglutinada <p>Para adaptabilidad</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 10-19 Rígida 2. 20-24 Estructurada 3. 25-28 Flexible 4. 29-50 Caótica 	<p>Cualitativa</p>
---	--	---	----------------	---	--------------------

2.9 ANALISIS ESTADISTICO

2.9.1 Estadística descriptiva:

Para variables cuantitativas con medidas de tendencia central y dispersión, variables cualitativas frecuencia y porcentaje.

2.9.2 Estadística inferencial

Para analizar la relación de las variables, funcionalidad familiar y síndromes geriátrico, se hará mediante la prueba Chi cuadrada.

Para la presentación de los resultados se utilizarán graficas de barra, de pastel y cuadro de frecuencias.

2.10 DESARROLLO DEL PROYECTO

El presente estudio se realizará previamente aprobado por el comité local de investigación 1505. Se recabarán los datos para síndromes geriátricos con la cédula de Valoración Geriátrica Integral Breve y para funcionalidad familiar con el instrumento FACES III. Una vez obtenida la información se procederá a la evaluación, procesamiento y tabulación por métodos computacionales (Excel) y se realizará el análisis de dicha información.

2.10.1.- Límite de espacio:

Se realizará en la consulta externa de la Unidad de Medicina Familiar de la UMF 248 San Mateo Atenco.

2.10.2.- Límite de tiempo:

El presente estudio se realizará durante el tiempo de curso de especialización de Medicina Familiar para Médicos Generales de acuerdo al cronograma.

2.11 CONSIDERACIONES ÉTICAS

Este trabajo de investigación no genera lesión al individuo en el área biopsicosocial, los datos obtenidos serán utilizados para el logro del objetivo de esta investigación por lo que será estrictamente confidencial siendo el presente estudio de bajo riesgo ya que no se realiza intervenciones o maniobras, requiere consentimiento informado el cual se solicita la participación en el estudio en forma voluntaria basada en las recomendaciones para orientar a los médicos en la investigación biomédica, contempladas en:

1. La declaración de Helsinki según modificaciones establecidas en:(28)
 - a) 29ª asamblea médica mundial, Tokio, Japón, octubre 1975
 - b) 35ª asamblea médica mundial, Venecia, Italia, octubre 1983
 - c) 41ª asamblea médica mundial, Hong kong, septiembre 1989
 - d) 48ª asamblea general, Somerset West, Sudáfrica, octubre 1996
 - e) 52ª asamblea general, Edimburgo, escocia, octubre 2000.

2. El acuerdo que al respecto emitió la secretaria de salud pública en el diario oficial de la federación el martes 26 de enero de 1982, páginas 16 y 17. y a las normas institucionales establecidas.

3.- RESULTADOS

Dentro de las encuestas se realizaron 365, quedando 65 encuestas fuera de la muestra por no cumplir con los criterios de inclusión, así mismo 152 pacientes no cumplieron con diagnósticos de síndromes geriátricos siendo (47.3 %) las cuales se desecharon.

Se realizó un estudio descriptivo, transversal y prospectivo que incluyó 158 pacientes los cuales cumplieron con todos los criterios de inclusión; de los cuales 99 fueron del sexo femenino con el (63%) y 59 para el sexo masculino con el (37%).

Con respecto a la edad se realizó a través de rangos encontrando mayor frecuencia en el grupo de 73 a 79 años con una frecuencia de 44 y un porcentaje de (28) y menor frecuencia en grupo de 86 a 92 años con un porcentaje en ambos de (11).

En el nivel de escolaridad en el que mayor frecuencia se encontró primaria con 90 pacientes (57%), y con menor frecuencia secundaria trunca y bachillerato cada una con un paciente que representa (1%).

Con respecto al estado civil en mayor frecuencia encontramos fue los casados con 122 personas que representan (77%), posteriormente de viudos 23 con (15%), seguido de unión libre y divorciados con 13 personas (4% de cada uno).

De acuerdo a la funcionalidad familiar en los pacientes geriátricos se observa que existe mayor frecuencia de familias caóticamente disgregada 32 personas (20%), seguida por las familias flexiblemente relacionadas 15 personas y con menor frecuencia rígidamente semirelacionada 1 persona (1%).

De acuerdo a los síndromes geriátricos se observa que existe mayor frecuencia de la depresión en 48 personas (30.4%) seguida de polifarmacia con 41 personas (25.9%) y en tercer lugar más frecuente insomnio con 28 personas (17.7%) mientras que en menor frecuencia se encuentra fragilidad 1 persona (0.6%).

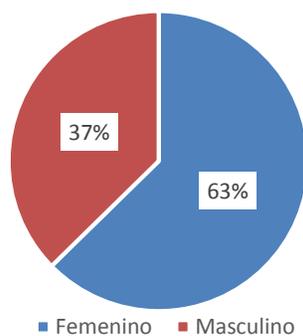
3.1 Variables sociodemográficas

Se realizó un estudio descriptivo, transversal y prospectivo que incluyó 300 pacientes los cuales cumplieron con todos los criterios de inclusión y exclusión. De los cuales 99 fueron del sexo femenino con el (63%) y 59 para el sexo masculino con el (37%).

Tabla 1.- Género de los pacientes geriátricos

<i>Clase</i>	<i>Sexo</i>	<i>Frecuencia</i>
1	Femenino	99
2	Masculino	59
		158

Gráfica 1.- Porcentaje de género de los pacientes geriátricos



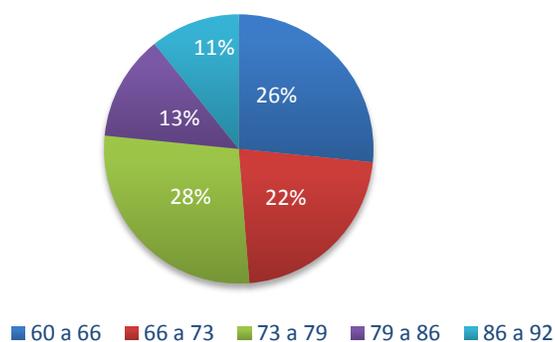
Fuente: Información de recolección de datos

Con respecto a la edad se realizó a través de rangos encontrando mayor frecuencia en el grupo de 73 a 79 años con una frecuencia de 44 y un porcentaje de (28) y menor frecuencia en grupo de 86 a 92 años con un porcentaje en ambos de (11).

Tabla 2.- Edad de los pacientes geriátricos

No.	Edad	Frecuencia
1	60 a 66	42
2	66 a 73	35
3	73 a 79	44
4	79 a 86	20
5	86 a 92	17
		158

Gráfica 2.- Edad de los pacientes geriátricos



Fuente: Información de recolección de datos

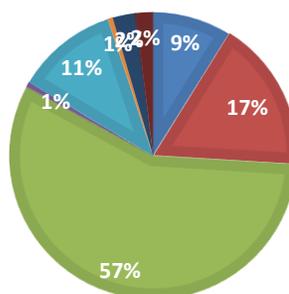
En el nivel de escolaridad en el que mayor frecuencia se encontró primaria con 90 pacientes (57%), y con menor frecuencia secundaria trunca y bachillerato cada una con un paciente que representa (1%).

Tabla 3.- Grado de escolaridad de los pacientes geriátricos

Escolaridad	Frecuencia
Analfabeta	14
Primaria trunca	27
Primaria	90
Secundaria trunca	1
Secundaria	18
Bachillerato	1
Preparatoria	4
Licenciatura	3
Total	158

Gráfica 3.- Grado de escolaridad de los pacientes geriátricos

■ Analfabeta ■ Primaria trunca ■ Primaria ■ Secundaria trunca ■ Secundaria ■ Bachillerato ■ Preparatoria ■ Licenciatura



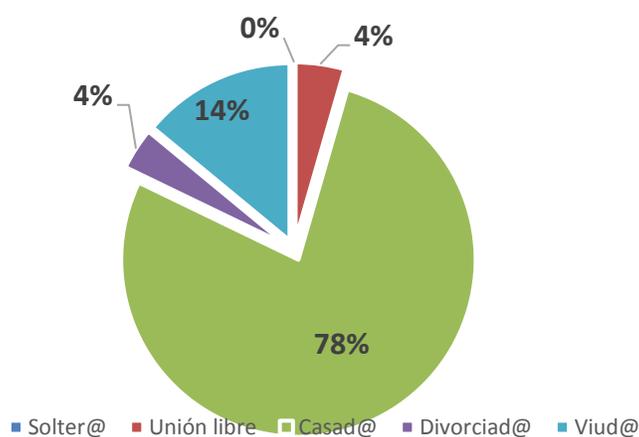
Fuente: Información de recolección de datos

Con respecto al estado civil en mayor frecuencia encontramos fue los casados con 122 personas que representan (77%), posteriormente de viudos 23 con (15%), seguido de unión libre y divorciados con 13 personas (4% de cada uno).

Tabla 4. Estado civil de los pacientes geriátricos

Clase	Estado Civil	Frecuencia
1	Soltero(a)	0
2	Unión libre	7
3	Casado (a)	122
4	Divorciado (a)	6
5	Viudo(a)	22
	Total	157

Gráfica 4. Estado civil de los pacientes geriátricos



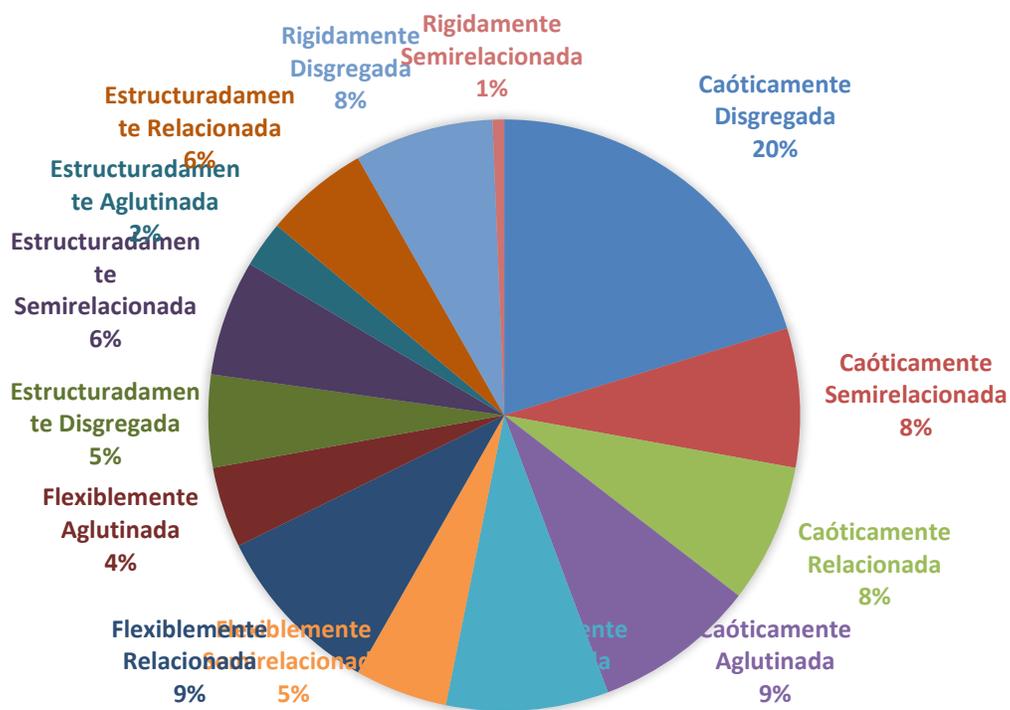
Fuente: Información de recolección de datos

De acuerdo a la funcionalidad familiar en los pacientes geriátricos se observa que existe mayor frecuencia de familias caóticamente disgregada 32 personas (20%), seguida por las familias flexiblemente relacionadas 15 personas y con menor frecuencia rígidamente semirelacionada 1 persona (1%).

Tabla 5. Análisis de la funcionalidad familiar en pacientes geriátricos.

Funcionalidad Familiar	Frecuencia
Caóticamente Disgregada	32
Caóticamente Semirelacionada	12
Caóticamente Relacionada	12
Caóticamente Aglutinada	14
Flexiblemente Disgregada	14
Flexiblemente Semirelacionada	8
Flexiblemente Relacionada	15
Flexiblemente Aglutinada	7
Estructuradamente Disgregada	8
Estructuradamente Semirelacionada	10
Estructuradamente Aglutinada	4
Estructuradamente Relacionada	9
Rígidamente Disgregada	12
Rígidamente Semirelacionada	1
Total	158

Gráfica 5. Análisis de la funcionalidad familiar en pacientes geriátricos.



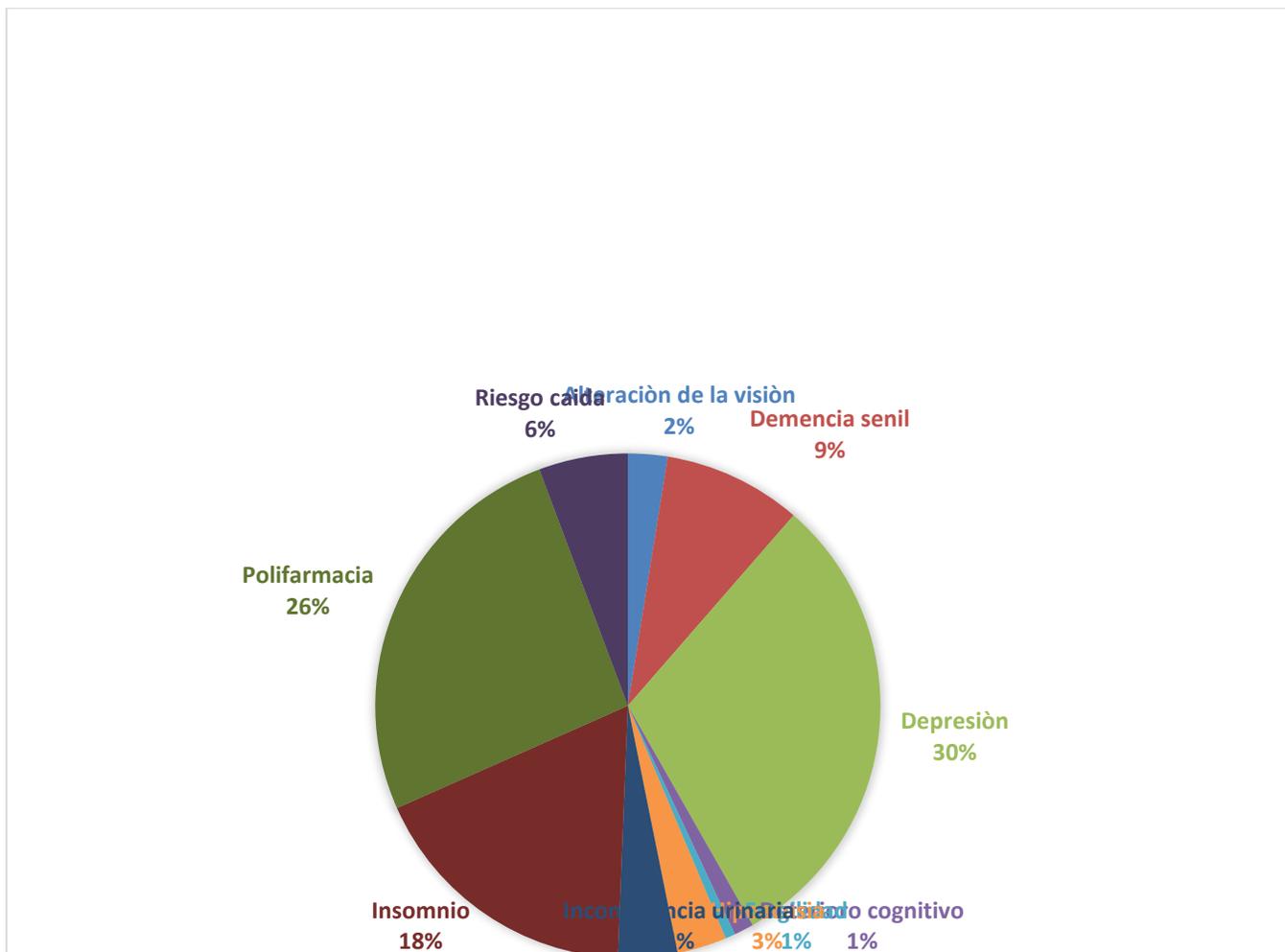
Fuente: Información de recolección de datos

De acuerdo a los síndromes geriátricos se observa que existe mayor frecuencia de la depresión en 48 personas (30.4%) seguida de polifarmacia con 41 personas (25.9%) y en tercer lugar más frecuente insomnio con 28 personas (17.7%) mientras que en menor frecuencia se encuentra fragilidad 1 persona (0.6%).

Tabla 6. Análisis de síndromes geriátricos más frecuentes

Síndrome geriátrico	<i>Frecuencia</i>
Alteración de la visión	4
Demencia senil	14
Depresión	48
Deterioro cognitivo	2
Fragilidad	1
Hipoacusia	5
Incontinencia urinaria	6
Insomnio	28
Polifarmacia	41
Riesgo caída	9
Total	158

Gráfica 6. Análisis de síndromes geriátricos más frecuentes



Fuente: Información de recolección de datos

4.- DISCUSIÒN

En el estudio de Cuenca Ecuador 2016 acerca de “Funcionalidad familiar como indicador del estado actual y el pronóstico de los síndromes geriátricos en adultos mayores”, se encontró que la prevalencia de disfuncionalidad familiar es más elevada en el grupo de adultos mayores de 75 años o más, similar a este estudio donde se encontró en el rango de 73 a 79 años, donde predomina la relación caóticamente disgregada en un 5.06%

En el estudio “Funcionalidad familiar como indicador del estado actual y el pronóstico de los síndromes geriátricos en adultos mayores”, existe frecuencia de mujeres en un 55.1% y hombres 44.9%, en nuestro estudio la frecuencia es en mujeres 62.66% y en hombres 37.34%.

Dentro de las variables demográficas en cuanto a estado civil en el estudio de “Perfil clínico, epidemiológico y valoración geriátrica funcional en el barrio San Miguel de Asunción” presenta frecuencia mayor de personas casadas en 51% y en nuestro estudio es de 77.22%.

La escolaridad con mayor frecuencia en el estudio “Depresión y percepción de la funcionalidad familiar en adultos mayores urbanos mexicanos” fue nivel primaria con 83% muy similar en el estudio “Perfil clínico, epidemiológico y valoración geriátrica funcional en el barrio San Miguel de Asunción” con presencia de 84% de frecuencia en adultos mayores con primaria, así mismo en nuestro estudio al igual fue la más frecuente con primaria concluida con 56.96%.

Continuando con la prevalencia de síndromes geriátricos más frecuentes, en el estudio “Perfil clínico, epidemiológico y valoración geriátrica funcional en el barrio San Miguel de Asunción” con presencia de depresión en un 43%, mientras que en el estudio “Prevalencia de síndromes geriátricos en el 2010 en ancianos hospitalizados en el ABC Medical Center IAPes” presentan depresión 21.7% y en nuestro estudio es el diagnóstico más frecuente con 30.4%

“Prevalencia de síndrome geriátricos detectados por la Enfermera Especialista en Medicina Familiar” se presenta resultados de polifarmacia en un 6.9%, y en nuestro estudio del 25.9% y en el estudio Prevalencia de síndromes geriátricos en el 2010 en ancianos hospitalizados en el ABC Medical Center IAPes llega hasta 58.5%.

Y en nuestro estudio el tercer síndrome geriátrico más frecuente fue Insomnio con 17.7% mientras que en estudio “Prevalencia de síndromes geriátricos en el 2010 en ancianos hospitalizados en el ABC Medical Center IAPes” llega hasta 30.3

5.- CONCLUSIÓN

Debido a la transición demográfica y el envejecimiento a nivel mundial con este estudio se corrobora el objetivo y la hipótesis, ya que la población estudiada presenta algún síndrome geriátrico, asociado con algún grado de disfunción familiar que requiere el diagnóstico oportuno para implementar acciones correspondientes a la mejora de la calidad de vida de estos pacientes, los cuales se encuentran susceptibles ante la falta de atención como una población especial y cada vez en mayor aumento, por lo que las condiciones en su entorno deben adaptarse para lograr una mejor funcionalidad familiar.

Por lo que se propone capacitación al Médico Familiar para identificar los diferentes síndromes geriátricos con apoyo de la Enfermera Especialista en Medicina Familiar para detección y tratamiento adecuados para cada patología. Así mismo derivar a la especialidad de Geriátrica los casos que se requieran para dar manejo integral al adulto mayor.

BIBLIOGRAFIA

1. Carmona-Valdès, Sandra Emma. Factores que influyen en la condición de salud de los adultos mayores en situación de pobreza de Nuevo León México. Población y Salud mesoamericana, vol 13, núm 2, enero-julio 2016 pp 1-18 Universidad de Costa Rica
2. Fernández José Luis, Parapar Clara, Ruiz Miriam. El envejecimiento de la población. Rev Lychnos.2010 http://www.fgcsic.es/lychnos/es_es/articulos/envejecimiento_poblacion
3. Guadalupe Dorantes Mendoza, José Alberto –Funes, Silvia Mejía-Arango. Factores asociados con la dependencia funcional en los adultos mayores: un análisis secundario del Estudio Nacional sobre Salud y envejecimiento en México, 2001. Revista Panamericana de Salud Pública publica health 22(1), 2017 pàg 1-11
4. Romero Cabrera, Angel Julio. Temas para la asistencia clínica al adulto mayor. Medisur, vol 5 núm 2, 2007 pp1-178 Soberabes Fernández, Susana, González Pedraza Avilès, Moreno Castillo, Yolanda del Carmen. Funcionalidad en adultos mayores y su calidad de vida. Vol 14 núm. 4 octubre-diciembre, 2009 pp161-172. Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado México. México
5. Francesc Formiga. Revista Española de Geriatria y Gerontología. 2009;44(6):299–300
6. Gutiérrez Romero Luis Miguel. México y la revolución de la longevidad. Instituto de Geriatria.
7. Roberto Cabrera, Angel Julio. Temas para la asistencia clínica al adulto mayor. MediSur, vol. 5, núm. 2, 2007, pp. 1-178.
8. Gálvez –Cano, Miguel; Chávez-Jimeno, Helver, Aliaga-Díaz, Elizabeth. Utilidad de la valoración geriátrica integral en la evaluación de la salud del adulto mayor. Revista Peruana de Medicina Experimental y salud Pública, vol 33, núm 2, 2016 pp 321-327. Instituto Nacional de Salud. Lima Perú.
9. Diana Restrepo Bernal, Carlos Cardeño Castro, Lina Páramo Duque, Sigifredo Ospina an Jorge Calle Bernal. Revista colombiana de psiquiatria (sept 2009) p471
10. Souza Pegoràn Maycon, Dos Santos Tavares Darlene Mara. Factores asociados al síndrome de fragilidad en ancianos residentes en área urbana. Rev, Latino-Am. Enfermagem sept-oct. 2014, 22(5)874-882.
11. Lam de Calvo, Oris. Fisiología del síndrome de fragilidad en el adulto mayor. Revista Médico científica Volumen 20 Número 1 pp 31-35. Panamá
12. Zicavo Nelso, Palma Claudia, Garrido Gustavo. Adaptación y validación del Faces 20-esp: Re-conociendo el funcionamiento familiar en Chillán, Chile. Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales. Niñez y juventud. 10(1), pp219-234
13. C. Verdejo Bravo/ Rev. Esp Geriatr Gerontol.2010, 45(5):298-300. Madrid España.
14. Robinson D, Cardozo L. New drug treatments for urinary incontinence. Maturitas. 2010;65:340–7.

15. Bartoli S, Aguzzi G, Tarricone R. Impact on Quality of life of urinary incontinence and overactive bladder: a systematic literature review. *Urology*. 2010;75:491–510
16. Fierro Aldo, Solari Pablo, Pérez Ana. Síndrome de inmovilidad. *Tendencias en Medicina*. Noviembre 2015, Año XXIII No. 47:73-78
17. Mendoza-Solís, LA; Soler-Huerta, E, Sainz-Vázquez, L; Gil-Alfaro, I; Mendoza-Sánchez, HF; Pérez-Hernández, C. Análisis de la Dinámica y Funcionalidad Familiar en atención primaria. *Archivo en Medicina Familiar*, vol. 8, núm 1, enero-abril, 2006, pàg 27-32-
18. Gonzáles Sala, Francisco, Gimeno Collado Adelina, Meléndez Moral, Juan Carlos, Córdoba Iñesta Ana. La percepción de la funcionalidad Confirmación de su estructura bifactorial. *Escritos de Psicología Psychological*, vol 5 núm 1, pp 34-39. Universidad Málaga, España.
19. Satir, Virginia. Analysis of the dynamics and family functionality in primary healthcare. *Archivos Medicina Familiar*. [en línea]. 2006, vol. 8, Supl. 1. [citado 28 mayo, 2009]. Disponible en: <www.psicologiaincientifica.com/bv/psicologia-409-1-estres-y-ambiente-familiar-en-ninos.html> p. 2732.
20. Florenzano, Ramón. Analysis of the dynamics and family functionality in primary healthcare. *Archivos Medicina Familiar*. [En línea]. 2006, vol. 8, Supl. 1. [citado 28 mayo, 2012]. Disponible en <<http://www.psicologiaincientifica.com/bv/psicologia-409-1-estres-y-ambiente-familiar-en-ninos.html>> p. 27-32.
21. Vanina Schmidt, Juan Pablo Barreyro, Ana Laura Maglio. Escala de Evaluación del funcionamiento familiar FACES III: ¿Modelo de dos o tres factores? *Escritos de Psicología* vol.3 no.2 Málaga abr. 2010
22. Torres Rojas Victoria Esperanza. Funcionalidad familiar como indicador del estado actual y el pronóstico de los síndromes geriátricos en adultos mayores. Cuenca, Ecuador , 2016
23. Efrén René Nieves Ruiz (1), Irma Ponce Trujillo (2), Damaris Medina Rosales (2), Oliva Rangel Pulido (2). Prevalencia de síndromes geriátricos detectados por la enfermera especialista en medicina de familia. *Nure Inv*. 13(84)
24. D'Hyver de las Deses, Carlos, León Teresa, Martínez Gallardo Prieto. Prevalencia de síndromes geriátricos en el 2010 en ancianos hospitalizados en el ABC Medical Center IAPES. *Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM*. Vol. 54, N.o 5. Septiembre-Octubre 2011
25. Zavala-González MA, Domínguez-Sosa G. “Depresión y percepción de la funcionalidad familiar en adultos mayores urbanos mexicanos” Viguera Editores SL 2010. *PSICOGERIATRIA* 2010; 2 (1): 41-48
26. Piñànez García María Claudia, ReDomínguez María Lorena. Perfil clínico, epidemiológico y valoración geriátrica funcional en el barrio San Miguel de Asunción, Paraguay. *Rev. Virtual Soc. Med Int* Septiembre 2015; 2(2): 63-69.
27. Instituto Nacional Estadística y Geografía 2015.
28. <http://www.conbioetica-mexico.salud.gob.mx/descargas/pdf/helsinki.pdf>

CRONOGRAMA DE GANNT

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL											
TITULO: SÍNDROMES GERIÁTRICOS MÁS FRECUENTES Y SU RELACIÓN CON LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR											
PROGRAMA				ACTIVIDAD A DESARROLLAR				REAL			
2017-2018								2018- 2019			
1ER. SEMESTRE		2DO. SEMESTRE						1ER. SEMESTRE	2DO. SEMESTRE		
2017	2018	2017	2018					2018	2019	2018	2019
√				Planteamiento del problema							
√				Revisión y análisis de bibliografía							
√				Selección Director de Tesis							
√				Justificación							
√				Formulación de objetivos							
		√		Material y métodos							
		√		Resumen del proyecto							
	√			Presentación del protocolo al CLI							
	√	√		Elaboración de correcciones sugeridas por CLI							
	√	√		Presentación de correcciones al CLI							
	√			Recolección de datos				√			
	√			Codificación de los datos				√			
				Análisis estadístico de los datos				√			
				Elaboración de cuadros y graficas de los datos				√			
				Redacción de resultados					√		
				Redacción de Discusión conclusiones					√		
				Difusión de los resultados					√		
				Redacción del escrito científico							√
				Publicación de los resultados							√
ELABORO: MÓNICA CORREA SOLIS											

3. ANEXOS

Anexo 1



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
 UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN
 Y POLITICAS DE SALUD
 COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD
 CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
 (ADULTOS)

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio: **SÍNDROMES GERIÁTRICOS MÁS FRECUENTES Y SU RELACIÓN CON LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR**

Patrocinador externo (si aplica): **NO APLICA**

Lugar y fecha: **SEPTIEMBRE 2017 A MAYO 2018, CONSULTA EXTERNA EN LA UMF 248 SAN MATEO ATENCO**

Número de registro: **EN REGISTRO**

Justificación y objetivo del estudio: **EL PRESENTE ESTUDIO IDENTIFICARA LOS SINDROMES GERIATRICOS MAS FRECUENTES RELACIONADOS A FUNCIONALIDAD FAMILIAR PARA INCIDIR EN LA CALIDAD DE VIDA.**

Procedimientos: **OBSERVACIONAL**

Posibles riesgos y molestias: **SENSACION DE PERDIDA DE TIEMPO POR PARTE DEL PACIENTE**

Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio: **CONOCER SI EXISTE ALGÚN SÍNDROME GERIÁTRICO PARA FORMAR REDES DE APOYO.**

Información sobre resultados y alternativas de tratamiento: **SE INFORMARA AL PACIENTE SOBRE RESULTADOS Y SE DERIVARA A GERIATRIA.**

Participación o retiro: **EN CUALQUIER MOMENTO QUE EL PACIENTE LO DESEE**

Privacidad y confidencialidad: **COMPLETAMENTE**

En caso de colección de material biológico (si aplica):

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

No autoriza que se tome la muestra.

Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.

Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.

Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica): **NO APLICA ES OBSERVACIONAL**

Beneficios al término del estudio:

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a: Dra Mónica Correa Solís, UMF 248 San Mateo Atenco tel 7223553727 correo monycorrs@gmail.com Dr. Jaime Juárez González UMF 248 San Mateo Atenco tel 7223151779 correo Jaime.juarezgon@imss.gob.mx

Investigador Responsable:

Colaboradores:

Nombre y firma del sujeto

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 1

Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre, dirección, relación y firma

Anexo 2

ANEXO 1 **FACES III (D.H. Olson, J. Portner e Y. Lavee).** **Versión en español (México): C. Gómez y C. Irigoyen**

Instrucciones: Escriba en el espacio correspondiente a cada pregunta la respuesta que usted elija según el número indicado:

Nunca 1	Casi nunca 2	Algunas veces 3	Casi siempre 4	Siempre 5
Describa su familia:				
<input type="checkbox"/> 1. Los miembros de nuestra familia se dan apoyo entre sí				
<input type="checkbox"/> 2. En nuestra familia se toman en cuenta las sugerencias de los hijos para resolver los problemas				
<input type="checkbox"/> 3. Aceptamos las amistades de los demás miembros de la familia				
<input type="checkbox"/> 4. Los hijos pueden opinar en cuanto a su disciplina				
<input type="checkbox"/> 5. Nos gusta convivir solamente con los familiares más cercanos				
<input type="checkbox"/> 6. Cualquier miembro de la familia puede tomar la autoridad				
<input type="checkbox"/> 7. Nos sentimos más unidos entre nosotros que con personas que no son de nuestra familia				
<input type="checkbox"/> 8. Nuestra familia cambia el modo de hacer sus cosas				
<input type="checkbox"/> 9. Nos gusta pasar el tiempo libre en familia				
<input type="checkbox"/> 10. Padres e hijos se ponen de acuerdo en relación con los castigos				
<input type="checkbox"/> 11. Nos sentimos muy unidos				
<input type="checkbox"/> 12. En nuestra familia los hijos toman las decisiones				
<input type="checkbox"/> 13. Cuando se toma una decisión importante, toda la familia está presente				
<input type="checkbox"/> 14. En nuestra familia las reglas cambian				
<input type="checkbox"/> 15. Con facilidad podemos planear actividades en familia				
<input type="checkbox"/> 16. Intercambiamos los quehaceres del hogar entre nosotros				
<input type="checkbox"/> 17. Consultamos unos con otros para tomar decisiones				
<input type="checkbox"/> 18. En nuestra familia es difícil identificar quién tiene la autoridad				
<input type="checkbox"/> 19. La unión familiar es muy importante				
<input type="checkbox"/> 20. Es difícil decir quién hace las labores del hogar				