

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN Y ESTUDIOS AVANZADOS
DEPARTAMENTO DE ESTUDIOS AVANZADOS
COORDINACIÓN DE LA ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR
DEPARTAMENTO DE EVALUACIÓN PROFESIONAL**



**“GRADOS DE DEPRESIÓN Y TIPOLOGÍA FAMILIAR EN PACIENTES
PENSIONADOS POR RIESGO DE TRABAJO QUE ACUDEN A LA UMF 220
EN TOLUCA, ESTADO DE MÉXICO, 2013”**

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 220 TOLUCA, ESTADO DE MÉXICO**

**TESIS QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE
LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA

M.C. LIÉVANOS AGUILAR ALBERTO RAFAEL

DIRECTORA DE TESIS

E.M.F. MARÍA EMILIANA AVILÉS SÁNCHEZ

REVISORES DE TESIS

M. EN I.C LUIS REY GARCÍA CORTÉS

E.M.F. MÓNICA LÓPEZ GARCÍA

DRA. EN H. MARÍA LUISA PIMENTEL RAMÍREZ

TOLUCA, MÉXICO

2014

**“GRADOS DE DEPRESIÓN Y TIPOLOGÍA FAMILIAR EN PACIENTES
PENSIONADOS POR RIESGO DE TRABAJO QUE ACUDEN A LA UMF 220 EN
TOLUCA, ESTADO DE MÉXICO, 2013”**

ÍNDICE

	Pág.
1.-Marco teórico.	
1.1.- Depresión.....	1
1.1.1.-Diagnóstico.....	3
1.2.-Tipología familiar.....	6
1.3.- Pensión.....	7
1.3.1.- Riesgo de trabajo.....	9
1.3.2.- Valuación de riesgo de trabajo.....	10
1.3.3.- Miembro superior.....	10
1.3.3.1.- Anquilosis.....	11
1.3.3.2.- Pseudoartrosis.....	11
1.3.4.- Trastornos funcionales de los dedos sin lesiones articulares.....	11
1.3.5.- Parálisis completas e incompletas (paresias) por lesiones de nervios Periféricos.....	11
1.3.6.-Vasos.....	11
1.3.7.- Miembro inferior.....	11
1.3.7.1.- Perdida.....	11
1.3.7.2.- Anquilosis.....	12
1.3.7.3.- Pseudoartrosis.....	12
1.3.7.4.- Cicatrices retractiles que no puedan ser resueltas quirúrgicamente.....	12
1.3.7.5.- Secuelas de fracturas.....	12
1.3.7.6.- Parálisis completas o incompletas (paresias) por lesiones de nervios periféricos.....	12
1.3.8.- Cabeza.....	13
1.3.8.1.- Cráneo.....	13
1.3.8.2.- Cara.....	13
1.3.8.3.- Ojos.....	13
2.- Planteamiento de problema	
2.1.- Argumentación.....	14
2.2.-Preguntade investigación.....	14
3.- Justificaciones	
3.1.- Académica.....	15
3.2.- Científica.....	15
3.3. Social.....	15
3.4.- Económica.....	16
4.- Hipótesis	
4.1.- Elementos de la hipótesis.....	17
4.1.1.- Unidades de observación.....	18
4.1.2.- Variables.....	18
4.1.2.1- Dependiente.....	18
4.1.2.2.- Independiente.....	18

4.1.3.- Elementos lógicos de relación.....	18
5.- Objetivos	
5.1.- General.....	19
5.2.- Específicos.....	19
6.- Método	
6.1.- Tipo de estudio.....	20
6.2.- Diseño del estudio.....	20
6.3.- Operacionalización de las variables.....	21
6.4.- Universo de trabajo.....	22
6.4.1.- Muestra.....	22
6.4.2.- Criterio de inclusión.....	22
6.4.3.- Criterios de no inclusión.....	22
6.4.4.- Criterios de eliminación.....	22
6.5.- Instrumento de investigación.....	23
6.5.1.- Descripción.....	23
6.5.2.- Validación.....	23
6.5.3.- Aplicación.....	24
6.6.- Desarrollo del proyecto.....	24
6.7.- Límite de tiempo.....	24
6.8.- Límite de espacio.....	24
6.9.- Diseño de análisis.....	25
7.- Implicaciones éticas.....	25
10.- Resultados.....	26
11.- Tablas y graficas.....	28
12.- Discusión.....	37
13.- Conclusiones.....	39
14.- Recomendaciones.....	40
15.- Bibliografía.....	41
16.- Anexos.....	44

1.-MARCO TEÓRICO.

1.1.- DEPRESIÓN.

La depresión existe desde la que la humanidad se conoce como tal, es descrita en los relatos del Génesis, realizando varias menciones a través del viejo testamento. Aaron Beck en 1970 identifica la triada cognitiva de la depresión: visión negativa de sí mismo, percepción hostil del mundo y una visión del futuro sufrida y fracasada. ⁽¹⁾

La depresión es una alteración patológica del estado de ánimo con descenso de humor, en el que predominan los síntomas afectivos (tristeza patológica, decaimiento, irritabilidad, sensación subjetiva de irritabilidad e impotencia frente a las exigencias de la vida), además, en mayor o menor grado, están presentes síntomas de tipo cognitivo, volitivo y somático, por lo que es una afectación total de la vida psíquica. ⁽²⁾ La depresión oscila entre las formas más leves y moderadas hasta cuadros de gran intensidad que incluyen síntomas delirantes y conducta suicida. ⁽³⁾

En América Latina se han llevado a cabo varias investigaciones sobre depresión, como las realizadas en Chile, Brasil y México, que han aportado una valiosa información para la realización de investigaciones epidemiológicas a gran escala en la Región. Las prevalencias encontradas en personas mayores de 18 años, medidas en un período de 12 meses en Chile, Brasil y México, variaban entre 4,5% y 7,1%. En Brasil, la prevalencia de episodios depresivos en el último mes fue de 4,5%, mientras que en Chile la prevalencia en los últimos 6 meses fue de 4,6%. En el estudio mexicano se encontró una incidencia de 1,3% en los 12 meses previos al estudio. ⁽⁴⁾

En nuestro país es una de las patologías más frecuentes entre la población económicamente activa, tal y como lo menciona La Encuesta nacional de Epidemiología Psiquiátrica llevada a cabo en el 2002, entre población urbana entre 18 y 65 años de edad, concluyo que los trastornos afectivos –dentro de los que incluyen los trastornos depresivos-, se ubican respecto al resto de los trastornos investigados, en tercer lugar en frecuencia, para prevalencia alguna vez en la vida (9.1%), después de los trastornos de ansiedad (14.3%) y los trastornos por uso de sustancias (9.2%). ⁽⁵⁾ Diversos estudios muestran que las personas con trastornos de ansiedad o depresión tienen mayores tasas de utilización de servicios de salud, con un mayor costo de atención. Por ejemplo en un estudio de una organización para el mantenimiento de la salud (HMO), se encontró que las personas con trastornos depresivos o de ansiedad, tenían marcadamente mayores costos de atención durante el año anterior, pues alcanzaron un total de 2390 dólares, mientras que las personas que no tuvieron estos trastornos tuvieron un promedio de 1397 dólares, y diferencias amplias en los costos de atención persistieron aun después de controlar estadísticamente la comorbilidad. ⁽⁶⁾

Actualmente la depresión no se considera más una cuestión personal y privada; se ha convertido en un asunto de interés general, en un problema de salud pública. Ello se basa en el reconocimiento de su prevalencia y del impacto que tiene sobre la sociedad, así como en la disponibilidad de alternativas efectivas para su tratamiento. La elevada prevalencia e impacto negativo de la depresión han sido ampliamente documentados a nivel internacional y nacional. Sin embargo, a pesar de la efectividad de las intervenciones disponibles para atenderla, la depresión continúa siendo subtratada en México y el acceso a la atención tiene un retraso muy importante. Así, el costo social de la depresión puede ser mucho mayor. El costo de la enfermedad es el valor de los recursos que se emplean como resultado de ésta. Convencionalmente, el costo de la enfermedad tiene dos componentes: los costos directos y los indirectos. Los costos directos se refieren al valor de los servicios empleados para tratar la enfermedad.

Incluye los servicios médicos, los días de estancia en el hospital, los medicamentos y otros tratamientos psicológicos. Los costos indirectos aluden a la pérdida de la productividad derivada de la enfermedad. Se ha estudiado extensamente el costo de la depresión en diferentes contextos. La pregunta a la que se enfrentan los tomadores de decisiones no es si es necesario tratarla depresión, sino cómo debe ser atendida en un escenario de recursos limitados.

Esto ha planteado la necesidad de realizar análisis económicos en la búsqueda de la mejor opción para su tratamiento. La economía está interesada en el uso y la distribución de recursos entre los individuos que forman una sociedad y en cómo las diferentes formas de asignación de los recursos impactan en el bienestar individual y social. Es un error muy común pensar que la economía sólo se refiere al ahorro de dinero. En realidad, implica la asignación óptima de recursos disponibles o potencialmente disponibles. Los estudios económicos son importantes en el sector de la salud porque los recursos disponibles para todas las posibles demandas y necesidades de salud son finitos, tanto en países desarrollados como en aquéllos en vías de desarrollo. En el área de la salud mental, las decisiones de cómo asignar los recursos son complicadas por el hecho de que los trastornos mentales son frecuentes, incapacitantes y de muy larga duración⁽⁷⁾

La presencia de depresión en personas que cursan con alguna discapacidad y que se encuentran en terapia de rehabilitación limita en forma importante la mejoría de los pacientes, la peculiaridad de la depresión es que aparece como una complicación secundaria, es decir, como una consecuencia adicional que el preciso reconocer y tratar. La suma de factores es frecuente y multiplica el riesgo de depresión, la edad y el sexo ejercen una gran influencia en el riesgo de suicidio, en este sentido el riesgo es mayor en el varón, espacialmente en jóvenes y ancianos.

Las consecuencias de la depresión son numerosas: la mortalidad por suicidio, por abandono o renuncia a la atención médica, el riesgo de continuar con una adicción o iniciarla, los cambios de la motivación con respecto a los programas de rehabilitación. La repercusión de la depresión sobre el comportamiento en rehabilitación, el paciente no concibe la utilidad de invertir en rehabilitación con el propósito de una mejora que beneficiaría a una persona poco digna de ese progreso, el desprecio hacia su entorno ya que no alcanza a valorar los cuidados que se le prodigan y es incapaz de vislumbrar un proyecto de trabajo, la desvalorización de su porvenir, incluso le es posible proyectarse de manera positiva a través del tratamiento hacia un futuro operativo y satisfactorio.

Todo conduce al peligro de que considere el tratamiento, puede perjudicar la participación en el tratamiento de distinta manera: desde el incumplimiento de las citas, los retrasos frecuentes o el comportamiento pasivo, hasta la oposición sistemática durante las sesiones terapéuticas. Debido a la literatura dentro de la bibliografía actual, que nos indica la mayor incidencia en la presencia de depresión en los pacientes con dolor o patologías de evolución crónica, así como con algún tipo de discapacidad, por lo que es muy importante conocer en forma integral a todos los pacientes que se encuentran en una unidad de rehabilitación⁽⁸⁾

La organización mundial de la salud (OMS) ha categorizado a la depresión entre los diagnósticos clínicos más discapacitantes y se estima que para el 2020 será la segunda enfermedad más frecuente en el mundo, apenas superada por las enfermedades cardiovasculares.⁽⁹⁾

1.1.1.- DIAGNÓSTICO.

Por lo tanto, el contar con un buen instrumento de tamizaje para la detección de casos representa una oportunidad para que el médico general identifique fácilmente a los pacientes que requieren atención, antes de referirlos a niveles especializados. En la literatura médica sobre intervenciones en Atención Primaria de Salud (APS), se indica que el dotar solamente de instrumentos de tamizaje adecuados no resuelve el problema de la atención de los pacientes que presentan algún trastorno mental, y que tampoco el entrenamiento de médicos generales produce los impactos deseados cuando es la única medida instrumentada. En estudios realizados por Grupos de Trabajo Preventivos, en Estados Unidos y Canadá, señalan la importancia de la eficacia de los programas de diagnóstico y tratamiento de la depresión. En éstos, se reporta que la utilización de cuestionarios de tamizaje en el primer nivel de atención juega un papel importante para el éxito de los programas.

Dependiendo del tipo de escalas que se apliquen, se reportan diferencias en las tasas de detección y reconocimiento de sintomatología psiquiátrica. Los instrumentos más utilizados son los siguientes: Cuestionario General de Salud de Goldberg (CGS); escala auto-aplicable de Depresión de Zung; inventario de Depresión de Beck; Depression Symptom Checklist (DS 20); escala Hopkins

Symptom CheckList 90 (SCL-90); escala de Depresión de Hamilton; escala del Centro de Estudios Epidemiológicos-Depresión (CESD); escala de Depresión de Montgomery-Asberg; escala de Depresión Geriátrica (GHQ); evaluación auto-administrada computarizada (PROQSY); criterios del Manual Diagnóstico y Estadístico tercera edición revisada (DSM-III-R); entrevista clínica estructurada para DSM-IV (SCID) y los criterios diagnósticos en la Atención Primaria (SDDS).

Los resultados preliminares confirman la existencia de un alto porcentaje de posibles casos psiquiátricos (46,9%) y detecta un 4% de casos susceptibles de derivación. Se pone también de manifiesto la baja capacidad de detección de estas patologías por los médicos del primer nivel. Moré et al. validaron la escala cuestionario de derivación de la atención primaria a los servicios de salud mental (CDSM) hetero-administrada, multidimensional y unitaria de gravedad psiquiátrica que valora la situación del sujeto durante el último mes, así como los criterios de derivación a los niveles especializados. Estas escalas se han aplicado en diferentes ⁽¹⁰⁾

La literatura actual sugiere que el médico familiar en atención primaria detecta con baja frecuencia los trastornos depresivos, permaneciendo subdiagnosticados entre un tercio y la mitad de los mismos. Se explica esta evidencia con base en las características de los pacientes, del médico familiar y de la infraestructura o disponibilidad de medios en el área de la salud. En cuanto a las pacientes, Illescas menciona que se dificulta el diagnóstico por la pluripatología por la que consultan, que engloba múltiples síntomas somáticos que también se incluyen en los criterios diagnósticos de la depresión; son pacientes que consultan por síntomas físicos y no mencionan los síntomas psicológicos. Quieren evitar así que las somatizaciones percibidas como una amenaza a su integridad sean consideradas como producto de su imaginación; se niegan a admitir la posibilidad de depresión e incluso ocultan los síntomas depresivos por temor a ser catalogados como “enfermos mentales” o “débiles de carácter”.

Cuando los pacientes son adolescentes no se diagnostica la depresión porque generalmente es leve y focalizada en aspectos específicos de la adolescencia; además de la resistencia del joven a hablar de sus problemas emocionales y su renuencia a consultar a los profesionales de la salud. En cuanto a los médicos, Kavan menciona que no suelen reconocer la depresión debido a su formación que enfatiza los aspectos biológicos en detrimento de los psicológicos. También por no considerar a la depresión en el diagnóstico diferencial; o por falta de conocimientos sobre el tratamiento de la misma; y cuando llegan a reconocer los Síntomas depresivos éstos son leves y de mayor tiempo de evolución y difícilmente pueden catalogarlos dentro de los criterios diagnósticos de depresión. Institucionalmente puede mencionarse escasez de tiempo, elevado número de consultas, rechazo social a este tipo de pacientes y por no contar con los medicamentos adecuados para tratar este padecimiento.

La detección de la depresión por parte del médico familiar tiene gran importancia en la prevención de suicidios, en la mejoría de la calidad de vida del paciente y en la reducción de los costos en la atención, pues este tipo de pacientes son los que más utilizan los servicios médicos y presentan mayor disfuncionalidad que los pacientes con enfermedades crónicas.

Los pacientes que son subdiagnosticados con mayor frecuencia son las mujeres, las viudas, los jubilados, los que han experimentado acontecimientos vitales estresantes en los últimos meses y los que acuden a consulta con mayor frecuencia. Para tratar adecuadamente este importante problema de salud es necesario detectar los casos y luego categorizarlos, la depresión puede tratarse con farmacoterapia, psicoterapia y una combinación de ambas. La medicación antidepressiva no es un tratamiento suficiente por sí solo, sino que debe complementarse con otras estrategias, que ayudan a resolver conflictos interpersonales y conflictos psicosociales. Para que el tratamiento tenga éxito el paciente y su familia deben participar activamente en el mismo. El médico debe establecer con ellos una relación de apoyo que le permita proporcionar información que les ayude a comprender la naturaleza del padecimiento, proporcionando una retroalimentación continua con relación al tratamiento y pronóstico. Se debe orientar al paciente y a sus familiares sobre aspectos como relaciones interpersonales, el trabajo y ejecución de actividades placenteras. ⁽¹¹⁾

1.2.- TIPOLOGÍA FAMILIAR.

FAMILIA

El origen etimológico de la palabra familia es muy incierto, algunos sostienen que proviene de la voz latina fames “hambre”, otros afirman que proviene de la raíz también latina familius “sirviente o esclavo doméstico”, y que se utilizaba para designar al conjunto de esclavos de un romano. ⁽¹²⁾ La real academia española define el término familia como “un grupo de personas emparentadas entre sí, que viven juntas o en lugares diferentes. ⁽¹³⁾, es el núcleo primario fundamental para promover la satisfacción de las necesidades básicas del hombre y sobre todo de los hijos. ⁽¹⁴⁾

La familia es un grupo de personas relacionadas por la herencia, como padres, hijos y sus descendientes se da también por el vínculo y las relaciones de parentesco, así como los roles que se desempeñan. El término a veces se amplía, abarcando a las personas emparentadas por el matrimonio o a las que viven en el mismo hogar, unidas afectivamente, que se relacionan con regularidad y que comparten los aspectos relacionados con el crecimiento y el desarrollo de la familia y de sus miembros individuales.

Es 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. Es responsable de guiar y proteger a sus miembros, su estructura es diversa y depende del contexto en el que se ubique. Es la unidad de análisis de la medicina familiar para estudiar y dar seguimiento al proceso salud enfermedad.⁽¹⁵⁾

Al concebir a la familia como un sistema aporta mucho en relación con la causalidad de los problemas familiares, los cuales, tradicionalmente, se han visto de manera lineal, lo cual es una visión errónea, puesto que en una familia no hay un culpable, sino que los problemas y síntomas se deben precisamente a deficiencias en la interacción familiar, a la disfuncionalidad de la familia como sistema⁽¹⁶⁾

TIPOLOGÍA FAMILIAR

Puede ser clasificada desde una gran diversidad de puntos de vista. Es posible, tipificarla de acuerdo a la etapa del ciclo vital en que se encuentre; pueden ser tradicionales o modernas, según sus hábitos, costumbres y patrones de comportamiento. Existen familias urbanas y rurales en base al enfoque demográfico y, desde el punto de vista psicosocial y según la dinámica de las relaciones intrafamiliares, pueden ser funcionales o disfuncionales. Según los límites en su estructura pueden considerarse amalgamadas o desvinculadas; y por las características ocupacionales del jefe de la familia pueden agruparse en familias campesinas, obreras, profesionistas, comerciantes, etc.⁽¹⁷⁾

El estudio de la tipología familiar implica hacer e identificar con que elementos está integrada (nuclear, extensa, etc.). Se requiere ubicar el grado de desarrollo alcanzado para la familia dentro de su contexto económico (arcaica, tradicional y moderna), valorar el contexto demográfico de la familia (urbana, suburbana y rural), identificar su comportamiento antropográfico (distribución del poder, jerarquía, roles, y tipo de liderazgo: la familia apartada y familia enredada), y encontrar la calidad y cantidad de sus interacciones en relación con la satisfacción de las necesidades de sus miembros (familia funcional satisfactoria, familia funcional insatisfactoria, familia disfuncional satisfactoria y familia disfuncional insatisfactoria)⁽¹⁸⁾

La tipología familiar no es más que un reflejo de la gran diversidad de condiciones que existen en una sociedad, lo cual predetermina la naturaleza, la composición y la dinámica familiar de esta sociedad y a la vez representa un hecho de suma importancia, porque depende del tipo de familias que componen a la sociedad.

Desde el punto de vista de desarrollo se puede dividir en tres tipos:

- **Moderna.**
- **Tradicional.**
- **Arcaica.**

Desde el punto de vista demográfico se pueden encontrar las siguientes familias:

- **Urbana.**
- **Rural.**

En base a su ocupación las podemos englobar en:

- **Familias campesinas.**
- **Obreras.**
- **Profesionales.**

En base a su integración:

- **Integrada:** cónyuges viven juntos y cumplen sus funciones adecuadamente.
- **Semi-integrada:** no cumplen sus funciones.
- **Desintegrada:** falta uno de los cónyuges por muerte, abandono, separación, divorcio.⁽¹⁹⁾

En base al consenso de medicina familiar de 2005:

- **Nuclear:** hombre y mujer sin hijos.
- **Nuclear simple:** padre y madre con 1 a 3 hijos.
- **Nuclear numerosa:** padre y madre con 4 hijos o más.
- **Reconstruida o binuclear:** padre madre, en donde alguno o ambos han sido divorciados o viudos y tienen hijos de su unión anterior.
- **Monoparental:** Padre o madre con hijos.
- **Monoparental extendida:** padre o madre con hijos, con más personas con parentesco.
- **Monoparental extendida compuesta:** padre o madre con hijos, más otras personas con y sin parentesco.
- **Extensa:** padre y madre con hijos, más otras personas con parentesco.
- **Extensa compuesta:** padre y madre con hijos más otras personas conviviendo con y sin parentesco.
- **No parental:** familiares con vinculo de parentesco que realizan funciones roles de familia sin la presencia de los padres.⁽²⁰⁾

1.3.- PENSIÓN.

Los sistemas de pensiones tienen como propósito que los trabajadores tengan, al momento del retiro, recursos que les permitan alcanzar cierto nivel de consumo. El retiro puede darse por invalidez, vejez o cesantía en edad avanzada. Los planes, generalmente, también protegen a los dependientes económicos del

trabajador en caso de que éste muera. En México, existen diversos sistemas de pensiones: públicos, privados y de tipo ocupacional o personal. Los sistemas públicos son ofrecidos por sistemas de seguridad social a nivel federal y estatal. Los planes ocupacionales son ofrecidos por algunas empresas públicas y privadas a sus trabajadores, y los personales son aquellos en que los trabajadores se adhieren de manera voluntaria a través de algún intermediario financiero.

Existe una gran variedad de planes de pensiones en cuanto a beneficios, acceso, financiamiento y forma de administración. Los principales planes, en términos de la población cubierta, son los administrados por los sistemas de seguridad social a nivel federal. Se trata, en primer lugar, del de los trabajadores afiliados al Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) con una cobertura de 14 millones de trabajadores y el de los trabajadores afiliados al Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), con una cobertura de 1.9 millones de trabajadores. La Ley del Seguro Social (LSS) fue reformada en diciembre de 1995, entre otras razones, para cambiar el sistema de pensiones de beneficio definido de los trabajadores afiliados al IMSS, que operaba como un sistema de reparto, por un sistema de contribuciones definidas y cuentas individuales administrado por empresas de giro exclusivo denominadas Administradoras de Fondos para el Retiro (Afores).⁽²¹⁾

TIPOS DE INCAPACIDAD PERMANENTE.

Existe la posibilidad de solicitar dos tipos de pensión por incapacidad permanente:

- Incapacidad permanente como pensión contributiva
- Incapacidad permanente como pensión no contributiva

La incapacidad permanente como pensión contributiva, la pueden solicitar aquellas personas que, como trabajadores, cumplen con una serie de requisitos establecidos legalmente.

La incapacidad permanente no contributiva la pueden solicitar aquellas personas que no son trabajadores, o que, aun siendo trabajadores, no cumplen con los requisitos que anteriormente comentaba.

La pensión por Incapacidad Permanente Total se otorga al asegurado que sufre un accidente o enfermedad en ejercicio o con motivo de su trabajo y esto le ocasiona la pérdida de sus facultades, aptitudes o disminución permanente parcial o total en su capacidad física o mental para realizar su trabajo.⁽²²⁾

Sin embargo es importante identificar a las personas simuladoras que por algún interés personal generalmente monetario intentan simular un accidente laboral, por lo que es importante sospechar cuando se presente discrepancias en el contexto médico legal.⁽²³⁾

1.3.1. RIESGO DE TRABAJO.

Son los accidentes y enfermedades a que están expuestos los trabajadores en el ejercicio o con motivo de su trabajo. Para facilitar su estudio, control y seguimiento de los riesgos de trabajo, la ley federal del trabajo establece una clasificación de los riesgos de trabajo la cual deberá ser aceptada por todos los organismos laborales. Que pueden ser: accidente de trabajo, accidente en trayecto, enfermedad de trabajo o profesional.

En Cuba en el 2010 se presentó un incremento significativo de invalidez total por accidente laboral sobre la media nacional, por lo que en ese año el 22% de las personas jubiladas en este año fueron por enfermedad y no por edad, siendo un serio problema no solo de salud, sino también económico y social. ⁽²⁴⁾

Algunas definiciones y derechos los que tienen los trabajadores se encuentran expuestos en los siguientes artículos de la ley federal del trabajo:

Artículo 473.- Riesgos de trabajos son los accidentes y enfermedades a que están expuestos los trabajadores en ejercicio o con motivo del trabajo.

Artículo 474.- Accidente de trabajo es toda lesión orgánica o perturbación funcional, inmediata o posterior, o la muerte, producida repentinamente en ejercicio, o con motivo del trabajo, cualesquiera que sean el lugar y el tiempo en que se preste.

Quedan incluidos en la definición anterior los accidentes que se produzcan al trasladarse el trabajador directamente de su domicilio al lugar del trabajo y de éste a aquél.

Artículo 477.- Cuando los riesgos se realizan pueden producir:

- I. Incapacidad temporal;
- II. Incapacidad permanente parcial;
- III. Incapacidad permanente total; y
- IV. La muerte.

Artículo 480.- Incapacidad permanente total es la pérdida de facultades o aptitudes de una persona que la imposibilita para desempeñar cualquier trabajo por el resto de su vida.

Artículo 481.- La existencia de estados anteriores tales como idiosincrasias, taras, discrasias, intoxicaciones, o enfermedades crónicas, no es causa para disminuir el grado de la incapacidad, ni las prestaciones que correspondan al trabajador.

Artículo 482.- Las consecuencias posteriores de los riesgos de trabajo se tomarán en consideración para determinar el grado de la incapacidad.

Artículo 487.- Los trabajadores que sufran un riesgo de trabajo tendrán derecho a:

- I. Asistencia médica y quirúrgica;
- II. Rehabilitación;
- III. Hospitalización, cuando el caso lo requiera;
- IV. Medicamentos y material de curación;
- V. Los aparatos de prótesis y ortopedia necesarios; y
- VI. La indemnización fijada en el presente Título.

Artículo 489.- No libera al patrón de responsabilidad:

- I. Que el trabajador explícita o implícitamente hubiese asumido los riesgos de trabajo;
- II. Que el accidente ocurra por torpeza o negligencia del trabajador; y
- III. Que el accidente sea causado por imprudencia o negligencia de algún compañero de trabajo o de una tercera persona.

Artículo 495.- Si el riesgo produce al trabajador una incapacidad permanente total, la indemnización consistirá en una cantidad equivalente al importe de mil noventa y cinco días de salario.

1.3.2.- VALUACION DE RIESGO DE TRABAJO.

La ley federal de trabajo determina la severidad de la lesión otorgando el porcentaje de incapacidad que esta ocasione a cada persona, teniendo en consideración las lesiones que ocasionan más del 50% de la función tenemos las siguientes:

1.3.3.- MIEMBRO SUPERIOR.

1. Por la desarticulación interescapulotorácica de..... 80 a 85%
2. Por la desarticulación del hombro de..... 75 a 80%
3. Por la amputación del brazo, entre el hombro y el codo, de..... 70 a 80%
4. Por la desarticulación del codo, de..... 70 a 80%
5. Por la amputación del antebrazo entre el codo y la muñeca, de..... 65 a 75%
6. Por la pérdida total de la mano, de..... 65 a 75%
7. Por la pérdida total o parcial de los 5 metacarpianos, de..... 60 a 70%
8. Por la pérdida de los 5 dedos, de..... 60 a 70%
9. Por la pérdida de 4 dedos de la mano, incluyendo el pulgar, según la movilidad del dedo restante, de..... 55 a 65%
10. Por la pérdida de 4 dedos de la mano incluyendo el pulgar y los metacarpianos correspondientes, aunque la pérdida de éstos no sea completa, de..... 60 a 70%
11. Por la pérdida de 4 dedos de la mano, conservando el pulgar móvil, de.....45 a 50%
12. Conservando el pulgar inmóvil, de..... 55 a 60%
13. Por la pérdida del pulgar índice y medio, de..... 52 a 57%.

1.3.3.1.- ANQUILOSIS.

31. Completa del hombro con fijación e inmovilidad del omóplato, de..... 40 a 55%
36. Completa de la muñeca en flexión, según el grado de movilidad de los dedos, de..... 45 a 60%
37. Anquilosis de todas las articulaciones de los dedos de la mano en flexión (mano en garra) o extensión (mano extendida), de..... 65 a 75%

1.3.3.2.- PSEUDOARTROSIS.

73. Del hombro, consecutiva a resecciones amplias o pérdidas considerables de sustancia ósea, de..... 45 a 60%
76. Del codo, consecutiva a resecciones amplias o pérdidas considerables de sustancia ósea, de..... 40 a 55%

1.3.4.- TRANSTORNOS FUNCIONALES DE LOS DEDOS SIN LESIONES ARTICULARES.

96. Flexión permanente de todos los dedos de la mano, de..... 65 a 75%
102. Extensión permanente de todos los dedos de la mano, de..... 65 a 75%

1.3.5.- PARÁLISIS COMPLETAS E INCOMPLETAS (PARESIAS) POR LESIONES DE NERVIOS PERIFÉRICOS.

114. Parálisis total del miembro superior, de..... 70 a 80%
122. Parálisis del nervio mediano con causalgia, de..... 50 a 80%.

1.3.6.- VASOS.

139. Las secuelas y lesiones arteriales y venosas, se valuarán de acuerdo con la magnitud de las alteraciones orgánicas y los trastornos funcionales que produzcan (amputaciones, rigideces articulares, lesiones de los nervios periféricos, atrofia de masas musculares, etc.). En caso de lesiones bilaterales, se sumarán los porcentajes correspondientes a cada miembro, sin que en ningún caso sobrepasen del..... 100%

1.3.7.- MIEMBRO INFERIOR.

1.3.7.1.- PERDIDA.

142. Por la desarticulación de la cadera, de..... 75 a 80%
143. Por la amputación del muslo, entre la cadera y la rodilla, de..... 70 a 80%
144. Por la desarticulación de la rodilla, de..... 65 a 70%

146. Por la amputación de la pierna, entre la rodilla y el cuello del pie, de. 55 a 65%.
147. Por la pérdida total del pie, de..... 50 a 55%

1.3.7.2.- ANQUILOSIS.

160. Completa de la articulación coxo-femoral, en rectitud, de..... 50 a 55%
161. De la articulación coxo-femoral en mala posición (flexión, aducción, abducción, rotación),..... 60 a 65%
162. De las dos articulaciones coxo-femorales, de..... 90 a 100%

1.3.7.3.- PSEUDOARTROSIS.

180. De la cadera, consecutiva a resecciones amplias con pérdida considerable de sustancia ósea..... 50 a 70%
181. Del fémur, de..... 40 a 60%
182. De la rodilla con pierna de abajo. (Consecutiva a resecciones de rodilla), de..... 40 a 60%.
186. De la tibia y el peroné, de..... 40 a 60%

1.3.7.4.-CICATRICES RETRÁCTILES QUE NO PUEDAN SER RESUELTAS QUIRÚRGICAMENTE.

192. Del hueco poplíteo, que limiten la extensión a menos de 90°, de..... 50 a 60%

1.3.7.5.-SECUELAS DE FRACTURAS.

199. De la rama horizontal y de la rama isquiopúbica, con dolores persistentes, trastornos vesicales y acentuada dificultad para la marcha o los esfuerzos, de..... 40 a 60%.
201. Del cuello del fémur y región trocantérea, con impotencia funcional acentuada, gran acortamiento, rigideces articulares y desviaciones angulares, de..... 60 a 80%.
211. De la tibia y el peroné, con acortamiento considerable o consolidación angular, marcha imposible, de..... 55 a 70%

1.3.7.6.-PARÁLISIS COMPLETAS O INCOMPLETAS (PARESIAS) POR LESIONES DE NERVIOS PERIFÉRICOS.

220. Parálisis total del miembro inferior, de..... 70 a 80%
227. En caso de parálisis combinadas por lesiones de los nervios antes mencionados en ambos miembros, se sumarán los porcentajes correspondientes a cada uno, sin que en ningún caso las incapacidades sumadas pasen del... 100%

1.3.8.- CABEZA.

1.3.8.1.- CRANEO.

246. Epilepsia traumática no curable quirúrgicamente, cuando las crisis puedan ser controladas médicamente y permitan desempeñar algún trabajo, de. 50 a 70%
247. Por epilepsia traumática no curable quirúrgicamente, cuando las crisis no puedan ser controladas médicamente y no permitan el desempeño de ningún trabajo..... 100%
258. Monoplégia inferior, marcha espasmódica, de..... 40 a 60%.
260. Paraplégia..... 100%
261. Paraparésia, marcha posible, de..... 50 a 70%
262. Hemiplejia, de.....70 a 90%
263. Hemiparesia, de..... 20 a 60%
266. Afasia acentuada, aislada, de..... 40 a 80%
267. Afasia con hemiplejia..... 100%
269. Demencia crónica..... 100%

1.3.8.2.- CARA

270. Mutilaciones extensas, cuando comprendan los dos maxilares superiores y la nariz, según la pérdida de substancia de las partes blandas, de..... 90 a 100%
271. Mutilaciones que comprendan un maxilar superior y el inferior, de... 90 a 100%
272. Mutilación de la rama horizontal del maxilar inferior sin prótesis posible, o del maxilar en su totalidad, de..... 60 a 80%
273. Pseudoartrosis del maxilar superior con masticación imposible, d... 50 a 60%
285. Pseudoartrosis del maxilar inferior, con o sin pérdida de substancia, no resuelta quirúrgicamente, con masticación insuficiente o abolida,..... 50 a 60%

1.3.8.3.- OJOS.

300. Ceguera total, con conservación o pérdida de los globos oculares.... 100%⁽²⁵⁾

2.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

2.1.- ARGUMENTACIÓN:

Según cifras expuestas por la Secretaria de Salud, en México más de la mitad de las personas aseguradas por alguna actividad laboral se encuentran dentro del Instituto Mexicano del Seguro Social, lo que implica que la mayor estadística en dictámenes de riesgo a nivel nacional se determine en esta institución. Todas las personas que presentan una incapacidad por accidente de trabajo presentan alteraciones emocionales que condicionan un deterioro emocional muy importante, por lo que es importante como médicos de familia conocer el tipo de familia que conforman estos pacientes ya que es un pilar importante en el apoyo psicológico. Todos los pacientes que se encuentran en incapacidad permanente cursan con un cambio de vida muy importante, siendo poco observado por el personal médico, principalmente el médico de familia, así mismo lo es para la familia y sobre todo puede ser no valorada por el mismo paciente, que en ese momento su principal finalidad es tratar de lograr un mejor futuro económico por lo que se encuentra inmiscuido en una serie de trámites laborales y administrativos para lograr la pensión deseada.

Es importante entender que estos pacientes presentan alteraciones físicas importantes por lo que en forma constante y tal vez de por vida sea necesario su visita en forma periódica al médico. En algunos de ellos el principal problema es la incapacidad para realizar alguna actividad laboral por su incapacidad física lo que sumerge al paciente en una depresión que en la mayoría de los casos no es diagnosticada y mucho menos tratada.

2.2.- PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.

¿Cuál es el grado de depresión y tipología familiar en pacientes pensionados por riesgo de trabajo que acuden a la consulta externa de la UMF 220 en Toluca, Estado de México?

3.- JUSTIFICACIONES.

3.1.- ACADÉMICA:

Este proyecto de investigación se realizó como parte del proceso de formación que se realiza durante la residencia, para obtener el diploma de especialista en medicina familiar, en el cual se manifiesta el perfil de investigación con el que debemos contar en nuestra formación.

3.2.- CIENTÍFICA:

En México, existe un antecedente de la implantación de un modelo de atención primaria para la salud mental en un centro de salud de primer nivel de atención, inspirado en los preceptos del modelo de atención primaria formulado y propuesto por la Organización Mundial de la Salud en la Conferencia de Alma-Ata en 1978.

Los resultados de un año de trabajo (Vargas y col., 1997) mostraron que de 33,624 consultas médicas generales, 5,793 (17%) estuvieron relacionadas con problemas de salud mental. De estas últimas, en el 37% se diagnosticaron reacciones de adaptación (incluidas todas las reacciones depresivas ante padecimientos crónicos y a crisis por eventos de la vida. (CIE 9). La atención del enfermo mental es una labor que se debe agregar a los servicios del primer nivel de atención médica.

Generalmente, los síntomas de la enfermedad depresiva no son bien reconocidos en el primer nivel de atención, tanto por el médico como por el paciente. Si no se trata adecuadamente a los pacientes con enfermedad depresiva, esto puede llevar al enfermo a una discapacidad grave, a su muerte por suicidio, al aumento de los costos del cuidado de la salud y al sufrimiento del paciente y de su familia.

3.3.- SOCIAL:

Los pensionados en México presentan un cambio de vida muy importante, en el cual están sujetos a modificar el rol social que presentaban, sin embargo conllevan una serie de pasos para evitar posibles síntomas de depresión, al enfocarnos con pensionados por riesgo de trabajo encontramos a personas que previo a su accidente mantenían capacidades óptimas laborales las cuales se ven limitadas posteriormente. Esto ocasiona la presencia en mayor porcentaje de depresión lo que conlleva una afectación familiar y posteriormente social, ya que se sienten rechazados en sus lugares de reunión y trabajo por no tener la capacidad de valerse por sí mismos, llevando a cabo una exacerbación de sus patologías. Es por ello que el diagnóstico oportuno favorecerá la aceptación de sí mismos y posteriormente se lograra su reingreso a la sociedad.

3.4.- ECONÓMICA:

El paciente pensionado en la mayoría de los casos recibe un aporte económico menor al que se percibía al estar laborando, lo que es la principal causa de estrés y depresión. Desencadenando estrés familiar en los primeros años por el cambio y ajuste económico al cual son sujetos, ocasionando que el interés por buscar un desarrollo económico a través de nuevos proyectos sea superado por el pesimismo y la poca energía que puede presentar, manteniendo un estado de depresión que afecta en forma muy importante la economía de la familia.

4.- HIPÓTESIS.

4.1.- ELEMENTOS DE LA HIPÓTESIS.

- HIPÓTESIS DE TRABAJO:

El grado de depresión que predomina en los pacientes pensionados por riesgo de trabajo es moderada y la tipología familiar más frecuente es tradicional extensa.

4.1.1.- UNIDADES DE OBSERVACIÓN.

Pensionados por riesgo de trabajo.

4.1.2.- VARIABLES.

4.1.2.1.- DEPENDIENTE.

- Depresión.

4.1.2.2.- INDEPENDIENTE.

- Pensionado.
- Tipología Familiar.

4.1.3.- ELEMENTOS LÓGICOS DE RELACIÓN.

La, y, en, que, a, la, de, la, de, del, el.

5.- OBJETIVOS.

5.1.- GENERAL.

Determinar el grado de depresión y tipología familiar en pacientes pensionados por riesgo de trabajo que acuden a la UMF220 en Toluca, Estado de México, 2013.

5.2.- ESPECÍFICOS.

- 1) Identificar pacientes pensionados por riesgo de trabajo con diagnóstico de depresión.
- 2) Determinar el grado de depresión en pacientes pensionados por riesgo de trabajo.
- 3) Identificar los grados de depresión en base a cada género en pacientes pensionados.
- 4) Clasificar la tipología familiar en base a su estructura.
- 5) Clasificar su tipología familiar en base a su desarrollo.
- 6) Determinar la tipología familiar más frecuente en base a su estructura de acuerdo a los grados de depresión.
- 7) Determinar la tipología familiar más frecuente en base a su desarrollo de acuerdo a los grados de depresión.
- 8) Estadificar la antigüedad laboral de los pacientes de acuerdo a los grados de depresión.
- 9) Organizar el grado de depresión en base a los años de pensionado por riesgo de trabajo.

6.- MÉTODO.

6.1.- TIPO DE ESTUDIO.

Descriptivo, observacional y transversal.

6.2.- DISEÑO DEL ESTUDIO.

El presente estudio se realizó con pacientes adscritos a la UMF 220 en los turnos matutinos, vespertino y fines de semana que cuentan con incapacidad por riesgo de trabajo, se seleccionaron a los pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión y que aceptaron participar con el estudio para aplicar el cuestionario de Beck para determinar la presencia y grados de depresión además del cuestionario para obtener la tipología familiar y antigüedad laboral.

6.3.- OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES.

VARIABLE	DEFINICIÓN TEÓRICA	DEFINICIÓN OPERACIONAL	NIVEL DE MEDICIÓN	INDICADORES	ITEM
DEPRESIÓN	SÍNDROME O CONJUNTO DE SÍNTOMAS QUE AFECTAN PRINCIPALMENTE A LA ESFERA AFECTIVA	CONJUNTO DE SÍNTOMAS EXPRESADOS POR UNA PERSONA QUE AFECTAN EL ESTADO EMOCIONAL	CUALITATIVA ORDINAL	a) SIN DEPRESION. b)DEPRESION LEVE c) DEPRESION MODERADA. d)DEPRESION SEVERA	1
TIPOLOGÍA FAMILIAR	CLASIFICACION DE LA FAMILIA QUE PERMITE COMPRENDER PARAMETROS QUE PUEDE INCIDIR EN EL GRADO DE FUNCIONALIDAD	CARACTERÍSTICAS DE CADA FAMILIA EN BASE A SU CONFORMACION Y DESARROLLO	CUALITATIVA NOMINAL	DESARROLLO: a) ARCAICA b) TRADICIONAL c) MODERNA	2
				ESTRUCTURA: a) NUCLEAR b) EXTENSA. c) EXTENSA COMPUESTA. d) MONOPARENTAL.	3
PENSIONADO	PERSONA INCAPACITADA PARA REALIZAR SU TRABAJO Y CUALQUIER OTRO QUE LE SEA ASIGNADO.	PERSONA QUE SE ENCUENTRA INCAPACITADA PARA TRABAJAR POR UN ACCIDENTE LABORAL	CUALITATIVA NOMINAL	PENSIONADO A) SI B) NO	4
GÉNERO	ROL QUE DESEMPEÑAN LOS INDIVIDUOS Y QUE SIRVE PARA IDENTIFICAR A LAS PERSONAS.	DIFERENCIA ENTRE LO MASCULINO Y FEMENINO	CUALITATIVA NOMINAL	A) MASCULINO B) FEMENINO	5
ANTIGÜEDAD LABORAL.	RECONOCIMIENTO DEL HECHO CONSISTENTE EN LA PRESTACION DE SERVICIOS PERSONALES Y SUBORDINADOS POR UN TRABAJADOR A UN PATRON	AÑOS QUE TRABAJO UNA PERSONA EN EL IMSS	CUANTITATIVA INTERVALO	AÑOS a) 0 A 10 AÑOS b) 11 A 20 AÑOS c) 21 A 30 AÑOS d) 31 A 40 AÑOS	6
EDAD	TIEMPO TRANSCURRIDO A PARTIR DEL NACIMIENTO DE UN INDIVIDUO	AÑOS QUE HA VIVIDO UNA PERSONA.	CUANTITATIVA INTERVALO	A) 18 A 27 AÑOS B) 28 A 37 AÑOS C) 38 A 47 AÑOS D) 48 A 57 AÑOS E) 58 A 67 AÑOS	7

6.4.- UNIVERSO DEL TRABAJO.

Se cuenta con una población de 100 pacientes pensionados por riesgo de trabajo que acuden a la consulta externa de la UMF No. 220 en el turno matutino, vespertino y fines de semana.

6.4.1.- MUESTRA.

Se trabajará con el total de pacientes pensionados por riesgo de trabajo que acuden a la consulta externa de medicina familiar No. 220 en Toluca Estado de México y que cumplan con los criterios de inclusión y no inclusión.

6.4.2.- CRITERIOS DE INCLUSIÓN.

- Pacientes pensionados por riesgo de trabajo que acuden a la consulta Externa de la Unidad de Medicina Familiar 220.
- Pacientes con invalidez mayor a 30%.
- Pacientes con pensión de 0 meses a 4 años 11 meses.
- Pacientes de sexo masculino y femenino.
- Pacientes que acepten trabajar en el estudio bajo consentimiento informado.

6.4.3.- CRITERIOS DE NO INCLUSIÓN.

- Personas con diagnóstico de depresión previo a ser pensionados.
- Pacientes con incapacidad cognoscitiva.
- Pacientes que no acepten participar en el estudio.

6.4.4.- CRITERIOS DE ELIMINACIÓN.

- Todos los cuestionarios incompletos.

6.5.- INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN.

- Cuestionario para evaluar tipología familiar y antigüedad laboral.
- Cuestionario de Beck para valorar la presencia y grados de depresión.

6.5.1.- DESCRIPCIÓN.

Para la realización de presente estudio se utilizara la aplicación de cuestionarios los cuales fueran sencillos y claros para su aplicación, Así como una ficha de identificación para obtener variables demográficas.

Para la identificación de la tipología familiar se realizara a partir de un cuestionario el cual se basa en el autor Membrillo Luna en el libro Familia Introducción al estudio de sus elementos, el cual consta de preguntas que de forma rápida y simplificada nos permiten evaluar y agrupar al paciente en un tipo específico de familia de acuerdo a su desarrollo y estructura, además de obtener información sobre su antigüedad laboral.

El Inventario de Depresión, más conocido por Inventario de Beck debido a su creador Aarón T. Beck y colegas, fue elaborado en 1961 con el fin de hacer una evaluación objetiva de las manifestaciones de la depresión. El objetivo del inventario es evaluar la profundidad o intensidad de la misma.

Utiliza la siguiente escala para su medición: sin depresión de 0 a 9 puntos, depresión leve de 10 a 18 puntos, depresión moderada de 19 a 29 puntos y depresión severa mayor de 30 puntos.

6.5.2.- VALIDACIÓN.

En pacientes psiquiátricos se han encontrado valores entre 0,55 y 0,96 (media 0,72) y en sujetos no psiquiátricos entre 0,55 y 0,73 (media 0,6). Muestra también una buena sensibilidad al cambio, similar o algo inferior a la del HDRS, con una correlación alta con la mejoría clínica evaluada por expertos, tanto en terapias farmacológicas, como psicológicas.

Su validez predictiva como instrumento diagnóstico de cribado ha sido recientemente estudiada en nuestro país en una amplia muestra de población general de entre 18 y 64 años de edad, con buen rendimiento: sensibilidad 100 %, especificidad 99 %. Sus índices psicométricos han sido estudiados de manera casi exhaustiva, mostrando una buena consistencia interna.

6.5.3.- APLICACIÓN.

Se ha estudiado y evaluado ampliamente así como utilizado clínicamente. Ha sido utilizado en múltiples países y traducido a varios idiomas, se ha convertido en el cuestionario autoaplicado más utilizado en España y en el mundo para evaluar la gravedad de la depresión ya que muestra buenos índices psicométricos para medir la presencia y gravedad de sintomatología depresiva. En México se utilizó en el Hospital General Ticoman en un estudio publicado en la revista de Medicina Interna de México en el 2007, para diagnosticar la presencia de presión en adultos con diagnóstico de diabetes mellitus. Además de un estudio realizado por la UNAM plantel Iztacala donde se estudió la presencia de depresión en alumnos universitarios entre 18 y 44 años de edad, publicado en la revista electrónica de psicología Iztacala en Junio de 2007.

6.6.- DESARROLLO DEL PROYECTO.

Una vez que el estudio se aprobó por el comité local de investigación del Hospital General Regional con Unidad de Medicina Familiar No. 220, se acudió a la consulta externa de la UMF 220 en ambos turnos y fines de semana para explicar a los pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión y no inclusión, el objetivo del estudio de investigación, al estar de acuerdo se les otorgó el consentimiento informado y al firmarlo se les invitó al aula 3 los días lunes, miércoles y viernes a las 09:00 y 11:00 horas para el turno matutino, de 15:00 y 18:00 hrs para turno vespertino y de 09:00 a 10:30 hrs en fines de semana, para la aplicación de los instrumentos de medición. Se recabaron los cuestionarios y se procedió a revisar la contestación completa para validar el cuestionario. Posteriormente se ingresaron los datos a tabla de Excel 2010 para poder graficar los resultados.

6.7.- LÍMITE DE TIEMPO.

De agosto de 2012 a enero de 2013.

6.8.-LÍMITE DE ESPACIO.

El presente estudio se realizó dentro de las instalaciones de la UMF 220 dentro del aula 3 para la aplicación de cuestionario a los pacientes.

6.9.- DISEÑO DE ANÁLISIS.

Una vez obtenida la información se clasificó y tabuló en el programa Excel 2010 elaborando tablas y gráficos, utilizando un análisis para estadística descriptiva mediante medidas de tendencia central (moda) para frecuencias y porcentajes con un muestreo no probabilístico.

7.- IMPLICACIONES ÉTICAS

Con fundamento en la Ley General de Salud, Título V, Capítulo único.

Artículos 96, 100 (fracciones I, II, III, IV, V, VI, VII), Artículo 102 (fracciones I, II, III, IV, V). El reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud, y considerando el Título primero, Capítulo único, artículos 3º y 5º.

Título segundo, Capítulo primero, artículos 13, 14 (fracciones V, VI, VII), artículos 17, fracción I: que al pie dice: investigación sin riesgo: 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 identifiquen ni se traten aspectos sensitivos de su conducta. Artículos 20, 21, 22 y 23. Capítulo tercero, artículo 72. Título sexto.

Se tomará en cuenta los siguientes documentos:

- Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial. Adoptada en la 18a Asamblea Médica Mundial en Helsinki, Finlandia, de junio de 1964 y enmendada en la 52a Asamblea General, Tokio, Japón, 2004.
- El Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, México.
- El comité de Investigación y Ética de la institución del HGR c/UMF No.220Toluca Edo de México Delegación 16 Poniente.
- Se manejará el Consentimiento Informado a cada paciente para aplicar las encuestas que se presenta en el anexo 2.

10.- RESULTADOS

Se estudiaron a un total de 100 pacientes pensionados por riesgo de trabajo, obteniendo los siguientes resultados.

Pacientes con depresión 50 (50%) y pacientes sin depresión 50 (50%). (Tabla y Grafica 1)

De acuerdo a los grados de depresión se encontró que 50(50%) no presentan ningún tipo de depresión, 47(47%) presenta depresión leve, 3(3%) depresión moderada, ninguno presento depresión severa. (Tabla y Grafica 2)

Del total de pacientes sin depresión equivalen a 47 (94%) hombres y 3(6%) mujeres. Los pacientes con depresión, 38(80.8%) hombres y 9(19.1%) mujeres presentan depresión leve, 3(100%) hombres presentan depresión moderada. (Tabla y Grafica 3)

La tipología familiar en base a su estructura se encontraron: nuclear 10(10%), nuclear simple 48(48%), reconstituida 3(3%), monoparental 15(15%) y extensa 24 (24%). (Tabla y Grafica 4)

La tipología familiar de acuerdo su desarrollo, se encontraron 76 (76%) modernas y 24(24%) tradicionales. (Tabla y Grafica 5).

Las familias en base a su estructura sin depresión, se encontraron 9(90%) nucleares, 30(62.5%) nucleares simples, 8(53.3%) monoparentales y 3(12.5%) extensas. Con depresión leve se encontraron 1(10%) nuclear, 18(37.5%) nuclear simple, reconstituidas 1(33.3%), monoparental 7(46.6%) y extensa 20(83.3%). Con depresión moderada se encontraron: reconstituida 2(66.6%) y extensa 1(4.1%). (Tabla y Grafica 6).

Las familias en base a su desarrollo se encontraron: sin depresión 38(50%) modernas, 12(50%) tradicionales, con depresión leve 37(48.6%) modernas y 10(41.6%) tradicionales. Con depresión moderada 1(1.3%) moderna y 2(8.3%) tradicionales. (Tabla y Grafica 7).

De acuerdo a los años de antigüedad laboral se encontró, que de 0-10 años 42(84%) no presentan depresión, 39(82.9%) presentan depresión leve y 2(33.3%) presentan depresión moderada. De 11-20 años 8(16%) no presentaron depresión, 8(17%) depresión leve y 1(66.6%) presento depresión moderada. (Tabla y Grafica 8).

Los pacientes con 1 año de pensionado presentaron: 30(49%) sin depresión, 30(49%) depresión leve y 1(2%) depresión moderada. Con 2 años de pensionado: 19(50%) sin depresión, 17(44.7%) depresión leve y 2(5.2%) depresión moderada. Solo se contó con 1 paciente con 3 años de pensionado el cual no presenta depresión. (Tabla y Grafica 9).

11.- TABLAS Y GRAFICAS.

TABLA No. 1

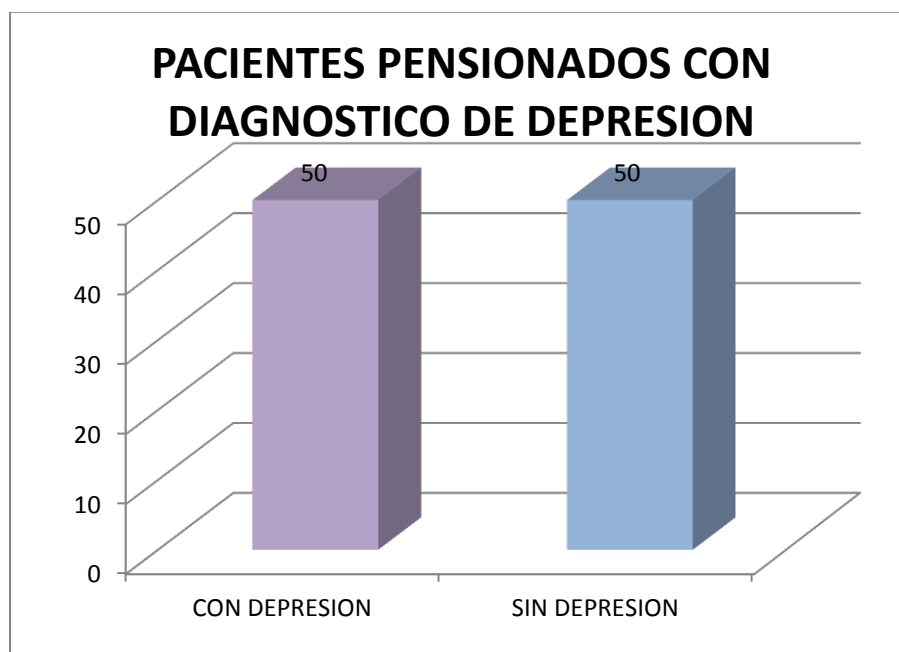
Pacientes pensionados por riesgo de trabajo con diagnóstico de depresión

PRESENCIA DE DEPRESION	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Con depresión	50	50%
Sin depresión	50	50%
TOTAL	100	100%

FUENTE: base de datos

GRAFICA No.1

Pacientes pensionados por riesgo de trabajo con diagnóstico de depresión



FUENTE: tabla 1

TABLA 2

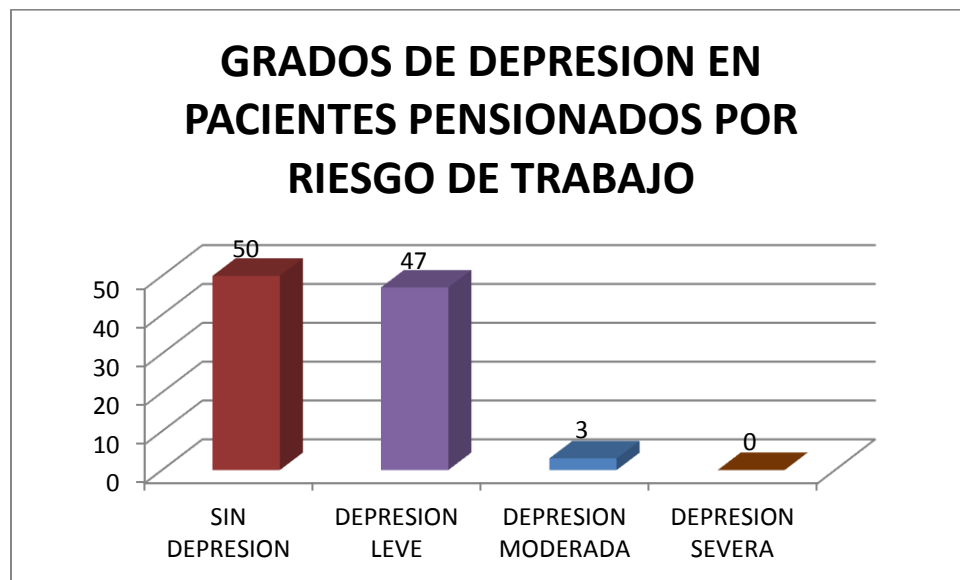
Grado de depresión en pacientes pensionados por riesgo de trabajo.

GRADOS DE DEPRESION	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Sin depresión	50	50%
Depresión leve	47	47%
Depresión moderada	3	3%
Depresión severa	0	0%
TOTAL	100	100%

FUENTE: base de datos

GRAFICO 2

Grado de depresión en pacientes pensionados por riesgo de trabajo.



FUENTE: tabla 2

TABLA 3

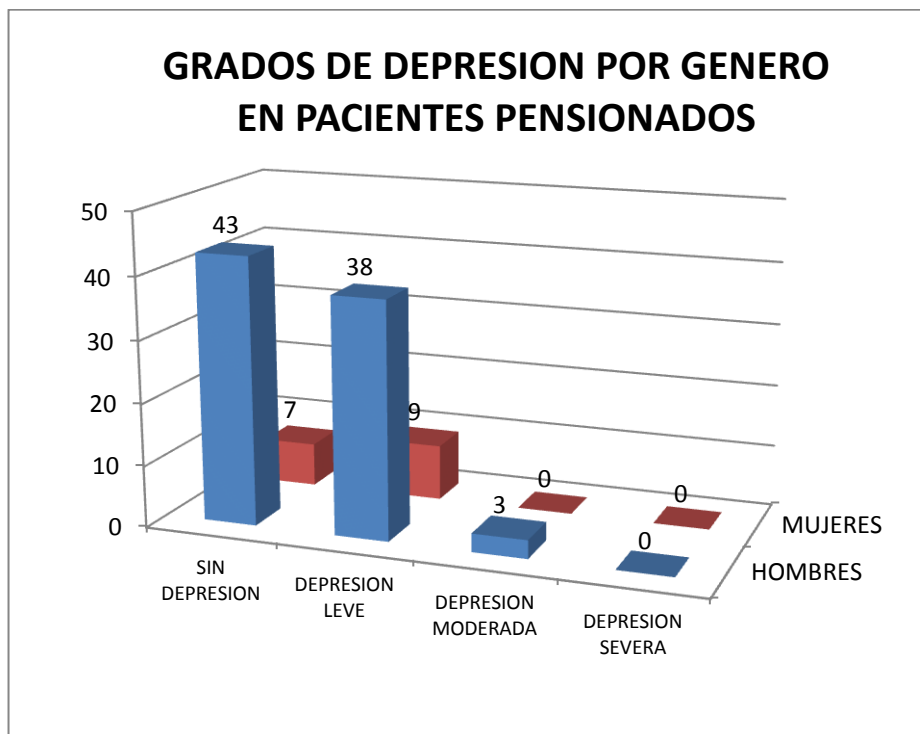
Grados de depresión en base a cada género en pacientes pensionados

GRADOS DE DEPRESIÓN	HOMBRES		MUJERES		TOTAL
SIN DEPRESION	43	94%	7	6%	100%
DEPRESION LEVE	38	80.8%	9	19.1%	100%
DEPRESION MODERADA	3	100%	0	0	100%
DEPRESION SEVERA	0	0	0	0	0
TOTAL	84		16		100

FUENTE: Base de datos.

GRAFICO 3

Grados de depresión en base a cada género en pacientes pensionados



FUENTE: Tabla 3

TABLA 4

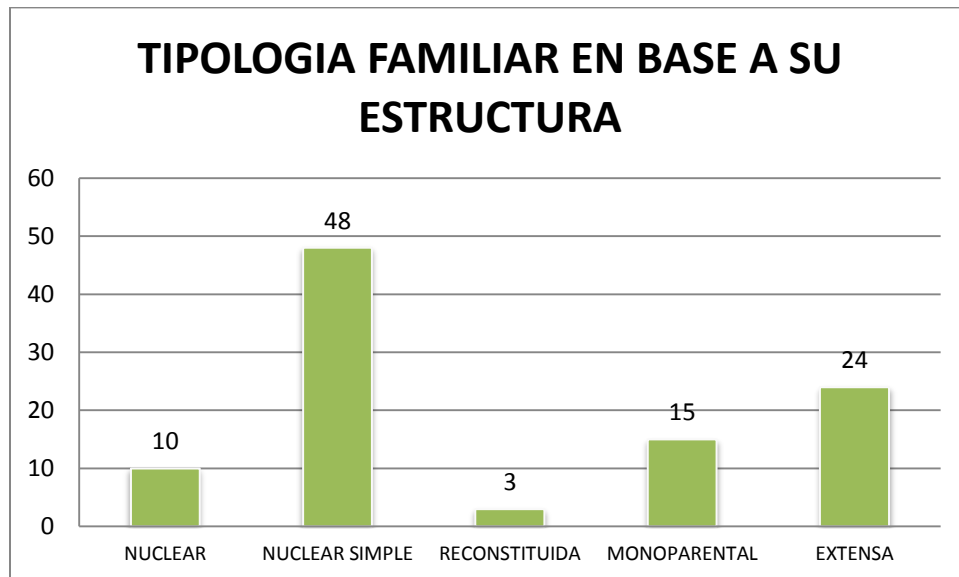
Tipología familiar más frecuente de acuerdo a su estructura

TIPOLOGIA FAMILIAR	FRECUENCIA	PORCENTAJE
NUCLEAR	10	10%
NUCLEAR SIMPLE	48	48%
RECONSTITUIDA	3	3%
MONOPARENTAL	15	15%
EXTENSA	24	24%
TOTAL	100	100%

FUENTE: Base de datos

GRAFICO 4

Tipología familiar más frecuente de acuerdo a su estructura



FUENTE: Tabla 4

TABLA 5

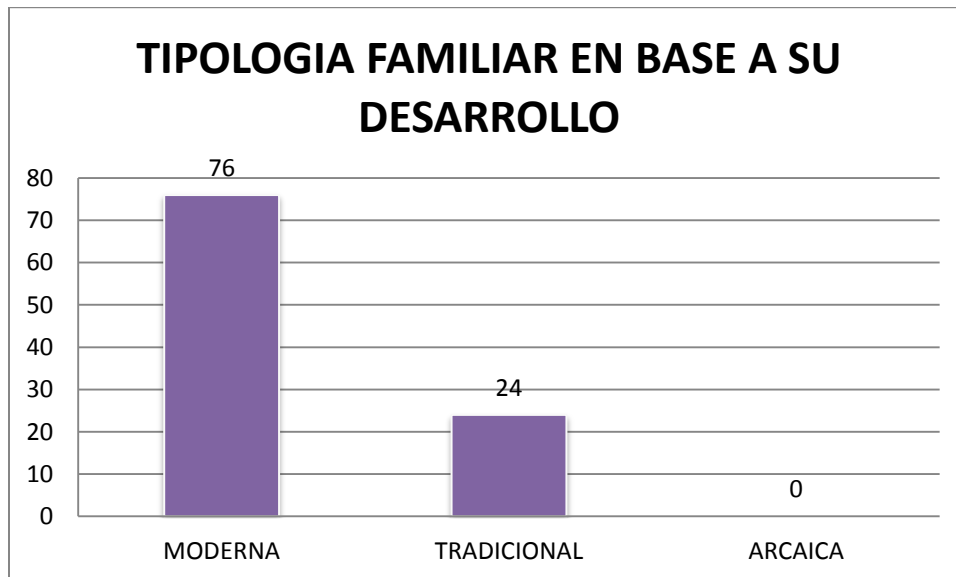
Tipología familiar más frecuente de acuerdo a su desarrollo

TIPOLOGIA FAMILIAR	FRECUENCIA	PORCENTAJE
MODERNA	76	76%
TRADICIONAL	24	24%
ARCAICA	0	0
TOTAL	100	100%

FUENTE: Base de datos.

GRAFICO 5

Tipología familiar más frecuente de acuerdo a su desarrollo



FUENTE: Tabla 5

TABLA 6

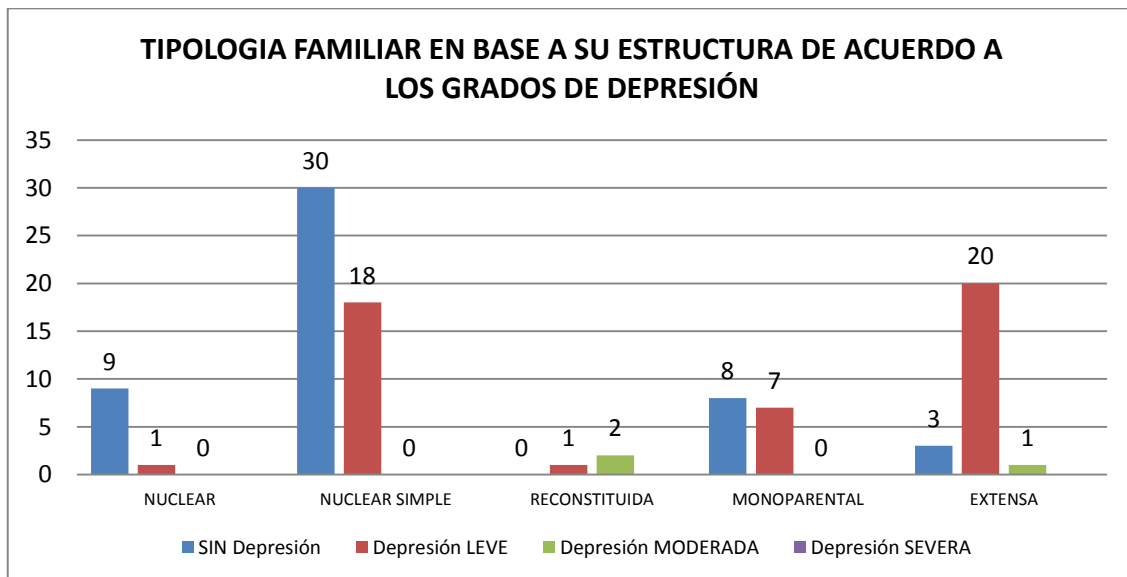
Tipología familiar en base a su estructura de acuerdo a los grados de depresión.

	SIN DEPRESIÓN		DEPRESIÓN LEVE		DEPRESIÓN MODERADA		DEPRESIÓN SEVERA		TOTAL
NUCLEAR	9	90%	1	10%	0		0		100%
NUCLEAR SIMPLE	30	62.5%	18	37.5%	0		0		100%
RECONSTITUIDA	0		1	33.3%	2	66.6%	0		100%
MONOPARENTAL	8	53.3%	7	46.6%	0		0		100%
EXTENSA	3	12.5%	20	83.3%	1	4.1%	0		100%
TOTAL	50	50%	47	47%	3	3%	0	0	100

FUENTE: Base de datos.

GRAFICO 6

Tipología familiar en base a su estructura de acuerdo a los grados de depresión.



FUENTE: Tabla 6

TABLA 7

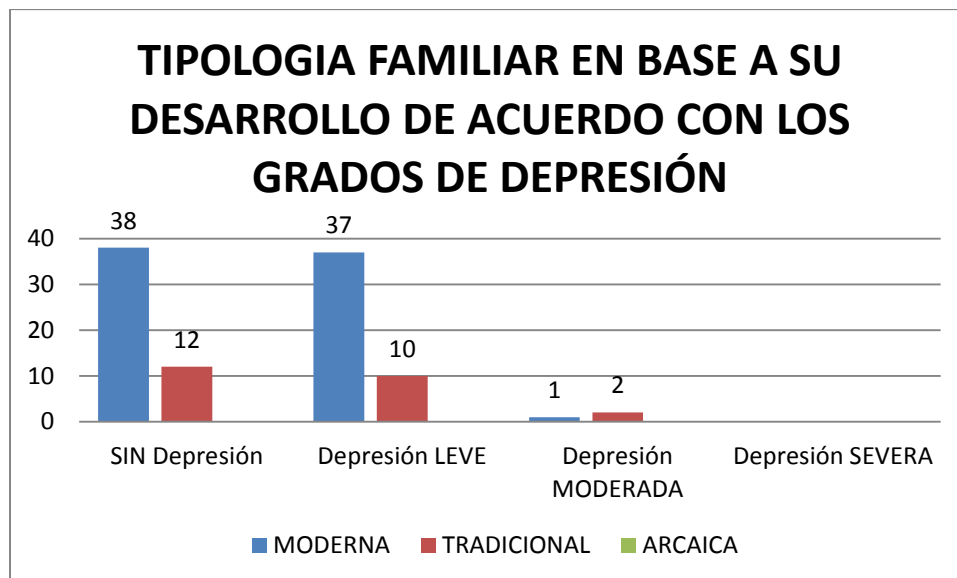
Tipología familiar en base a su desarrollo de acuerdo con los grados de depresión

	SIN DEPRESIÓN		DEPRESIÓN LEVE		DEPRESIÓN MODERADA		DEPRESIÓN SEVERA	
MODERNA	38	50%	37	48.6%	1	1.3%	0	100%
TRADICIONAL	12	50%	10	41.6%	2	8.3%	0	100%
ARCAICA	0		0		0		0	0
TOTAL	50		47		3		0	100

FUENTE: Base de datos.

GRAFICO 7

Tipología familiar en base a su desarrollo de acuerdo con los grados de depresión



FUENTE: Tabla 7.

TABLA 8

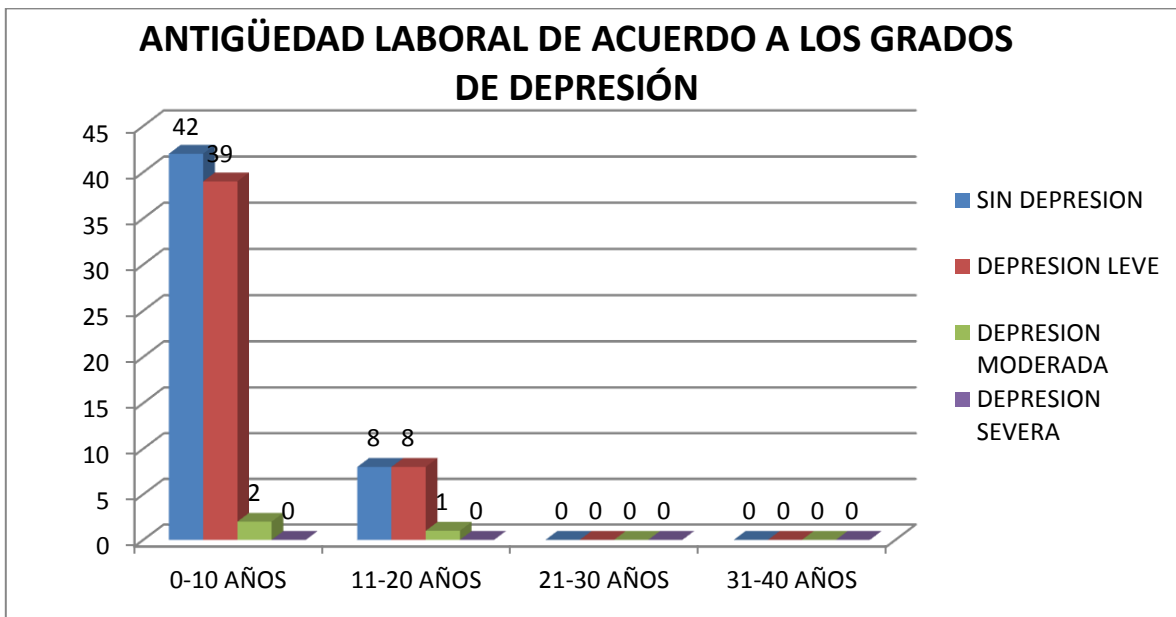
Antigüedad laboral de acuerdo a los grados de depresión.

	0-10 AÑOS		11-20 AÑOS		21-30 AÑOS		31-40 AÑOS		TOTAL
SIN DEPRESION	42	84%	8	16%	0		0		100%
DEPRESION LEVE	39	82.9%	8	17%	0		0		100%
DEPRESION MODERADA	2	33.3%	1	66.6%	0		0		100%
DEPRESION SEVERA	0		0		0		0		
TOTAL	83		17		0		0		100

FUENTE: base de datos

GRAFICO 8

Antigüedad laboral de acuerdo a los grados de depresión.



FUENTE: Tabla 8.

TABLA 9

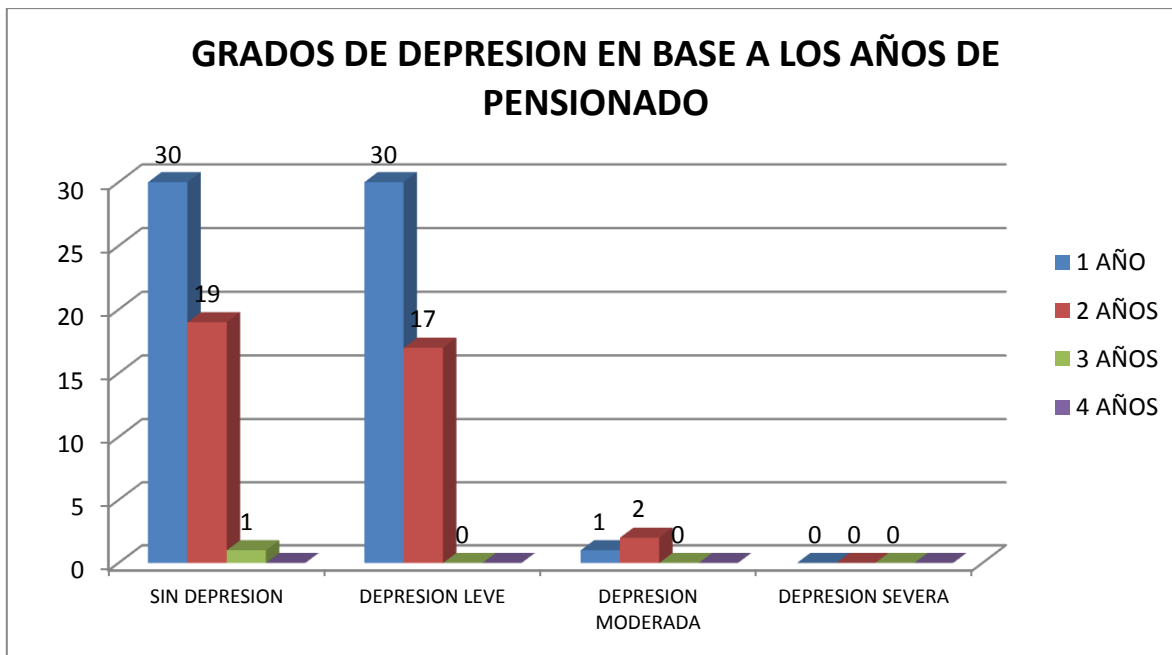
Grados de depresión en base a los años de pensionado.

	SIN DEPRESIÓN		DEPRESIÓN LEVE		DEPRESIÓN MODERADA		DEPRESIÓN SEVERA		TOTAL
1 año	30	49%	30	49%	1	2%	0		100%
2 años	19	50%	17	44.7%	2	5.2%	0		100%
3 años	1	100%	0		0		0		100%
4 años	0		0		0		0		
TOTAL	50		47		3		0		100

FUENTE: Base de datos.

GRAFICO 9

Grados de depresión en base a los años de pensionado.



FUENTE: Tabla 9.

12.- DISCUSIÓN.

En el presente estudio se estudiaron un total de 100 pacientes con alguna discapacidad por riesgo de trabajo en los que se encontró que en el 50% de ellos existe la presencia de depresión la cual no se encontraba diagnosticada lo que concuerda con el estudio realizado por la Dra. Blanca Esthela Vargas Terrez en dos centros de salud en la ciudad de México, con un total de 280 personas, encontrando una alta prevalencia de morbilidad psiquiátrica en el primer nivel de atención sub-diagnosticada; entre un 30% a 50% de los pacientes.

De los resultados obtenidos el 47% de ellos presenta depresión leve, el 3% depresión moderada y ningún paciente estudiado ha desarrollado depresión severa. Aunque no se cuenta con literatura que hable sobre depresión en pacientes pensionados por riesgo de trabajo, si hay antecedentes de la presencia de depresión en pacientes en rehabilitación por discapacidad no relacionada con actividad laboral, encontrando una concordancia con el estudio realizado en la UMF y R No. 1 del IMSS, 2008, del total de pacientes con depresión, el 73% correspondiente a 19 pacientes que presentaron depresión leve, en 5pacientes (19%) depresión moderada y 2 pacientes (8%) con depresión grave.

El 38% de los hombres con depresión representa a la depresión leve mientras tanto el 9% lo es para las mujeres. El 3% de los hombres presenta depresión moderada, en el caso de las mujeres ninguna lo presenta y en ninguno de los géneros existe diagnóstico de depresión severa, en base a estos resultados las cifras obtenidas son diferentes a lo mencionado en por la Dra. Blanca Esthela Vargas Terrez en donde encontró que 70.6% de las mujeres presentaron mayor malestar psicológico en comparación con los hombres que representaron el 52.5%.

La tipología familiar más frecuente encontrada en el presente estudio es nuclear tradicional con un 35%, lo que es acorde con cifras obtenidas en el Censo General de Población y Vivienda en el año 2000, había en México 20.6 millones de familias. De estas, 15.3 millones eran familias nucleares (74%)⁵ y 5.3 millones eran extensas (26%).⁶ Del total de familias, 81% son encabezadas por jefes y 19% por jefas.

En los resultados obtenidos la familia nuclear tradicional presenta en el 9% ningún tipo de depresión, el 15% depresión leve y 2% depresión moderada, sin presentar depresión severa. La familia nuclear moderna no presenta depresión el 15%, con

depresión leve el 12% y no presenta depresión moderada ni severa. Aunque no existe literatura donde se haga mención sobre la prevalencia de depresión por tipología familiar es importante mencionar que los pacientes que forman parte de una familia tradicional presentan mayor riesgo de disfunción familiar al ser ellos la única fuente de ingresos en comparación con las familias modernas donde se cuenta con el apoyo de otro miembro de la familia.

12.- CONCLUSIONES

En el presente estudio se encontró que la depresión leve fue la más frecuente y la tipología familiar más común en base a su estructura fue nuclear y por su desarrollo moderna, por lo que la hipótesis de trabajo no se cumplió.

Sin embargo, se logró detectar a pacientes que previo a su estudio no habían sido diagnosticados con depresión. Así mismo se observó que los pacientes con menos años de pensionados y con menor antigüedad laboral presentan mayor índice de depresión.

Aunque en el presente estudio se encontró un mayor índice de depresión en los hombres, esto se vio influido por presentar un mayor número de participantes masculinos en relación al género femenino.

13.- RECOMENDACIONES.

Los médicos familiares como personal de primer contacto debe de lograr y mantener una buena relación médico-paciente para tratar de conocer integralmente a los pacientes y poder conocer su entorno familiar enfocándose en el paciente con incapacidad por riesgo de trabajo, detectando alteraciones psicológicas que pudieran orientar a la presencia de depresión.

Realizar grupos con pacientes pensionados que cursen con algún grado de depresión para compartir experiencias con pacientes que se encuentren con una estabilidad emocional

Hacer participar activamente a la familia para establecer con ellos una relación de apoyo hacia el paciente, así como orientarlos en relaciones interpersonales, el trabajo y la realización de actividades placenteras entre los miembros de la familia.

Apoyar a los pacientes integrándolos a terapia ocupacional con actividades que sean de su interés, para intentar mantener una actividad que los mantenga en contacto con la sociedad y sobre todo que les permita mantenerse alejados de momentos de soledad que favorezcan la presencia de depresión.

Permitir a los pacientes el poder expresar al médico familiar sobre su estado actual y su cambio en el rol de vida, otorgarle el tiempo necesario para manifestar su sentir, que en muchas ocasiones es el principal apoyo que necesita el paciente.

14.- BIBLIOGRAFÍA:

- 1.- Balcázar MP, Bonilla P. evaluación de la depresión en hombres y mujeres preuniversitarios. Revista neurología, neurocirugía y psiquiatría. 2007; Vol.40: 97-101.
- 2.- Guías de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento del trastorno depresivo. México; secretaria de salud, 2009.
3. - Skolnick A, Manack L. Medical news perspectives. Scince reporters hear wide range of recent data al 12 th annual conference. JAMA. 1993; 2413-2414.
- 4.-Gómez C, Bohórquez A, Pinto D, Gil JFA, Rondón M, Díaz N. Prevalencia de depresión y factores asociados con ella en la población colombiana. Rev Panam Salud Pública. 2004; 16(6):378–86.
- 5.- Belló M, Puentes E, Medina ME, R. prevalencia y diagnóstico de depresión en población adulta en México. Salud Publica de México 20054754–s11. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10609302>.
- 6.- Wagner F, González C, Sánchez S, García C, Gallo J. enfocando la depresión como problema de salud pública en México. Salud mental. 2012; Vol.35:3-11.
7. – Lara C, Robles R, Orozco R, Real T, Chiholm D, Medina Mora E. Estudio de costo-efectividad del tratamiento de la depresión en México. Salud mental.2010; Vol. 33: 301-08.
- 8.- Rodríguez A, Vargas H. prevalencia y grado de depresión en pacientes de rehabilitación. Revista mexicana de medicina física y rehabilitación.2009; Vol.21: 65-63.
- 9.- Barrientos V, Mendoza HF, Sainz L, Pérez C, Gil I, Soler E. Depresión y tipología familiar en un grupo de adolescentes mexicanos. Archivos de medicina familiar. 2010; Vol.12:69-76.
10. – Vargas BE, Villamil V, Rodríguez C, Pérez J, Cortes J. Validación de la escala de Kessler 10 (K-10) en la detección de depresión y ansiedad en el primer nivel de atención. Propiedades psicométricas. Salud mental.2011; Vol.34:323-31.
- 11.- Archivos de medicina familiar. La depresión y su manejo en el ámbito de la medicina familiar.2004; Vol.6:61-63.

- 12.- Anzures R, Chávez V, García C, Pons O. Medicina Familiar. México D.F. Corinter; 2008:51.
- 13.- Real academia española, Diccionario de la lengua española. 22ª edición. Espasa-Calpe; Madrid: 2001.
- 14.- Rangel J. Funcionalidad familiar en la adolescente embarazada. Rev.Fac.Med. UNAM: 2004; 47:24-27.
- 15.- Membrillo A., Fernández MA, Quiroz JR, Rodríguez JL. Familia, introducción al estudio de sus elementos. México D.F. ETM; 2003:168-195.
- 16.- Huerta JL. La familia en el proceso de salud-enfermedad. México D.F. Afil: 2005; 145-168.
- 17.- Mendoza LA, Soler E, Sainz L, Gil I, Mendoza HF, Pérez C. Análisis de la dinámica y funcionalidad familiar en atención primaria. Archivos en medicina familiar. 2006; Vol.8: 27-32.
- 18.- Irigoyen A. Nuevos fundamentos de medicina familiar. México D.F. Medicina Familiar Mexicana: 2006; 124-130.
- 19.- Suarez MA. El médico familiar y la atención a la familia. Rev. Paceaña Med. Fam. 2006; Vol. 3: 95-100.
- 20.- Conceptos básicos para el estudio de las familias. Archivos de medicina familiar. 2005; Vol. 7: 15-19.
- 21.- Los sistemas de pensión en México; la agenda pendiente. Solís Oberón Fernando. Consultada el 14 de septiembre de 2013. Disponible en: [http://www.indetec.gob.mx/cnh/interés/deuda/pensiones/capitulo 5.pdf](http://www.indetec.gob.mx/cnh/interés/deuda/pensiones/capitulo%205.pdf).
- 22.- Incapacidad permanente: cuatro pinceladas básicas. Junio 2011. Gómez Ana María. Consultada el 14 de septiembre de 2013. Disponible en: [http://www.microsoft.com/busines/es-escontent/paginas/article.aspx?cbcid =250](http://www.microsoft.com/busines/es-escontent/paginas/article.aspx?cbcid=250)
- 23.- Quezada MR, Razo LP, Marín I, Salinas S, López P. Simulación en trabajadores que solicitan pensión por invalidez laboral. Gac. Méd. Méx. 2006; Vol.142.

24.- Carrasco M, Cuellar T. Invalidez total en trabajadores con diez años o menos de servicios, provincia de Cienfuegos, 2010. Revista cubana de salud y trabajo. 2013; Vol. 14: 3-11.

25.- Cámara de diputados. Ley federal del trabajo. Última reforma DOF 30-11-2012. Acceso el 14 de septiembre de 2013. Disponible en: <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/125.pdf>.

11.- ANEXOS.

ANEXO 1

CUESTIONARIO DE BECK PARA PACIENTES PENSIONADOS POR RIESGO DE TRABAJO QUE ACUDEN A CONSULTA EXTERNA DE LA UMF 220 EN TOLUCA ESTADO DE MÉXICO.

(ITEM 1)

INTRUCCIONES:

En este cuestionario aparecen varios grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada una. A continuación, señale cuál de las afirmaciones de cada grupo describe mejor cómo se ha sentido durante esta última semana, incluido en el día de hoy. Si dentro de un mismo grupo, hay más de una afirmación que considere aplicable a su caso, márquela también. Asegúrese de leer todas las afirmaciones dentro de cada grupo antes de efectuar la elección, (se puntuará 0-1-2-3).

	1)	
0	- NO ME SIENTO TRISTE	
1	- ME SIENTO TRISTE.	
2	- ME SIENTO TRISTE TODO EL TIEMPO Y NO PUEDO LIBRARME DE ELLO.	
3	- ME SIENTO TAN TRISTE O DESDICHADO QUE NO PUEDO SOPORTARLO.	
	2)	
0	- NO ESTOY PARTICULARMENTE DESANIMADO CON RESPECTO AL FUTURO.	
1	- ME SIENTO DESANIMADO CON RESPECTO AL FUTURO.	
2	- SIENTO QUE NO PUEDO ESPÉRAR NADA DEL FUTURO.	
3	- SIENTO QUE EL FUTURO ES IRREMEDIABLE Y QUE LAS COSAS NO PUEDEN MEJORAR.	
	3)	
0	- NO ME SIENTO FRACASADO.	
1	- SINTO QUE HE FRACASADO MAS QUE UNA PERSONA NORMAL.	
2	- CUANDO MIRO HACIA EL PASADO LO UNICO QUE PUEDO VER EN MI VIDA ES UN MONTON DE FRACASOS.	
3	- SIENTO QUE COMO PERSONA SOY UN FRACASADO COMPLETO.	
	4)	
0	-SIGO OBTENIENDO TANTO PLACER DE LAS COSAS COMO ANTES.	
1	- NO DISFRUTO DE LAS COSAS COMO SOLIA HACERLO.	
2	- YA NADA ME SATISFACE REALMENTE.	
3	- TODO ME ABURRE Y ME DESAGRADA.	
	5)	
0	- NO SIENTO NINGUNA CULPA PARTICULAR.	
1	- ME SIENTO CULPABLE BUENA PARTE DEL TIEMPO.	
2	- ME SIENTO BASTANTE CULPABLE LA MAYOR PARTE DEL TIEMPO.	
3	- ME SIENTO CULPABLE TODO EL TIEMPO.	
	6)	
0	- NO SIENTO QUE ESTE SIENDO CASTIGADO.	
1	- SIENTO QUE PUEDO ESTAR SIENDO CASTIGADO.	
2	- ESPERO SER CASTIGADO.	
3	- SIENTO QUE ESTOY SIENDO CASTIGADO.	
	7)	

0	- NO ME SIENTO DECEPCIONADO EN MI MISMO.	
1	- ESTOY DECEPCIONADO CONMIGO.	
2	- ESTOY HARTO DE MI MISMO.	
3	- ME OUDIO A MI MISMO.	
	8)	
0	- NO ME SIENTO PEOR QUE OTROS.	
1	- ME CRITICO POR MIS DEBILIDADES Y ERRORES.	
2	- ME CULPO TODO EL TIEMPO POR MIS FALTAS.	
3	- ME CULPO POR TODAS LAS CONSAS MALAS QUE SUCEDEN.	
	9)	
0	- NO TENGO NINGUNA IDEA DE MATARME.	
1	- TENGO IDEA DE MATARME, PERO NO LA LLEVO A CABO.	
2	- ME GUSTARIA MATERME.	
3	- ME MATARIA SI TUVIERA LA OPORTUNIDAD.	
	10)	
0	- NO LLORO MÁS DE LO HABITUAL.	
1	- LLORO MÁS QUE ANTES.	
2	- AHORA LLORO TODO EL TIEMPO.	
3	- ANTES ERA CAPAZ DE LLORAR, PERO AHORA NO PUEDO LLORAR NUNCA AUNQUE QUISIERA.	
	11)	
0	- NO ME IRRITO MAS AHORA QUE ANTES.	
1	- ME ENOJO O IRRITO MAS FACILMENTE QUE ANTES.	
2	- ME SIENTO IRRITADO TODO EL TIEMPO.	
3	- NO ME IRRITO PARA NADA CON LAS COSAS QUE SOLIAN IRRITARME.	
	12)	
0	- NO HE PERDIDO EL INTERES EN OTRAS PERSONAS.	
1	- ESTOY MENOS INTERESADO EN OTRAS PERSONAS DE LO QUE SOLIA ESTAR.	
2	- HE PERDIDO LA MAYOR PARTE DEL MI INTERES EN LOS DEMAS.	
3	-HE PERDIDO TODO EL INTERES POR LOS DEMAS.	
	13)	
0	TOMO DECISIONES COMO SIEMPRE.	
1	- DEJO DE TOMAR DE TOMAR DECISIONES COMO SIEMPRE.	
2	- TENGO MAYOR DIFICULTAD QUE ANTES PARA TOMAR DECISIONES.	
3	- YA NO PUEDO TOMAR NINGUNA DECISION.	
	14)	
0	- NO CREO QUE ME VEA PEOR QUE ANTES.	
1	- ME PREOCUPA QUE ESTÉ PARECIENDO AVENTAJADO O NATRACTIVO.	
2	- SIENTO QUE HAY CAMBIOS PERMANENTES EN MI APARIENCIA QUE ME HACEN PARECER INATRACTIVO.	
3	- CREO QUE ME VEO HORRIBLE.	
	15)	
0	- PUEDO TRABAJAR TAN BIEN COMO ANTES.	
1	- ME CUESTA UN MAYOR ESFUERZO EL COMENZAR A HACER ALGO.	
2	- TENGO QUE HACER UN GRAN ESFUERZO PARA HACER CUALQUIER COSA.	
3	- NO PUEDO HACER NINGUN TIPO DE TRABAJO.	
	16)	
0	- PUEDO DORMIR TAN BIEN COMO ANTES.	
1	- NO DUERMO TAN BIEN COMO ANTES.	
2	- ME DESPIERTO 1 O 2 HORAS MAS TEMPRANO DE LO HABITUAL Y ME CUESTA VOLVER A DORMIR.	
3	- ME DESPIERTO VARIAS HORAS MAS TEMPRANO DE LO HABITUAL Y NO PUEDO VOLVER A DORMIRME.	
	17)	
0	- NO ME CANSO MAS DE LO HABUTUAL.	
1	- ME CANSO MAS FACILMENTE DE LO QUE SOLIA CANSARME.	
2	- ME CANSO AL HACER CUALQUIER COSA.	
3	- ESTOY DEMASIADO CANSADO PARA HACER CUALQUIER COSA.	
	18)	
0	- MI APETITO NO HA VARIADO.	

1	- MI APETITO NO ES TAN BUENO COMO ANTES.	
2	- MI APETITO ES MUCHO PEOR QUE ANTES.	
3	- YA NO TENGO NADA DE APETITO.	
	19)	
0	- ULTIMAMENTE NO HE PERDIDO MUCHO PESO, SI ES QUE PERDI ALGO.	
1	- HE PERDIDO MAS DE 2 KILOS.	
2	- HE PERDIDO MAS DE 4 KILOS.	
3	- HE PERDIDO MAS DE 6 KILOS.	
	20)	
0	NO ESTOY MAS PREOCUPADO POR MI SALD DE LO HABITUAL.	
1	- ESTOY PREOCUPADO POR PROBLEMAS FISICOS TALES COMO MALESTARES Y DOLORES DE ESTOMAGO O CONSTIPACION.	
2	- ESTOY MUY PREOCUPADO POR LOS PROBLEMAS FISICOS Y ES DIFICIL PENSAR EN OTRA COSA.	
3	- ESTOY TAN PREOCUPADO POR MIS PROBLEMAS FISICOS QUE NO PUEDO PENSAR EN NADA MÁS.	
	21)	
0	- NO HE NOTADO CAMBIO RECIENTE EN MI INTERES POR EL SEXO.	
1	- ESTOY INTERESADO EN EL SEXO DE LO QUE SOLIA SER.	
2	- ESTOY MUCHO MENOS INTERESADO POR EL SEXO AHORA.	
3	- HE PERDIDO POR COMPLETO EL INTERES POR EL SEXO.	

ANEXO 2. FICHA DE IDENTIFICACIÓN PARA PACIENTES PENSIONADOS POR RIESGO DE TRABAJO QUE ACUDEN A CONSULTA EXTERNA DE LA UMF 220 EN TOLUCA ESTADO DE MÉXICO.

NOMBRE: _____ FECHA: _____

(7) EDAD: _____. (5) GENERO: (A) MASCULINO: (B) FEMENINO:

ANEXO 3. CUESTIONARIO PARA OBSTENER LA TIPOLOGIA FAMILIAR Y ANTECEDENTES LABORALES EN PACIENTES PENSIONADOS POR RIESGO DE TRABAJO QUE ACUDENA A CONSULTA EXTERNA DE LA UMF 220 EN TOLUCA ESTADO DE MÉXICO.

(6) ¿En el trabajo que tenía cuando sufrió su accidente cuanto tiempo había trabajado?

0-10 años		11-20 años		21-30 años		31-40 años	
-----------	--	------------	--	------------	--	------------	--

(4) ¿Usted es pensionado?

SI		NO		HACE CUANTO	
----	--	----	--	-------------	--

(3) Seleccione a las personas que viven en su casa:

Pareja		Abuelo(s)		Cuñado(s)	
Esposo(a)		Tío(s)		otro	
Hijo(a)		Primo(s)			
Padre(s)		Yerno(s)			

(2) ¿cuántas personas aportan un ingreso económico en su casa, aunque este no sea en forma regular?

1		2		3		4 o mas		todos	
---	--	---	--	---	--	---------	--	-------	--

(2) ¿En su familia considera que se siguen las tradiciones o costumbres familiares por todos los integrantes?

SI		NO	
----	--	----	--



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN
Y POLITICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
(ADULTOS)

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio:	GRADOS DE DEPRESIÓN Y TIPOLOGÍA FAMILIAR EN PACIENTES PENSIONADOS POR RIESGO DE TRABAJO QUE ACUDEN A LA UMF 220 EN TOLUCA, ESTADO DE MÉXICO, 2013						
Patrocinador externo (si aplica):	N.A.						
Lugar y fecha:	UMF N° 220, TOLUCA, EDO. DE MÉXICO, 2013						
Número de registro:	2013/1502/009						
Justificación y objetivo del estudio:	LOS PACIENTES QUE PRESENTAN UNA INCAPACIDAD PERMANENTE POR ACCIDENTE DE TRABAJO PRESENTAN ALGÚN GRADO DE DEPRESION LA CUAL NO ES DIAGNOSTICADA, LO QUE INFLUYE EN EL CURSO DE SU PATOLOGIA, SIENDO LA FAMILIA UN APOYO FUNDAMENTAL EN EL TRATAMIENTO INTEGRAL.						
Procedimientos:	APLICACIÓN INDIVIDUAL O HETEROADMINISTRADA DEL CUESTIONARIO DE BECK Y CUESTIONARIO REALIZADO POR INVESTIGADOR PARA DETERMINAR LA PRESENCIA DE DEPRESION.						
Posibles riesgos y molestias:	NINGUNA						
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	PODER DETERMINAR LA PRESENCIA Y GRADO DE DEPRESION QUE NO HA SIDO DIAGNOSTICADA.						
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	SE REALIZARA EN FORMA PERSONAL EXPLICANDO LOS RESULTADOS OBTENIDOS PARA INVITARLO A COMENTAR LOS RESULTADOS CON SU MEDICO FAMILIAR.						
Participación o retiro:	VOLUNTARIO						
Privacidad y confidencialidad:	SI						
En caso de colección de material biológico (si aplica):	<table border="1"><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):	_____						
Beneficios al término del estudio:	_____						
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:	_____						
Investigador Responsable:	DRA MARIA E. AVILES S. ESPECIALIATA EN MED. FAMILIAR UMF 220						
Colaboradores:	_____						
En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC 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 extensión 21230, Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx							

Nombre y firma del sujeto

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 1

Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre, dirección, relación y firma

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