



Universidad Autónoma de Querétaro

Facultad de Medicina

PERFIL SOCIO FAMILIAR EN EL ADULTO MAYOR CON SINDROME
DE FRAGILIDAD EN UNA UNIDAD DE PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN

Tesis

Que como parte de los requisitos
para obtener el Diploma de la

ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR

Presenta:

Cynthia Yamileth Ordoñez Lara

Dirigido por:

Dra. Leticia Blanco Castillo

Co-Director

Dr. Luis Abraham Montes de Oca Resendíz

Querétaro, Qro. a Enero 2024



Dirección General de Bibliotecas y Servicios Digitales
de Información



Perfil socio familiar en el adulto mayor con síndrome
de fragilidad en una unidad de primer nivel de
atención

por

Cynthia Yamileth Ordoñez Lara

se distribuye bajo una [Licencia Creative Commons
Atribución-NoComercial-SinDerivadas 4.0 Internacional](#).

Clave RI: MEESC-302676



Universidad Autónoma de Querétaro
Facultad de Medicina
Especialidad en Medicina Familiar

**“Perfil socio familiar del adulto mayor con síndrome de fragilidad en una
unidad de primer nivel de atención”**

Tesis

Que como parte de los requisitos para obtener el Diploma de la
Especialidad en Medicina Familiar

Presenta:

Cynthia Yamileth Ordoñez Lara

Dirigido por:

Dra. Leticia Blanco Castillo

Co-dirigido por:

Dr. Luis Abraham Montes de Oca Reséndiz

Mtra. Leticia Blanco Castillo
Presidente
Mtro. Omar Rangel Villicaña
Secretario
Mtra. Ma. Azucena Bello Sánchez
Vocal
Med. Esp. Luis Abraham Montes de Oca Reséndiz
Suplente
M.I.M.S.P. Roxana Gisela Cervantes Becerra
Suplente

Centro Universitario, Querétaro, Qro.
Enero 2024
México

Resumen

Introducción: La fragilidad es un síndrome que se caracteriza por disminución de la fuerza y alteraciones en las funciones fisiológicas lo que conlleva a aumentar la vulnerabilidad de la persona así como crear cierta dependencia funcional o terminar en la muerte. Actualmente en México, el síndrome de fragilidad tiene una prevalencia del 39%, predominando en el sexo femenino. A medida que el individuo envejece es más vulnerable a presentar este síndrome por lo que es importante conocer y detectarlo oportunamente, por la crisis paranormativa que pudiera desarrollarse en su núcleo familiar, por lo tanto desde este punto, la familia es parte fundamental; conocer la funcionalidad familiar, el apoyo social y la dinámica familiar ayuda a conocer el entorno del paciente adulto mayor y poder contribuir a un envejecimiento sano y una mejor calidad de vida. **Objetivo:** Determinar el perfil socio familiar en el paciente con síndrome de fragilidad en una unidad de primer nivel de atención. **Material y métodos:** estudio de tipo descriptivo transversal. El tamaño de muestra se calculó con la fórmula para estudios de tipo descriptivo con población infinita con un nivel de confianza del 95% obteniéndose un total de 268 pacientes. Se realizó muestreo no probabilístico por conveniencia. Se incluyeron 270 pacientes adultos mayores derechohabientes al IMSS de la UMF 09 de Querétaro en el periodo de Febrero a Julio del 2022. Se estudiaron variables clínicas: funcionalidad familiar (test SS- FIL), apoyo social Escala de MOS; nivel socioeconómico (método de Graffar-Méndez). Se realizó análisis estadístico descriptivo a variables cualitativas (porcentajes, frecuencias) y a variables cuantitativas (media desviación estándar). Aspectos éticos: se respetó el postulado 9, 24 y 25 de la declaración de Helsinki, en cuanto a la Ley General de Salud en materia de investigación, se respetó el artículo 13 y 16. Se otorgó consentimiento informado a los participantes posterior a la explicación del procedimiento a seguir. **Resultados:** predominó el sexo: femenino 65.6%, religión: católica 74.1%, estado civil: casado 57.4%, ocupación: Hogar 51.5%, Urbana: 99.6%, estrato obrero: 51.1%, dependencia económica: 65.6%, funcionalidad familiar moderada: 50.0%, apoyo social global: 88.9%, sin apoyo emocional: 51.9%, apoyo instrumental 88.9%, apoyo interacción positiva 73.3%, apoyo afectivo 88.1%. **Conclusiones:** Se identificó funcionamiento familiar moderado según el test de SS-FIL, con apoyo social global sin embargo dentro de esta variable se logró identificar en la esfera emocional, que los pacientes no cuentan con este apoyo, siendo el principal motivo (el no tener la confianza para contar sus problemas).

Palabras clave: adultos mayores, fragilidad, funcionalidad familiar, apoyo social.

Summary

Introduction: Frailty is a syndrome that is characterized by decreased strength and alterations in physiological functions, which leads to increased vulnerability of the person as well as creating a certain functional dependence or ending in death. Currently in Mexico, frailty syndrome has a prevalence of 39%, predominating in females. As the individual ages, they are more vulnerable to presenting this syndrome, so it is important to know and detect it in a timely manner, due to the pararegulatory crisis that could develop in their family nucleus, therefore, from this point, the family is a fundamental part; Knowing family functionality, social support and family dynamics helps to know the environment of the elderly patient and to be able to contribute to healthy aging and a better quality of life. **Objective:** To determine the socio-family profile in the patient with frailty syndrome in a first level care unit. **Material and methods:** cross-sectional descriptive study. The sample size was calculated using the formula for descriptive studies with an infinite population with a confidence level of 95%, obtaining a total of 268 patients. Non-probability sampling was performed for convenience. 270 elderly patients entitled to the IMSS of the UMF 09 of Querétaro were included in the period from February to July 2022. Clinical variables were studied: family functionality (SS-FIL test), social support MOS scale; socioeconomic level (Graffar-Méndez method). Descriptive statistical analysis was performed on qualitative variables (percentages, frequencies) and quantitative variables (mean standard deviation). Ethical aspects: postulates 9, 24 and 25 of the Declaration of Helsinki were respected, regarding the General Health Law on research, articles 13 and 16 were respected. Informed consent was given to the participants after the explanation of the procedure to follow. **Results:** sex prevailed: female 65.6%, religion: Catholic 74.1%, marital status: married 57.4%, occupation: Home 51.5%, Urban: 99.6%, worker stratum: 51.1%, economic dependence: 65.6%, moderate family functionality: 50.0%, global social support: 88.9%, without emotional support: 51.9%, instrumental support 88.9%, positive interaction support 73.3%, affective support 88.1%. **Conclusions:** Moderate family functioning was identified according to the SS-FIL test, with global social support, however within this variable it was possible to identify in the emotional sphere, that patients do not have this support, the main reason being (not having the confidence to tell their problems).

Keywords: older adults, frailty, family functionality, social support.

Dedicatorias

Esta tesis está dedicada a:

A Dios quien ha sido mi guía, mi fortaleza y quien no me ha soltado de su mano y ha estado conmigo hasta el día de hoy.

A mis padres José Javier Ordoñez Carpio y Nora Hilda Lara Hernández por todo el apoyo brindado en todos estos años de preparación, por darme las herramientas para poder afrontar las adversidades sin perder nunca la humildad ni desfallecer en el intento. Me han dado todo lo que soy como persona, mis valores, mis principios, mi perseverancia y mi empeño. ¡Gracias infinitas!

A mis hermanos Ivette N. Ordoñez y J. Javier Ordoñez por el apoyo brindado, por recordarme siempre ¡Que sí se pueden cumplir los sueños!, por su cariño sincero durante todo este proceso y por estar conmigo en todo momento a pesar de la distancia, gracias.

A mis sobrinos Nora Victoria y Javi, por ser mi más grande motivación en este camino, por hacer de mis días tristes los más alegres y por brindarme el amor más bonito.

Finalmente, a mis amigos (as), por ser ese soporte, por apoyarme cuando más los (as) necesito, por extender su mano en momentos difíciles y por el amor brindado.

A todos ellos,

muchas gracias.

Agradecimientos

Deseo expresar mi agradecimiento a mi director de tesis, Dra. Leticia Blanco Castillo por la dedicación y apoyo que ha brindado a este trabajo, por el respeto a mis sugerencias e ideas y por la dirección en este trabajo, gracias por su tiempo, paciencia, entusiasmo y sabiduría compartida, por ser una guía en este camino.

Agradezco a todos mis docentes que fueron parte de mi formación en este proceso de aprendizaje; por compartir sus conocimientos, experiencias profesionales y alentarme a siempre ser mejor médico y sobre todo mejor persona, agradezco por su disponibilidad, entusiasmo y los consejos compartidos.

Índice

Contenido	Página
Resumen	i
Summary	ii
Dedicatoria	iii
Agradecimientos	iv
Índice	v
Índice de cuadros	vii
Abreviaturas y siglas	viii
I. Introducción	1
II. Antecedentes	3
III. Fundamentación teórica	5
III.1 Conceptualización del perfil socio- familiar	5
III.2 Conceptualización del síndrome de fragilidad	5
III.2.1 Definición y características del síndrome de fragilidad	5
III.2.2 Factores de riesgo asociados al síndrome de fragilidad	6
III.2.3 Epidemiología y prevalencia del síndrome de fragilidad en la población adulta mayor	7
III.3 Aspectos sociales y familiares en el envejecimiento	7
III.3.1 Importancia del entorno sociofamiliar en el bienestar del adulto mayor	7
III.3.2 Cambios en los roles familiares y su impacto en el adulto mayor	8
III.3.3 Apoyo social y redes de apoyo en el contexto del adulto mayor con síndrome de fragilidad	9
III.3.4 Funcionalidad familiar en el contexto del adulto mayor con síndrome de fragilidad	10
III.4 Evaluación del perfil sociofamiliar	11
III.4.1 Instrumentos y métodos de evaluación del perfil sociofamiliar	11
III.5 Intervenciones sociales y familiares para la prevención y manejo del síndrome de fragilidad	13
III.5.1 Programas de intervención sociofamiliares para el adulto mayor con síndrome de fragilidad	13
III.5.2 Promoción del apoyo social y la participación comunitaria en la prevención del síndrome de fragilidad	14
IV. Hipótesis	16
V. Objetivos	17
V.1 General	17
V.2 Específicos	17
VI. Material y métodos	18
VI.1 Tipo de investigación	18
VI.2 Población o unidad de análisis	18

VI.3 Muestra y tipo de muestra	18
VI.3.1 Criterios de selección	19
VI.3.2 Variables estudiadas	19
VI.4 Técnicas e Instrumentos	
VI.5 Procedimientos	21
VI.5.1 Análisis estadístico	21
VI.5.2 Consideraciones éticas	22
VII. Resultados	24
VIII. Discusión	31
IX. Conclusiones	34
X. Propuestas	35
XI. Bibliografías	36
XII. Anexos	39

Índice de cuadros

Cuadro		Página
1	Distribución de frecuencia por sexo en adultos mayores con síndrome de fragilidad	25
2	Edad promedio de adultos mayores con síndrome de fragilidad.	26
3	VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS: religión y estado civil, analizadas en adultos mayores con síndrome de fragilidad	27
4	VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS: escolaridad y ocupación, analizadas en adultos mayores con síndrome de fragilidad	28
5	VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS: dependencia económica, derecho habiencia al IMSS, tipo de vivienda y nivel socio económico, estudiadas en adultos mayores con síndrome de fragilidad	29
6	Funcionalidad familiar en el adulto mayor con síndrome de fragilidad . (Cuestionarios FF-SIL)	30
7	Apoyo social en el adulto mayor con síndrome de fragilidad . (Cuestionario MOS)	31

Abreviaturas y siglas

FF-SIL: Prueba de percepción del funcionamiento familiar

MOS: Medical Outcomes Study

OMS: Organización Mundial de la Salud

Introducción

El concepto de síndrome de fragilidad es objeto de estudio en el ámbito de la geriatría y gerontología durante las últimas décadas. Este síndrome se define como un estado de vulnerabilidad biológica y funcional que afecta a los adultos mayores, aumentando el riesgo de discapacidad, hospitalización, dependencia y mortalidad. (Rojas, 2018)

El síndrome de fragilidad tiene gran relevancia en nuestro país, ya que en la actualidad, México se encuentra en un proceso de envejecimiento demográfico; se considera que es debido al incremento en la esperanza de vida aunado a una baja tasa de fecundidad, por consecuencia esto aumenta la edad media de la población y por ende una proporción elevada de adultos mayores. (Partida, 2005)

En Querétaro para el año 2020, se contaba con 240, 222 adultos mayores, el 10% de la población total; comparado con el año 2010 en el que la población adulta mayor fue de 136,381, por lo que se espera que en el 2030 la cifras aumenten un 43% aproximadamente de la población adulta mayor actual. (INEGI, 2020)

Es importante resaltar que éste síndrome no es simplemente consecuencia natural del envejecimiento, sino es un proceso multifactorial y complejo, se cree que los factores biológicos, psicológicos, sociales y ambientales interactúan para contribuir al desarrollo y progresión de este síndrome. Dentro de los principales factores de riesgo, destacan la edad avanzada, la presencia de enfermedades crónicas, la polifarmacia, el sedentarismo, la malnutrición y falta de apoyo social. (INAPAM, 2019)

Como se ha mencionado anteriormente, en el adulto mayor con síndrome de fragilidad se ve afectado el aspecto biopsicosocial, ya sea que alguna de las tres áreas pierda el equilibrio o exista disfunción en todas ellas; un aspecto fundamental que se ve afectado es, el área social y específicamente, la estructura familiar, la dependencia del paciente debido a las enfermedades crónicas que

generalmente padecen permite el desarrollo de la sobrecarga del cuidador, modificando los roles dentro del núcleo familia. (Partida, 2005)

El impacto que tienen los factores sociales en el síndrome de fragilidad es significativo, el aislamiento social y la falta de apoyo emocional y práctico se han asociado con un mayor riesgo de fragilidad; la falta de interacción social y el reducido acceso a redes de apoyo afectan negativamente el bienestar emocional y físico de las personas, contribuyendo al desarrollo de este síndrome, además las condiciones socioeconómicas desfavorables, como la pobreza y la falta de recursos aumentan la vulnerabilidad al síndrome. (Muñoz, 2008)

Numerosos estudios han demostrado que el apoyo social y las relaciones familiares positivas son factores protectores que contribuyen a la salud física y mental de los adultos mayores. Según Berkman y Syme el entorno sociofamiliar influye en el envejecimiento de manera significativa tanto en términos de la calidad de vida como en la capacidad para enfrentar los desafíos propios de esta etapa de la vida. (Muñoz, 2008)

Así que, la función del médico familiar es fundamental, para manejar al paciente con fragilidad de una manera integral; comprender los factores que contribuyen al desarrollo y progresión de este síndrome, es esencial para implementar estrategias de prevención y manejo efectivo que mejore la calidad de vida de los adultos mayores. (Tello, 2016).

I. Antecedentes

Actualmente no existe un consenso universal acerca de la definición de la fragilidad, en este estudio se han analizado dos conceptos los cuales son los aceptados, el primero que sostiene que es un fenotipo con al menos tres criterios clínicos establecidos los cuales son: pérdida de peso, auto cansancio, fuerza disminuida, velocidad de la marcha lenta y baja actividad física; la segunda definición mantiene que es el resultado de una acumulación de deficiencias en relación con la salud mediante parámetro de rangos de signos, discapacidad, estudios de laboratorio y comorbilidades. (González, 2017).

El estudio de fragilidad es de suma importancia, debido a que los sujetos considerados frágiles tienen un riesgo elevado de eventos adversos sobre su salud a corto, medio y largo plazo, siendo predictor de mortalidad, de discapacidad, hospitalización y de pérdida de movilidad. (González, 2017)

Sepúlveda, 2012 en su estudio Perfil Sociofamiliar en adultos mayores institucionalizados: Temuco, Padre Las Casas y Nueva Imperial, destaca que el 11,2% no sabe leer ni escribir e igualmente el 30% sólo alcanzó educación básica incompleta, lo que identifica la magnitud del problema del adulto mayor y la trascendencia del estudio. Conjuntamente llama la atención el 32,5% de población son solteros y que el 53,7% se desempeñó como obreros o en empleos públicos.

Como conclusión de este estudios de los adultos mayores institucionalizados en base a la situación social actual, relaciones sociales y amicales, satisfacción con la vida, salud orgánica general, recuerdos negativos, dependencia sociofamiliar y atención institucional otorgada, revela una situación de soledad, maltrato, insatisfacción con la vida, esto se relaciones con un problema social, desde la propia concepción de vida que cada uno quiere para sí mismo, por tanto es un reto para los trabajadores de la salud que aflige a nuestra sociedad, tanto por su magnitud como por su trascendencia (Sepúlveda, 2012)

González, 2012, concluyen que la alta prevalencia de pacientes pre frágiles y frágiles diagnosticados en su estudio, asociado al grado de deterioro en la calidad de vida y variables como sexo femenino, mayor edad, ser viudo, nula escolaridad, así como sin ocupación laboral, hacen necesario incluir tanto el diagnóstico de fragilidad como el de la percepción subjetiva de la calidad de vida en el marco de la valoración integral del adulto mayor en la consulta externa de los médicos familiares.

Rojas, 2018, en el estudio sobre trayectorias de fragilidad de la población mexicana de 80 años y más: una asociación de múltiples factores investigó más sobre aspectos propios del envejecimiento y del curso de vida de las poblaciones, demostrando que es esencial para poder entender los problemas a los que se enfrentan o enfrentarán las personas durante su proceso de envejecimiento y en la vejez, y de ser posible brindar soluciones factibles considerando los contextos estudiados.

II. Fundamentación teórica

I.1. Conceptualización del perfil sociofamiliar

El perfil socio familiar incluye una serie de características en las cuales se estudia la situación actual del paciente, dentro de él se incluye la funcionalidad familiar, la satisfacción con la vida y el apoyo social; de tal manera que conocer las características sociodemográficas ayuda a identificar la calidad de vida de la persona. (Sepúlveda, 2010)

I.2. Conceptualización del Síndrome de Fragilidad

I.2.1 Definición y características del Síndrome de Fragilidad

El síndrome de fragilidad actualmente tiene múltiples definiciones, según (Tello, 2016) fragilidad es definida como un síndrome médico con múltiples causas y factores que contribuyen a su desarrollo, caracterizado por la disminución de la fuerza, resistencia y funciones fisiológicas reducidas que aumentan la vulnerabilidad de un individuo en el desarrollo de la dependencia funcional y/o su muerte.

Linda Fried determina que la presencia de tres o más de los siguientes elementos identifican un individuo frágil: pérdida de peso no intencionada de 4.5 kg en el último año, sensación subjetiva de agotamiento (sentirse inusualmente cansado el último mes), debilidad con falta objetiva de fuerza (menos de 17 kg de fuerza en la mano), disminución de la velocidad de la marcha (menos de 0.8 metros /segundo) y escasa actividad física. (García, 2012).

Actualmente en muchos países se utilizan los criterios de Fried y colaboradores para identificar el síndrome de fragilidad, método que se probó en el estudio Cardiovascular Health Study. A pesar de que estos criterios son los más empleados en la literatura “no son aplicables en nuestro medio dado que no hay puntos de corte en la población mexicana en lo que respecta a fuerza de prensión, ni se cuenta con un dinamómetro en unidades de salud, ni puntos de corte para la

velocidad de la marcha, así como también de instrumentos validados para medir la actividad física. (Instituto Mexicano del Seguro Social, 2011).

En la población mexicana se ha empleado el índice de Ensrud para mejorar el estado de fragilidad de una persona anciana (Vásquez, 2018), el cual valoran 3 aspectos; pérdida de peso ya sea intencionada o no en los últimos 3 años, imposibilidad para levantarse de una silla cinco veces sin utilizar los brazos y nivel de energía disminuida utilizando la pregunta: ¿se siente lleno de energía? considerándose un criterio como no. Si se cumple con dos o tres criterios se clasifica como un anciano frágil, estos criterios mostraron eficacia similar para predecir caídas, fracturas, discapacidad y muerte, en ambos sexos (Instituto Mexicano del Seguro Social, 2011). Por lo que se utilizó este índice para el diagnóstico de fragilidad.

1.2.2 Factores de Riesgo asociados al Síndrome de Fragilidad

Iriarte, 2016, demostraron que los factores determinantes que incrementan el riesgo de presentar este síndrome se clasifican en: factores sociodemográficos; en los que se incluye la edad avanzada, sexo femenino, baja escolaridad, ingresos familiares bajos; factores médicos; presencia de enfermedades crónico- degenerativas (anemia, depresión, uso de terapia de reemplazo hormonal) y polifarmacia; y factores funcionales; hospitalización reciente, 2 o más caídas en los últimos 12 meses, fractura de cadera después de los 55 años de edad, disminución de la fuerza en extremidades superiores, “la declinación en cognición, mecanismos de afrontamiento y estado de ánimo ya que existe evidencia sobre la importancia de los eventos de la vida como predictores de fragilidad psicológica y sumado a lo previo, el deterioro cognitivo y la presencia de sintomatología depresiva predicen la condición de fragilidad”.

(Guerrero, 2016) en su estudio para evaluar el estado nutricional de los ancianos que acuden a la consulta externa del Hospital Civil “Fray Antonio Alcalde”, en Guadalajara, Jalisco, mostraron que la fragilidad en ancianos se

presenta aún con un estado nutricional normal; cuando el estado nutricional se deteriora existe una mayor prevalencia de ancianos frágiles.

1.2.3 Epidemiología y prevalencia del Síndrome de Fragilidad en la población adulta mayor.

La magnitud del síndrome de fragilidad es de gran importancia ya que cada vez hay un aumento en el envejecimiento poblacional y hay mayor riesgo de presentar fragilidad. En el mundo actual, (González, 2017) indicaron que la población adulta mayor está envejeciendo y que representa el 13.5% de la población mundial.

La prevalencia del síndrome de fragilidad, en América Latina oscila entre un 30 y 48% en mujeres y de un 21 a 35% en hombres; en México es de un 39%, siendo mayor su frecuencia en mujeres con un 45%, a diferencia de los hombres con un 30%. Entre 2005 y 2050 la población de adultos mayores aumentará alrededor de 26 millones, aunque más de 75% de este incremento ocurrirá a partir de 2020. Debido a este acelerado crecimiento, se estima que la población de 60 años o más, en 2030 representará uno de cada seis (17,1%) y en 2050 más de uno de cada cuatro (27,7%). (Instituto Mexicano del Seguro Social, 2011)

En Querétaro, hay un total de 2,368,467 habitantes, de los cuales la población adulta mayor representa el 10.43% (240,222) de la población según datos del INEGI 2020. Es importante considerar estas cifras ya que es un indicador para emprender acciones que ayuden a delimitar este problema.

I.3 Aspectos sociales y familiares en el envejecimiento

I.3.1 Importancia del entorno sociofamiliar en el bienestar del adulto mayor

En el proceso de envejecimiento, el ser humano experimenta ciertos cambios dentro de los cuales sobresalen la disminución de la capacidad física,

fisiológica y de cognición, así como cambios diversos en la personalidad y en las actividades sociales. No obstante, la vejez no siempre es sinónimo de declinación.

Las necesidades sociales del adulto mayor, se clasifican en cinco categorías: independencia, hace referencia a la condición que posibilite los recursos necesarios para subsistir mediante la autosuficiencia de ingresos o con apoyo familiar o comunitario; la participación, la cual implica la integración social, intervención activa en la que puedan compartir sus vivencias y conocimientos a otras generaciones; así como se debe de dar la oportunidad de prestar servicio a la comunidad y de trabajar como voluntarios en puestos seguros y apropiados a sus capacidades. (Domínguez, 2016)

La necesidad de cuidado y protección de la familia y la comunidad, a través de servicios de salud, sociales y jurídicos. Los adultos mayores deben tener acceso a la atención institucional que les proporcione protección, rehabilitación y estímulo psicosocial; autorrealización, se refiere a que los adultos mayores deben tener oportunidades para desarrollar plenamente su potencial, mediante el acceso a los recursos educativos, culturales, espirituales y recreativos. (Domínguez, 2016)

La última necesidad social y una de las que se debe tener muy presente, es la de vivir con dignidad y seguridad, ya que los adultos mayores no deben ser explotados ni recibir maltrato físico, mental y/o verbal, independientemente de su edad, sexo, raza, discapacidad u otras condiciones (Domínguez, 2016).

I.3.2 Cambios en los roles familiares y su impacto en el adulto mayor

La familia, como grupo social, “es la encargada de proveer la atención a sus integrantes tanto para la conservación de la salud así como para su desarrollo”, con acciones que ayuden al adulto mayor a sentirse funcional dentro del núcleo familiar; mediante los vínculos familiares y comunitarios, la familia es el ente social donde se producen las primeras interacciones de los seres humanos y tiene múltiples responsabilidades y funciones con el bienestar y desarrollo de sus integrantes. (Salamanca, 2019)

Por lo tanto, la familia cumple un papel importante en el proceso de envejecimiento del adulto ya que es la encargada de generar espacios adecuados para suplir las necesidades físicas y mentales del adulto mayor, crear un ambiente físico y psíquico favorable (Salamanca, 2019)

Por otra parte (García, 2020) mencionan que la familia constituye la primera red de apoyo social del individuo a través de toda su vida y por lo tanto se reconoce que esta misma ejerce función protectora ante las funciones que genera la vida cotidiana. Es para el individuo fuente de amor, satisfacción, bienestar y apoyo, pero también puede representar insatisfacción, malestar y estrés. Las alteraciones de la vida familiar son capaces de provocar alteración emocional, desequilibrio en el núcleo familiar como el cambio de roles y descompensación del estado de salud tanto del individuo como del cuidador principal.

I.3.3 Apoyo social y redes de apoyo en el contexto del adulto mayor con síndrome de fragilidad.

El apoyo social según Huerta, “es un proceso interactivo en el que las necesidades sociales básicas de afecto, pertenencia, identidad, seguridad y aprobación, así como las instrumentales o económicas del individuo, son satisfechas dentro de la red social en que se encuentra inmerso”; por su parte la OMS define “red” como la agrupación de individuos, organizaciones y agencias, organizados de forma no jerárquica en torno a temas o preocupaciones comunes, que se abordan de manera activa y sistemática, sobre la base del compromiso y la confianza. (Pino, 2017).

En el paciente con enfermedades crónicas o incluso con enfermedades terminales, es indispensable que se cuenten con redes de apoyo intrafamiliares y extrafamiliares, ya que el apoyo social juega un papel importante en la satisfacción con la vida al propiciar bienestar y prevención de alteraciones de tipo emocional como la depresión. (Figuroa, 2016).

Si bien las redes sociales o redes de apoyo son recursos que proveen la satisfacción de necesidades, ayudan a mejorar en cierto grado la autoestima percibida y el sentido de valor social (debido a la integración y participación comunitaria), en el que la mayoría de las veces se encuentra ausente, teniendo gran impacto en la calidad de vida de los adultos mayores. El disponer de buenas relaciones familiares y sociales favorece la salud en este grupo etario, así como el bienestar y por ende la calidad de vida. (Figuroa, 2016)

I.3.4 Funcionalidad familiar en el contexto del adulto mayor con síndrome de fragilidad.

La familia según (Archivos de Medicina Familiar , 2005) es definida como un grupo social, organizado como un sistema abierto, constituido por un número variable de miembros, que en la mayoría de los casos conviven en un mismo lugar, vinculados por lazos ya sean consanguíneos, legales y/o de afinidad.

Teniendo claro este concepto entendemos a la funcionalidad familiar como, la capacidad del sistema para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis por las que pueden atravesar a lo largo del ciclo vital familiar ya que la familia es responsable de guiar y proteger a sus miembros, su estructura es diversa y depende del contexto en el que se ubique. (Archivos de Medicina Familiar , 2005)

La característica de la funcionalidad tendrá que ver con la dinámica familiar (cohesión y adaptabilidad), las redes de apoyo, los recursos familiares con los que cuenta el sistema, a mayor cumplimiento de estas tareas habrá menos frustración y mayor índice de funcionalidad ya que ésta depende fuertemente de la estrecha relación que hay entre los miembros de la familia. Dependiendo del grado de funcionalidad familiar, estos cambios pueden provocar reacciones crónicas que exacerbén la situación, prolongando un círculo vicioso difícil de romper. (Huerta, 2005).

En la mayoría de los pacientes con fragilidad, por el grado de deterioro en función de las patologías crónicas padecidas ó por la disminución de la capacidad funcional, dependen de algún cuidador, estos cuidadores se caracterizan por no tener una formación específica en dicho ámbito, no reciben remuneración económica por el trabajo realizado y no tienen un horario estipulado, dedicando la mayor parte de su tiempo a la tarea del cuidado , por lo tanto si la funcionalidad familiar no se lleva a cabo de manera armónica, repercutirá de manera negativa en el paciente frágil. (Martínez, 2020).

Marante, 2018, resalta que es importante el estudio de la dinámica familiar pues la presencia de relaciones personales cercanas con otros, el grado de integración del individuo con su entorno y contar con ciertos recursos sociales y psíquicos permanentemente se encuentran relacionados positivamente con la salud, el tener una buena dinámica familiar puede cambiar la percepción del adulto mayor en cuanto a su enfermedad y mejorar la calidad de vida de este.

I.4 Evaluación del perfil socio familiar

I.4.1 Instrumentos y métodos de evaluación del perfil sociofamiliar

Para la evaluación de la funcionalidad familiar se utilizó el test de FF–SIL, el cual es un instrumento que fue realizado con el fin de evaluar tanto cuantitativamente como cualitativamente la funcionalidad familiar” (Ortega, 1999).

Percepción del funcionamiento familiar (FF-SIL) evalúa 7 variables: cohesión, armonía, comunicación, permeabilidad, afectividad, roles y adaptabilidad; cohesión: es la unión entre los integrantes de la familia ante la toma de decisiones y al enfrentarse a diferentes situaciones dentro de un núcleo familiar; armonía: es la relación de entendimiento ante las necesidades y los intereses entre los integrantes de la familia, buscando un equilibrio; comunicación: es el intercambio de información entre los miembros de la familia; permeabilidad: se refiere a la capacidad de una familia de aceptar las experiencias, consejos y demás de otras personas, así como de proporcionar sus propias experiencias de

vida; afectividad: capacidad de expresar sentimientos y emociones entre sus miembros, roles: son las funciones que cada integrante tiene en su núcleo familiar; adaptabilidad: capacidad de la familia para poder adecuarse ante las diferentes crisis y cambios de roles que se pudieran presentar. (Ortega, 1999)

El cuestionario es respondido por el participante con una cruz en la escala de valores cualitativos, según sea su percepción como miembro familiar. Al término del test se realiza la sumatoria total de los puntos y se clasificará de la siguiente manera: De 70 a 57 puntos: “familia funcional”, 56 a 43 puntos: “familia moderadamente funcional”, de 42 a 28 puntos: “familia disfuncional”, de 27 a 14 puntos: “familia severamente disfuncional”. (Ortega, 1999)

El apoyo social fue valorado con el instrumento de MOS que tiene como finalidad evaluar el grado de apoyo social. Existen varios instrumentos que nos ayudan a identificar en qué condiciones se desenvuelve el individuo; entre las más utilizadas en México se encuentra el Cuestionario MOS de Apoyo Social, el cual fue diseñado como un cuestionario breve y auto administrado para personas con enfermedades crónicas y el instrumento de DUKE-UNC. (Herrera, 2021)

En este trabajo utilizamos el cuestionario de MOS ya que este cuestionario evalúa componentes tales como: la red de apoyo, apoyo social (emocional/informacional), el apoyo instrumental, interacción social positiva y por último el apoyo afectivo, es el más completo; en cambio el cuestionario de DUKE-UNC 11 “sólo evalúa el apoyo social afectivo y de confianza, no así otras áreas del apoyo social que sí considera el cuestionario MOS” (Herrera, 2021).

En el estudio de “Rodríguez y Enrique”, realizado en Argentina, se identificaron tres factores: consejo y confianza, apoyo afectivo y apoyo instrumental, con valores alfa de Cronbach de 0.876, 0.843 y 0.802, respectivamente. En dicho estudio se concluye que el cuestionario MOS es un instrumento válido y confiable para evaluar una estructura multidimensional del apoyo social, con aplicabilidad para detectar situaciones de riesgo social. (Herrera, 2021)

El cuestionario de MOS está constituido por 20 ítems, el primero dimensiona el número de amigos íntimos y familiares cercanos que tiene el entrevistado(a), mide el tamaño de la red social; el resto de los ítems se estructuran de acuerdo a la escala de Likert que puntúa de 1 (nunca) a 5 (siempre); conforman cuatro escalas que miden: apoyo emocional: ítems 3, 4, 8, 9, 13, 16, 17 y 19 con puntuación máxima de 40, media: 24 y mínima: 8 puntos; ayuda material o instrumental ítems 2, 3, 12 y 15 con puntuación máxima: 20, media: 12 y mínima: 4; relaciones sociales de ocio y distracción: ítems 7, 11, 14 y 18 con puntuación máxima: 20, media: 12 y mínima: 4; apoyo afectivo referido a expresiones de amor y cariño: ítems 6, 10 y 20 con puntuación máxima: 15, media: 9 y mínima: 3. Teniendo un índice global máximo de apoyo social de 95 puntos, con un valor medio de 57 puntos y un mínimo de 19 puntos. (Suárez, 2011)

I.5 Intervenciones sociales y familiares para la prevención y manejo del síndrome de fragilidad

I.5.1 Programas de intervención sociofamiliares para el adulto mayor con síndrome de fragilidad.

La fragilidad y la funcionalidad son dos aspectos que están estrechamente relacionados, ya que comparten ambas el mismo abordaje y las intervenciones necesarias, esto encaminado a crear un envejecimiento activo en los pacientes y libre de discapacidad. Actualmente la fragilidad es considerada una epidemia silenciosa, por ese motivo es importante conocer la forma en que puede prevenirse, la manera de detección y la intervención precoz para disminuir riesgos y complicaciones. (Acosta, 2022).

El enfoque holístico y multidimensional es una estrategia establecida y ha sido una respuesta favorable a esta situación, mediante una intervención coordinada y conjunta tanto de profesionales sanitarios y no sanitarios, a lo largo de todo el proceso de atención al paciente. Dentro de las principales acciones a realizar se encuentran las siguientes por parte del médico, diagnóstico de fragilidad y seguimiento del paciente, manejo de fármacos, vigilar efectos

secundarios de medicamentos, prevención de comorbilidades, tratamiento de patologías agudas; fisioterapia, planes de ejercicio, control del dolor e incremento de movilidad; nutrición, recomendaciones dietéticas, trabajo social manejo de recursos sociales para detección de deficiencias detectadas. (Acosta, 2022).

Se ha demostrado que los pacientes con fragilidad que han recibido intervención geriátrica integral oportuna y cuidados especiales han tenido menor deterioro funcional y cognitivo así como una disminución en la tasa de mortalidad hospitalaria en comparación con los pacientes que no la han recibido. (Tello, 2016).

Otro estudio describe cuatro tipos de tratamiento que han tenido eficacia sobre la fragilidad: el primero es el **ejercicio aeróbico y de resistencia**, Yamada, describe que el ejercicio aeróbico, la resistencia, flexibilidad y de equilibrio disminuyó la progresión de fragilidad y la discapacidad en los pacientes; el **soporte proteico y calórico**, un estudio aleatorizado demostró que la suplementación proteica en este grupo de pacientes tuvo impacto sobre la fuerza muscular del muslo, concluyendo que el rendimiento físico mejoró significativamente; el **consumo de vitamina D**, ya que el suplemento con esta vitamina podría disminuir el riesgo de fracturas de cadera y **reducción de la polifarmacia**, la reducción de medicamentos inadecuados puede ayudar a disminuir efectos secundarios de la misma medicación en adultos frágiles. (Tello, 2016).

I.5.2 Promoción del apoyo social y la participación comunitaria en la prevención del síndrome de fragilidad

Las actividades sociales en los adultos mayores, contribuyen a mantener la capacidad cognitiva, esto debido a que la participación social es considerado un estímulo importante que mantiene al adulto mayor relacionado con el entorno y la comunidad; el participar en reuniones hace que permanezca conectado en el tiempo y el espacio, así también, la interacción con otros adultos mayores, lo cual

permite la estimulación de los sistemas sensoriales, aumentando la autoestima, la afectividad, el apoyo emocional y el apoyo psicológico. (Sepúlveda, 2020)

IV. Hipótesis de trabajo

En los adultos mayores con síndrome de fragilidad, el perfil sociofamiliar está integrado por características sociodemográficas, la funcionalidad familiar y el apoyo social. No se tienen datos del porcentaje de estas variables por lo que se apuesta a trabajar con un 50%.

V. Objetivos

V.1 Objetivo general

Determinar el perfil socio familiar en el adulto mayor con síndrome de fragilidad en una unidad de primer nivel de atención.

V.2 Objetivos específicos

V.2.1 Determinar las características sociodemográficas en el paciente con síndrome de fragilidad.

V.2.2 Determinar la funcionalidad familiar en el paciente con síndrome de fragilidad.

V.2.3 Determinar el apoyo social en el paciente con síndrome de fragilidad.

VI. Material y métodos

VI.1 Tipo de investigación

Se realizó un estudio observacional, descriptivo, transversal, retrospectivo, en pacientes adultos mayores, derechohabientes a la Unidad de medicina familiar 09 en Querétaro, en el tiempo comprendido de febrero 2022 a Julio 2022.

VI.2 Población

Adultos mayores con síndrome de fragilidad derechohabientes, que acudieron a la consulta médica, adscritos a la Unidad de medicina familiar 09 de Querétaro, Querétaro.

VI.3 Muestra y tipo de muestreo

La muestra se obtuvo con la fórmula para estudios descriptivos con población finita. Se utilizó técnica de muestreo no probabilístico por conveniencia de los pacientes que acudieron a la consulta de medicina familiar en la Unidad de Medicina Familiar 09 en Querétaro, en el periodo comprendido de Febrero 2022 a Julio 2022 correspondiendo a una población de 268 pacientes.

La fórmula empleada es:

$$n = \frac{z_{\alpha}^2 pq}{s^2}$$

Dónde:

N: tamaño de muestra que se requiere

P: Proporción de sujetos portadores del fenómeno en estudio 50% (0.5)

q: No ocurrencia del evento (1-p)

S: Precisión o magnitud del error que estarían dispuestos a aceptar. 0.05

Z: Distancia de la media del valor de significancia propuesta **1.64**

Sustituyéndola:

$$n = \frac{(1.64)^2(0.5)(0.5)}{(0.05)^2}$$

$$n = \frac{(2.68)(0.25)}{0.0025}$$

$$n = \frac{0.67}{0.0025}$$

$$n = 268$$

El tamaño de muestra corresponde a 268 pacientes, a los cuales se les aplicaron los instrumentos correspondientes.

VI.3.1 Criterios de selección

Se incluyeron pacientes adscritos a la Unidad de Medicina Familiar 09, con síndrome de fragilidad, de sexo indistinto, de edad mayor a 60 años, que supieran leer y escribir (si no sabían leer y escribir, que contaran con familiar para el apoyo de los cuestionarios), pacientes con cualquier grado de discapacidad visual que acudieran con familiar para apoyar en contestar los cuestionarios y que se tuviera la autorización para su participación en el trabajo de investigación mediante la firma del consentimiento informado. Dentro de los criterios de exclusión se descartaron pacientes con antecedente de enfermedades crónicas como, gonartrosis, artritis reumatoide, artrosis de cadera, y a todos aquellos que desearon abandonar el estudio en cualquier fase del proceso. Se eliminaron todos aquellos pacientes que no llenaron por completo los instrumentos de evaluación.

VI.3.2 Variables estudiadas

Se estudiaron variables socio demográficas, variable de funcionalidad familiar, variable de apoyo social.

Dentro de las variables socio demográficas se investigó sobre: edad, sexo, religión, estado civil, nivel socioeconómico, escolaridad, ocupación, vivienda,

dependencia económica. Se analizó la variable de funcionalidad (familia funcional, familia moderadamente funcional, familia disfuncional y familia severamente disfuncional), variable apoyo social (apoyo social global, apoyo emocional, apoyo interacción positiva, apoyo instrumental y apoyo afectivo).

VI.4 Técnicas e instrumentos

En el presente estudio se utilizó el índice de Ensrud, los cuales fueron propuestos por la secretaria de salud; estos criterios valoran 3 aspectos: la pérdida de peso ya sea intencionada o no en los últimos 3 años, la imposibilidad para levantarse de una silla cinco veces sin utilizar los brazo y el nivel de energía disminuida utilizando la pregunta: ¿se siente lleno de energía? Si se cumple con dos o tres criterios se clasifican como un anciano frágil.

Para la evaluación de la funcionalidad familiar se utilizó el test de FF-SIL, el cual es un instrumento que fue realizado con el fin de evaluar tanto cuantitativamente como cualitativamente la funcionalidad familiar, en el que se evalúan 7 variables, cohesión, armonía, comunicación, permeabilidad, afectividad, roles y adaptabilidad; con un alfa de Cronbach de 0.844, al término del test, se realizó la sumatoria total de los puntos y se clasificó de la siguiente manera: De 70 a 57 puntos: “familia funcional”, 56 a 43 puntos: “familia moderadamente funcional”, de 42 a 28 puntos: “familia disfuncional”, de 27 a 14 puntos: “familia severamente disfuncional”.

Para el estudio de apoyo social se empleó el instrumento de MOS, que tiene como finalidad conocer el grado de apoyo social, fue diseñado como un cuestionario breve y auto administrado para personas con enfermedades crónicas, con un alfa de Cronbach de 0.97; se evaluaron componentes como: la red de apoyo, apoyo emocional, el apoyo instrumental, interacción social positiva y el apoyo afectivo. Teniendo un índice global máximo de apoyo social de 95 puntos, con un valor medio de 57 puntos y un mínimo de 19 puntos.

VI.5 Procedimientos

Posterior a la autorización por el comité local de investigación, se solicitó autorización por los directivos de la UMF 9 IMSS Querétaro, mediante oficio firmado por el director de tesis, para realizar la investigación en la unidad específica.

Se procedió a realizar mediante una técnica de muestreo no probabilístico por conveniencia (hasta obtener el tamaño de la muestra); se acudió en horario matutino y vespertino a la Unidad de Medicina Familiar No. 09 de la Delegación 21 de Querétaro, se seleccionó a los pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión y se les invitó a participar en el estudio de investigación, otorgando información previa sobre el objetivo y los beneficios de participar en el estudio.

Se firmó el consentimiento informado de aceptación de su participación y se explicó al participante los cuestionarios que se realizaron y el tiempo aproximado de la evaluación.

Se procedió a la realización del cuestionario de ENSRUD para hacer el diagnóstico de síndrome de fragilidad, posteriormente se realizó a los participantes, el Cuestionario de FF-SIL, el cuestionario de MOS y el de Graffar-Méndez, para su evaluación y se procedió al llenado de la hoja de recolección de datos y de la base de datos.

VI.5.1 Análisis estadístico

Se realizó análisis estadístico descriptivo, para las variables cualitativas se utilizó frecuencias y porcentajes con intervalos de confianza; para las variables cuantitativas se utilizó media, promedio y desviación estándar.

VI.5.2 Consideraciones éticas

En el presente estudio se contempló la reglamentación ética vigente al someterse a un comité de investigación local en salud, ante el cual se presentó para su revisión, evaluación y aceptación.

Se utilizó solo para el cumplimiento de los objetivos del estudio. Dentro de la Declaración de Helsinki 2013 se respetó el postulado 9 “En la investigación médica, es deber del médico proteger la vida, la salud, la dignidad, la integridad, el derecho a la autodeterminación, la intimidad y la confidencialidad de la información personal de las personas que participan en investigación”. Así como el postulado 24 que refiere que “Deben tomarse toda clase de precauciones para resguardar la intimidad de la persona que participa en la investigación y la confidencialidad de su información personal y para reducir al mínimo las consecuencias de la investigación sobre su integridad física, mental y social.”

Se respetó el postulado 25 en el que hace mención que la “Participación de personas capaces de dar su consentimiento informado como sujetos de la investigación médica debe ser voluntario”, ya que ninguna persona capaz de dar su consentimiento informado puede estar inscrito a menos que esté de acuerdo libremente, por lo que se explicará y posterior a esto se firmará el consentimiento informado por el sujeto a estudiar.

En cuanto a la Ley General de Salud en materia de investigación, se respetó el artículo 13 “En toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberán prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar”. De igual manera, el artículo 16 “En las investigaciones en seres humanos se protegerá la privacidad del individuo sujeto de investigación, identificándolo sólo cuando los resultados lo requieran y éste lo autorice”.

Por las características del estudio se consideró que no implica riesgo para los pacientes. Se explicaron los beneficios que puede otorgar al paciente conocer el perfil familiar de los mismos.

En todos aquellos pacientes en quienes se detectó disfunción familiar en algún área o dimensión y/o que no contaran con apoyo social, el investigador principal, obtuvo el número de seguridad social de los mismos para iniciar la intervención adecuada, posteriormente se localizó a los pacientes mediante llamada telefónica, se les dio el resultado de su evaluación obtenida de los instrumentos elaborados, y se les citó al servicio de trabajo social, se derivó con el medico familiar a cargo para darle seguimiento y enviar al servicio de geriatría para una valoración integral.

La información obtenida en el presente estudio se dio a conocer a las autoridades de unidad de medicina familiar número 09 de Querétaro, con la finalidad de que se tuviera conocimiento acerca del perfil sociofamiliar de los pacientes adultos mayores con síndrome de fragilidad y de esta manera contribuir a la planeación de una estrategia dirigida para lograr un envejecimiento sano.

La base de datos se encripto con un número de folio, el cual solo sabia de su conocimiento el coordinador de educación y el investigador principal, con la finalidad de mantener la confidencialidad de los datos.

VII. Resultados

Se estudiaron un total de 270 pacientes adultos mayores con síndrome de fragilidad.

Dentro de las características socio demográficas, predominó el sexo femenino con 65.6% (IC 95%; 60.9- 70.3) teniendo una edad promedio de 75 años (Cuadro 1 y 2).

Respecto a la religión predominó el catolicismo 74.1% y sólo el 0.7% el culto a otras divinidades; en cuanto al estado civil el 57.4% de la población están casados, 19.6% en la viudez y el 3.3% solteros; dentro de la escolaridad el 36.7% tiene nivel de instrucción primaria, 27.4% saben leer y escribir, 10% analfabetas y sólo el 5.9% cuentan con una licenciatura. La ocupación que más prevalece es labores del hogar en el 51.5%, seguido de trabajo de media jornada 22.2%, y pensionados 9.6%. El tipo de vivienda urbano 99.6%; el nivel socioeconómico el 51.1% tienen un estrato obrero seguido de un estrato medio bajo 44.1%. (Cuadro 3).

La percepción de la funcionalidad familiar evaluada con el instrumento percepción del funcionamiento familiar (FF-SIL), mostró que 95.9% tiene una familia funcional (donde se incluyen: familia funcional y familia moderadamente funcional) y sólo el 4.1% disfuncional (abarca familia disfuncional y familia severamente disfuncional). (cuadro 4)

El apoyo social se evaluó con el instrumento de MOS, se obtuvieron los siguientes resultados según las dimensiones estudiadas en: emocional 48.1%, instrumental 88.9%, apoyo interacción social positiva 73.3%, afectivo 88.1%; teniendo como índice global del apoyo social presente en el 88.9%.

Cuadro 1 Distribución de frecuencia por sexo en adultos mayores con síndrome de fragilidad.

n=270

Sexo	Frecuencia	Porcentaje	IC 95%	
			Mínimo	Máximo
Hombre	93	34.4	29.7	39.1
Mujer	177	65.6	60.9	70.3

Fuente: Instrumento de recolección de datos obtenida del protocolo perfil sociofamiliar en el adulto mayor con síndrome de fragilidad en una unidad de primer nivel.

Cuadro 2 Edad promedio de adultos mayores con síndrome de fragilidad.

n=270

	Promedio	DE	
		Mínimo	Máximo
Edad (años)	75.53	60	90

Fuente: Instrumento de recolección de datos obtenida del protocolo perfil sociofamiliar en el adulto mayor con síndrome de fragilidad en una unidad de primer nivel.

Cuadro 3 Variables sociodemográficas: religión y estado civil, analizadas en adultos mayores con síndrome de fragilidad.

	n=270			
	Frecuencia	Porcentaje %	IC 95%	
			Mínimo	Máximo
Religión				
Católica	200	74.1	69.7	78.5
Evangélica	16	5.9	3.5	8.3
Cristiana	37	13.7	10.3	17.1
Ateo	15	5.6	3.3	7.9
Otras	2	0.7	0.1	1.5
Estado civil				
Soltero	9	3.3	1.5	5.1
Casado	155	57.4	52.5	62.3
Divorciado	22	8.1	5.4	10.8
Separado	28	10.4	7.4	13.4
Viudo	53	19.6	15.6	23.6
Conviviente	3	1.1	0.1	2.1

Fuente: Instrumento de recolección de datos obtenida del protocolo perfil sociofamiliar en el adulto mayor con síndrome de fragilidad en una unidad de primer nivel.

Cuadro 4 Variables sociodemográficas: escolaridad y ocupación, analizadas en adultos mayores con síndrome de fragilidad

	n=270			
	Frecuencia	Porcentaje %	IC 95%	
			Mínimo	Máximo
Escolaridad				
Analfabeta	29	10.7	7.6	13.8
Sabe leer y escribir	74	27.4	22.9	31.9
Preescolar	16	5.9	3.5	8.3
Primaria	99	36.7	31.9	41.5
Secundaria	33	12.2	8.9	15.5
Bachillerato	3	1.1	0.1	2.1
Licenciatura	16	5.9	3.5	8.3
Ocupación				
Trabajo de media jornada	60	22.2	18.1	26.3
Trabajo de jornada completa	1	0.4	0.2	1.0
Labores del hogar	139	51.5	46.5	56.5
Cesante	44	16.3	12.6	20.0
Pensionado	26	9.6	6.7	12.5

Fuente: Instrumento de recolección de datos obtenida del protocolo perfil sociofamiliar en el adulto mayor con síndrome de fragilidad en una unidad de primer nivel.

Cuadro 5 Variables sociodemográficas: dependencia económica, derecho habiencia al IMSS, tipo de vivienda y nivel socio económico, estudiadas en adultos mayores con síndrome de fragilidad

Variable	Frecuencia	Porcentaje %	IC 95%	
			Mínimo	Máximo
Dependencia económica				
Sí	177	65.6		
No	93	34.4		
Derechohabientes				
Trabajador (pensionado)	115	42.6		
Beneficiario	155	57.4		
Tipo de vivienda				
Casa independiente	188	69.6		
Departamento (renta)	32	11.9		
Vivienda en vecindad (renta)	50	18.5		
Nivel socioeconómico				
Estrato medio alto	2	0.7		
Estrato medio bajo	119	44.1		
Estrato obrero	138	51.1		
Estrato marginal	11	4.1		

Fuente: Instrumento de recolección de datos obtenida del protocolo perfil sociofamiliar en el adulto mayor con síndrome de fragilidad en una unidad de primer nivel.

Cuadro 6 Funcionalidad familiar en el adulto mayor con síndrome de fragilidad . (Cuestionarios FF-SIL)

n=270

Variable	Frecuencia	Porcentaje %	IC 95%	
			Mínimo	Máximo
Familia funcional	124	45.9	40.9	50.9
Familia moderadamente funcional	135	50.0	45.0	55.0
Familia disfuncional	10	3.7	1.8	5.6
Familia severamente disfuncional	1	0.4	-0.2	1.0

Fuente: Instrumento de recolección de datos obtenida del protocolo perfil sociofamiliar en el adulto mayor con síndrome de fragilidad en una unidad de primer nivel.

Cuadro 7 Apoyo social en el adulto mayor con síndrome de fragilidad . (Cuestionario MOS)

n=270

	Frecuencia	Porcentaje %	IC 95%	
			Mínimo	Máximo
Apoyo social global				
Con apoyo social	240	88.9	85.8	92.0
Sin apoyo social	30	11.1	8.0	14.2
Apoyo emocional				
Con apoyo emocional	130	48.1	43.1	53.1
Sin apoyo emocional	140	51.9	46.9	56.9
Apoyo instrumental				
Con apoyo instrumental	240	88.9	85.8	92.0
Sin apoyo instrumental	30	11.1	8.0	14.2
Apoyo de interacción positiva				
Con apoyo de interacción social positiva	198	73.3	68.9	77.7
Sin apoyo de interacción social positiva	72	26.7	22.3	31.1
Apoyo afectivo				
Con apoyo afectivo	238	88.1	84.9	91.3
Sin apoyo afectivo	32	11.9	8.7	15.1

Fuente: Instrumento de recolección de datos obtenida del protocolo perfil sociofamiliar en el adulto mayor con síndrome de fragilidad en una unidad de 1er

VIII. Discusión

Es de gran importancia hacer énfasis que actualmente el envejecimiento va en aumento y esto repercute en las relaciones familiares y sociales, tanto de manera positiva o negativa; el poder intervenir como médicos familiares de manera oportuna, nos ayudará a disminuir complicaciones y promover un envejecimiento sano y activo, mediante un manejo y equipo multidisciplinario. Se ha estudiado muy poco acerca del apoyo social y la fragilidad en adultos mayores, por lo que es relevante realizar detecciones que nos permitan frenar la evolución tan rápida de esta y mejorar estilos de vida en los pacientes más vulnerables.

Dentro de la literatura se carece de artículos que realicen un análisis similar a este proyecto, sin embargo, en su estudio observacional realizado en Sudamérica sobre criterios de fragilidad en personas mayores; en dónde se estudiaron predictores de fragilidad, se demostró que es más frecuente la fragilidad en adultos mayores del sexo femenino en 45.1% en comparación con el sexo masculino en 39.1%, así como la edad promedio fue de 85 años. Los datos acerca de la prevalencia del sexo femenino concuerdan con este estudio, sin embargo, la edad promedio difiere, debido a que este proyecto resulto ser menor a la reportada. (Iriarte, 2016)

Lo anterior, puede ser debido a que, de acuerdo con la fisiopatología de la fragilidad, estudios han demostrado que las mujeres tienen mayor riesgo presentarla y en lo que respecta a la edad, actualmente, se diagnostican enfermedades crónicas desde edades tempranas, lo que hace vulnerable al paciente.

Un aspecto importante que considerar dentro del estudio es el estado civil de estos pacientes, hay un estudio en donde describieron que la viudez es un factor predictor para fragilidad social debido al cambio en el núcleo familiar, porque no hay un soporte social, tampoco existe la convivencia en el hogar y hay escasez de las relaciones sociales. En contraste, esta investigación difiere, debido a que se

encontró que los pacientes con fragilidad en más de la mitad están casados. (Iriarte, 2016).

Un estudio realizado en Guadalajara, Jalisco, menciona que la ocupación que más prevalece en este grupo de pacientes es la de labores del hogar en el 52.6%, estos datos concuerdan con lo que resultados de nuestro estudio. (Becerra, 2021).

En cuanto al nivel de escolaridad que prevalece en los pacientes con fragilidad según un estudio observacional, acerca de síndrome de fragilidad en el sistema universitario del adulto mayor, en donde se incluyeron 39 participantes, se obtuvo que el nivel primario fue el más alto, mismo panorama se presentó en este proyecto donde la educación primaria fue la más prevalente, considerando lo anterior que el bajo conocimiento sobre las enfermedades contribuye al deterioro del estado de salud. (Estrada, 2018).

En base al nivel socioeconómico de los participantes de este estudio, el 51.1% se encuentra en un nivel socio económico obrero, lo que coincide con el estudio realizado en Chile, en donde se demostró que a menor ingreso económico existe mayor posibilidad de ser frágil (Araya, 2017),

En lo que respecta a la funcionalidad familiar, en este proyecto de investigación prevalecieron las familias funcionales, pudiendo entender que las relaciones intrafamiliares establecidas en la población de estudio son buenas, a pesar de los cambios y de las crisis paranormativas que se presentan en estas familias, caso similar se reporta en un estudio sobre caracterización del funcionamiento en familias con adultos mayores realizado en Lima, en donde incluyeron 155 participantes, teniendo como resultados que 68.4% de las familias fueron funcionales y moderadamente funcionales y sólo el 31.7% tienen algún grado de disfunción. (Carera, 2021). Considero que esto se presenta por que las familias no están preparadas para estos cambios evolutivos, son familias poco flexibles, poco tolerantes al cambio, con una estructura desorganizada y en cierto punto no cuentan con los recursos familiares, sociales ni económicos, por este

motivo al enfrentarse a alguna crisis paranormativa no saben de qué manera responder presentando algún grado de disfunción familiar.

En cuanto al apoyo social, en un estudio acerca de la fragilidad y su correlación con la calidad de vida en el que se incluyeron 538 pacientes adultos mayores, se estudiaron cuatro dominios: físico, psicológico, relaciones sociales y ambientales, siendo el dominio social uno de los más afectado en relación a la calidad de vida, sin embargo los resultados en este estudio, reportan que de manera global el apoyo social fue alto, pero al ser medido por dimensiones el área emocional fue baja con 51.9%, lo anterior por la falta de empatía y comprensión por parte de su familia. (Zúñiga, 2019).

Bajo este panorama se puede establecer que el apoyo social representa un aspecto importante que contribuye en el bienestar de los adultos mayores y el no tener este tipo de redes de apoyo contribuye a la fragilización.

IX. Conclusiones

El síndrome de fragilidad se presenta en mayor grado en adultos mayores del sexo femenino, con una edad promedio de 75.53 años, en personas con escolaridad básica (primaria) y casados.

Los pacientes con fragilidad se desenvuelven en un mayor porcentaje en una familia con funcionalidad familiar, lo que nos indica que tienen un entorno intrafamiliar bueno, el cual puede contribuir a un envejecimiento sano y activo.

La mayoría de los pacientes con fragilidad perciben apoyo social global, sin embargo, en las dimensiones estudiadas, se carece en un mayor porcentaje de apoyo emocional, lo que demuestra que no se tiene empatía, ni existe la confianza entre el paciente adulto mayor frágil y la familia.

En este estudio se encontró que en adultos mayores con fragilidad, la mayoría de las familias son moderadamente funcionales, lo que indica que son capaces de enfrentar y superar las etapas del ciclo vital, así como las crisis por las que pueden atravesar a lo largo del ciclo vital familiar.

Estos datos nos reflejan un panorama actual de la situación clínica en la que se encuentra este grupo de pacientes y la necesidad de hacer intervención oportuna en el primer nivel de atención para poder contribuir al envejecimiento sano.

En cuanto a la hipótesis de trabajo planteada en este estudio, no se cumple ya que los resultados obtenidos en cuanto a la funcionalidad familiar se considera alta siendo familias funcionales.

IX. Propuestas

Debido a que el envejecimiento va en aumento y a los resultados obtenidos en este estudio propongo lo siguiente:

Realizar una valoración integral por el médico familiar a todos los pacientes mayores de 60 años con enfermedades crónico-degenerativas, en donde se apliquen los instrumentos de evaluación (cuestionario de Ensrud) para hacer el diagnóstico oportuno de fragilidad y/o con riesgo de fragilidad. En aquellos pacientes en los que se detecte fragilidad o con riesgo de presentarlo, derivar al servicio de geriatría para poder intervenir de manera oportuna realizando los instrumentos necesarios en busca de apoyo social, funcionalidad familiar, etc., y de esta manera fomentar un envejecimiento activo optimizando las oportunidades de salud, participación y seguridad con el fin de mejorar la calidad de vida de las personas a medida que envejecen.

Dentro de la valoración integral realizada por el médico especialista en familia, evaluar el estado nutricional y actividad física dependiendo las condiciones de cada paciente, para individualizar el tratamiento no farmacológico; ayudándose de los servicios de nutrición, terapia física y trabajo social.

Realizar un plan de acción de salud mental para adultos mayores con fragilidad, aplicado en el primer nivel de atención, con el objetivo de brindar atención en el ámbito psicoafectiva de los adultos mayores frágiles derechohabientes al IMSS, a través de acciones que ayuden a disminuir el impacto negativo en el desarrollo de trastornos mentales derivados del síndrome de fragilidad. Así dar respuesta a las necesidades de estos pacientes.

Dentro de las áreas de oportunidad que se pueden mejorar en este estudio es el ambiente en el que se realizó la entrevista, debido a que no fue un ambiente controlado (en cuanto al área física, el ruido y el echo de que el paciente fuera acompañado de algún familiar), ya que puede tener sesgo en la información brindada.

X. Bibliografía

- Acosta BM, Martín LI. 2022. Fragilidad en atención primaria: diagnóstico y manejo multidisciplinar. Atención primaria, 1-9.
- Alfonso FL, Soto CD, Santos FN. 2016. Calidad de vida y apoyo social percibido en adultos mayores. Revista de ciencias médicas de Pinar del Río, 20(1).
- Bailón ME. 2007. Los recursos familiares. MC Formación Médica Continuada en Atención Primaria, 75-88.
- Becerra PE, Patraca LA. 2021. Prevalencia de síndrome de fragilidad. Revista CONAMED, 26(1):42-47.
- Carera CA, Naranjo FJ, Ochoa OM., Cabrera HA, Valdés VR. 2021. Caracterización del funcionamiento en familias con adultos mayores del consultorio médico 43 policlínico Turcios Lima. Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río, 1-15.
- Domínguez GM. 2016. Desafíos sociales del envejecimiento: Reflexión desde el derecho al desarrollo. Revista CES Psicología, 150-164.
- Estrada GO, Salcedo RA, García de Alba GJ. 2018. Síndrome de fragilidad en el sistema universitario del adulto mayor. Revista Salud Jalisco, 92-97.
- Familiar, A. d. 2005. Conceptos Básicos para el estudio de las Familias. Medigraphic, 6.
- García BC. 2012. Evaluación y cuidado del adulto mayor frágil. Revista Médica Clínica Las Condes, 36-41.
- García LE, Boyeros FI, Quevedo NM, Alonso CM. 2020. Fragilidad, nivel funcional y funcionamiento familiar en adultos mayores. Revista Electrónica Medimay, 27(3):339-55.

- González MM, Leguía CJ, Díaz VC. 2017. Prevalence and factors associated with fragility syndrome in older adults attending the EsSalud primary health care service, January - April 2015 Chiclayo, Peru. *Horizonte médico*, 17(3): 35-42.
- González DR, González PA. 2012. Fragilidad: prevalencia, características sociodemográficas y de salud, y asociación con calidad de vida en adultos mayores. *Atención Familiar*, 19(1):1-6.
- Guerrero GN, Gómez LZ, Leal MD. 2016. Fragilidad en ancianos y estado nutricional según el Mini Nutritional Assessment. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*, 54(3):312-317.
- Herrera NB, Galindo VO, Bobadilla AR, Penedo F, Lerma A. 2021. Propiedades psicométricas del Cuestionario MOS de Apoyo Social en una muestra de pacientes con enfermedades cardiovasculares en población mexicana. *Psicología y Salud*, 31(2): 225-235.
- Huerta GJ. 2005. *Medicina familiar. La familia en el proceso salud enfermedad* (Primera edición ed.). Cd de México: Alfil. 36-39.
- Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores, (INAPAM). 2019. Obtenido de <https://www.gob.mx/inapam/articulos/salud-mental-en-personas-mayores?idiom=es>
- INEGI. (2020). Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Obtenido de <https://www.inegi.org.mx/default.html>
- Iriarte E, Araya A. 2016. Criterios de fragilidad en personas mayores que viven en la comunidad: una actualización de la literatura. *Revista médica de Chile*, 144(11), 1440-1447.

- Marante PE, Pozo AL. 2018. Efectividad de intervención educativa en sobrecarga del cuidador de adultos mayores dependientes. *Revista Cubana de Enfermería*, 34(4).
- Martínez PS. (2020). Síndrome del cuidador quemado. *Revista Clínica de Medicina de Familia*, 13(1): 97–100.
- Muñoz PE. 2008. Relaciones interpersonales y fragilidad en mayores: ¿Cumple la red social un papel diferente en función del género?. *Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal*. vol. 1, núm. 1, 2008, pp. 345-355.
- Ortega VT, De la Cuesta FD, Días RC. 1999. Propuesta de un instrumento para la aplicación del proceso de atención en enfermería en familias disfuncionales. *Revista Cubana Enfermería*, 15(3), 164-168.
- Partida BV. 2005. La transición demográfica y el proceso de envejecimiento en México. *Papeles de población*, 11(45), 9-27.
- Poblete F, et al. 2018. Apoyo social percibido en pacientes con Hipertensión Arterial y Diabetes Mellitus tipo II en Atención Primaria y su relación con autopercepción de salud. *Revista Médica de Chile*, 146(10), 1135-1142
- Rojas HA. (2018). Biblioteca Daniel Cosío Villegas. Obtenido de El Colegio de México: <https://repositorio.colmex.mx/concern/theses/8c97kq81d?locale=es>
- Salamanca RE, Velasco PZ, Díaz VC. 2019. Entorno familiar del adulto mayor de los centros vida de la ciudad de Villavicencio. *Investigación en enfermería: imagen y desarrollo*, 21(1).
- Sepúlveda LW, Dos Santos LR, Tricanico MR, Suziane PV. (2020). Participación social, un factor a considerar en la evaluación clínica del adulto mayor: una revisión narrativa. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*, 37(2), 341-349.

- Sepúlveda RC, Rivas RE, Bustos ML., Illesca PM. 2010. Perfil Socio- familiar en adultos mayores institucionalizados: Temuco, Padre Las Casas Y Nueva Imperial. Horizonte médico, 16(3): 49-61.
- Social, I. M. 2011. Cenetec. Obtenido de Cenetec:
<http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/479GER.pdf>
- Suárez CM. 2011. Identificación y utilidad de las herramientas para evaluar el apoyo social al paciente y al cuidador informal. Rev Med La Paz, 17(1), 60-67.
- Tello RT, Varela PL. 2016. Fragilidad en el adulto mayor: detección, intervención en la comunidad y toma de decisiones en el manejo de enfermedades crónicas. Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica, 33(2), 328-334.
- Vásquez MP, Castellanos OA. 2018. La fragilidad del paciente geriátrico como un indicador de riesgo para complicación postoperatoria. Revista Mexicana de Anestesiología, 41(1): 53-57.
- Zúñiga MP, García R, Araya AX. 2019. Fragilidad y su correlación con calidad de vida y utilización de los servicios de salud en personas mayores que viven en la comunidad. Revista médica de Chile, 147 (7): 870-876.

XI. Anexo

X1.1 Hoja de recolección de datos



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
 Universidad Autónoma de Querétaro
 Residencia en Medicina Familiar

“Perfil socio familiar en el adulto mayor con síndrome de fragilidad en una unidad de primer nivel de atención”

NSS: _____ Agregado: _____ Folio: _____

1. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS				
1. Edad: _____ años	2. Sexo: (1) Hombre (2) Mujer	3. Religión: (1) Católica (2) Ortodoxa (3) Pentecostal (4) Evangélica (5) Cristiana (6) Agnosticismo (7) Ateo (8) Otras	4. Estado Civil: (1) Soltero (2) Casado (3) Divorciado (4) Separado (5) Viudo (6) Conviviente	5. Nivel Socioeconómico (Escala de Graffar Méndez) Puntaje obtenido: _____ puntos. (1) Estrato Alto: (rango de puntos) (2) Estrato Medio Alto (rango de puntos) (3) Estrato Medio Bajo (4) Estrato Obrero (5) Estrato Marginal
6. Nivel de escolaridad: (1) Analfabeta (2) Sabe leer y escribir (3) Preescolar (4) Primaria (5) Secundaria (6) Bachillerato (7) Técnico Superior (8) Licenciatura (9) Especialización (10) Maestría (11) Doctorado (12) Post doctorado	7. Ocupación: (1) Trabajo de media jornada (2) Trabajo de jornada completa (3) Dueño de casa (4) Cesante (5) Pensionado	8. Tipo de vivienda: (1) Casa independiente (2) Departamento en edificio (3) Vivienda en vecindad (4) Vivienda en cuarto de azotea (5) Local no construido para habitación (6) Vivienda móvil (7) Refugio (8) No especificado		9. Derechohabiente: (1) Trabajador (2) Beneficiario
10. Tipo de Asentamiento: (1) Colonia (2) Fraccionamiento (3) Manzana (4) Pueblo (5) Rancho (6) Granja (7) Ejido (8) Hacienda		11. Dependencia Económica: (1) Sí (2) No		
1. VARIABLES CLÍNICAS				
12. Funcionalidad Familiar (Escala de SS-FIL) Puntaje obtenido: _____ puntos. De 70 a 57 puntos: Familias funcional De 56 a 43 puntos: Familia moderadamente funcional De 42 a 28 puntos: Familia disfuncional De 27 a 14 puntos: Familia severamente disfuncional		13. Apoyo Social (Escala de MOS) Puntaje obtenido: _____ puntos. (1) Apoyo social escaso: Menor de 57 puntos Falta de apoyo 4 dimensiones (1) Emocional: < 24 puntos (2) Interacción social positivo: < 12 puntos. (3) Instrumental: < 12 puntos (4) Afectivo: < 9 puntos		14. Síndrome de Fragilidad (Criterios de Ensrud) Puntaje obtenido: _____ puntos (1) Pre frágil = 1 criterio (2) Frágil = 2 o más criterios

XI.2 Instrumentos

XI.2.1 Criterios de Ensrud

Pregunta	Sí	No
1. ¿Pérdida de peso de 5% o mayor en los últimos 3 años?		
2. ¿Incapacidad para levantarse de una silla 5 veces sin el empleo de los brazos?		
3. Pobre energía referida por una respuesta negativa a la pregunta: ¿Se siente usted lleno de energía?		

Puntaje	Clasificación
0 criterios	Robusto
1 criterio	Pre- frágil
2 o más criterios	Frágil

XI.2.2 Prueba de percepción del funcionamiento familiar FF-SIL.

Situación	Casi nunca	Pocas veces	A veces	Muchas veces	Casi siempre
1. Se toman decisiones para cosas importantes de la familia					
2. En mi casa predomina la armonía					
3. En mi familia cada uno cumple sus responsabilidades.					
4. Las manifestaciones de cariño forman parte de nuestra vida cotidiana					
5. Nos expresamos sin insinuaciones, de forma clara y directa.					
6. Podemos aceptar los defectos de los demás y sobrellevarlos.					
7. Tomamos en consideración las experiencias de otras familias ante situaciones diferentes.					
8. Cuando alguien de la familia tiene un problema los demás ayudan.					
9. Se distribuyen las tareas de forma que nadie esté sobrecargado					
10. Las costumbres familiares pueden modificarse ante determinadas situaciones.					
11. Podemos conversar diversos temas sin temor					
12. Ante una situación familiar difícil somos capaces de buscar ayuda en otras personas.					
13. Los intereses y necesidades de cada cual son respetados por el núcleo familiar.					
14. Nos demostramos el cariño que nos tenemos.					

Casi siempre	5 puntos
Muchas veces	4 puntos
A veces	3 puntos
Pocas veces	2 puntos
Casi nunca	1 punto

Diagnóstico del funcionamiento familiar según la puntuación total de la prueba FF-SIL

Funcional	De 70 a 57 puntos
Moderadamente funcional	De 56 a 43 puntos
Disfuncional	De 42 a 28 puntos
Severamente disfuncional	De 27 a 14 puntos

XI.2.3 Cuestionario de MOS

Pregunta	Nunca	Pocas Veces	Algunas Veces	La mayoría de veces	Siempre
Alguien que le ayude cuando tenga que estar en la cama	1	2	3	4	5
Alguien con quien puede contar cuando necesite hablar	1	2	3	4	5
Alguien que le aconseje cuando tenga problemas	1	2	3	4	5
Alguien que lo lleve al médico cuando lo necesita	1	2	3	4	5
Alguien que le muestre amor y afecto	1	2	3	4	5
Alguien con quien pasar un buen rato	1	2	3	4	5
Alguien que le informe y le ayude a entender una situación	1	2	3	4	5
Alguien en quien confiar o con quien hablar de sí mismo y sus preocupaciones	1	2	3	4	5
Alguien que le abrace	1	2	3	4	5
Alguien con quien pueda relajarse	1	2	3	4	5
Alguien que le prepare la comida si no puede hacerlo	1	2	3	4	5
Alguien cuyo consejo realmente desee	1	2	3	4	5
Alguien con quien hacer cosas que le sirvan para olvidar sus problemas	1	2	3	4	5
Alguien que le ayude en sus tareas domésticas si está enfermo	1	2	3	4	5
Alguien con quien compartir sus temores y problemas más íntimos	1	2	3	4	5
Alguien que le aconseje cómo resolver sus problemas personales	1	2	3	4	5
Alguien con quien divertirse	1	2	3	4	5
Alguien que comprenda sus problemas	1	2	3	4	5
Alguien a quien amar y hacerle sentir querido	1	2	3	4	5

Puntaje obtenido: ____

Valores escala de MOS	Máximo	Medio	Mínimo
Apoyo emocional	40	42	8
Apoyo instrumental	20	12	4
Apoyo de interacción social positiva	20	12	4
Apoyo afectivo	15	9	3
Índice global	95	57	19

XI.3 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:	Perfil socio familiar en el adulto mayor con síndrome de fragilidad en una unidad de primer nivel de atención
Patrocinador externo (si aplica):	No aplica
Lugar y fecha:	Santiago de Querétaro, UMF 9, Delegación, Querétaro, Septiembre 2021
Justificación y objetivo del estudio:	Justificación: El envejecimiento es considerado un proceso difícil de adaptación, en el que influyen muchos factores tanto personales, sociales y ambientales, por lo que es importante identificar a los adultos mayores más débiles o vulnerables, para evitar que el paciente sea dependiente de algún cuidador, sea hospitalizado incluso prevenir una muerte temprana, mejorando su relación familiar y de esta manera ayudar a optimizar su calidad de vida. Objetivo: Determinar el apoyo social, económico y el funcionamiento familiar del adulto mayor con condiciones clínicas de vulnerabilidad por alteración en su sistema fisiológico y el envejecimiento lo cual le impide una inadecuada adaptación al medio social y familiar.
Procedimientos:	Se le aplicará una serie de cuestionarios en los que se evaluará el apoyo social que recibe, el apoyo económico que percibe y la relación familiar. Son cuestionarios un poco extensos, sin embargo nos ayudará a conocer si existe alguna alteración en la relación familiar para poder intervenir de manera oportuna.
Posibles riesgos y molestias:	Puede expresar incomodidad con alguna pregunta, y mencionar sentir la pérdida de tiempo al contestar los cuestionarios de evaluación.
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Obtendrá conocimiento acerca del síndrome de fragilidad, conocerá de qué manera recibir ayuda de acuerdo a sus necesidades y la manera en que puede mejorar su relación familiar para crear un ambiente de armonía y bienestar físico, emocional y social.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Si se detecta alguna alteración en su relación familiar en alguno de los cuestionarios aplicados, será enviado a su médico familiar para darle seguimiento o incluso se derivará a trabajo social para integrarlo a un grupo de autoayuda
Participación o retiro:	El retiro no afectará la atención médica que recibe en el instituto.
Privacidad y confidencialidad:	El uso de la información será anónimo y confidencial.

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

Si acepto participar en el estudio

No acepto participar en el estudio.

Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):

No aplica

Beneficios al término del estudio:

Informar sobre los resultados obtenidos.

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:

Dra. Leticia Blanco Castillo
Especialista en medicina familiar
Matrícula: 99231263
Director de tesis adscripción UMF 09 IMSS QRO
Celular: 4421276140
Correo electrónico: leticia.blanco@imss.gob.mx

Colaboradores:

Dr. Luis Abraham Montes de Oca Reséndiz
Especialista en Medicina Familiar
Investigador responsable
Matrícula: 99207263 Adscripción: UMF 9 Querétaro.
Tel: 210 04 64 ext.51432
Celular: 442 364 66 28
Correo electrónico: dr.montesdeoca@hotmail.com

Cynthia Yamileth Ordoñez Lara

En caso de dudas dirigirse al Comité de Ética en Investigación localizado en la Coordinación Clínica de Educación e Investigación en Salud del Hospital General Regional No1, ubicado en avenida 5 de febrero 102, colonia centro, CP 76000, Querétaro, Querétaro, de Lunes a Viernes de 08:00 a 16:00 hrs, al teléfono de 442 211 2337 en el mismo horario o al correo electrónico: comiteticainvestigacionhgr1qro@gmail.com.

Nombre y firma del paciente

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo:

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

Clave: 2810-009-013