



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
SUBDIVISION DE MEDICINA FAMILIAR
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD MEDICA FAMILIAR No. 43
VILLAHERMOSA, TABASCO



**“SINDROMES GERIATRICOS Y ABANDONO EN PACIENTES
DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 33, EMILIANO
ZAPATA, TABASCO”**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DRA. ALEJANDRA VILLEGAS VILLEGAS



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

VILLAHERMOSA, TABASCO

2020



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.

VILLAHERMOSA, TABASCO

2020

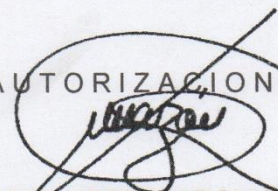
**“SÍNDROMES GERIÁTRICOS Y ABANDONO EN PACIENTES DE
LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 33 EMILIANO ZAPATA,
TABASCO”**

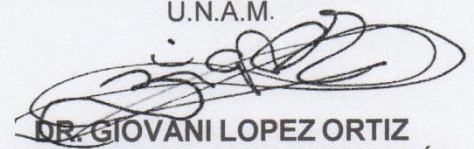
**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR**

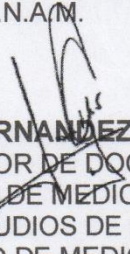
PRESENTA:

DRA. ALEJANDRA VILLEGAS VILLEGAS

AUTORIZACIONES


DR. JUAN JOSE MAZON RAMIREZ
JEFE DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.


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


DR. ISAIAS HERNANDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA
DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA



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

VILLAHERMOSA, TABASCO

2020

Registro de autorizacion

**“SÍNDROMES GERIÁTRICOS Y ABANDONO EN PACIENTES DE
LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 33 EMILIANO ZAPATA,
TABASCO”**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DRA. ALEJANDRA VILLEGAS VILLEGAS

AUTORIZACIONES:


DR. RUSVELT VAZQUEZ ORDAZ

PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN
EN MEDICINA FAMILIAR PARA MÉDICOS GENERALES EN
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 43. VILLAHERMOSA, TABASCO


DR. ABEL PEREZ PAVON

ASESOR METODOLÓGICO Y ESTADÍSTICO
COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 43
VILLAHERMOSA, TABASCO


DRA. ROSARIO ZAPATA VAZQUEZ

COORDINADOR AUXILIAR MÉDICO DE EDUCACIÓN
DELEGACIÓN.



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

1. TITULO

Síndromes geriátricos y abandono en pacientes de la Unidad de Medicina Familiar No. 33 Emiliano Zapata, Tabasco.

INDICE

1.- Título.....	4
2.- Índice general.....	5
3.- Abreviaturas.....	7
4.- Resumen.....	8
5.- Marco teórico.....	9
6.- Planteamiento del problema.....	15
6.1- Pregunta de investigación.....	16
7.- Justificación.....	17
8.- Objetivos.....	19
8.1.- Objetivo general.....	19
8.2.- Objetivos específicos.....	19
9.- Metodología.....	20
9.1.- Tipo de estudio.....	20
9.2.- Población en estudio (universo de trabajo).....	20
9.3.- Tamaño de la muestra.....	20
9.4.- Criterios de selección.....	21
9.4.1.- Criterios de inclusión.....	21
9.4.2.- Criterios de exclusión.....	21
9.4.3.- Criterios de eliminación.....	21
9.5.- Variables.....	22
9.5.1.- Variables independientes.....	22
9.5.2.- Variables dependientes.....	23
9.6.- Descripción de la metodología.....	24
9.6.1.- Diseño.....	24
9.6.2.- Cálculo de la muestra.....	25
9.6.3.- Integración de grupo.....	25
9.6.4.- Aplicación de encuestas.....	25
9.6.5.- Recolección de la información.....	25
9.7.- Instrumentos de medición.....	25

9.7.1.- Incontinencia urinaria ICIQ-SF.....	25
9.7.2.- Escala de percepción de abandono del adulto mayor.	25
9.7.3.- Escala de Pfeiffer.....	26
10.- Prueba piloto.....	26
11.- Consideraciones éticas.....	27
12.- Resultados	28
13.- Discusión.....	41
14.- Conclusión.....	42
14.1.- Sugerencias.....	43
15.- Referencias bibliográficas.....	44
16.- Anexos.....	46
16.1.- Consentimiento informado.....	47
16.2.- Encuesta socio demográfica.....	48
16.3.- Test de Incontinencia urinaria ICIQ SF.....	49
16.4.- Escala de percepción de abandono del adulto mayor..	50
16.5.- Test de Pfeiffer.....	50

ABREVIATURAS

ABREVIATURA	SIGNIFICADO
SG	Síndromes Geriátricos
AM	Adulto Mayor
ONU	Organización de las Naciones Unidas
OMS	Organización Mundial de la Salud
IMSS	Instituto Mexicano del Seguro Social
UMF	Unidad de Medicina Familiar
MF	Medicina Familiar
AMC	Atención Médica Continua
IU	Incontinencia Urinaria
DC	Deterioro Cognitivo
OR	Odds ratio
IC	Índice de confiabilidad
ICIQ-SF	International Consultation on Incontinence Questionnaire Short form

Síndromes geriátricos y abandono en pacientes de la Unidad de Medicina Familiar No. 33 Emiliano Zapata, Tabasco.

4. RESUMEN

Antecedentes: Los síndromes geriátricos son manifestaciones de una o diversas patologías que frecuentemente se entrelazan, generan morbilidad, deterioro de la autonomía y muerte. Durante el envejecimiento aparecen enfermedades crónicas degenerativas que conllevan a la disminución de la funcionalidad y posible abandono familiar. La familia puede sufrir cambios en su dinámica y funcionamiento, cuando uno de sus miembros envejecidos presenta alguna enfermedad que cause pérdida de la autonomía, necesitando del apoyo de otros para realizarlas.

Objetivo: Detectar síndromes geriátricos y abandono en pacientes de la UMF No. 33 Emiliano Zapata, Tabasco.

Material y Métodos: Estudio de Casos, descriptivo y analítico, se realizará en la UMF No. 33 del IMSS. Muestra: 203 pacientes de 60 años y más, que acudieron a consulta de Medicina Familiar y Atención Médica Continua. Se aplicarán 3 instrumentos: escala de Pfeiffer, instrumento ICIQ-SF, escala de percepción de abandono del adulto mayor y se interrogara sobre el consumo de medicamentos prescritos y auto-medicados. Captura de datos en Microsoft-Excel, posteriormente se analizará a través del paquete estadístico SPSS, se utilizara estadística descriptiva, fórmulas de chi cuadrada, y Odds-Ratio.

Recursos e infraestructura: Se cuenta con la UMF No. 33, 2 encuestadores capacitados aplicaran los cuestionarios. Se utilizara una computadora, instrumentos de evaluación y consentimientos informados. Este estudio será costeadado por el investigador principal.

Experiencia del grupo: Investigador principal 7 años y coinvestigador 10 años.

Tiempo a desarrollarse: 1 año

5.- MARCO TEÓRICO

El proceso de envejecimiento conlleva una serie de modificaciones morfológicas, fisiológicas, sociales y psicológicas que son consecuencia directa del paso del tiempo, si bien se manifiestan en formas y momentos dispares en cada individuo ¹.

El envejecimiento trae consigo inevitablemente un aumento en las enfermedades físicas y mentales relacionadas con la edad, que aumentaran los costos de la atención de atención en salud y demandaran recursos familiares y sociales ², a pesar de ser un fenómeno natural conocido por todos, es difícil aceptarlo como una realidad innata a todo ser ³.

La Organización de las Naciones Unidas (ONU) en su informe sobre envejecimiento de la población mundial, estima que en el 2015 y el 2030 la población con edad de 60 años o superior tendrá un crecimiento del 56%, pasando de 901 millones a 1.4 billones, calculando que hacia el 2050 la población global de personas ancianas será más del doble en tamaño que en el 2015; cerca de 2.1 billones de personas ⁴. En la actualidad existe un progresivo aumento del envejecimiento de la población, en el 2012 la Organización Mundial de la Salud (OMS) calcula que el número de personas de 60 años o más aumente de 605 millones a 2000 millones en el año 2050 ⁵.

Según el censo nacional realizado a finales de 2010, en China ya había 1 339 millones de personas, de las cuales casi la mitad vivía en ciudades, al tiempo que el crecimiento poblacional era lento y cada vez había menos jóvenes ⁶. Europa está envejeciendo debido al incremento de la esperanza de vida y al descenso mantenido de la natalidad en las últimas décadas. Los europeos mayores de 65 años pasarán del 17,4% en 2010 al 30% en 2060 ⁷, la población española mayor de 65 años representa el 17,1% de la población total ⁸.

El envejecimiento en Cuba, constituye el principal problema demográfico con un 18,3 % de la población con 60 años y más, y se espera que para el 2025 este grupo ocupe más del 25 % de la población total; y para el 2050, la proporción de la población mundial con más de 60 años de edad se duplicará ⁹. La población

chilena también está envejeciendo a ritmo acelerado, donde 15% tiene 60 o más años, siendo dentro de América Latina el tercer país más envejecido, después de Argentina y Uruguay ¹⁰.

En México, según el Censo de Población y Vivienda del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), en 2005 la población nacional fue de 103.9 millones y la población de 65 años y más, de 5.4 millones. Se prevé que con una tasa de crecimiento anual de 3.5, para 2030 y 2050 llegará a 17 y 32.5 millones, respectivamente ¹¹.

Los síndromes geriátricos (SG) son el conjunto de síntomas y signos que pueden ser manifestaciones de una o diversas patologías que frecuentemente se entrelazan, producen por su interrelación una gran cantidad de morbilidad, deterioro de la autonomía y llegan a producir la muerte ¹².

Los SG son múltiples, dentro de los más frecuentes se pueden mencionar:

- Deterioro cognitivo (DC) es la disminución sostenida del rendimiento de las funciones intelectuales o cognitivas desde un nivel previo más elevado ¹³. Los criterios diagnósticos del DC propuestos por Petersen incluyen: quejas subjetivas de memoria, desarrollo normal de las actividades de la vida diaria, funcionamiento cognitivo general normal, alteración de la memoria objetivada mediante test con datos normativos de personas de la misma edad y nivel de escolaridad (-1.5 DT (desviaciones estándar)) o más, por debajo de la media, ausencia de demencia ¹⁴.

El Pfeiffer es un instrumento de aplicación rápida que no requiere preparación especial, aporta información sobre diferentes áreas cognitivas, especialmente memoria y orientación ¹⁵, consta de 11 preguntas y se puntúan los errores, 1 punto por error, una puntuación igual o mayor a 3 indica DC. La puntuación máxima son 8 errores, 0-2 errores: normal, 3-4 errores: DC leve, 5-7 errores: DC moderado patológico y 8-10 errores: importante DC. En pacientes con nivel educativo bajo (estudios elementales) se admite un error más para cada categoría, y si el nivel educativo es alto (universitario), se admite un nivel menos.

- La incontinencia urinaria (IU) puede definirse como una condición en la que, en forma involuntaria, se escapa orina de la vejiga ¹⁶, este es un síntoma común que aparece en muchas enfermedades, afectando a todos los grupos de edad y a

ambos sexos ¹⁷. El ICIQ-SF es un cuestionario breve dirigido a medir la percepción de los síntomas de IU y la calidad de vida del paciente ¹⁸. Consta de 3 ítems: frecuencia, cantidad y afectación, la puntuación total es el resultado de la sumatoria de estos 3 ítems, y los resultados superiores a 0 se consideran diagnóstico para IU.

- Polifarmacia, la OMS la define como el empleo de múltiples fármacos o como el uso simultáneo de más de 3 fármacos ¹⁹, mientras que en la Guía de Práctica Clínica se refiere al uso de 5 o más fármacos ²⁰. Una de las principales consecuencias de la polifarmacia es el riesgo de recibir una prescripción inadecuada y tener una reacción adversa a fármacos con impacto en la adherencia, lo que incrementa el riesgo de síndromes geriátricos, la morbilidad y la mortalidad ²¹.

El envejecimiento de la población trae consigo aparición de diversas enfermedades crónicas degenerativas que conllevan a la disminución de la funcionalidad y a un posible abandono familiar ²², porque la familia en su conjunto sufre un cambio en su dinámica y funcionamiento cuando uno de sus miembros envejecidos presenta alguna enfermedad, sobre todo si hay una pérdida de autonomía del anciano para llevar a cabo sus actividades de la vida diaria, y necesita del apoyo de otros para realizarlas y satisfacer sus necesidades, por esto es necesario participar en los problemas del adulto mayor y observar el apoyo familiar, es importante para saber cómo se desarrolla su entorno, con qué recursos se cuenta para su seguimiento y asegurar la continuidad en la atención, detectando factores de riesgo y protectores ²³. El deterioro funcional provoca alteraciones emocionales y cognitivas que agravan la situación del anciano, aumenta la tensión de los miembros de la familia, y se hace más difícil la tarea del cuidado para quienes asumen esta responsabilidad dentro de ella ²⁴, que de no resolverse finaliza en el abandono, que se define como el desamparo o desatención física o afectiva y/o económica de que son objeto los adultos mayores, existiendo también la enfermedad y la soledad, que los hace muy vulnerables, siendo uno de los motivos la excesiva carga que representa un anciano en la familia, o las tensiones exacerbadas y no resueltas provocan el

abandono del adulto mayor, siendo un problema más visible en nuestra sociedad ²⁵, por este motivo los profesionales de la salud especialmente en el primer nivel de atención, deberían analizar los factores condicionantes que puedan provocar abandono en el adulto mayor ²⁶.

En el año 2016, Vega, T y Cols. Realizaron en España un estudio observacional, descriptivo, titulado Prevalencia de deterioro cognitivo en España. Estudio Gómez de Caso en redes centinelas sanitarias, donde se aplicó el test Mini-Cog de cribado de DC en una muestra de pacientes que acudieron a su médico de familia en 4 días seleccionados al azar. La confirmación se hizo con el test Mini-Mental y el Alzheimer's Questionnaire. Se estimaron tasas brutas y ajustadas por las variables demográficas y sociales. Se estudiaron 4,624 pacientes, que representan a una población de 1,723,216 personas de 5 comunidades autónomas. La prevalencia ajustada para el conjunto de la población estudiada fue del 18,5% (IC 95% 17,3-19,7), con diferencias entre las redes centinelas. Las mujeres presentan tasas ajustadas significativamente más elevadas que los hombres: 18,5 y 14,3%, respectivamente. La prevalencia por grupo de edad alcanza el 45,3% por encima de los 85 años y presenta diferencias por nivel de estudios alcanzado y tipo de convivencia. Concluyendo que el DC es un motivo de consulta frecuente en atención primaria. Es mayor en mujeres y aumenta exponencialmente con la edad. Tanto la sospecha como la confirmación del DC pueden realizarse por el médico de familia con instrumentos sensibles y validados, lo que permite iniciar un tratamiento precoz ²⁷.

Durante el 2015 en la ciudad de Zapopan, Jalisco, México, López L., Orozco R., Borboa C y Flores L. realizaron un estudio transversal analítico, e investigaron la Relación entre deterioro cognitivo y depresión en pacientes mayores de 60, el muestreo fue no probabilístico por conveniencia, Participaron 217 pacientes; 43.3% (n=94) hombres y 56.7% (n=123) mujeres. El 38.7% (n=84) presentan deterioro cognitivo y el 25.8% (n=56) presentan depresión. El OR de 4.723 IC 95% (2.48-9.040) p=0.00 y correlación de Pearson con r= 0.683. Los resultados obtenidos muestran que existe una probabilidad de riesgo de presentar depresión y deterioro cognitivo en los ancianos ²⁸.

Gavira A., Walker, C., Rodríguez, N. y Gavira, F., durante 2014 publicaron un artículo titulado Prevalencia y factores de riesgo de incontinencia urinaria que consultan por dolor lumbopelvico: es un estudio multicentrico, observacional y transversal, realizado en Madrid, España, en el que participaron 374 mujeres, se encontró IU en 155 mujeres (43%; IC del 95%, 37-48%), en su mayoría de esfuerzo (83%) y mínimo impacto (60%). Frente a las continentes, las mujeres incontinentes presentaron diferencias significativas en la edad, índice de masa corporal (IMC), estado civil, nivel de instrucción y convivencia, consumo de fármacos/día, número de partos vaginales y totales, intervenciones quirúrgicas abdominopélvicas, asma, estreñimiento, hipertensión, diabetes, porcentaje de incapacidad y test funcional ASLR. En el análisis multivariante, las variables que más influyen en la probabilidad de ser incontinente fueron asma, hipertensión, estreñimiento, número de partos totales, IMC y porcentaje de incapacidad. La prevalencia de IU en mujeres con DLP es mayor que la encontrada en mujeres de similar edad sin DLP. El asma, el estreñimiento y la paridad son los factores más influyentes en la aparición de IU ²⁹.

Durante el 2014, en Monterrey, Nuevo León, México, Martínez, J., Gómez, A. y Saucedo, D. publicaron un estudio de investigación denominado Prevalencia de la polifarmacia y la prescripción de medicamentos inapropiados en el adulto mayor hospitalizado por enfermedades cardiovasculares, que es un estudio observacional, transversal y ambispectivo realizado en el periodo 2013-2014 en pacientes mayores de 70 años ingresados en el Servicio de Cardiología o Angiología. Se evaluó a 446 pacientes, con una media de edad de 76.6 ± 5.9 años y predominio del sexo femenino (56%). Se determinó su estado de fragilidad, la polifarmacia y la prescripción de los medicamentos con base en los criterios de Beers. Los resultados se analizaron mediante estadística descriptiva, analizando cada una de las variables clínicas y epidemiológicas. Para el análisis inferencial se utilizaron las tablas de contingencia con χ^2 de Pearson usando el paquete estadístico SPSS V19. La prevalencia de la fragilidad fue del 35.7%; la de la polifarmacia, del 84.5%, y la de la prescripción inapropiada de medicamentos, del 48.9%. Documentamos una correlación entre la prescripción inapropiada de

medicamentos y la polifarmacia, con una $p= 0.001$. Se concluyó que la prevalencia de la polifarmacia y la de la prescripción inapropiada de medicamentos fueron mayores a lo reportado ³⁰.

6.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El termino envejecimiento ha tomado gran relevancia, debido a que el aumento de esperanza de vida y disminución de la tasa de natalidad, ha traído como consecuencia el incremento de la población adulta mayor, lo que a su vez ha originado el repunte de padecimientos propios de la vejez, conocidos como SG, los cuales son frecuentes en este grupo poblacional y que generan incapacidad funcional y social.

La familia como grupo social se encuentra en constante evolución, pasa por diversas etapas durante todo su desarrollo, además de estar formada por diferentes grupos de edad, niños, adolescentes, adultos y ancianos. En México es común ver familias que viven o se hacen responsables de cohabitar con algún adulto mayor, esta situación es fácil de llevar cuando el adulto mayor es independiente, pero los problemas se presentan cuando este padece algún SG, los cuales son los principales causantes de discapacidad o deterioro funcional, y a largo plazo causara una crisis para normativa, porque las familias al no estar preparadas y/o no tener los conocimientos para cuidar de estos pacientes que por su condición requerirán de cuidados especiales, provocara a futuro una disfuncionalidad familiar, maltrato y en los casos más graves abandono.

Es importante considerar la inversión de la pirámide poblacional como un fenómeno social realmente alarmante, la UMF No. 33 presenta una población de 474 AM, con alta atención asistencial a la consulta externa, que padecen SG sin tener datos estadísticos, análisis de resultados y mucho menos asociaciones de estadísticas que pueden ser útiles para re direccionar la atención de los pacientes. Es impostergable la realización de la presente investigación debido a que el producto final serán datos confiables en el cual se puede obtener un diagnostico con un panorama cercano a la realidad, el cual será útil como fuente para conocer el impacto, atención y poder utilizarlo como un diagnostico situacional de la problemática en estudio.

El conocimiento oportuno de los SG, permitirá hacer énfasis en la necesidad de elaborar una acción que pueda contribuir a hacer frente a esta patología, y al mismo tiempo ayudara a disminuir los casos de abandono del AM.

La investigación en curso tiene altas posibilidades de realizarse, debido a que se trata de un diseño analítico de no intervención en el que se utilizaran encuestas de fácil aplicación y económicamente viable debido a que se utilizaran recursos del investigador, respaldado en la normatividad de la coordinación de investigación en salud

En base al argumento anterior realizo el siguiente cuestionamiento

6.1.- Pregunta de investigación

¿Cuál es la relación entre los síndromes geriátricos y abandono en pacientes de la UMF No. 33, de Emiliano Zapata, Tabasco?

7.- JUSTIFICACION

La inversión de la pirámide poblacional es un fenómeno social que impacta negativamente en la atención a la salud. Actualmente en México existen 8,336,319 AM de 60 años y más, según el Censo de Población y Vivienda 2010. El IMSS realizo un censo en el año 2016, el cual reporto la derechohabiencia de 8,095,976 AM a nivel nacional. En la delegación Tabasco existen 61,584 de AM, 474 pertenecen a la UMF No. 33, dentro de los cuales se desconoce que síndromes geriátricos (SG) padecen, y si estas patologías tienen alguna relación con el abandono del cual suelen ser víctima los AM.

Los SG, son padecimientos propios de la vejez, y que al no ser atendidos de forma oportuna, condicionan un rápido deterioro en la calidad de vida de quien lo padece.

Es frecuente observar que las familias son las encargadas de proveer de cuidados al Adulto Mayor (AM), pero en la mayoría de los casos, las familias no están preparadas para hacer frente a lo que conlleva una patología de esta magnitud, originando que tengan mayor predisposición a la disfuncionalidad familiar; pudiendo manifestarse en la omisión del cuidado del AM o el abandono del mismo. El estudio de los SG otorgara herramientas que permitan retrasar, disminuir y/o evitar la aparición de estos síndromes, lo cual en el futuro repercute en una mejor calidad de vida del AM y en la relación con los miembros de la familia, tomando en cuenta que este proceso será un trabajo en equipo con los familiares de los pacientes.

Los médicos de primer nivel de atención y médicos familiares son la piedra angular de la medicina preventiva, debido a que asumen un mayor compromiso con el paciente, ya que tienen la responsabilidad de detectar, educar y elaborar programas preventivos, que permitan reducir la aparición de SG, este trabajo es posible realizarlo porque no compromete la vida de los pacientes; y se tiene como producto final un diagnostico útil para comprender en mejor forma a los SG.

Si comparamos el envejecimiento en países de primer mundo como Japón, Noruega, Suecia, contra países en vías de desarrollo, como México, Perú, Guatemala, se podrá observar una marcada diferencia en cómo se desarrolla este

proceso. Uno de los contrastes de los países de primer mundo y aquellos que están en vías de desarrollo, es que en los primeros el envejecimiento tiene un ritmo más lento, además de que cuentan con mecanismos nacionales de coordinación para las cuestiones relativas al envejecimiento, mientras que los países en desarrollo y con economías en transición, estas infraestructuras no se hallan bien organizadas. Otro punto a favor de las potencias es que invierten en mejorar los servicios de atención a la salud del AM, creando sistemas de asistencia no estructurada y domiciliaria, capacitan al personal de salud con un enfoque geriátrico.

El presente proyecto se respalda en la Norma Oficial Mexicana de Investigación 012-SSA3-2012, criterios de Helsinki y criterios de Núremberg, donde se utilizará una carta de consentimiento informado, teniendo como prioridad no generar daño en el paciente y obtener un beneficio con un diagnóstico integral, que podrá ser utilizado posteriormente para mejorar el tópico de estudio.

8.- OBJETIVOS

8.1.- Objetivo general

- Detectar la relación de síndromes geriátricos y abandono en pacientes de la Unidad de Medicina Familiar No. 33 Emiliano Zapata, Tabasco.

8.2.- Objetivos específicos

- Determinar las características sociales y demográficas de la población en estudio
- Detectar los síndromes geriátricos presentes en la población de adultos mayores
- Evaluar la presencia de la percepción de abandono del adulto mayor
- Relacionar las características sociales y demográficas con los síndromes geriátricos
- Relacionar las características sociales y demográficas con la percepción de abandono del adulto mayor

9.- METODOLOGIA

9.1.- Tipo de estudio

Estudio tipo encuesta, analítico, descriptivo y transversal.

9.2.- Población de estudio (Universo de trabajo)

Pacientes que adscritos a la UMF No. 33, pertenecientes al municipio de Emiliano Zapata, Tabasco, que se encuentren en edad geriátrica, la cual se considera a partir de 60 años y más, que corresponde a 474 pacientes según censo de 2016, que se presenten a los servicios de AMC y MF, de la UMF No. 33 del Municipio de Emiliano Zapata.

9.3.- Tamaño de la muestra

El cálculo de la muestra se realizara a través de la fórmula de la n para poblaciones infinitas.

$$N = (Z\alpha)^2(p)(q) / \delta^2$$

N= tamaño de la muestra que se requiere

P= proporción de sujetos portadores del fenómeno en estudio

1= 1 – p (complementario, sujetos que no tienen la variable en estudio)

Delta= precisión o magnitud del error que estamos dispuestos a aceptar

Zα= distancia de la media del valor de significación propuesto

Al realizar el siguiente cálculo mediante la presente formula se obtiene una Nd de 203, con un nivel de confianza de 95%, una proporción esperada del 5% una variación aceptada de la proporción esperada del fenómeno del 3%

9.4.- Criterios de selección

9.4.1.- Criterios de inclusión

- Pacientes mayores de 60 años y mas
- Derechohabientes pertenecientes a la UMF No. 33 de Emiliano Zapata, Tabasco.
- Pacientes que acudan a consulta externa de MF y AMC
- Derechohabientes que acepten participar en la investigación
- Pacientes que firmen el consentimiento informado

9.4.2.- Criterios de exclusión

- Pacientes menores de 60 años
- Pacientes con discapacidad mental
- Pacientes que acuden a Urgencias por patologías que afectan el estado mental de forma transitoria (hipoglucemia, hiperglucemia, delirium).
- Derechohabientes que no tengan su adscripción en la UMF No. 33
- Personas no derechohabientes al IMSS

9.4.3.- Criterios de eliminación

- Personas que rechacen participar en el desarrollo del proyecto
- Personas que decidan abandonar su participación durante el desarrollo del proyecto
- Encuestas incompletas menor a 80% o con datos insuficientes para evaluar el síndrome geriátrico

9.5.- Variables

9.5.1.- Variables independientes

Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Tipo de Variable	Fuente	Estadística
Edad	Periodo de tiempo desde el nacimiento	Años cumplidos	Cuantitativa Numérica	Expediente	Estadística descriptiva
Genero	Conjunto de personas o cosas que tienen unas características comunes	Masculino Femenino	Cualitativa Nominal	Expediente	Estadística descriptiva
Estado civil	Condición de una persona según el registro civil en función de si tiene o no pareja y su situación legal respecto a esto.	Soltero Casado Unión libre Divorciado Viudo Separado	Cualitativa Nominal	Expediente	Estadística descriptiva χ^2
Escolaridad	Período de tiempo que un sujeto asiste a la escuela para estudiar y aprender, especialmente el tiempo que dura la enseñanza obligatoria	Analfabeta Primaria Secundaria Preparatoria Licenciatura	Ordinal	Expediente	Estadística descriptiva Krus Kal Wallis
Religión	Conjunto de creencias religiosas, de normas de comportamiento y de ceremonias de oración o sacrificio que son propias	Ateo Católico Sectas	Ordinal	Expediente	Estadística descriptiva Krus Kal Wallis

	de un determinado grupo humano y con las que el hombre reconoce una relación con la divinidad				
Ingreso	Son todos aquellos recursos que obtienen los individuos, sociedades o gobiernos por el uso de riqueza, trabajo humano, o cualquier otro motivo que incremente su patrimonio	Clase rica Media alta Clase media Clase media baja Clase pobre Pobreza extrema	Cuantitativa	Expediente	Estadística descriptiva χ^2
Situación geográfica	Cualquier forma de localización en un contexto geográfico	Rural Suburbana	Ordinal	Expediente	Estadística descriptiva

9.5.2.- Variables dependientes

Cognición	Capacidad del ser humano para conocer por medio de la percepción y los órganos del cerebro	Funcionamiento intelectual normal Funcionamiento intelectual deficitario Funcionamiento intelectual severo	Ordinal	Escala de Pfeiffer	Estadística descriptiva
-----------	--------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------	--------------------	-------------------------

Abandono	Estado o circunstancia de la persona, animal o cosa abandonados	No se percibe abandono Ligeramente abandonado Medianamente abandonado Muy abandonado Totalmente abandonado	Ordinal	Escala de percepción de abandono del adulto mayor	Estadística descriptiva
Incontinencia	Trastorno o alteración del organismo que consiste en la emisión involuntaria pero consciente de la orina, excremento u otra materia biológica, cuya evacuación se produce normalmente bajo la influencia de la voluntad	Cualquier puntaje superior a 0	Cualitativa	ICIQ-SF	Estadística descriptiva
Polifarmacia	Ingesta de 3 o más fármacos	Ingesta de 3 medicamentos con o sin prescripción medica	Nominal	Expediente	Estadística descriptiva

9.6.- Descripción de la metodología

9.6.1.- Diseño: Durante el 2019, en la Unidad de Medicina Familiar No.33 de Emiliano Zapata, Tabasco, se realizará una investigación en la cual se utilizara un diseño tipo encuesta, analítico, descriptivo y transversal.

9.6.2.- Cálculo de la muestra: El cálculo de la muestra se realizó mediante la fórmula de n para poblaciones infinitas que corresponde a 203 sujetos, que para ser considerados en el estudio deberán reunir los criterios de selección.

9.6.3.- Integración de grupo: Del universo de trabajo se integra un grupo el cual se selecciona mediante aleatorización simple.

9.6.4.- Aplicación de encuestas: Se aplicaran 03 cuestionarios auto aplicables, las cuales son: encuesta sociodemográfica, el ICIQ-SF (para IU), y escala de percepción de abandono del adulto mayor y 01 cuestionario por observación directa y/o entrevista al paciente: escala de Pfeiffer (para diagnóstico de DC). Las encuestas serán aplicadas por encuestadores previamente capacitados, serán eliminadas las encuestas con respuestas inferiores al 80% y personas que se retiren y/o que no deseen participar y abandonen la encuesta.

9.6.5.- Recolección de la información: La recolección de datos se realizara a través de una base datos de Excel, donde se integraran las variables consideradas en el presente proyecto de investigación, y personas involucradas en el estudio. El contraste de variables se realizara mediante la fórmula de X^2 y la formula no paramétrica de Kruz Kall Wallis. Mediante el programa de SPSS versión 23 de Windows.

9.7.- Instrumentos de medición

9.7.1.- Incontinencia urinaria ICIQ-SF

Test empleado para identificar IU e impacto en la calidad de vida del paciente, autoadministrable, consta de 3 ítems que califican la severidad de la IU y un ítem que enumera la frecuencia. Se califica de forma positiva con cualquier puntaje superior a 0.

9.7.2.- Escala de percepción de abandono del adulto mayor

Cuestionario que identifica el grado de abandono que sufre un adulto mayor. Está compuesto de 14 preguntas. Se clasifica en:

- No se percibe abandono
- Ligeramente abandonado
- Medianamente abandonado

- Muy abandonado
- Totalmente muy abandonado

9.7.3.- Escala de Pfeiffer:

Test para evaluar DC, se realiza por observación directa y/o entrevista al paciente, valora la memoria y consta de 10 ítems. El punto de corte está en 3 o más errores, en el caso de personas que al menos sepan leer y escribir y de 4 o más para los que no. Se valora a partir de:

- 0-2 normal (no hay DC)
- 3-4 DC leve
- 5-7 DC moderado
- 8-10 DC grave

10.- PRUEBA PILOTO

Se realiza una prueba piloto previo a la elaboración del proyecto con 10 encuestas en la cual se diagnostica una asociación previa de síndromes geriátricos y abandono, en un 64% considerando los síndromes siguientes: deterioro cognitivo, polifarmacia e incontinencia urinaria, por lo que es importante implementar una investigación más amplia sobre el tópico en estudio y debido los resultados de la prueba piloto en mención

11.- CONSIDREACIONES ETICAS

El presente estudio se realizara bajo la aprobación y autorización correspondiente del comité de investigación de la UMF No. 43 IMSS Tabasco. Por las características del diseño y naturaleza de las variables del estudio, las implicaciones éticas son mínimas.

El artículo 17 del Reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud, establece las categorías de las investigaciones. En la fracción I define que “una investigación sin riesgos son estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquellos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: cuestionarios, entrevistas, revisión de expedientes clínicos y otros, en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de la conducta.

Asimismo, en el artículo 20 establece que el consentimiento informado es el acuerdo por escrito, mediante el cual el sujeto de investigación o, en su caso, su representante legal autoriza su participación en la investigación con pleno conocimiento que no existe ningún riesgo en la participación en la investigación, con la capacidad de libre elección y sin coacción alguna.

Considerándose un estudio de riesgo menor al mínimo, ya que está de acuerdo a las normas éticas, a la ley general de salud en materia de investigación y a la declaración de Helsinki 1975 modificada en 1993.

De acuerdo con el Código de Nuremberg, el proyecto de investigación se llevará a cabo previo consentimiento informado, se realiza para otorgar un beneficio a la sociedad, no se someterá a ningún daño a los participantes. Los participantes podrán abandonar el proyecto en el momento que en así lo deseen y se realizará por personal calificado.

Este trabajo no representa ningún riesgo para las personas involucradas en esta investigación y no se pone en riesgo su salud, además es una investigación formal donde los datos son confidenciales. Se realizará una comunicación activa y

recíproca con los pacientes participantes que participarán en nuestra investigación, con su autorización en el consentimiento informado.

12.- RESULTADOS

El tamaño muestral de los pacientes del estudio reporta en la variable de edad los siguientes datos: media 71.02, mediana 69.00, moda 60, desviación estándar 8.828, varianza 77.934, rango 43, mínimo 60, máximo 103.

En cuanto a la distribución por género, el análisis estadístico identifica lo siguiente: masculino: 99 (49.7%), femenino 100 (50.3%).

Al analizar la ubicación geográfica, se encontró: zona suburbana 157 (78.9%) y rural 42 (21.1%).

En cuanto al nivel de escolaridad, se reportó lo siguiente: analfabeta 10 (5.0%), primaria 64 (32.2%), secundaria 70 (35.2%), bachillerato 43 (21.6%) y licenciatura 2 (5.0%).

Se analizó el estado civil de la población estudiada, hallando: solteros 9 (4.5%), casados 112 (56.3%), divorciados 9 (4.5%), viudos 54 (27.1%), unión libre 8 (4.0%) y separados 7 (3.5%).

Al realizar el análisis sobre la religión, se descubrió: ateo 6 (3.0%), católico 161 (80.9%) y sectas 26 (13.1%).

En cuanto al análisis del nivel socioeconómico de la población estudiada, se reportó lo siguiente: media alta 2 (1.0%), media 19 (9.6%), media baja 41 (20.7%), pobre 66 (33.3%), pobreza extrema 69 (34.8%).

Al analizar el nivel de deterioro cognitivo, se encontró: normal 164 (82.4%), deterioro cognitivo leve 22 (11.1%), deterioro cognitivo moderado 7 (3.5%) y deterioro cognitivo severo 1 (0.5%).

Al analizarse la presencia de incontinencia urinaria, se reportó: sin incontinencia 110 (55.3) y con incontinencia (40.7%).

El análisis de la presencia de polifarmacia, hallando: menos de 5 medicamentos 92 (46.2%) y más de 5 medicamentos 101 (50.8%).

Al hacer el análisis del nivel de percepción de abandono, los resultados hallazgos fueron los siguientes: no se percibe abandono 156 (78.4%), ligeramente abandonado 31 (15.6%), muy abandonado 1 (0.5%) y totalmente abandonado 1 (0.5%).

En el contraste de las características sociodemográficas donde se contempló la variable escolaridad y abandono, mediante la fórmula paramétrica de anova se obtuvo el siguiente resultado: anova de $x= 1.753$; GL: 4; P: 0.000.

Al realizar el cálculo estadístico de las variables sociodemográficas situación geográfica y abandono mediante la fórmula de X^2 de Pearson se encontraron los datos siguientes: $x^2: 5.749$; GL: 4, P: 0.219

En el análisis estadístico realizado en la variable estado civil y abandono, con la fórmula no paramétrica de anova, se encontraron los datos que se anexan: anova de $x= 0.502$; GL: 4; P: 0.735.

Al realizar el análisis sistematizado de las variables religión y abandono, se reporta lo siguiente: anova de $x= 1.535$; GL: 4; P: 0.777.

En el contraste de variables religión y abandono, se encontró: anova de $x= 0.579$; GL: 4; P: 0.678.

Al realizar el análisis estadístico mediante la fórmula de anova de las variables síndromes geriátricos y abandono se encuentran los siguientes datos: anova de $x= 29.363$; GL: 2; P: 0.000.

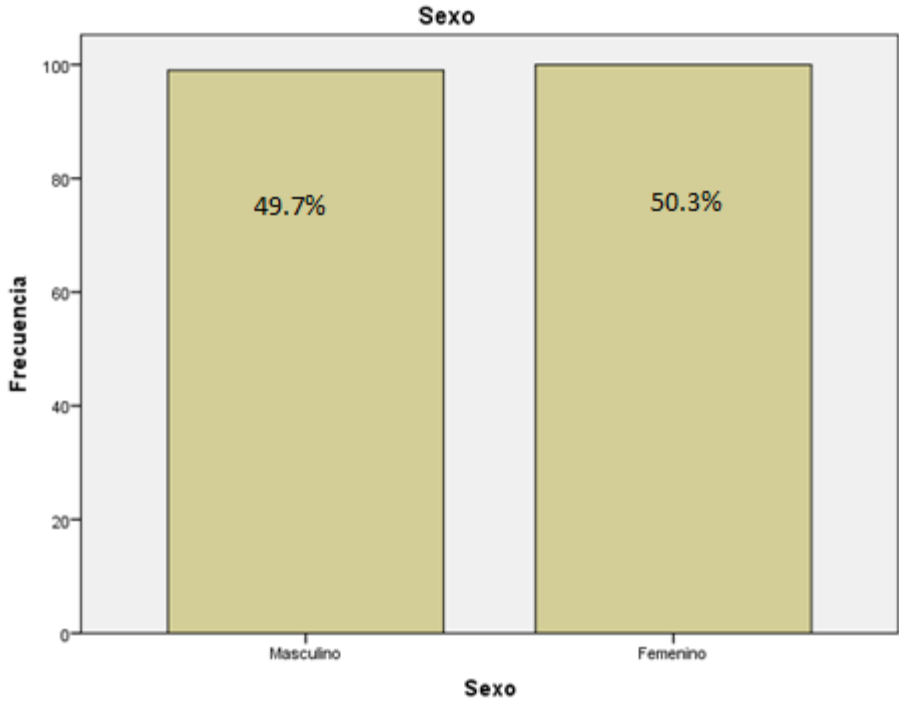
En el contraste de variables de polifarmacia y abandono se obtuvieron los siguientes resultados: anova de $x= 13.228$; GL: 4; P: 0.000.

El análisis estadístico de la variable clínica incontinencia urinaria y abandono en el cálculo sistematizado se reporta: anova de $x= 98.141$; GL: 4; P: 0.000.

En el proceso de datos del factor cognición y abandono, se obtuvo: anova de $x= 22.781$; GL: 4; P: 0.000.

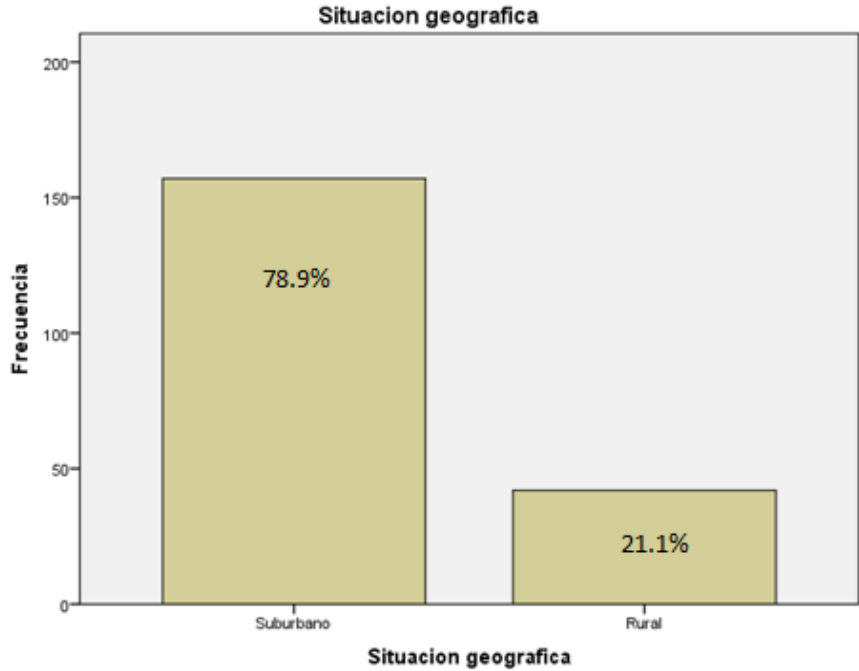
Al hacer el análisis mediante la fórmula paramétrica de la variable anova, se identificaron los siguientes datos: anova de $x= 1.753$; GL: 4; P: .140.

Grafica 1.- Sexo de la población estudiada



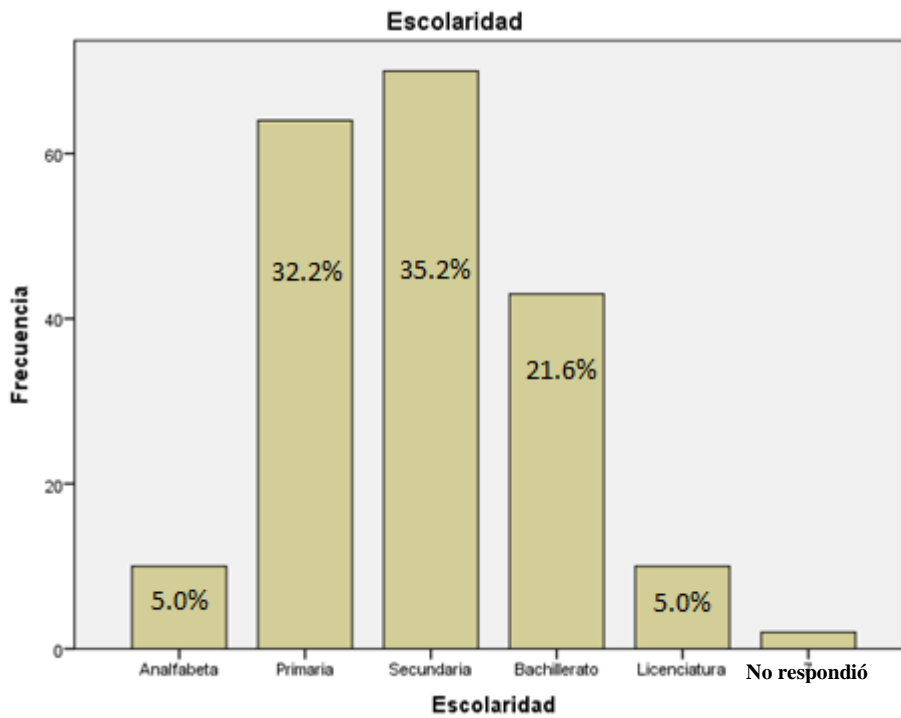
Fuente: Encuesta sociodemográfica

Grafica 2.- Situación geográfica de la población



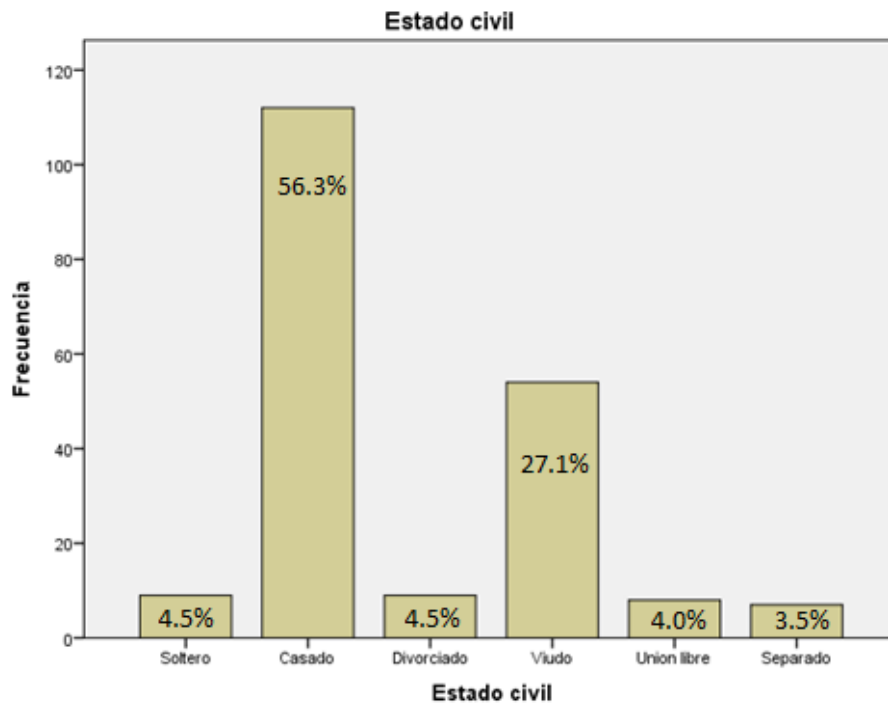
Fuente: Encuesta sociodemográfica

Grafica 3.- Nivel de escolaridad de la poblacion entrevistada



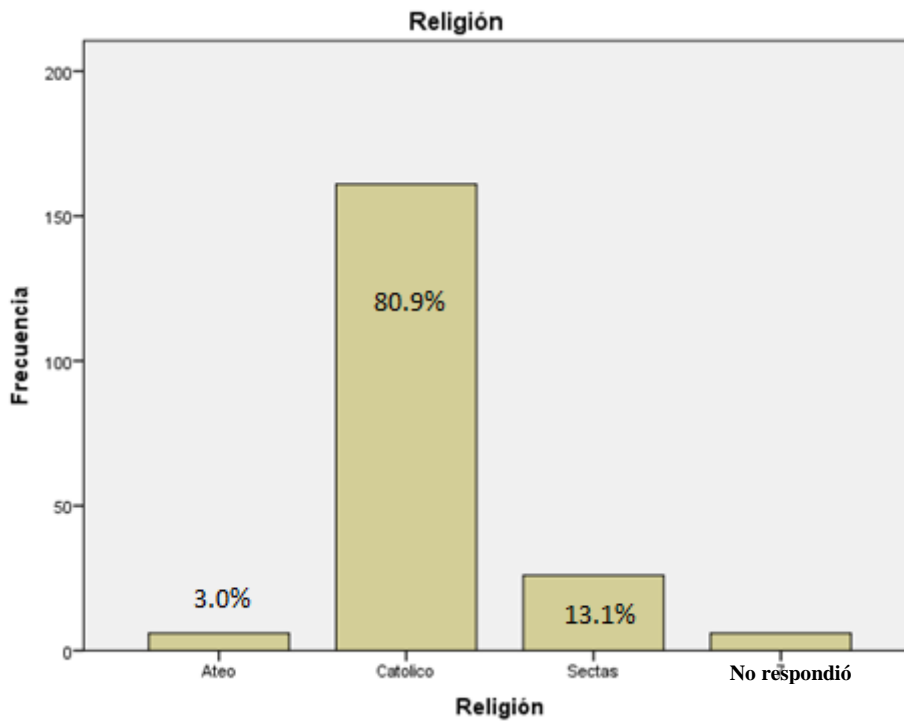
Fuente: Encuesta sociodemográfica

Grafica 4.- Estado civil de la población encuestada



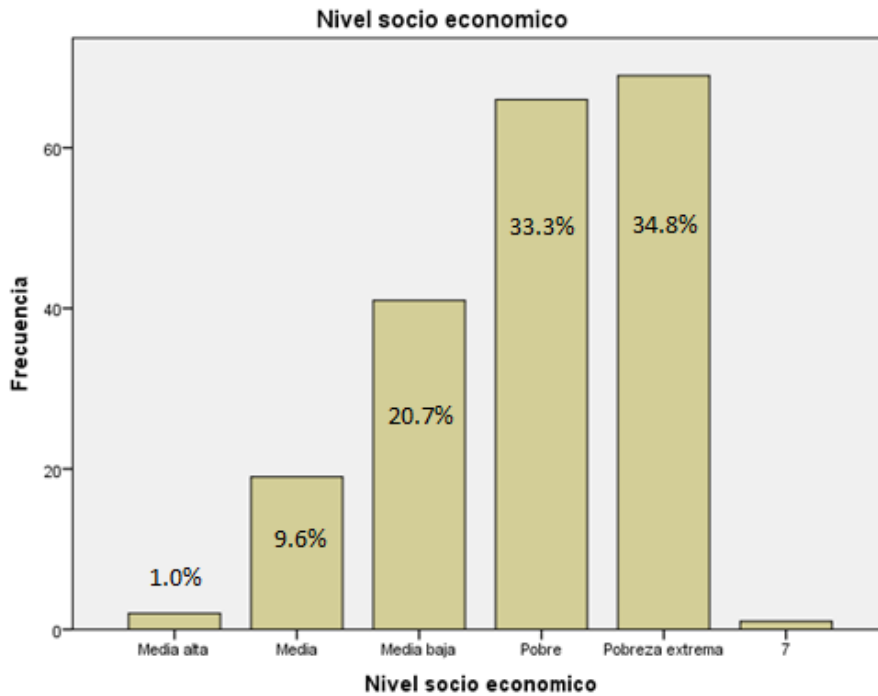
Fuente: Encuesta sociodemográfica

Grafica 5.- Religión practicada por la población entrevistada



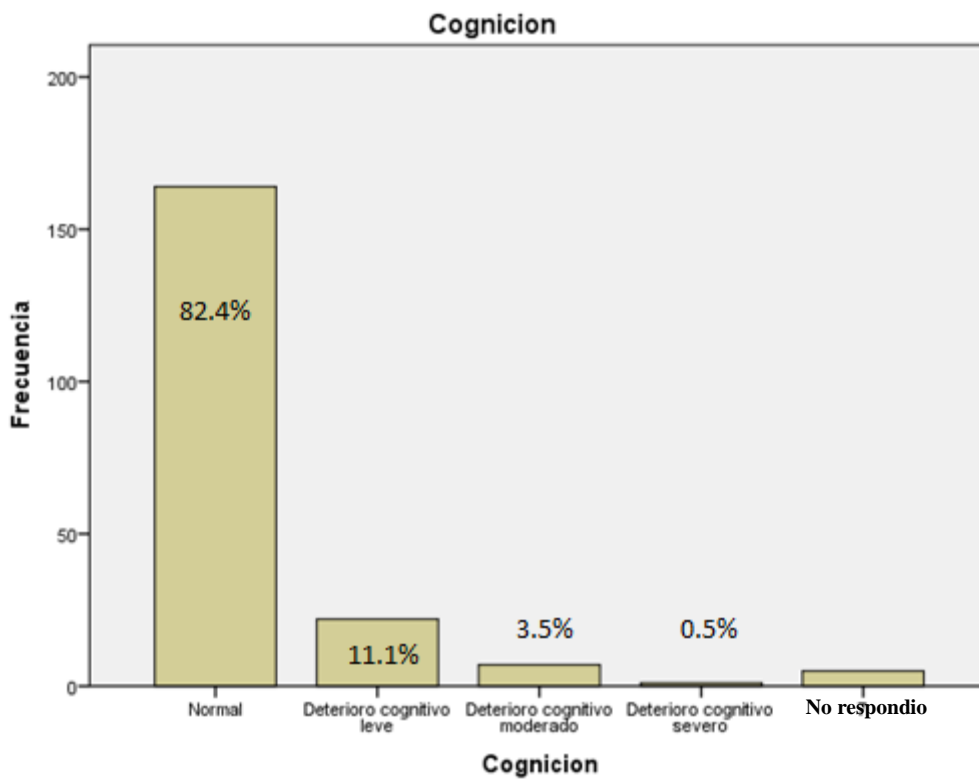
Fuente: Encuesta sociodemográfica

Grafica 6.- Nivel socioeconómico de la población que participo en la entrevista



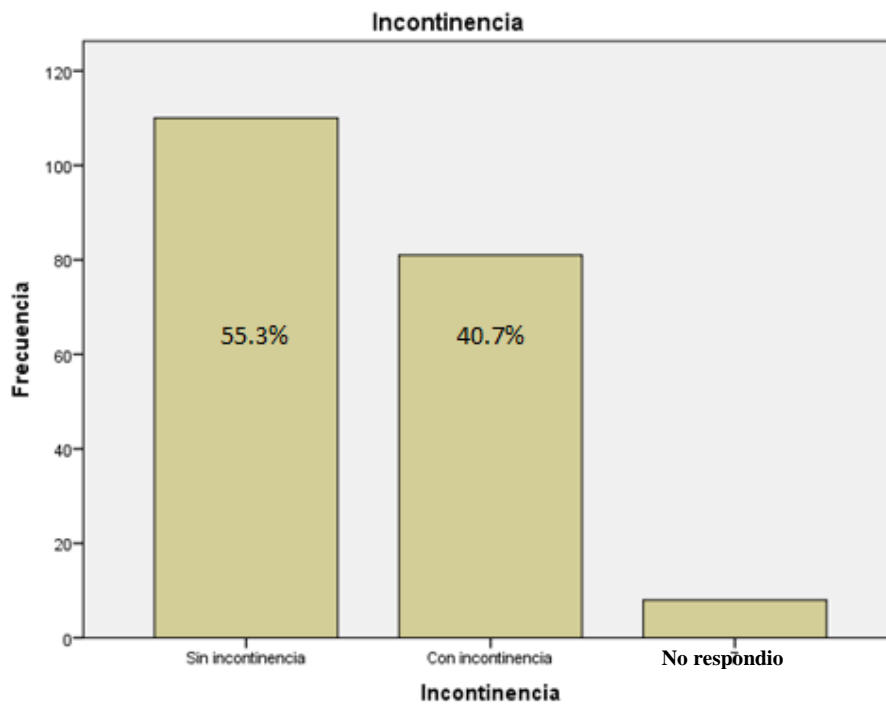
Fuente: Encuesta sociodemográfica

Grafica 7.- Nivel de cognición de la población encuestada



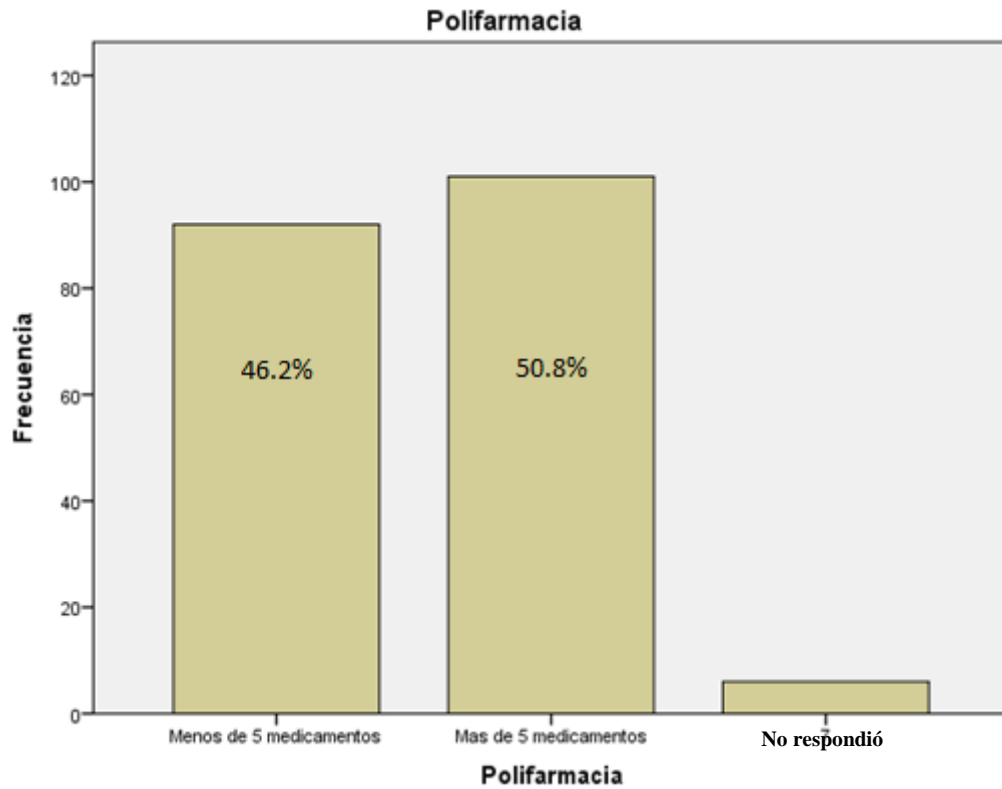
Fuente: Test de Pfeiffer

Grafica 8.- Incontinencia urinaria de la población entrevistada



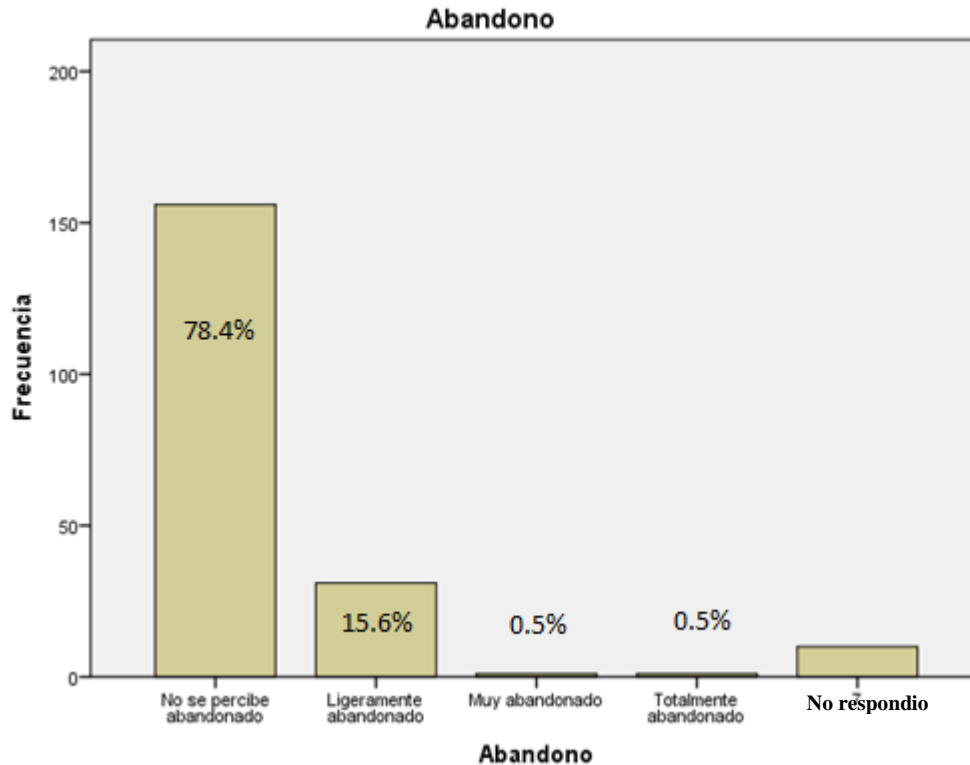
Fuente: Cuestionario ISIQ-SF

Grafica 9.- Polifarmacia de los pacientes encuestados



Fuente: Encuesta sociodemográfica

Grafica 10.- Nivel de percepción de abandono de los pacientes entrevistados



Fuente: Cuestionario sobre percepción de abandono del adulto mayor

Cuadro I: Muestra el contraste de las variables síndrome geriátrico y abandono mediante la fórmula de Anova

Síndrome geriátricos y abandono					
	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Entre grupos	84.780	2	42.390	29.363	.000
Dentro de grupos	282.959	196	1.444		
Total	367.739	198			

Fuente: Base de datos: Síndromes geriátricos y abandono de pacientes de la Unidad de Medicina Familiar No. 33. Emiliano Zapata, Tabasco.

Cuadro II.- Muestra el análisis de las variables polifarmacia y abandono mediante la fórmula de Anova

ANOVA					
Polifarmacia y abandono					
	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Entre grupos	47.719	4	11.930	13.228	.000
Dentro de grupos	174.964	194	.902		
Total	222.683	198			

Fuente: Base de datos: Síndromes geriátricos y abandono de pacientes de la Unidad de Medicina Familiar No. 33. Emiliano Zapata, Tabasco.

Cuadro III.- Muestra el contraste de las variables incontinencia y abandono mediante la fórmula de Anova

ANOVA					
Incontinencia urinaria y abandono					
	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Entre grupos	190.991	4	47.748	98.141	.000
Dentro de grupos	94.386	194	.487		
Total	285.377	198			

Fuente: Base de datos: Síndromes geriátricos y abandono de pacientes de la Unidad de Medicina Familiar No. 33. Emiliano Zapata, Tabasco.

Cuadro IV.- Muestra los resultados del contraste de las variables cognición y abandono mediante la fórmula de Anova

ANOVA					
Cognición y abandono					
	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Entre grupos	68.737	4	17.184	22.781	.000
Dentro de grupos	146.339	194	.754		
Total	215.075	198			

Fuente: Base de datos: Síndromes geriátricos y abandono de pacientes de la Unidad de Medicina Familiar No. 33. Emiliano Zapata, Tabasco.

Cuadro V.- Muestra los resultados de las variables sociodemográficas escolaridad y abandono mediante la fórmula de Anova

ANOVA					
Escolaridad y abandono					
	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Entre grupos	7.611	4	1.903	1.753	.140
Dentro de grupos	210.539	194	1.085		
Total	218.151	198			

Fuente: Base de datos: Síndromes geriátricos y abandono de pacientes de la Unidad de Medicina Familiar No. 33. Emiliano Zapata, Tabasco.

Cuadro VI.- Muestra el análisis de las variables situación geográfica y abandono mediante la fórmula de χ^2 cuadrada

Situación geográfica y abandono

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	5.749 ^a	4	.219
Razón de verosimilitud	5.215	4	.266
Asociación lineal por lineal	3.812	1	.051
N de casos válidos	199		

a. 5 casillas (50.0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es .21.

Fuente: Base de datos: *Síndromes geriátricos y abandono de pacientes de la Unidad de Medicina Familiar No. 33. Emiliano Zapata, Tabasco.*

Cuadro VII.- Muestra el contraste de las variables estado civil y abandono mediante la fórmula de Anova

ANOVA

Estado civil y abandono

	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Entre grupos	2.963	4	.741	.502	.735
Dentro de grupos	286.394	194	1.476		
Total	289.357	198			

Fuente: Base de datos: *Síndromes geriátricos y abandono de pacientes de la Unidad de Medicina Familiar No. 33. Emiliano Zapata, Tabasco.*

Cuadro VIII.- Muestra el contraste de las variables religión y abandono mediante la fórmula de Anova

ANOVA					
Religión y abandono					
	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Entre grupos	1.535	4	.384	.443	.777
Dentro de grupos	167.902	194	.865		
Total	169.437	198			

Fuente: Base de datos: Síndromes geriátricos y abandono de pacientes de la Unidad de Medicina Familiar No. 33. Emiliano Zapata, Tabasco.

Cuadro IX.- Muestra los resultados del contraste de las variables religión y abandono mediante la fórmula de Anova

ANOVA					
nivel socio economico y abandono					
	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Entre grupos	2.455	4	.614	.579	.678
Dentro de grupos	204.555	193	1.060		
Total	207.010	197			

Fuente: Base de datos: Síndromes geriátricos y abandono de pacientes de la Unidad de Medicina Familiar No. 33. Emiliano Zapata, Tabasco

Variable	Frecuencia N.A	Porcentaje
Edad		
Genero		
Masculino	101	49.7%
Femenino	102	50.3%
Estado civil		
Soltero	10	4.5%
Casado	114	56.3%
Unión libre	8	4.0%
Divorciado	9	4.5%
Viudo	55	27.1%
Separado	7	3.5%
Escolaridad		
Analfabeta	10	5.0%
Primaria	66	32.2%
Secundaria	72	35.2%
Bachillerato	43	21.6%
Licenciatura	10	5.0%
Religión		
Ateo	6	3.0%
Católico	164	80.9%
Sectas	27	13.1%
Ingreso		
Clase rica	0	
Media alta	2	1.0%
Clase media	19	9.6%
Clase media baja	41	20.7%
Clase pobre	68	33.3%
Pobreza extrema	71	34.8%
Situación geográfica		
Suburbano	160	78.9%
Rural	40	21.1%
Cognición		
Normal	165	82.4%
Leve	22	11.1%
Moderado	7	3.5%
Severo	4	0.5%
Incontinencia		
Sin incontinencia	112	55.3%

Con incontinencia	83	40.7%
Polifarmacia		
Menos de 5 medicamentos	93	46.2%
Más de 5 medicamentos	104	50.8%
Abandono		
No se percibe abandonado	158	78.4%
Ligeramente abandonado	31	15.6%
Medianamente abandonado	0	
Muy abandonado	2	0.5%
Totalmente abandonado	1	0.5%

13.- DISCUSION

Al analizar la variables sociodemográficas género y situación geográfica, encontramos un 49.7% hombres y 50.3% mujeres, en una proporción de 78.9% perteneciente a la zona suburbana, este resultado es equiparable solo en la variable de género, pues Cardona, D. et y cols reportan una mayor proporción del género femenino (72.8%) y un 94.7% de la población se ubica en la zona urbana.

Los resultados obtenidos de la población en estudio, en el análisis del síndrome deterioro cognitivo, se encuentra una proporción del 22 (11.1%) con deterioro cognitivo leve, 7 (3.5%) con deterioro cognitivo moderado y 1 (0.5%) con deterioro cognitivo severo, es decir el 15% de la población total, estos datos son equiparables a los obtenidos por Nieves, E. et y cols., donde encuentra que un 15% de la población estudiada presenta deterioro cognitivo.

Al realizar el análisis socioeconómico del nivel educativo y nivel socio económico de los cuales el 70 (35.2%) tiene estudios a nivel secundaria, seguido de 64 (32.2%) con educación primaria y solo 10 (5.0%) son analfabetas. El nivel socioeconómico con mayor proporción fue la pobreza extrema 69 (34.8%) y clase pobre 66 (33.3%), según Díaz, R., et y cols el 64% de la población cuenta con educación primaria y el nivel socio económico medio está representado por el 72.2% de la población.

Al elaborar el análisis de la variable sociodemográficas polifarmacia y edad, encontramos que el 50.8% de los adultos mayores de edades de 60 años y más presenta polifarmacia, es decir la mitad de la población estudiada, estos

resultados son similares a los presentados por Luna, M. et y cols que reporta una población, con edades entre los 65 años y más, siendo los 74 años la edad la edad promedio, y que el 87% tiene polifarmacia.

Los resultados del análisis de la incontinencia urinaria reporta la presencia de este síndrome en (40.7%) de la población, en comparación con los resultados de Busquets, M. et y cols donde encuentra proporciones mayores: 76 casos (62,3%) estuvieron bajo tratamiento médico para la IU y 46 (37,7%) bajo tratamiento quirúrgico.

Al analizar las variables sociodemográficas abandono y estado civil, en este proyecto se encuentra que el 56.3% son casados, 27.1% son viudos y 4.5% son divorciados, donde el 15.6% se percibe ligeramente abandonado y solo 0.5% se perciben muy abandonados y totalmente abandonados, contrario a esto, Zúñiga, A., et y cols reportan que 51% de su población son viudos, 34% casados y 10% divorciados, donde el 49% de los viudos se perciben muy abandonados y totalmente abandonados.

14.- CONCLUSION

Las proporciones de género fueron equiparables

La situación geográfica fue predominantemente suburbana

El nivel escolar secundaria fue mayor en proporción, seguida de nivel primaria y bachillerato. El nivel licenciatura y analfabetismo fueron bajos.

El estado civil de mayor proporción fue el grupo de casados, seguido de la viudez.

Los status soltero y divorciado se presentan en un bajo porcentaje.

La religión predominante fue el catolicismo, seguida de las sectas. Solo una minoría de la población practica el ateísmo.

El nivel socioeconómico predominante fue la pobreza extrema, seguida de la clase pobre y media baja. En menor porcentaje se halla la clase media y media alta.

El síndrome geriátrico de deterioro cognitivo no está presente, debido a que un gran porcentaje de la población se encuentra en el parámetro normal. Los deterioro cognitivo leve, moderado y severo, se encuentran en bajas proporciones.

El 55.3% de los entrevistados negaron padecer incontinencia urinaria, y solo el 40.7% acepto tener incontinencia urinaria.

La presencia de polifarmacia fue elevada.

Más de la mitad de los pacientes no se perciben abandonado, una proporción menor refieren percibirse ligeramente abandonado. La percepción de muy abandonado y totalmente abandonado fue equiparable.

14.1.- SUGERENCIAS

Se sugiere que durante los inicios de la vejez, el médico familiar oriente a los pacientes y a los familiares sobre el proceso de envejecimiento y también acerca de los síndromes geriátricos, esto con la finalidad de hacerles de su conocimiento sobre estos padecimientos exclusivos de la vejez, con el objetivo de introducirlos en los temas de envejecimiento y de esta manera prevenir, retrasar y/o disminuir la aparición de los mismo y en el mejor de los casos evitarlos.

Es fundamental iniciar la creación de módulos de atención especializada para los adultos mayores, que podrán ser dirigidas por una trabajadora social o por médicos familiares, quienes deberán hacer valoraciones geriátricas y realizar platicas dirigidas a los adultos mayores y a sus familiares, haciendo hincapié en los síndromes geriátricos y de este modo se refuercen los conocimientos transmitidos en la consulta de control del médico familiar.

El médico familiar en conjunto con los familiares, deberá promover la creación de redes de apoyo, las cuales iniciaran en el hogar y hacerlas extensivas en la comunidad.

En los casos en que nos encontremos con pacientes que ya tienen un síndrome geriátrico, su envío a la consulta de geriatría será prioritario, para que el medico geriatra realice una intervención oportuna.

15.- REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Meléndez, J., Sanz, T. y Navarro, E. (2012). Deterioro cognitivo leve: método y procedimiento de clasificación. *Anales de psicología*. 28(2). Pág. 604-610. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/167/16723135032.pdf>
2. Cardona, D., Segura, A., et y cols. (2016). Estado de salud del adulto mayor de Antioquia, Colombia. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.* 19(1). Pág. 71-86. Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v19n1/pt_1809-9823-rbgg-19-01-00071.pdf
3. Alvarado A. y Salazar A. (2014). Análisis del concepto de envejecimiento. *Gerokomos*. 25(2). Pág. 57-62. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2014000200002
4. Benavides C. (2017). Deterioro cognitivo en el adulto mayor. *Revista mexicana de anestesiología*. 40(29). Pág. 107-112. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/rma/cma-2017/cma172f.pdf>
5. Barahona, D., Villasán, A. y Sánchez, A. (2014). Controversias y utilidad clínica del deterioro cognitivo leve (DCL). *International Journal of Developmental and Educational Psychology*. 2(1). Pág. 47-54. Disponible en: http://www.infad.eu/RevistaINFAD/2014/n2/volumen1/02149877_2014_2_1_47.pdf
6. Tan Pan, L. (2017). Vejez y envejecimiento en China. *Estudios de Asia y Africa*. 52(2). Pág. 459-470. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2448-654X2017000200459
7. García, F. (2013). Cooperación para la innovación europea en el envejecimiento activo y saludable: de la política a la acción. *Gac. Sanit.* 27(5). Pág. 459-462. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112013000500014
8. Franco, M., Parra, E., González, F., Bernate, M. y Solís, A. (2013). Influencia del ejercicio físico en la prevención del deterioro cognitivo en las personas mayores: revisión sistemática. *Rev. Neurol.* 56(11). Pág. 545-554. Disponible en: <https://www.neurologia.com/articulo/2012570>
9. Naranjo, Y., Figueroa, M. y Cañizares, R. (2015). Envejecimiento poblacional en Cuba. *Gac. Medica Espirituana*. 17(3). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S160889212015000300025
10. Herrera, S., Saldías, P. y Testa, N. (2014). Validación de un test breve para el diagnóstico de capacidad funcional en adultos mayores en Chile. *Rev. Med. Chile*. 142. Pág. 1128-1135. Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/rmc/v142n9/art06.pdf>
11. Espinosa, G., López, V., Álvaro, D., Conde, M., Trejo, G. y González, B. (2013). Programa para la rehabilitación funcional del adulto mayor Mejorar la marcha, el equilibrio y la independencia. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*. 51(5):562-573. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2013/im135l.pdf>
12. Nieves, E., Ponce, I., Medina, D. y Rangel, O. (2016). Prevalencia de síndromes geriátricos detectados por la enfermera especialista en medicina de familia. *Nure Inv.* 13(84). Pág. 1-12. Disponible en: <http://www.nureinvestigacion.es/OJS/index.php/nure/article/view/888/719>

13. Montenegro, M., Montejo, P., Llanero, M. y Reinoso, A. (2012). Evaluación y diagnóstico del Deterioro cognitivo leve. *Revista de logopedia, foniatría y audiolología*. 32. Pág. 47-56. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-logopedia-foniatria-audiologia-309-articulo-evaluacion-diagnostico-del-deterioro-cognitivo-S0214460312000307>
14. García, S., Díaz, M. y Peraita, H. (2014). Evaluación y seguimiento del envejecimiento sano y con deterioro cognitivo leve (DCL) a través del TAVEC. *Anales de psicología*. 30(1). Pág. 372-379. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-97282014000100040
15. Díaz, R., Marulanda, F. y Martínez, M. (2013). Prevalencia de deterioro cognitivo y demencia en mayores de 65 años en una población urbana colombiana. *Acta Neurol. Colom.* 29(3). Pág. 141-151. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/anco/v29n3/v29n3a03.pdf>
16. Chiang, H., Susaeta, R., Valdevenitos, R., Rosenfield, R. y Finsterbusch, C. (2013). Incontinencia urinaria. *Rev. Med. Clin. Condes.* 24(2). Pág. 219-227. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-incontinencia-urinaria-S0716864013701536>
17. Brenes, F., Cozar, J., Esteban, M., Fernández, A. y Molero, J. (2013). Criterios de derivación en incontinencia urinaria para atención primaria. *Atención Primaria*. 45(5). Pág. 263-273. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-semergen-medicina-familia-40-articulo-criterios-derivacion-incontinencia-urinaria-atencion-S1138359312002997>
18. Busquets, M., Urquidi, C. y Pertossi, E. (2016). Sensibilidad al cambio de la versión español-chileno del cuestionario International Consultation on Incontinence Questionnaire Short-Form (ICIQ-SF) para incontinencia urinaria femenina. *Rev. Med. Chile*. 144. Pág. 1006-1011. Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/rmc/v144n8/art07.pdf>
19. Santibañez, S., Villareal, E., Galicia, L., Martínez, L., Vargas, E., y Ramos, J. (2013). Costo económico de la polifarmacia en el adulto mayor en el primer nivel de atención. *Rev. Med. Inst. Mex. Seguro Soc.* 51(2). Pág. 192-199. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im2013/im132o.pdf>
20. Guía de Práctica Clínica para la Valoración Geriátrica Integral en Unidades de Atención Médica. México: Instituto Mexicano del Seguro Social, 2011. Disponible en: <http://www.imss.gob.mx/profesionales/guiasclinicas/gpc.htm>
21. Luna, M., Peralta, M., Pineda, V., Duran, Y., Avalos, A. y Aguirre, M. (2013). Prescripción inapropiada en el adulto mayor con padecimiento crónico degenerativo. *Rev. Med. Inst. Mex. Seguro Soc.* 51(2). Pág. 142-149. Disponible en: <http://new.medigraphic.com/cgibin/resumen.cgi?IDARTICULO=42100>
22. Villaroel, J., Cardenas, V. y Miranda, J. (2017). Valoración funcional del adulto mayor relacionado con el abandono familiar. *Enfermería investiga investigación, vinculación, docencia y gestión*. 2(1). Pág. 14-17. Disponible en: <https://enfermeriainvestiga.uta.edu.ec/index.php/enfermeria/article/view/40/7>
23. Jimenez, B., Baillet, L., Avalos, F. y Campos, L. (2016). Dependencia funcional y percepción de apoyo familiar en el adulto mayor. *Atención Familiar*. 23(4). Pág.: 129-133. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S140588711630147X>

24. Espin, A. (2012). Factores de riesgo de carga en cuidadores informales de adultos mayores con demencia. *Revista Cubana de Salud Pública*. 38(3). Pág. 393-402. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=21423096006>
25. Zuñiga, A., Pasquel, P. y Zamora, A. (2012). Percepción del adulto mayor hospitalizado en cuanto al abandono por sus familiares. *Desarrollo Científ. Enferm.* 20(4). Pág. 134-139. Disponible en: <http://www.indexf.com/dce/20pdf/20-134.pdf>
26. Valdez, G. y Álvarez, C. (2018). Calidad de vida y apoyo familiar en adultos mayores. *Horizonte sanitario*. 17(2). Disponible en: <http://revistas.ujat.mx/index.php/horizonte/article/view/1988>
27. Vega, T., Miralles, M., Mangas, M. G., Castrijello, D., Rivas, A. I., Gil, M., López, A., Arrieta, E., Lozano, J. E. y Fragua, M. (2016). Prevalencia de deterioro cognitivo en España. Estudio Gómez de Caso en redes centinelas sanitarias. *Neurología*. Pág. 1-8. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-neurologia-295-avance-resumen-prevalencia-deterioro-cognitivo-espana-estudio-S0213485316302171>
28. López, L., Orozco, R., Borboa, C. y Flores L. (2015). Relación entre deterioro cognitivo y depresión en pacientes mayores de 60. *Revista Médica MD*. 6(4). Pág. 258-262. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/revmed/md-2015/md154h.pdf>
29. Gavira, A., Walker, C., Rodríguez, N. y Gavira, F. (2014). Prevalencia y factores de riesgo de incontinencia urinaria en mujeres que consultan por dolor lumbopelvico: estudio multicentrico. *Aten. Primaria*. 46(2). Pág. 100-108. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656713001923>
30. Martínez, J., Gómez, A. y Saucedo, D. (2014). Prevalencia de la polifarmacia y la prescripción de medicamentos inapropiados en el adulto mayor hospitalizado por enfermedades cardiovasculares. *Gaceta médica de México*. 150(1). Pág. 29-38. Disponible en: http://www.anmm.org.mx/GMM/2014/s1/GMM_150_2014_S1_029-038.pdf

16.- ANEXO

16.1 Carta de consentimiento informado

	INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD						
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN							
Nombre del estudio:	Síndromes geriátricos y abandono en pacientes de la Unidad de Medicina Familiar No. 33 Emiliano Zapata, Tabasco.						
Patrocinador externo (si aplica):	No aplica						
Lugar y Fecha:	UMF 33 Emiliano Zapata, Tabasco						
Número de registro:							
Justificación y objetivo del estudio:	Justificación: La inversión de la pirámide poblacional es un fenómeno social que impacta negativamente en la atención a la salud. Actualmente en México existen 8,336,319 AM de 60 años y más, según el Censo de Población y Vivienda 2010. El IMSS realizó un censo en el año 2016, el cual reporto la derechohabiencia de 8,095,976 AM a nivel nacional. En la delegación Tabasco existen 61,584 de AM, 474 pertenecen a la UMF No. 33, dentro de los cuales se desconoce que síndromes geriátricos (SG) padecen, y si estas patologías tienen alguna relación con el abandono del cual suelen ser víctima los AM. Los SG, son padecimientos propios de la vejez, y que al no ser atendidos de forma oportuna, condicionan un rápido deterioro en la calidad de vida de quien lo padece, y como secuela afecta la dinámica familiar. Objetivo: Detectar la relación de síndromes geriátricos y abandono en pacientes de la Unidad de Medicina Familiar No. 33 Emiliano Zapata, Tabasco						
Procedimientos:	Aplicación de cuestionarios						
Posibles riesgos y molestias:	Los riesgos asociados con este estudio son mínimos, se evitará en todo momento causar alguna incomodidad, o daño al paciente.						
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Los beneficios esperados de esta investigación consistirán en que después de terminada la entrevista, se le brindará orientación y consejería integral para prevenir y/o retrasar la aparición de síndromes geriátricos además de prevenir los casos de abandono al adulto mayor.						
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	La información de los resultados será estrictamente confidencial y en caso de requerir atención médica se derivará a los niveles de atención de su competencia.						
Participación o retiro:	La participación en este estudio es de forma voluntaria, si usted desea no continuar en el, puede retirar en cualquier momento, sin que esto afecte su seguimiento en este instituto						
Privacidad y confidencialidad:	Todos los datos registrados serán totalmente confidenciales y solo se usaran para conocer la asociación entre síndromes geriátricos y abandono en adulto mayor						
En caso de colección de material biológico (si aplica):	<table border="1" data-bbox="414 1318 479 1396"><tr><td><input type="checkbox"/></td><td>No autoriza que se tome la muestra</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td>Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td>Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros</td></tr></table>	<input type="checkbox"/>	No autoriza que se tome la muestra	<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio	<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros
<input type="checkbox"/>	No autoriza que se tome la muestra						
<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio						
<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros						
Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):	No aplica						
Beneficios al término del estudio:	Conocer la presencia de síndromes geriátricos y abandono en pacientes adultos mayores.						
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:							
Investigador responsable:	<u>Dra. Villegas Villegas Alejandra</u>						
Colaboradores:	<u>Dr. Pérez Pavón Abel</u>						
En caso de dudas o aclaración sobre sus derechos como participantes podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNI del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores, México, D.F., CP. 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 ext. 21230, Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx							
Nombre y firma del sujeto	Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento						
Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación sin omitir información relevante del estudio.							

- 17.- POLIFARMACIA** () MENOS DE 5 MEDICAMENTOS
 () MAS DE 5 MEDICAMENTOS

16.3.- Escala de Incontinencia Urinaria ICIQ SF.

3.- Marque con una X la respuesta con la que se identifica

El ICIQ (International Consultation on Incontinence Questionnaire) es un cuestionario autoadministrado que identifica a las personas con incontinencia de orina y el impacto en la calidad de vida.
 Puntuación del ICIQ-SF: sume las puntuaciones de las preguntas 1+2+3.
 Se considera diagnóstico de IU cualquier puntuación superior a cero

1. ¿Con qué frecuencia pierde orina? (marque sólo una respuesta).

- Nunca0
- Una vez a la semana 1
- 2-3 veces/semana 2
- Una vez al día 3
- Varias veces al día 4
- Continuamente5

2. Indique su opinión acerca de la cantidad de orina que usted cree que se le escapa, es decir, la cantidad de orina que pierde habitualmente (tanto si lleva protección como si no). Marque sólo una respuesta.

- No se me escapa nada 0
- Muy poca cantidad 2
- Una cantidad moderada 4
- Mucha cantidad 6

3. ¿En qué medida estos escapes de orina, que tiene, han afectado su vida diaria?

- | | | | | | | | | | |
|------|---|---|---|---|---|---|---|---|-------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| Nada | | | | | | | | | Mucho |

4. ¿Cuándo pierde orina? Señale todo lo que le pasa a Ud.

- Nunca.
- Antes de llegar al servicio.
- Al toser o estornudar.
- Mientras duerme.
- Al realizar esfuerzos físicos/ejercicio.
- Cuando termina de orinar y ya se ha vestido.
- Sin motivo evidente.
- De forma continua.

16.4.- Escala de percepción de abandono del adulto mayor.

4.- Marque con una X la respuesta con la que se identifica

No.	INDICADORES	SI	NO
1	¿La persona que lo acompañó, se responsabilizó de usted, proporcionando datos verdaderos para su localización?	0	1
2	¿La persona que lo hospitalizó le trajo el material de uso personal?	0	1
3	¿Desde su internamiento en el hospital, su familia se organizó para cuidarlo?	0	1
4	¿Ocupa usted un lugar preferente de respeto en su familia?	0	1
5	¿Se interesa y preocupa su familia por sus problemas de salud?	0	1
6	¿Está satisfecho con la forma en la que la familia le expresa afecto y responde a sus sentimientos como enfado, tristeza y amor?	0	1
7	¿Recibe ayuda familiar en lo que se refiere a cuidados y mantenimiento de su salud cuando está en casa?	0	1
8	¿Existe buena comunicación con su familia?	0	1
9	¿Recibe asistencia médica de control?	0	1
10	¿Asiste solo a sus visitas médicas de control?	1	0
11	¿Su familia tiene tiempo para cuidarlo?	0	1
12	¿Se siente abandonado por su familia?	1	0
13	¿Tiene a alguien que se encargue todos los días de cuidarlo?	0	1
14	¿La persona encargada de cuidarle, lo maltrata?	1	0

Fuente: Cuestionario realizado en adultos mayores. Zúñiga y Pasquel 2008.

Indicadores de Abandono.

0-2	No se percibe abandonado.
3-5	Ligeramente abandonado
6-8	Medianamente abandonado.
9-11	Muy abandonado.
12-14	Totalmente abandonado.

16.5.- Escala de Pfeiffer

5.- Marque con una X las respuestas incorrectas

Ítems	ERRORES
¿Qué día es hoy? -día, mes, año-	
¿Qué día de la semana es hoy?	
¿Dónde estamos ahora?	
¿Cuál es su n° de teléfono?	
¿Cuál es su dirección? –preguntar sólo si el paciente no tiene teléfono-	
¿Cuántos años tiene?	
¿Cuál es su fecha de nacimiento? -día, mes, año-	
¿Quién es ahora el presidente del gobierno?	
¿Quién fue el anterior presidente del gobierno?	
¿Cuáles son los dos apellidos de su madre?	
Vaya restando de 3 en 3 al número 20 hasta llegar al 0.	
PUNTUACIÓN TOTAL	