



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 41 Fortuna

“Funcionalidad familiar en adultos mayores con farmacodependencia a benzodiazepinas de 65 a 75 años de edad de la unidad de medicina familiar 41”

TESIS

PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA

DRA. MONICA PAOLA SANCHEZ RAMIREZ

DIRECTOR DE TESIS

DR. VICTOR MANUEL CAMARILLO NAVA

DIRECTOR METODOLÓGICA

DR. RICARDO MEJIA GUTIERREZ

GENERACIÓN 2020-2023

CD. MX. JULIO 2022





Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**

FACULTAD DE MEDICINA

“Funcionalidad familiar en adultos mayores con
farmacodependencia a benzodiazepinas de 65 a 75 años
de edad de la unidad de medicina familiar 41”

P R E S E N T A :

MONICA PAOLA SANCHEZ RAMIREZ

paola.medizin@gmail.com

T E S I S

**PARA OBTENER EL TÍTULO DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR**

TUTOR DE TESIS

DR. VICTOR CAMARILLO NAVA

MEDICO FAMILIAR

Facultad de Medicina



**UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO 41
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
CIUDAD DE MEXICO FEBRERO 2023**

**Instituto Mexicano del Seguro Social Unidad
de Medicina Familiar No. 41**

Protocolo de investigación:

“Funcionalidad familiar en adultos mayores con farmacodependencia a benzodiazepinas de 65 a 75 años de edad de la unidad de medicina familiar 41”



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS



071

Dictamen de Aprobado

Comité Local de Investigación en Salud 3511
U MED FAMILIAR MUN 14

Registro COFEPRIS: 18 CE 09 017 032
Registro COBROFÉCICA COMBIOFÉCICA 09 CEI 017 3314663

FECHA: Lema, 18 de enero de 2022

M.E. RICARDO HEJIA JIMENEZ

PRESENTE

Tengo el agrado de notificarte, que el protocolo de investigación con título **FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN ADULTOS MAYORES CON FARMACODEPENDENCIA A BENZODIACEPINAS DE 65 A 75 AÑOS DE EDAD DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR 41** que sometió a consideración para evaluación de este Comité, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **A P R O B A D O**:

Número de Registro Institucional

R-2021-3511-097

De acuerdo a la normativa vigente, deberá presentar en junio de cada año un informe de seguimiento técnico acerca del desarrollo del protocolo a su cargo. Este dictamen tiene vigencia de un año, por lo que en caso de ser necesario, requerirá solicitar la reaprobación del Comité de Ética en Investigación, al término de la vigencia del mismo.

ATENTAMENTE

Dr. ANDRES LEON SANTAMARIA

Presidente del Comité Local de Investigación en Salud No. 3511

Impreso

IMSS

SEGURIDAD Y SALUD SOCIAL

IDENTIFICACIÓN DE AUTORES

Investigador titular

Nombre: Mónica Paola Sánchez Ramírez

Matricula: 98358770

Residente de la especialidad en Medicina familiar

Unidad de Medicina Familiar número 41, Fortuna

Teléfono 5567835086

Correo electrónico: paola.medizin@gmail.com

Investigador asociado

Ricardo Mejía Jiménez

Médico Familiar

Unidad de Medicina Familiar número 41, Fortuna

Lugar de trabajo: consulta externa de medicina familiar

Teléfono: 5576683662

Correo electrónico: mejiamj71@yahoo.com

Investigador asociado

Camarillo Nava Víctor Manuel

CAMIS IMSS Ciudad de México Norte

Delegación Instituto Mexicano del Seguro Social Norte

Lugar de trabajo: consulta externa de medicina familiar

Teléfono: 5514924864

Correo electrónico: drcamarillonava@gmail.com

INDICE	
IDENTIFICACIÓN DE AUTORES	6
Dedicatoria.....	9
RESUMEN.....	11
MARCO TEÓRICO.....	12
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	25
PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	25
JUSTIFICACIÓN	26
OBJETIVOS	27
Objetivo general.....	27
Objetivos específicos:	27
HIPÓTESIS	28
MATERIAL Y MÉTODOS	29
DISEÑO Y TIPO DE ESTUDIO.....	29
LUGAR DONDE SE LLEVA ACABO EL ESTUDIO	29
TIEMPO	30
POBLACIÓN DE ESTUDIO	30
CRITERIOS DE SELECCIÓN.....	30
CRITERIOS DE INCLUSIÓN	30
CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.....	30
CRITERIOS DE ELIMINACIÓN	30
CALCULO DE MUESTRA.....	31
MUESTREO.....	31
OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....	32
RECOLECCIÓN DE DATOS	35
ANÁLISIS DE DATOS.....	35

DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO.....	37
ASPECTOS ÉTICOS.....	38
RECURSOS HUMANOS, FINANCIEROS Y MATERIALES.....	40
RECURSOS HUMANOS	40
RECURSOS MATERIALES Y FINANCIEROS	40
RECURSOS FÍSICOS	41
FACTIBILIDAD.....	41
CRONOGRAMA DE TRABAJO.....	42
RESULTADOS	43
Conclusiones	54
Discusión	55
Propuestas.....	59
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	60
ANEXOS.....	68

Dedicatoria

Hace 10 años exactamente tome la decisión de prepararme académicamente para convertirme en médico general, ahora sin haberlo si quiera pensado en ese momento, estoy concluyendo una especialidad médica, es decir que pude estudiar mucha más allá de lo que las mujeres en México por estadística tienen la oportunidad de estudiar, o que pude realizar un posgrado a comparación de muchos compañeros médicos que no han podido pasar el examen de aspirantes a residencias médicas. He podido llegar más allá de lo esperado, pero estos logros no los pudiera haber conseguido sola, he recibido mucho apoyo de gente maravillosa, y en este espacio podre darles las gracias por esos 10 años de apoyo.

En primer lugar quisiera agradecer a una mujer que enfrento grandes dificultades desde haber nacido en un núcleo familiar machista, donde solo se esperaba de ella que se casara algún día y sirviera al cuidado de su marido y sus hijos. Esta mujer decidió luchar en contra de lo establecido por su familia y en su momento por la sociedad siendo la única mujer de su familia que pudo estudiar a nivel licenciatura y formar una familia por decisión y no por imposición. Como podrá suponerlo esta mujer tan maravillosa es mi madre Josefina Ramírez Zamora, de quien pongo su nombre completo por que merece todo honor, admiración y respeto de mi parte. Mi madre que a pesar de que no pudo contar con apoyo de su pareja ya que desafortunadamente mi padre falleció a temprana edad, nunca se dio por vencida y día a día busco y formo la manera de dejarme la mejor herencia que una madre puede dar a una hija: educación, dignidad, valores y libertad. Gracias mama por siempre estar para mí, por tus llamadas de atención cuando fueron necesarias, gracias por preocuparte por que no me quedara dormida por las mañanas para llegar puntual siempre y por asegurarte que nunca pasara hambre, gracias por siempre esperar que pudiera dormir en las guardias aunque también sabias que seguramente no iba a ser así. Tanta cosas por agradecerte y tan poco tiempo y espacio para poder hacerlo. Solo me queda resumirlo en un te amo y gracias por todo.

Quisiera también a mis amigas, a ellas que han compartido su vida conmigo: Mariana, Marta, Tony, agradezco con todo el corazón todas las veces que hemos reído, llorado y nos hemos enojado juntas, los recuerdos que tengo con ustedes son verdaderos tesoros, que el cuerpo y mi mente nunca me fallen para poder recordar y volver a vivir con ustedes cada vez que vengan a mi mente.

Agradezco a los doctores que me han apoyado y asesorado durante mi residencia y durante la realización de este protocolo de investigación, en especial al Doctor Acho quien sin su asesoría este protocolo no hubiera sido aprobado, al Doctor Cansino y a la Doctora Angélica por enseñarme a ser un médico familiar con esa pasión y amabilidad que los caracteriza.

Por ultimo pero menos importante quisiera hacer un agradecimiento un poco inusual, Sally, mi pequeña Sally, gracias por cada vez que llegara a casa recibirme con esa manera más cariñosa y tierna que solo tú puedes hacer, gracias por quedarte a mi lado en todas esas noches de desvelo, de estudio y de trabajo. Que la vida me conceda muchos años más de escuchar tus patitas al llegar a casa.

RESUMEN

FARMACODEPENDENCIA A BENZODIACEPINAS Y ASOCIACIÓN CON LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN ADULTOS DE 65 A 75

Sánchez Ramírez MP,¹ Camarillo Nava VM,² Mejía Jiménez R,¹ Tovar Moreno GM.¹

1: Unidad de Medicina Familiar N°41 Instituto Mexicano del Seguro Social, Ciudad de México.

2. Coordinación Auxiliar Médica de Investigación en Salud. Jefatura de Servicios de Prestaciones Médicas. Órgano de operación Administrativa Desconcentrada en el Distrito Federal Norte, IMSS. Ciudad de México.

Introducción: La farmacodependencia en adultos mayores es un problema de salud, el cual se ha relacionado con un aumento en la disfunción familiar. **Objetivo:** Analizar la asociación entre farmacodependencia a benzodiazepinas y la funcionalidad familiar (cohesión, adaptabilidad y comunicación) en sujetos de 65 a 75 años edad de un primer nivel de atención. **Metodología:** Estudio descriptivo, transversal, analítico en la UMF 41 del IMSS, Ciudad de México. Se incluyeron a pacientes con consumo de benzodiazepinas en el último mes, que aceptaran participar en el estudio. Se excluyeron a pacientes con uso discontinuo. La variable principal de estudio fue: farmacodependencia a benzodiazepinas. Otras variables fueron: Edad, sexo, escolaridad, ocupación, funcionalidad familiar la cual fue medida con la Escala FACES III con un alfa de Cronbach de 0.70. El cálculo de tamaño de muestra se realizó con la fórmula de una proporción con un tamaño final de 270 sujetos, tipo de muestreo por conveniencia. Análisis estadístico: estadística descriptiva e inferencial así como r de Pearson. Número de autorización: R-2021-3511-097. **Resultados:** El análisis bivariado arrojó que el estado civil ($p=0.049$, IC95%) y la ocupación ($p=0.000$, IC95%) favorecen la farmacodependencia a benzodiazepinas, presentándose la mayor prevalencia en los pensionados y comerciantes con 83.3% y 85.5% respectivamente, el ser casado o viudo presentan los mayores efectos con prevalencias del 73.2 y 74.4% respectivamente. Un uso de benzodiazepinas por 49.23 ± 41.11 meses ($p=0.001$, IC95%) y tener una edad de 68.42 ± 3.25 años ($p > 0.025$, IC95%) favorece a presentar farmacodependencia. La funcionalidad familiar no presentó efectos significativos ($p=0.509$) sobre la farmacodependencia. **Conclusión:** Ser casado, tener más de 68.42 años, tener ocupación de hogar y estar jubilado, y un uso mayor de 49 meses favorecen la farmacodependencia a las benzodiazepinas, en pacientes que asisten a consulta externa en la UMF 41. No se observó asociación con el tipo de familia.

Palabras Clave: Farmacodependencia, benzodiazepinas, funcionalidad familiar, adultos mayores.

MARCO TEÓRICO

Una droga o fármaco, según la Organización mundial de la Salud, se define como “toda sustancia que, introducida en un organismo vivo, pueda modificar una o varias de sus funciones” ¹

En el 2019 la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito presento su Informe mundial sobre las Drogas en el cual se estima que en el 2017 unos 271 millones de personas de 15 a 64 años han consumido drogas por lo menos en una ocasión en el último año de registro, esta cifra representaría el 5.5% de la población mundial que corresponde a ese grupo de edad seleccionado, este porcentaje equivaldría a 1 de cada 18 personas.²

En México, acorde a los resultados de la Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2016-2017, la prevalencia del consumo de cualquier droga alguna vez en la vida en la población mexicana fue de 10.3% ocupando las Benzodiacepinas el séptimo puesto en las drogas de consumo más frecuente en México.³

BENZODIACEPINAS

Las benzodiacepinas se clasifican dentro de los psicofármacos sintéticos ansiolíticos las cuales se empezaron a utilizar desde el año 1960 con el clordiazepoxico, el primer fármaco sintetizado de este tipo, a partir de ahí se han sintetizado más de 2000 tipos.⁴

Las benzodiacepinas tienen en común distintas propiedades, se puede usar como ansiolíticos, sedantes-hipnóticos, anticomisiales, miorelajantes, inductores de anestesia, pero a pesar de sus múltiples usos, su uso por periodos prolongados de tiempo y prescripción indiscriminada pueden ocasionar dependencia física o

psicológica, llegando al punto en que los pacientes pueden presentar síndrome de abstinencia si se les retira el medicamento de manera brusca.⁵

Para comprender el por qué es tan viable desarrollar una dependencia a estos fármacos es necesario conocer su mecanismo de acción de las BZD está ligado al desarrollo de dependencia pues actúan mediante la unión a receptores de neurotransmisor inhibitorio ácido gamma-amino-butírico (GABA) en el subtipo GABA-A, provocando efectos en el sistema nervioso central como la ansiolisis, sedación hipnosis, relajación muscular y anticonvulsivante por lo que comúnmente se prescriben en patologías como trastorno de ansiedad e insomnio.⁶

Respecto a la farmacocinética, estos fármacos son liposolubles y se metabolizan en el hígado en el sistema citocromo P450 generando metabolitos intermedios que en adulto mayor pueden permanecer por más tiempo antes de eliminarse por la orina. Así mismo esta propiedad las puede clasificar por su potencia siendo las de mayor potencia las más relacionadas con alteraciones de memoria y mayor riesgo de dependencia por lo que se recomienda el uso de lorazepam y no de clonazepam en el adulto mayor.⁷

Acorde al Informe sobre el Consumo de Drogas en la Américas realizado en 2019 por la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas se encontró que el uso de benzodiazepinas en combinación con opioides recetados se ha relacionado con un aumento de nuevos casos de defunción por sobredosis; siendo Canadá y Estados Unidos los países que más muertes han presentado por abuso de este tipo de fármacos.⁸

El departamento de Salud del Gobierno de Vasco en España, reporta que el consumo de clonazepam es de 96 a 97.7 dosis diarias por 1000 habitantes al día en el año de 2015. El mayor consumo fue las mujeres mayores de 65 años que habitan en zona urbana; los médicos de familia son los que principalmente prescriben este tipo de medicamentos.⁹

Sharma R. y colaboradores, en un estudio transversal en el año 2021, con un muestra de 456 pacientes originarios del norte de la India, identifican que la media de edad sobre el consumo de clonazepam es de 65, consumidores de Clonazepam de manera prolongada, a los que aplicaron los criterios de Beers y STOPP para detectarlos como psicotrópicos potencialmente inapropiados (PIP por sus siglas en inglés) encontrando que el Clonazepam es de los principales Psicotrópicos potencialmente inapropiados recetados en el adulto mayor e identificando a la polifarmacia como el principal predictor (OR = 17.33, con un Intervalo de Confianza 1.42-210.66, P-0.025) para la prescripción de los mismos.¹⁰

Respecto a nuestra población de interés, Gómez S y colaboradores realizaron una revisión sistemática en 2017 acerca del uso de benzodiazepinas en adultos mayores de América latina de cinco países (Argentina, Brasil, Chile, Cuba y México) encontrando que el consumo de benzodiazepinas en la población mayor es alta, predominando el consumo de benzodiazepinas de vida media en mujeres además encontrando que la automedicación fue frecuente en esta población teniendo como dato de relevancia que hasta un 61.4% de los pacientes reciben la prescripción de Benzodiazepinas por médicos de atención primaria.¹¹

Los resultados fueron relacionados con otro estudio de población latinoamericana donde con una muestra de 39 pacientes encontraron que un 69.2% presento síntomas de dependencia y un 92.6% reporto síntomas de abstinencia 59.35% señalaron tolerancia y un 88.9% reporto síntomas residuales tras al reducción o cese del consumo.¹¹⁻¹²

Acosta M, et al, realizaron en 2017 en Chile un estudio descriptivo transversal retrospectivo sobre la prescripción de ansiolíticos en adultos mayores en un hogar de ancianos con un universo de muestra de 98 pacientes encontrando que la BZD más prescrito a fue el nitrazepam en un 41.8% siendo el más consumido por el sexo masculino, mientras que por el sexo femenino el más consumido fue el clordiazepoxido en un 64.6%, el grupo de edad que más consumió clonazepam fue de 60-69 años viudos y con escolaridad primaria en un 79.5%. El profesional que más receto benzodiazepinas fue el médico de familia.¹³

Se reportado un incremento del uso no médico del Clonazepam desde el 2019, se relaciona esto con su mayor tiempo de acción el cual fácilmente sustituye la acción de otros ansiolíticos además de ser un medicamento de fácil acceso y estar dentro de los medicamentos más vendidos, su bajo costo al público de aproximadamente 40 centavos de dólar por píldora (aproximadamente 8 pesos mexicanos) propician el desarrollo de trastorno de abuso de sustancias.¹⁴

A pesar del conocimiento de los efectos adversos el clonazepam es la quinta sustancia legal relacionada al trastorno de uso de sustancias en EUA, alrededor de 739000 (0.3% por ciento de la población total) cumplieron criterios de trastorno de uso de sustancias por clonazepam.¹⁵

FARMACODEPENDENCIA

De acuerdo a la Organización Mundial Salud la farmacodependencia la define como “el estado psíquico y a veces físico causado por la interacción entre un organismo vivo y un fármaco caracterizado por modificación del comportamiento y por otras reacciones que comprenden siempre un impulso irreprimible por tomar el fármaco en forma continua o periódica, a fin de experimentar sus efectos psíquicos, y a veces para evitar el malestar producido por la privación”.¹⁶⁻¹⁷

El Manual Diagnostico y Estadístico de los trastornos Mentales IV (DSM IV) hace referencia a este trastorno como el patrón des adaptativo de consumo de la sustancia que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativos, expresado por tres o más de los items (tolerancia, abstinencia, consumo frecuente, deseo o esfuerzo de interrumpir el consumo, tiempo en actividades relacionadas, reducción de importantes actividades sociales, uso continuo a pesar de saber efectos dañinos) en un periodo continuado de 12 meses.¹⁸

La situación sobre el desarrollo de dependencia a las benzodiacepinas ha sido relevante a nivel mundial, tanto que en septiembre de 2020 la administración de alimento y medicamentos de los estados unidos emitió una alerta donde solicito se incorporara una advertencia para todos los medicamentos que contengan

benzodiazepinas informando los riesgos de abuso, uso indebido, adicción, dependencia física y reacciones por abstinencia.¹⁹

Baza et al., es un estudio longitudinal multicentrico en España en unidades de atención primaria con una muestra de 1,582, estudiaron el seguimiento de consumo de benzodiazepinas por un año; en el sexto y doceavo mes se les envió a los participantes una carta explicando los riesgo del consumo de benzodiazepinas e invitándolos al destete, sin embargo, el 40.4% mantuvo la dosis y el 18.8% aumento la dosis, los autores concluyen que tuvieron un abandono al tratamiento similares a los del Reino Unido (20 al 35%).²⁰

En México acorde al informe del Centro de Integración Juvenil para el sistema de información epidemiológica del consumo de drogas del año 2020, realizado en 8,567 registros clínicos de pacientes que solicitaron tratamiento por el consumo de drogas encontraron que el 5.7% por lo menos alguna vez en la vida consumieron benzodiazepinas. También identificaron como “problemas asociados al consumo de drogas” al ámbito familiar en un 81.2% sobre los problemas psicológicos (51.6%) de salud (49.1%) escolares (29.9%) o laborales (28.4%).²¹

Para detectar la dependencia a benzodiazepina Fresan A., Minaya O., Cortes J., Ugalde O., validaron en el 2011 el Cuestionario de Dependencia a Benzodiazepinas en su versión mexicana (BDEPQ – MX por sus siglas en ingles) en 150 pacientes del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente de la Ciudad de México. Cabe resaltar que este instrumento tiene una confiabilidad del 0.95 en población psiquiátrica mexicana.²²

Es un instrumento compuesto de 30 items en escala tipo Likert que evalúa la experiencia con Benzodiazepinas durante el último mes desde tres puntos principales: dependencia percibida, efectos placenteros y necesidad de consumo. Clasifica a los pacientes en dependientes y no dependientes con punto de corte de 23 puntos, pacientes a los cuales se sugiere enviar al servicio de psiquiatría para

valoración y seguimiento, mientras que a los de menor puntaje se sugiere seguimiento por su médico tratante.²³⁻²⁴

ADULTO MAYOR

Según la Organización Mundial de la Salud se define como adulto mayor a las personas de 60 a 74 años. Actualmente en México residen 15.4 millones de personas de 60 años de edad o más según el último censo de población realizado por Instituto Nacional de Estadística y Geografía en 2019.²⁵

El adulto mayor cumple un papel fundamental tanto en la composición de las familias al igual que en la historia y la sociedad. Generalmente se le asigna el rol de crianza de los nietos debido al ausentismo de los padres, o el rol de jefe de familia transmitiendo el conocimiento obtenido y las tradiciones de la familia a las siguientes generaciones lo que les provoca gran satisfacción cuando comparten sus experiencias con sus hijos o nietos.²⁶

El adulto mayor presenta cambios biológicos, psicología y social. Los signos que indican el envejecimiento en el ser humano se pueden presentar por:

- La edad: cambios físicos y biológicos que se presentan a distintos ritmos, que dependerán del sexo, vivienda, economía, cultura, alimentación, tradiciones y emociones.
- Edad psicológica: emociones, sentimientos y pensamiento que se modifican a través del tiempo, se altera la memoria o el aprendizaje
- Edad social: depende del concepto de vejez que se tenga acorde a su historia, cultura y sociedad.²⁷

En el adulto mayor es más fácil que se desarrolle a la dependencia por los cambios fisiológicos del organismo tras el uso prolongado que al interrumpir su uso puede provocar malestar intenso que incita al paciente a continuar su uso o lo que es mejor

conocido como síndrome de abstinencia o de retirada al cesar el consumo. Esto a que el metabolismo hepático se vuelve menos eficiente que en el de un adulto joven por lo que los metabolitos producidos por las Benzodiacepinas permanecen en el sistema circulatorio por más tiempo.²⁸⁻²⁹

La dependencia a fármacos o sustancias recreativas se asocia culturalmente en personas jóvenes, pero en la situación actual se encuentra que el consumo de drogas aumenta cada año más en personas de mayor edad, sufriendo de igual forma las consecuencias sociales y el año a la salud por lo que desde 2016 se comenzó el diseño de buen uso de psicofármacos en la atención primaria acompañado de consejería de sanidad con un enfoque de a la atención a mayores de 65 años.³⁰

FAMILIA

Familia acorde la Organización de la Salud es definida “los miembros del hogar emparentados entre sí, hasta un grado determinado por sangre, adopción y matrimonio”.³¹

También podemos utilizar la definición según Gutiérrez y colaboradores quien dice que la familia “donde los individuos crean, recrean, aprenden y transmiten símbolos, tradiciones, valores y formas de comportamiento”.³²

Elegí incluir esta última definición ya que considero que es mas a fin a la situación actual debido a que las familias en la actualidad sufren adaptaciones por el contexto histórico y social en el cual el padre ya no es el jefe absoluto, y los abuelos adoptan en ciertas situaciones el rol de cuidador, impactando de forma directa a la dinámica y funcionalidad familiar.

Se ha encontrado que aquellas familias que dan un adecuado cuidado al adulto mayor, dándole reconocimiento como parte fundamental de la familia manifiesta buenas relaciones entre los miembros de la familia y afecta que la vejez se asocie con la

invalidez, inutilidad o enfermedad, siendo que forma parte de las etapas del ser humano así como parte del ciclo vital familiar.³³

FUNCIONALIDAD FAMILIAR

La funcionalidad familiar es la capacidad del sistema para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis por las que atraviesa.³⁴

Según la definición de Olson la funcionalidad familiar es “la integración de los vínculos afectivos entre los miembros de la familia (cohesión) y que pueda ser capaz de cambiar su estructura con el fin de superar las dificultades evolutivas familiares”.³⁵

La funcionalidad familiar incluye tres dimensiones: comunicación, cohesividad y adaptabilidad, la cohesión se refiere a la conexión emocional entre los miembros de la familia mientras que la adaptabilidad se refiere a la habilidad de la familia para cambiar sus roles y reglas en respuesta de un evento estresor, la comunicación es el factor facilitador entre la cohesión y la adaptabilidad.³⁶⁻³⁷

MODELO CIRCUMPLEJO DE OLSON

El modelo circumplejo de Olson, Sprenkle y Russel se desarrolló para evaluar la percepción del funcionamiento familiar clasificando las familias en dieciséis tipos de sistemas de relación familiar con tres parámetros: cohesión, adaptabilidad, y comunicación. Para este estudio se elige como indicadores la cohesión y la adaptabilidad ya que cumple con los requerimientos del estudio y por qué la comunicación se puede evaluar de manera implícita ya que las familias con buena cohesión y buena adaptabilidad se asumen tendrán buena comunicación.³⁸

COHESION FAMILIAR

La cohesión familiar se define como los lazos emocionales que los integrantes de la familia tienen entre sí.³⁹

Para poder identificar el grado de cohesión familiar la podemos categorizar en cuatro opciones:

- Dispersa: familias donde la prioridad es individual, hay poca unión afectiva entre los integrantes de la familia, poca lealtad a la familia y gran independencia personal
- Separada: aunque en la mayoría de los integrantes hay un prioridad individual existen también el concepto de un “nosotros” se encuentra una moderada unión emocional entre los integrantes de la familia un grado leve pero existente de lealtad a la familia e interdependencia entre los integrantes aunque predomina la independencia afectiva
- Conectada: predomina el sentido de unión entre los integrantes de la familia, sin perder la prioridad individual, en tas familias se observa unión afectiva, lealtad e interdependencia entre los miembros de la familia pero tiene cierta tendencia a la dependencia hacia la familia.
- Aglutinada: predomina el sentido de la unión familiar, con una máxima unión emocional entre los integrantes de la familia pero se exige una lealtad hacia a la familia presentando un alto grado de dependencia entre ellos tomando las decisiones en común.⁴⁰⁻⁴¹

ADAPTABILIDAD FAMILIAR

La adaptabilidad familiar se define según Olson DH. Como “la capacidad de un sistema conyugal o familiar de cambiar su estructura de poder, relaciones de roles y reglas de relación, en respuesta al estrés situacional o evolutivo”. Para describirla incluimos los conceptos de negociaciones, roles asignados en los integrantes de la familia y reglas internas.⁴²

Para poner conocer la adaptabilidad familiar de una familia la podemos categorizar en:

- Rígida: es aquella en la que se presenta autoritarismo por parte del jefe de familia, roles fijos y ausencia de cambios
- Estructurada: es aquella en la que tanto el liderazgo y los roles familiares son compartidos en ciertas ocasiones, las tareas están claramente asignadas y ocurren cambios si se requieren o solicitan.
- Flexible: se aprecia liderazgo y roles compartidos entre los integrantes de la familia, las tareas se eligen democráticamente y se realizan cambios si son necesarios.
- Caótica: se refiere a familias con falta de liderazgo, roles que no se asignan a un integrantes en específico, y con cambios frecuentes en la dinámica familiar.⁴³

COMUNICACIÓN FAMILIAR

Es el tercer concepto para evaluar la funcionalidad familiar, la cual se considera como una dimensión que facilita la interacción entre los integrantes de la familia, toma en cuenta la empatía, escucha y comentarios de apoyo. Esto hace que las parejas y los integrantes de la familia comuniquen lo que necesitan y lo que prefieren creando el enlace entre la cohesión y la adaptabilidad, pero también pueden presentarse aspectos negativos en la comunicación como son: vínculos dobles, mensaje duplicado o críticas; esto hace que la capacidad entre las parejas o integrantes de la familia no puedan comunicar adecuadamente sus opiniones rompiendo el enlace entre la cohesión y la adaptabilidad.⁴⁴

TIPOS DE FAMILIAS SEGÚN EL MODELO CIRCUMPLEJO DE OLSON

Acorde a las familias propuestas según el modelo circumplejo cuatro se categorizan en los niveles centrales reflejando niveles moderados en ambas dimensiones y se consideran más funcionales para el desarrollo individual como colectivo de los integrantes de la familia, las cuales son:

- Flexible separada
- Flexible unida
- Estructurada separada
- Estructurada unida ⁴⁵

Otras cuatro familias se categorizan en un extremo de cohesión o adaptabilidad y se consideran las más disfuncionales para el bien de la familia:

- Caótica desligada
- Caótica aglutinada
- Rígida desligada
- Rígida aglutinada ⁴⁶⁻⁴⁷

Los otros ocho tipos de familias se categorizan en un rango medio por tener puntuaciones extremadas en una sola dimensión, siendo las menos comunes, estas son:

- Caótica separada
- Caótica unida
- Flexible aglutinada
- Estructurada aglutinada
- Rígida unida
- Rígida separada
- Estructurada desligada
- Flexible desligada ⁴⁸

FACES III

La escala de Evaluación de Cohesión y Adaptabilidad Familiar (por sus siglas en inglés FACES III III) es la tercera versión de las escalas realizadas por Olson, Portier y Lavee, evalúa dos dimensiones de la funcionalidad familiar del Modelo Circumplejo de Olson: la cohesión y la adaptabilidad familiar, puesto que la comunicación se considera un enlace que favorece a ambas.⁴⁹

El cuestionario FACES III III fue validado por Ponce ER e Irigoyen AE, pilares de la medicina familiar en México quienes en el 2002 realizaron un estudio en 270 familias mexicanas obteniendo un índice Alfa Cronbach de 0.70 siendo un instrumento fiable y valido para la población mexicana.⁵⁰

Para obtener el puntaje del cuestionario FACES III utilizaremos el modelo de dos factores por conveniencia del estudio. Cuenta con 20 items el cual es puntuada con una escala de Likert con opciones del 1 a 5 de manera cuantitativa y de manera cualitativa cuenta con las opciones: nunca, casi nunca, algunas veces, casi siempre, siempre. Esta escala utiliza items específicos para valorar tanto Cohesión como Adaptabilidad. Para Cohesión familiar se utilizaran los items: 1, 9,11, 13, 15, 17, 19; y para Adaptabilidad se utilizaran los items: 2, 4, 6, 8, 10, 12, 14.⁵¹

La puntuación para cohesión y adaptabilidad es de 10 a 50. De acuerdo a la puntuación obtenida se logrará conocer el nivel de adaptabilidad/cohesión que se tiene en un núcleo familiar, para posteriormente conocer el grado de funcionalidad del mismo. Nivel de Cohesión: no relacionada o dispersa (10 a 34) semirrelacionada o separada (35 a 40) relacionada o conectada (41 a 45) aglutinada (46 a 50) Nivel de adaptabilidad: rígida (10 a 19) estructurada (20 a 24) flexible (25 a 28) caótica (29 a 50).⁵²

El instrumento FACES III fue utilizado en el 2019 por Mesa I. et. al. en población latinoamericana, realizaron un estudio de corte transversal en una población de 22 adolescente en un centro de rehabilitación en Ecuador llegando a la conclusión de que el paciente con alguna dependencia a sustancias siente que su familia no tiene cohesión y pertenecen a familias caóticas, destacando la familia juega un papel protector al desarrollo de consumo de drogas.⁵³⁻⁵⁴

Se ha relacionado a la familia y al rol familiar del paciente origen y desarrollo de adicciones sin embargo la mayoría de los estudios se centran en la población adolescente y cuando se habla de dependencia en el adulto mayor generalmente se asocia con consumo de tabaco y alcohol haciendo necesarios estudios cuantitativos significativos y no que proporcionen información empírica.⁵⁵

Hay estudios sobre funcionalidad en el adulto mayor que ha encontrado que no hay una relación con ciertas patologías, por ejemplo, en Tamaulipas, México Saavedra et. Al realizaron un estudio en 2016 encontrando que no hay una asociación significativa entre la funcionalidad familiar y la depresión ($p=0.01$) sin embargo se encontró que la familia nuclear es un factor protector para el adulto mayor. También a nivel internacional se ha encontrado que la funcionalidad familiar no tiene correlación con la depresión, pero si con una adecuada calidad de vida en el adulto mayor.⁵⁶⁻⁵⁷

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Se ha documentado un alto consumo de benzodiazepinas, en España reporta aproximadamente 97 dosis al día por 1,000 habitantes. La prescripción del clonazepam en primer nivel de atención es frecuente, el médico familiar es quien prescribe mayormente este medicamento, hasta en un 61% a comparación de las demás especialidades.

En España en un estudio longitudinal multicéntrico, mediante una carta dirigida a sujetos con consumo prolongado de Benzodiazepinas, donde se invitaban al destete del medicamento se encontró que a pesar de comunicar los efectos adversos que se podían presentar el 40.4% mantuvo la dosis y el 18.8% aumento la dosis, los autores concluyen que tuvieron un abandono al tratamiento similares a los del Reino Unido (20 al 35%).

El adulto mayor es más propenso a desarrollar farmacodependencia esto a razón que el metabolismo hepático se vuelve menos eficiente conforme pasa el tiempo por lo que los metabolitos producidos por las Benzodiazepinas permanecen en el sistema circulatorio por más tiempo. El clonazepam es la benzodiazepina que por su farmacocinética ocasiona dependencia.

En México el informe del Centro de Integración Juvenil para el sistema de información epidemiológica del consumo de drogas del año 2020, encontraron que el 5.7% por lo menos alguna vez en la vida consumieron benzodiazepinas. También identificaron como “problemas asociados al consumo de drogas” al ámbito familiar en un 81.2% sobre los problemas psicológicos (51.6%) de salud (49.1%) escolares (29.9%) o laborales (28.4%). Aun así, falta esclarecer si la familia tiene influencia directa en el adulto mayor en el desarrollo de dependencia a fármacos por lo que se plantea la siguiente pregunta:

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Hay asociación entre la farmacodependencia a Benzodiazepinas y el grado de Funcionalidad Familiar en pacientes de 65 a 75 años de edad?

JUSTIFICACIÓN

La farmacodependencia es el estado psíquico y físico derivado del consumo de ciertos fármacos que provocan un cambio en el comportamiento o generan un deseo intenso de consumirlo. A pesar de que se han hecho varios estudios sobre los efectos adversos que provocan las benzodiazepinas continúan siendo medicamento muy frecuentemente prescritos sin un adecuado seguimiento.

Se reportado un incremento del uso no médico del Clonazepam desde el 2019, se relaciona esto con su mayor tiempo de acción el cual fácilmente sustituye la acción de otros ansiolíticos además de ser un medicamento de fácil acceso y estar dentro de los medicamentos más vendidos, su bajo costo al público de aproximadamente 40 centavos de dólar por píldora (aproximadamente 8 pesos mexicanos) propician el desarrollo de farmacodependencia.

En América Latina las Benzodiazepinas son prescritas hasta en un 61.4% en la atención primaria para el tratamiento de diversas patologías entre las más comunes insomnio, trastorno de depresión mayor, trastorno de ansiedad, patologías que tienen una alta prevalencia en el adulto mayor.

La funcionalidad familiar es la capacidad del sistema para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis por las que atraviesa, la cohesión y la adaptabilidad de los integrantes de la familia, conformando así el primer apoyo del sujeto en terceros. La familia puede desempeñar un papel importante en el adulto mayor en llevar adecuadamente su tratamiento, por lo que hay investigaciones que ciertos tipos de funcionalidad familiar pueden favorecer o entorpecer el apego al tratamiento, inclusive a las adicciones, por lo que los resultados ofrecen una mayor exploración si la funcionalidad familiar está relacionada con la farmacodependencia a las benzodiazepinas, lo que pudiera dar apertura a futuras investigaciones con mayor profundidad sobre el tema.

OBJETIVOS

Objetivo general

- Identificar la relación entre farmacodependencia a benzodiazepinas y la funcionalidad familiar en sujetos de 65 a 75 años edad de la Unidad de Medicina Familiar No. 41 "Fortuna"

Objetivos específicos:

- Identificar las asociaciones entre farmacodependencia a benzodiazepinas con las características sociales y demográficas.
- Identificar el grado de Cohesión y de Adaptabilidad con las características sociales y demográficas
- Identificar el tipo de familias de la población estudiada.

HIPÓTESIS

Hipótesis de trabajo:

Hay relación entre la disfuncionalidad familiar y la presencia de farmacodependencia a benzodiazepinas en el adulto mayor.

Hipótesis nula:

No hay relación entre la disfuncionalidad familiar y la presencia de farmacodependencia a benzodiazepinas en el adulto mayor.

MATERIAL Y MÉTODOS

DISEÑO Y TIPO DE ESTUDIO

El presente estudio es de tipo:

- Control de asignación: Las variables consideradas como independientes (funcionalidad familiar y sociodemográficas) no son controladas por el investigador, por lo que el estudio es **observacional**.
- Finalidad: del estudio: para identificar asociación y comparación de las variables de estudios se hará mediante dos grupos: con y sin farmacodependencia a benzodiazepinas, por lo que el estudio será **analítico**.
- Secuencia temporal: la medición de las variables de interés se hará en un momento del tiempo, por lo que no tiene temporalidad la presente investigación, por lo que el estudio es **transversal**.
- En base a la recolección de datos es un estudio: **retrospectivo**.
- Cronología de los hechos: al ser un estudio transversal **no cuenta con temporalidad**.

Por lo que el estudio tiene un diseño **Transversal Analítico**.

La información será recolectada de forma retrospectiva.

LUGAR DONDE SE LLEVA ACABO EL ESTUDIO

El presente estudio se llevará a cabo en la consulta externa de la Unidad de Medicina Familiar número 41, ambos turnos, perteneciente a Delegación 1 Norte de la Ciudad de México del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), ubicada sobre calle Riobamba, esquina con Avenida Eje 4 Norte (Fortuna), sin número, colonia Magdalena de las Salinas, Alcaldía Gustavo A. Madero, Código postal: 07370, Ciudad de México, México.

TIEMPO

Se ejecutará en los meses posteriores a la aprobación del protocolo por parte de los comités correspondientes, aproximadamente de diciembre 2021 a julio 2022.

POBLACIÓN DE ESTUDIO

Individuos entre 65 a 75 años de edad que hayan consumido por al menos un mes clonazepam, alprazolam, lorazepam o algún fármaco del tipo de las Benzodiazepinas.

CRITERIOS DE SELECCIÓN

- Pacientes que hayan consumido benzodiazepinas (clonazepam, alprazolam o alprazolam) en el último mes.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Estar adscrito a la UMF No. 41
- Que acepte a participar.
- Paciente que sepa leer y escribir

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Uso discontinuo de Benzodiazepinas en el último mes

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

- Los sujetos que deseen no concluir la entrevista.
- Instrumentos con información incompleta.

CALCULO DE MUESTRA

Para el cálculo de tamaño de muestra se utilizó la fórmula para población infinita un margen de error 5 % y un intervalo de confianza de 90%, con dando como resultado una muestra de 270 sujetos para obtener un resultado estadísticamente significativo.

$$N = \frac{Z_{\alpha}^2 pq}{d^2}$$

N= Tamaño de la muestra

$Z_{\alpha}^2 = 1.962$ (ya que la seguridad es del 90%) p =

proporción esperada (en este caso, 50% = 0.5) q =

1 – p (en este caso, 1 – 0.5 = 0.5)

d = precisión (en este caso deseamos un 5%, = 0.05)

$$\begin{aligned} N &= \frac{1.962^2(0.5)(0.5)}{0.05^2} \\ N &= \frac{0.962361}{0.0025} \\ N &= 270.9444 \end{aligned}$$

MUESTREO

Muestreo por conveniencia: Dado que la muestra se tomará de forma azarosa sujetos que acudan a consulta en turno matutino y vespertino a los cuales se va a seleccionar por su consumo de Benzodicepinas de manera continua en un periodo mínimo de un mes.

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variable independiente

- Funcionalidad familiar

Variables dependientes

- Farmacodependencia a benzodiazepinas
- Edad
- Sexo
- Ocupación

Funcionalidad familiar

Definición conceptual: La funcionalidad familiar es la capacidad del sistema para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis por las que atraviesa³⁶

Definición operacional: según el cuestionario FACES III Modelo circunplejo de Olson según Cohesión: Flexible separada, Flexible unida, Estructurada separada, Estructurada unida. Según adaptabilidad: Caótica desligada, Caótica aglutinada, Rígida desligada, Rígida aglutinada. ^{45, 46,47}.

Tipo: Cualitativa nominal politómica

Escala de medición: Nivel de Cohesión: no relacionada o dispersa (10 a 34) Semirrelacionada o separada (35 -40), Relacionada o conectada (41 a 45), Aglutinada (46 a 50). Nivel de adaptabilidad: Rígida (10 a 19), Estructurada (20 a 24), Flexible (25 a 28), Caótica (29 a 50).

Unidad de medición: Nivel de Cohesión: no relacionada o dispersa 1 Semirrelacionada o separada 2, Relacionada o conectada 3, Aglutinada 4. Nivel de adaptabilidad: Rígida 1, Estructurada 2, Flexible 3, Caótica 4.

Farmacodependencia

Definición conceptual: Según la Organización Mundial de la Salud es una enfermedad física y psicoemocional que crea una dependencia o necesidad hacia una sustancia, actividad o relación. Se caracteriza por un conjunto de signos y síntomas, en los que se involucran factores biológicos, genéticos, psicológicos y sociales.¹⁶⁻¹⁷

Definición operacional: Paciente con más de 23 puntos acorde al cuestionario de Dependencia a Benzodicepinas (BDEPQ – MX).

Tipo: Cualitativa nominal dicotómica

Escala de medición: Cuestionario de Dependencia a Benzodicepinas en su versión mexicana (BDEPQ – MX): Más de 23 puntos dependiente, menos 23 puntos no dependiente.

Unidad de medición: 1. Dependiente al fármaco 2. No dependiente al fármaco

Edad

Definición conceptual: Tiempo vivido por una persona expresado en años⁵⁷

Definición operacional: Años cumplidos al momento de la entrevista

Tipo: Cuantitativa continua

Escala de medición: Edad en años **Unidad de medición:** Edad en años

Sexo

Definición conceptual: Conjunto de seres pertenecientes a un mismo sexo⁵⁸

Definición operacional: Características genotípicas del individuo, relativas a su papel reproductivo

Tipo: Cualitativa nominal dicotómica

Escala de medición: genotipo del individuo

Unidad de medición: 1. Masculino 2. Femenino

Ocupación

Definición conceptual: Trabajo o cuidado que impide emplear el tiempo en otra cosa.⁶⁰

Defunción operación: Actividades laborales o actividades que demanden la mayor cantidad de tiempo al día

Tipo: Cualitativa nominal politómica

Escala de medición: Tipología familiar según ocupación

Unidad de medición: campesina, obrera, profesional

RECOLECCIÓN DE DATOS

La recolección de datos será mediante entrevista mixta, el instrumento de recolección de datos (anexo 3) compuesto de 45 items, en los cuales se incluye dos test para la medición de farmacodependencia y funcionalidad familiar.

El “Cuestionario de Dependencia a Benzodiazepinas” que cuenta con una confiabilidad del 0.95 en población psiquiátrica mexicana¹⁹. Se compone de 25 items con escala tipo Likert, evaluando la experiencia a benzodiazepina: dependencia percibida, efectos placenteros y necesidad de consumo durante el último mes.

La funcionalidad familiar se evaluará con el cuestionario FACES III validado en el 2011 en México el cual cuenta con un índice Alfa Cronbach de 0.70.²⁶ La puntuación para cohesión y adaptabilidad es de 10 a 50. De acuerdo a la puntuación obtenida se logrará conocer el nivel de adaptabilidad/cohesión que se tiene en un núcleo familiar, para posteriormente conocer el grado de funcionalidad del mismo.

ANÁLISIS DE DATOS

Se analiza la muestra obtenida utilizando estadística descriptiva para obtener la frecuencia y proporciones según sus características como edad, sexo, religión, estado civil y escolaridad.

Se construirá una base de datos en el programa Microsoft Excel versión 2013 para Windows en donde se vaciará la información recolectada que se codificará con una secuencia numérica con validación de ausencia de valores perdidos; mismo que se transpolarán al programa SPSS Statistics versión 24 para Windows y así realizar el análisis estadístico correspondiente.

Cuando la muestra cumpla la normalidad, se aplicarán medidas de tendencia central como aritmética y para las medidas de dispersión se usará desviación estándar, y rangos intercuartiles como medida de dispersión.

Se realizarán graficas de barras para representar las frecuencias. Las gráficas muestran la acumulación o tendencia, la variabilidad o dispersión y la forma de la distribución. Las gráficas más adecuadas para representar variables continuas son los histogramas las cuales muestran gráficamente la distribución de una variable cuantitativa o numérica.

Para representar los criterios de normalidad se realizarán histogramas. Para la mediana y los rangos intercuartiles, serán representados mediante gráficas de box-plot o también llamado grafico de caja. Este grafico proporciona información sobre la forma general de la curva: simetría, curtosis, el punto de la mediana, la distribución de las observaciones a ambos lados de los valores centrales.

Como medida de estadística inferencial para la asociación entre las variables independiente con las dependientes, se utilizará la fórmula de la razón de momios de prevalencia (RMP), con un intervalo de confianza al 95%

DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO

1. Se solicitará carta de no inconveniente y autorización para realizar este proyecto de investigación a la Dra. Fátima, directora médica de la Unidad de Medicina Familiar Numero. 41.
2. Se solicitará aprobación a los comités de ética e investigación establecidos por el Instituto Mexicano del Seguro Social.
3. Posterior a la autorización se buscará, de manera personal y mediante entrevista mixta, pacientes que tengan prescrito fármacos tipo benzodiazepinas, por ejemplo: lorazepam, alprazolam o clonazepam y lo consuman por un periodo mínimo de un mes.
4. Se les dará invitación a participar en el estudio y en el caso que acepte se otorgará un consentimiento informado un consentimiento informado (anexo 5) aclarando cada apartado y detallando el objetivo de la investigación, así como los posibles beneficios de su participación. Se explicará que la investigación es confidencial y se solicitará la firma de autorización al participante en el consentimiento informado.
5. Una vez aceptando participar se aplicarán el instrumento de recolección de datos (anexo 3) explicando al participante de manera verbal y escrita la manera correcta del llenado de los ítems para evitar errores y la muestra requiera ser eliminada.
6. Se realizará la entrevista en el aula de enseñanza de la unidad.
7. Al finalizar se agradecerá la participación y se entregará de forma inmediata una hoja con el resultado de los instrumentos (anexo 4) quedando a la libre decisión del paciente de compartirlo con su médico tratante de elección.
8. Se almacenará la información en una base de datos, en la cual no se identificará a la persona participante.
9. Al finalizar se realizará el análisis estadístico con el análisis descriptivo e inferencia de los datos analizando y discutiendo los resultados llegando a las conclusiones pertinentes.

ASPECTOS ÉTICOS

El presente protocolo de investigación que se realizara en sujetos de 65 a 75 años de la Unidad de Medicina Familiar Numero 41, se apega a los lineamientos de la declaración de Helsinki llevada a cabo por primera vez en el año 1964 y posteriormente actualizada en la 64va Asamblea General, Brasil, 2013, por la Asociación Médica Mundial y apegada al lineamiento de la Ley General de Salud Vigente acerca de investigación en seres humanos.

La Declaración de Helsinki, Brasil, 2013, estipula que “Nadie será sometido a torturas ni a penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes. En especial nadie será sometido sin su libre consentimiento a experimentos médicos o será sometido sin su libre consentimiento a experimentos médicos o científicos” por lo que ningún participante será obligado a participar o se tratará de manera inhumana

El Código de Núremberg dictamina que es absolutamente esencial el consentimiento voluntario del sujeto humano. El experimento debe ser útil para el bien de la sociedad, irremplazable por otros medios de estudio y de la naturaleza que excluya el azar. El experimento debe ser diseñado de tal manera que los resultados esperados justifiquen su desarrollo. El experimento debe ser ejecutado de tal manera que evite todo sufrimiento físico, mental y daño innecesario. Deben hacerse preparaciones cuidadosas y establecer adecuadas condiciones para proteger al sujeto experimental contra cualquier remota posibilidad de daño, incapacidad y muerte. El experimento debe ser conducido solamente por personas científicamente calificadas. Durante el curso del experimento, el sujeto humano debe tener libertad para poner fin al experimento si ha alcanzado el estado físico y mental en el cual parece imposible continuarlo.

Se regirá conforme lo estipule el reglamento de la ley general de salud en materia de investigación para la salud en México, mostrando especial atención a los siguientes artículos: 13 donde se declara el respeto a la dignidad y la protección de

los derechos y el bienestar de los participantes; de acuerdo con lo manifestado en el artículo 17, en donde se hace mención de las características que debe de presentar un estudio para considerarla una investigación de **riesgo mínimo** ya que algunos ítems pueden causar molestias por la naturaleza del contenido personal.

En cumplimiento con lo establecido en el título segundo de los de los aspectos éticos de la investigación en seres humanos, en los artículos 20 a 22, se incorpora la carta de consentimiento informado para el presente estudio (ver anexo correspondiente); a los sujetos de estudio se les explicará las molestias o riesgos esperados; se otorgará respuesta a cualquier pregunta y aclaración a cualquier duda acerca de los procedimientos, riesgos, beneficios u otros asuntos relacionados con la investigación y el tratamiento del sujeto; de igual forma, se informará acerca de la libertad que tiene de retirar su consentimiento en cualquier momento y dejar de participar en el estudio, sin que por ello se creen prejuicios para continuar su cuidado y tratamiento. Se garantizará la confidencialidad de los datos que se proporcionen para poder llevar a cabo esta investigación.

Por último, cumpliendo con lo establecido en el título sexto de la ejecución de la Investigación en las Instituciones de atención a la salud, en su artículo 115, la investigación se desarrollará de conformidad con un protocolo, el cual será elaborado de acuerdo a la norma técnica que para el efecto emita la Secretaría e incluirá los elementos que permitan valorar el estudio que se propone realizar

En, caso de divulgación científica de la presente investigación la autoría quedaría en el siguiente orden:

1. Mónica Paola Sánchez Ramírez Residente de la Especialidad de Medicina Familiar
2. Dr. Camarillo Nava Víctor Manuel Especialista en Medicina Familiar
3. Dr. Ricardo Mejía Jiménez Médico Especialista en Medicina Familiar

RECURSOS HUMANOS, FINANCIEROS Y MATERIALES

RECURSOS HUMANOS

- Médico Residente (Sánchez Ramírez Mónica Paola) que realizara la recolección de datos, redacción del protocolo realización de encuestas a los participantes en la investigación, análisis de datos y redacción de reporte final y un médico especialista en medicina familiar
- Investigador titular (Dr. Camarillo Nava Víctor Manuel) asesor principal sobre el desarrollo y realización del estudio de investigación
- Asesor de tesis (Dr. Ricardo Mejía Jiménez) quien asesorara en el desarrollo del protocolo y seguimiento en la plataforma SIRELCIS.

RECURSOS MATERIALES Y FINANCIEROS

Presupuesto			
Especificación	Costo unitario	Cantidad	Costo total
Computadora portátil	\$13,888	1	\$13,888
hojas blancas	\$87	45	\$4000
Impresiones	\$0.30	9200	\$2760
Plumas	\$35	3 paquetes	\$105
Tabla de apoyo	\$0	1	\$0
Engrapadora	\$0	1	\$0
Grapas	\$77	3 paquetes	\$231
Total			\$20,981

Este estudio no es financiado por terceros, los gastos requeridos serán solventados por los investigadores.

RECURSOS FÍSICOS

Aula de enseñanza de la unidad

FACTIBILIDAD

Este estudio es factible de realizar ya que no es financiado por terceros, se cuenta con el material necesario y se puede recolectar la muestra en el tiempo estipulado.

CRONOGRAMA DE TRABAJO

“Funcionalidad familiar en adultos mayores con farmacodependencia a benzodiacepinas de 65 a 75 años de edad de la unidad de medicina familiar 41”

	2020				2021				2022			
	MRZ- MAY	JUN- AGO	SEP- NOV	DIC- FEB	MRZ- MAY	JUN- AGO	SEP- NOV	DIC- FEB	MRZ- MAY	JUN- AGO	SEP- NOV	DIC- FEB
Título	R											
Planeación del proyecto	R	R	R									
Búsqueda bibliográfica		R	R	R								
Marco teórico				R								
Proyecto de investigación				R	R	R						
Aprobación del proyecto de investigación por el comité de ética y comité de investigación								R				
Recolección de datos								R	R			
Análisis de los datos									R	R		
Elaboración del informes final										R	R	
Divulgación científica										R	R	R

Realizo: Dra. Mónica Paola Sánchez Ramírez (Residente de Medicina Familiar)

P: Programado.

R: Realizado.

RESULTADOS

Sociodemográficos

Participaron 270 sujetos que cumplieron los criterios de inclusión al estudio. El 60% de la muestra fueron mujeres (162 casos). La edad promedio fue de 69 años (± 3.3) con rango de 10 años (min 65 años y máximo 75). La ocupación más frecuente fue la de pensionado con el 43% de los casos (117 participantes). El estado civil más frecuente fue casado representando al 78.8% de los participantes, los demás datos sociodemográficos se encuentran de manera detallada en la tabla I.

Tabla 1. Datos sociodemográficos de los adultos mayores encuestados.

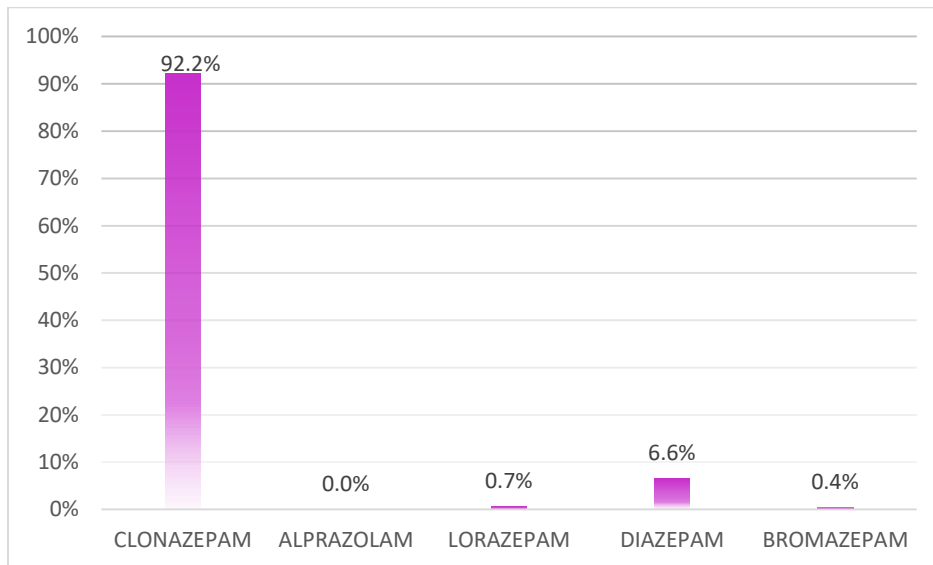
Variable	\bar{X}	DE
Edad	69.4	3.3
	n	%
Sexo		
Hombre	108	40
Mujer	162	60
Ocupación		
Obrero	9	3.3
Profesionista	17	6.3
Comerciante	12	4.4
Hogar	83	30.7
Empleado	32	11.9
Pensionado	117	43.3
Estado Civil		
Soltero	11	4.07
Casado	213	78.8
Viudo	39	14.4
Unión Libre	0	0
Divorciado	7	2.59

n=Frecuencia. %= Porcentaje. \bar{X} = Frecuencia. DE= Desviación estándar

Benzodiacepinas utilizadas en sujetos de estudio

Dentro de los fármacos que son utilizados por los pacientes adscritos a la unidad encontramos que el más utilizado es el clonazepam con un porcentaje del 92.2% (249 participantes).

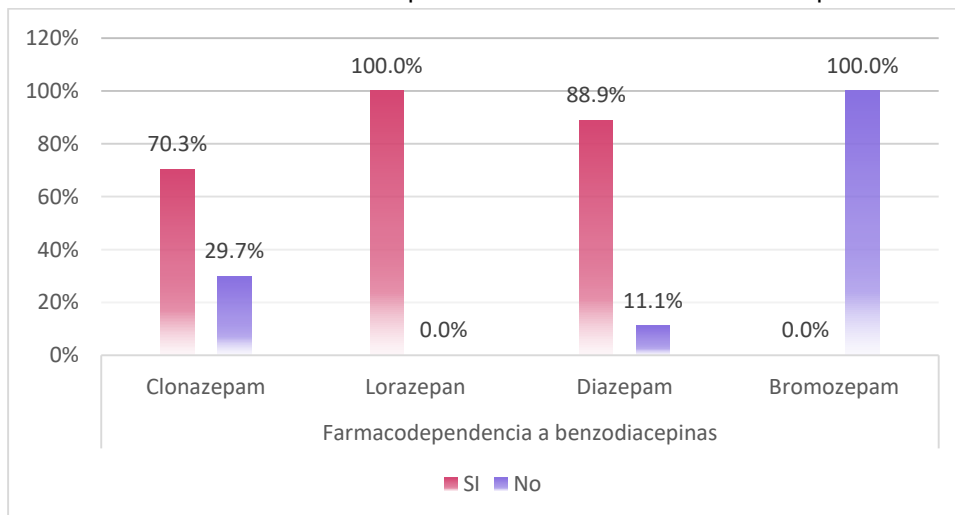
Gráfica 1. Benzodiacepinas usadas por los sujetos de estudio.



Farmacodependencia a las benzodiacepinas en sujetos de estudio

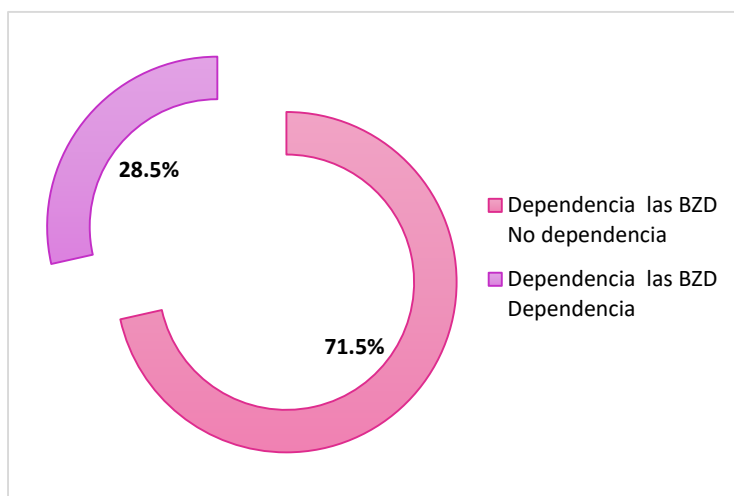
En cuando a la farmacodependencia se observó que todos los consumidores de lorazepam presentaron farmacodependencia contrastando con los resultados de los consumidores de bromozepam de los cuales ninguno presento dependencia al fármaco. La dependencia a las demás benzodiacepinas se puede observar en la gráfica 2.

Gráfica 2. Frecuencia de Farmacodependencia acorde a la Benzodiacepina consumida.

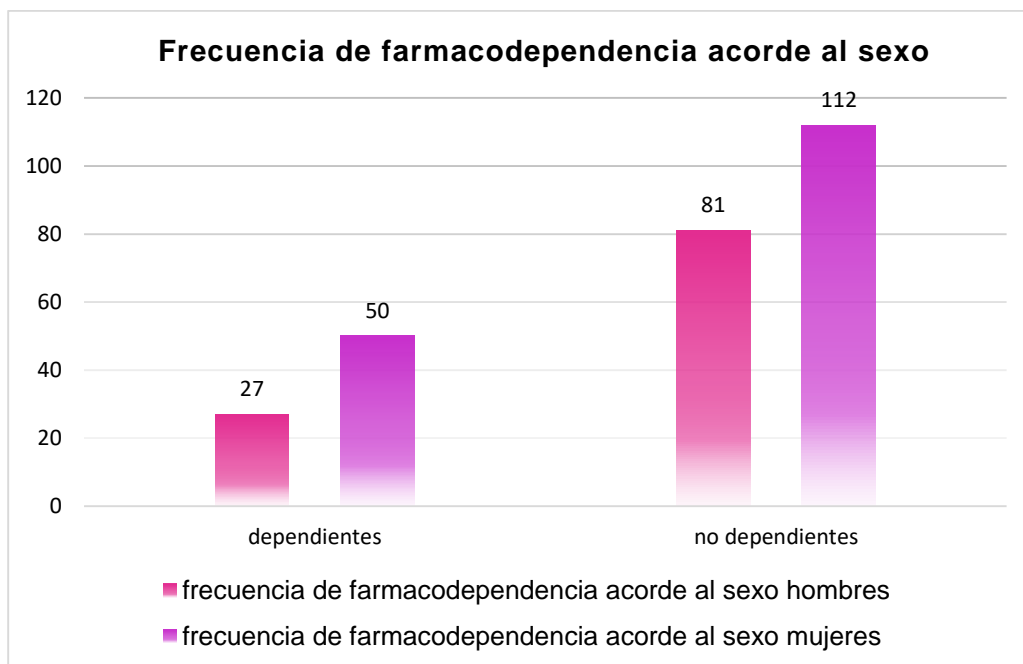


Se observó que solo el 28.5% (77 sujetos) de los participantes presentaron dependencia a las benzodiazepinas. La farmacodependencia se presentó de manera más frecuente en los sujetos femenino representando el 18% del total de los sujetos participantes, y el 10.5% fueron hombres. No se observaron diferencias estadísticamente significativas por sexo y dependencia las BZD ($p=0.296$).

Gráfica 3. Frecuencia de farmacodependencia en los sujetos de estudio



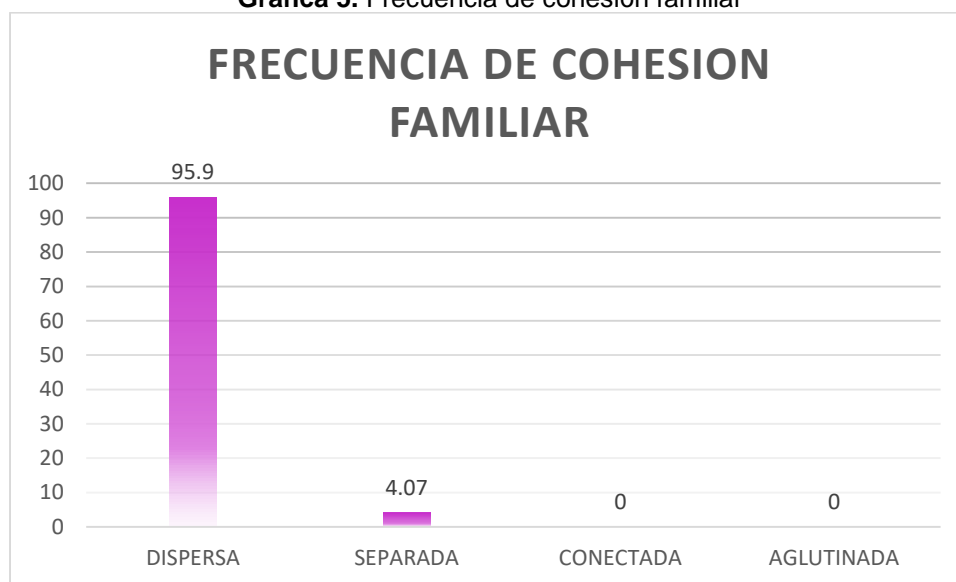
Gráfica 4. Farmacodependencia acorde al sexo de los participantes



Cohesión familiar

Respecto a la cohesión familiar, la cual se subdivide en 4 categorías, podemos observar que la mayoría de los pacientes tienen una cohesión dispersa representada por el 95.9% (259 participantes) seguida de familias separadas con el 4.07% (11 participantes), no se encontraron familias conectadas o aglutinadas.

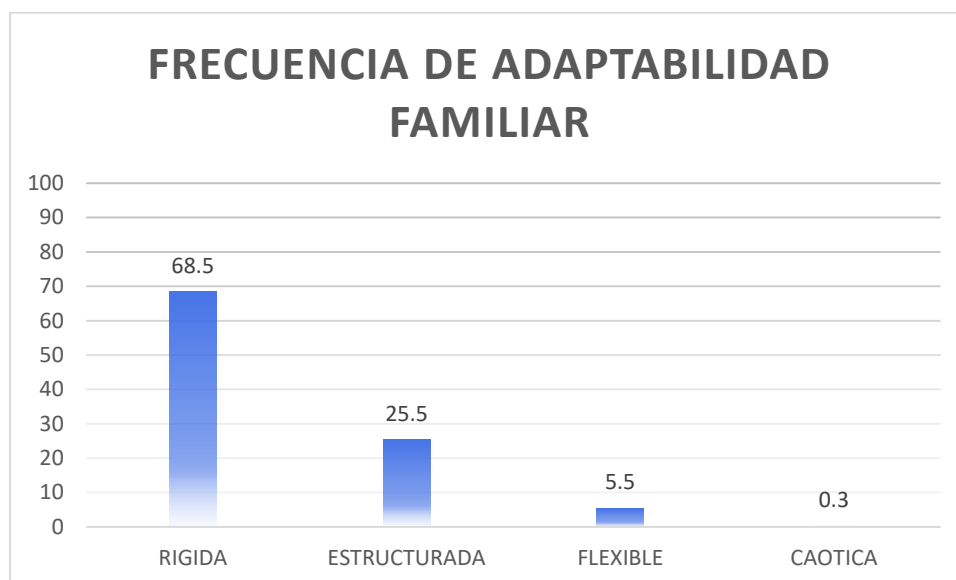
Grafica 5. Frecuencia de cohesión familiar



Adaptabilidad familiar

Se encontró que el tipo de adaptabilidad familiar más frecuente fue "rígida" con el 68.9% (185 participantes), seguido de las familias "estructuradas" con el 25.5% (69 participantes), las otras categorías se pueden ver en la gráfica 6.

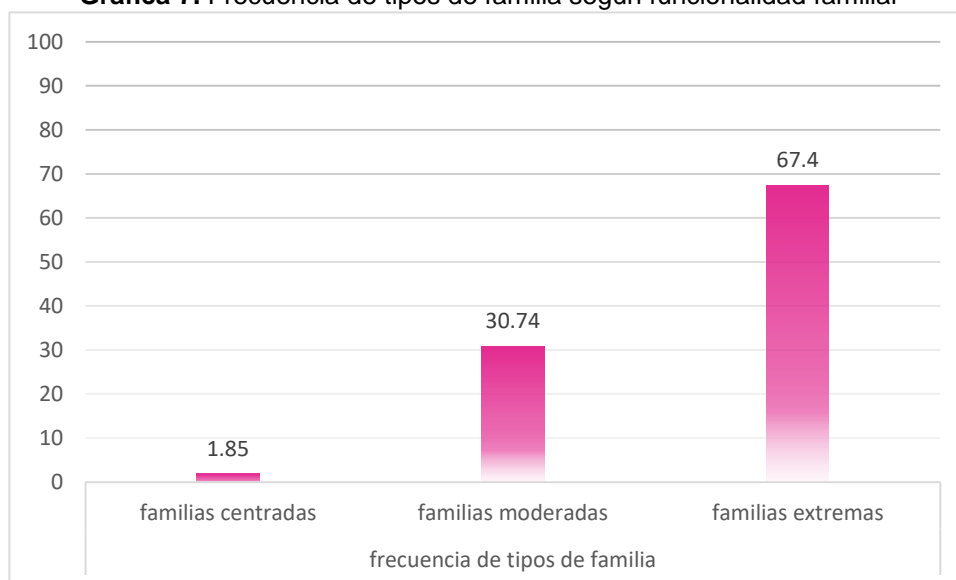
Grafica 6. Adaptabilidad familiar



Frecuencia de tipo de familia según funcionalidad familiar

La mayoría de las familias participantes en el estudio, pertenecen a familias “*extremas*” 67.4% (182 participantes), en segundo lugar encontramos a las familias moderadas con el 30.74% (83 participantes).

Grafica 7. Frecuencia de tipos de familia según funcionalidad familiar



Por subcategorías; según el modelo circunflejo de Olson, la “*Rígida desligada*” fue la más frecuente de todas con el 67.3% del total de la muestra. Este tipo de familia se refiere a que no cambian de roles y no son flexibles a los cambios que se presentan. La segunda más frecuente fue “*estructurada desligada*” perteneciente a la categoría de *familias moderadas*. Todas las categorías y subcategorías de los tipos de familia se pueden observar en la tabla 2.

Tabla 2. Frecuencia por subcategorías de tipo de familia según modelo circunplejo de Olson.

Variable	n	%	total
Familias centradas			
Flexible separada	2	0.7	
Flexible unida	0	0	
Estructurada separada	3	1.1	
Estructurada unida	0	0	5
Familias moderadas			
Caóticas separada	2	0.7	
Caótica unida	0	0	
Flexible aglutinada	0	0	
Estructurada aglutinada	0	0	
Rígida unida	0	0	
Rígida separada	4	0	
Estructurada desligada	66	24.4	
Flexible desligada	11	4.07	83
Familias extremas			
Caótica desligada	1	0.3	
Caótica aglutinada	0	0	
Rígida desligada	181	67.03	
Rígida aglutinada	0	0	182

Análisis Bivariado

Al relacionar las características sociodemográficas con la dependiente encontramos que solo el estado civil tuvo relación estadísticamente significativa con la farmacodependencia a benzodiazepinas teniendo un valor de $p= 0.049$.

Tabla 3. Tablas de contingencia de características sociodemográficas vs dependencia a benzodiazepinas

Variable	Dimensión	Farmacodependencia a benzodiazepinas		*p
		SI n (%)	NO n (%)	
SEXO	Masculino	81 (75.0%)	27 (25.0%)	0.296
	Femenino	112 (69.1%)	50 (30.9%)	
OCUPACION	Obrero	5 (55.6%)	4 (44.4%)	0.000
	Profesionista	12 (70.6%)	5 (29.4%)	
	Comerciante	10 (83.3%)	2 (16.7%)	
	Hogar	47 (56.6%)	36 (43.4%)	
	Empleado	19 (59.4%)	13 (40.6%)	
	Pensionado	100 (85.5%)	17 (14.5%)	
ESTADO CIVIL	Soltero(a)	4 (36.4%)	7 (63.6%)	0.049
	Casado(a)	156 (73.2%)	57 (26.8%)	
	Divorciado(a)	4 (57.1%)	3 (42.9%)	
	Viudo(a)	29 (74.4%)	10 (25.6%)	
TOTAL	270 (100%)	193 (71.5%)	77 (28.5%)	

*p: Significancia estadística de la prueba χ^2 de Pearson, solo tienen efecto aquellos factores con una $p < 0.05$

El tipo de benzodiazepinas que toman los pacientes (Tabla 4) no presentó efectos significativos ($p= 0.104$) sobre la farmacodependencia observada. Lo que implica que el tomar ya sea Clonazepam, Lorazepam, Diazepam o Bromozepam, no es determinante de que se pueda desarrollar farmacodependencia.

Tabla 4. Tablas de contingencia del tipo de benzodiazepinas consumida vs dependencia a benzodiazepinas

FACTOR	DIMENSIÓN	Farmacodependencia a benzodiazepinas		*p
		SI	No	
BENZODIAZEPINA	Clonazepam	175 (70.3%)	74 (29.7%)	0.104
	Lorazepam	2 (100.0%)	0 (0.0%)	
	Diazepam	16 (88.9%)	2 (11.1%)	
	Bromozepam	0 (0.0%)	1 (100.0%)	
TOTAL	270 (100%)	8 (72.7%)	3 (27.3)	

*p: Significancia estadística de la prueba χ^2 de Pearson, solo tienen efecto aquellos factores con una $p < 0.05$

El uso de benzodiazepinas por 49.23 ± 41.11 meses en promedio favorece el desarrollo de la farmacodependencia ($p = 0.001$, IC 95%) con un intervalo de confianza entre los 39.90 meses y los 58.57 meses. Por otra parte, tener una edad promedio de 68.42 ± 3.25 años ($p = 0.025$, IC 95%) también favorece el desarrollo de la farmacodependencia.

Tabla 5. Tabla de prueba T de medias de la edad de los pacientes y el tiempo de usos de benzodiazepinas.

FACTOR	Farmacodependencia a benzodiazepinas		*p
	SI	NO	
PROMEDIO DE EDAD	68.42 ± 3.25	69.82 ± 3.25	0.001
TIEMPO PROMEDIO DE USO DE BENZODIAZEPINAS (MESES)	49.23 ± 41.114	38.97 ± 30.453	0.025

*p: Significancia estadística de la prueba de medias t de Student. Solo tienen efecto aquellos factores con una $p < 0.05$

La funcionalidad familiar (Tabla 6) en ninguno de sus niveles, no presentó efecto significativo ($p= 0.509$) sobre la farmacodependencia. Lo que implica el presentar la percepción de tener una familia centrada, familia moderada o familia extrema no será determinante en que se tenga farmacodependencia.

Tabla 6. Tablas de contingencia de datos Funcionalidad familiar vs dependencia a benzodiazepinas

FACTOR	DIMENSIÓN	Farmacodependencia a benzodiazepinas		*p
		NO	SI	
TIPO DE FAMILIA	Centrada	4 (80.0%)	1 (20.0%)	0.509
	Moderada	61 (73.5%)	22 (26.5%)	
	Extrema	128 (70.3%)	54 (29.7%)	
TOTAL	270 (100%)	193 (71.5%)	77 (28.5%)	

*p: Significancia estadística de la prueba χ^2 de Pearson, solo tienen efecto aquellos factores con una $p < 0.05$

Se realizó también la prueba de χ^2 de Pearson acorde a cada subcategoría de los tipos de familia según el modelo circunplejo de Olson, de igual manera no se encuentra relación significativa para ninguna de las 16 opciones.

Tabla 7. Tablas de contingencia de datos Funcionalidad familiar vs dependencia a benzodiazepinas

FACTOR	DIMENSIÓN	Farmacodependencia a benzodiazepinas		*p
		NO	SI	
FAMILIAS CENTRADAS	No caen en la clasificación	189 (71.3%)	76 (28.7%)	0.438
	Flexible separada	1 (50.0%)	1 (50.0%)	
	Estructurada separada	3 (100%)	0 (0.0%)	
FAMILIAS MODERADAS	No caen en la clasificación	132 (70.6%)	55 (29.4%)	0.131
	Caótica separada	0 (0.0%)	2 (100.0%)	
	Rígida separada	2 (50.0%)	2 (50.0%)	
	Estructurada desligada	51 (77.3%)	15 (22.7%)	
	Flexible desligada	8 (72.7%)	3 (27.3)	
FAMILIAS EXTREMAS	No caen en la clasificación	65 (79.3%)	23 (29.4%)	0.671
	Caótica desligada	0 (0.0%)	2 (100.0%)	
	Rígida desligada a)	127 (70.2%)	54 (29.8%)	
TOTAL	270 (100%)	8 (72.7%)	3 (27.3)	

*p: Significancia estadística de la prueba χ^2 de Pearson, solo tienen efecto aquellos factores con una $p < 0.05$

En la siguiente tabla de contingencia agrupadas de la prueba de χ^2 de Pearson donde se contrastan el sexo, ocupación y estado civil, para ver si alguno de ellos resultaba determinante en el grado de vinculación emocional que tienen los miembros de los sistemas familiares entre sí y grado de autonomía individual que puede experimentar una persona dentro de la familia. La ocupación y el estado civil no son determinantes ($p= 0.056$) de percibir una cohesión dispersa o separada. No obstante, el género presentan un efecto positivo en el tipo de cohesión, siendo más prevalente la cohesión dispersa tanto en hombres como en mujeres, con un 99.1 % y un 93.8 % respectivamente, tabla 8.

Tabla 8. Tablas de contingencia del grado de Cohesión vs datos características sociodemográficas de pacientes que consumen benzodiazepinas

FACTOR	DIMENSIÓN	COHESION		*p
		DISPERSA	SEPARADA	
SEXO	Masculino	107 (99.1%)	1 (0.9%)	0.033
	Femenino	152 (93.8%)	10 (6.2%)	
OCUPACION	Obrero	9 (100.0%)	0 (0.0%)	0.056
	Profesionista	16 (94.1%)	1 (5.9%)	
	Comerciante	12 (100.0%)	0 (0.0%)	
	Hogar	75 (90.4%)	8 (9.6%)	
	Empleado	31 (96.9%)	1 (3.1%)	
	Pensionado	116 (99.1%)	1 (0.9%)	
	TOTAL	270 (100%)	259 (95.9%)	
ESTADO CIVIL	Soltero(a)	10 (90.9%)	1 (9.1%)	0.742
	Casado(a)	204 (95.8%)	9 (4.2%)	
	Divorciado(a)	7 (100.0%)	0 (0.0%)	
	Viudo(a)	38 (97.4%)	1 (2.6%)	

*p: Significancia estadística de la prueba χ^2 de Pearson, solo tienen efecto aquellos factores con una $p < 0.05$

Para identificar el grado de habilidad de un sistema familiar para cambiar su estructura de poder, sus papeles y sus reglas de relaciones en respuesta al estrés situacional o de desarrollo con las características sociales y demográficas, se contrastó el sexo, ocupación y estado civil con la adaptabilidad. En la tabla 9 se

presentan los datos agrupados utilizando la prueba de χ^2 de Pearson, encontramos que el sexo y la ocupación no presentaron relación estadística significativa. Sin embargo, el estado civil si mostró una relación positiva con los diferentes niveles, siendo la adaptabilidad rígida la más prevalente en todos los casos con 68.5%.

Tabla 9. Tablas de contingencia del grado de Adaptabilidad vs datos características sociodemográficas de pacientes que consumen benzodiazepinas

FACTOR	DIMENSIÓN	ADAPTABILIDAD				*p
		RIGIDA	ESTRUCTURADA	FLEXIBLE	CAOTICA	
SEXO	Masculino	72 (66.7%)	31 (28.7%)	5 (4.6%)	0 (0.0%)	0.630
	Femenino	113 (69.8%)	38 (23.5%)	10 (6.2%)	1 (0.6%)	
OCUPACION	Obrero	6 (66.7%)	2 (22.2%)	1 (11.1%)	0 (0.0%)	0.675
	Profesionista	12 (70.6%)	2 (11.8%)	3 (17.6%)	0 (0.0%)	
	Comerciante	8 (66.7%)	4 (33.3%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	
	Hogar	61 (73.5%)	17 (20.5%)	5 (6.0%)	0 (0.0%)	
	Empleado	23 (71.9%)	8 (25.0%)	1 (3.1%)	0 (0.0%)	
	Pensionado	75 (64.1%)	36 (30.8%)	5 (4.3%)	1 (0.9%)	
	Soltero(a)	9 (81.8%)	0 (0.0%)	2 (18.2%)	0 (0.0%)	
ESTADO CIVIL	Casado(a)	136 (63.8%)	66 (31.0%)	10 (4.7%)	1 (0.5%)	0.020
	Divorciado(a)	6 (85.7%)	1 (14.3%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	
	Viudo(a)	34 (87.2%)	2 (5.1%)	3 (7.7%)	0 (0.0%)	
TOTAL	270 (100%)	185 (68.5%)	69 (25.6%)	15 (5.6%)	1 (0.4%)	

*p: Significancia estadística de la prueba χ^2 de Pearson, solo tienen efecto aquellos factores con una $p < 0.05$

Conclusiones

Participaron 270 sujetos que cumplieron los criterios de inclusión al estudio. El 60% de la muestra fueron mujeres (162 casos). La edad promedio fue de 69 años. La ocupación más frecuente fue la de pensionado con el 43% de los casos (117 participantes). El estado civil más frecuente fue casado representando al 78.8% de los participantes. Dentro de los fármacos que son utilizados por los pacientes el más utilizado es el clonazepam con un porcentaje del 92.2%. Solo el 28.5% (77 sujetos) de los participantes presentaron dependencia a las benzodiazepinas. La farmacodependencia se presentó con mayor frecuencia en sujetos femenino. No se observaron diferencias estadísticamente significativas por sexo y dependencia las BZD ($p=0.296$). La mayoría de las familias participantes en el estudio, pertenecen a familias “*extremas*” 67.4% (182 participantes). Por subcategorías las familias “*Rígida desligada*” fue la más frecuente de todas con el 67.3%. Solo el estado civil tuvo relación estadísticamente significativa con la farmacodependencia a benzodiazepinas teniendo un valor de $p= 0.049$. El tipo de benzodiazepinas que toman los pacientes no presentó efectos significativos ($p= 0.104$) sobre la farmacodependencia. El uso de benzodiazepinas por 49 meses en promedio favorece el desarrollo de la farmacodependencia. Tener una edad promedio de 68 años también favorece el desarrollo de la farmacodependencia. La funcionalidad familiar en ninguno de sus niveles, no presentó efecto significativo ($p= 0.509$) sobre la farmacodependencia. Lo que implica el presentar la percepción de tener una familia centrada, familia moderada o familia extrema no será determinante en que se tenga farmacodependencia.

Discusión

Si bien no hay muchos datos reportados sobre características sociodemográficas de adultos mayores que presentan farmacodependencia a las benzodiazepinas, el uso de estas en este grupo etario es muy grande, existen reportes desde hace más de 10 años sobre el tema. En el 2008 Mendonca y colaboradores, reportaron un estudio de 1606 sujetos, mayores de 60 años, con una prevalencia de uso del 21.7%, siendo más prevalente en mujeres que en hombres.⁶¹

En el presente estudio no se encontró que el género fuera una determinante en la farmacodependencia a las benzodiazepinas, pero es más prevalente su uso en mujeres (60%) como lo reportado por Mendoca. En otro estudio llevado a cabo en la Unidad de Medicina Familiar No. 27 del IMSS, en 322 pacientes que tomaban benzodiazepinas el 67.1 % fueron mujeres y el 32.9% hombres, así también las mayores prevalencias se presentaron en pensionados (29.2%) y gente que se dedica al Hogar (46.6%).⁶²⁻⁶³

En este estudio se encontró que el Hogar fue 30.7%, mientras que los pensionados fueron el 43.3%. Conforme al tipo de benzodiazepinas, el clonazepam presenta la mayor prevalencia de uso (91.3%), lo cual es consistente con el presente estudio. Otro estudio más reciente en la Unidad de Medicina Familiar No. 47 del IMSS, la mayor prevalencia sigue siendo en mujeres (54.7%), así como en casados (48%) seguido por los viudos (20%); en este estudio fue de 78.9% en casados y 14.4% en viudos.⁶⁴

Los principales efectos conductuales y psicoactivos de las benzodiazepinas incluyen efectos anticonvulsivos, sedantes, relajantes musculares y ansiolíticos. Se prescriben con relativa facilidad y se consideran un tratamiento de primera línea para muchos trastornos psiquiátricos comunes, como la ansiedad, el trastorno obsesivo-compulsivo, las convulsiones y una serie de trastornos del sueño.⁶⁵

Con anterioridad se ha observado que, en los ingresos hospitalarios asociados a medicamentos entre pacientes mayores, hasta el 10% puede deberse a las benzodiazepinas. Los pacientes dependientes de las benzodiazepinas, que usan benzodiazepinas durante un período prolongado y las usan con más frecuencia, pueden experimentar reacciones adversas a los medicamentos en mayor medida.⁶⁶

Para el caso de este estudio se encontró estadísticamente significativo que el uso de al menos un tipo de benzodiazepinas (de manera indistinta) por un periodo entre los 39.90 y 58.57 meses genera farmacodependencia. El tiempo de consumo se ha observado que es determinante en la dependencia a las benzodiazepinas en adultos mayores. Yoldi y colaboradores en el 2020 reportaron que pacientes con depresión tenían 1.01 más veces riesgo de generar dependencia y 1.005 más veces riesgo en personas con ansiedad, cuando se mantenía un uso prolongado.⁶⁷

Conforme a la edad donde prevalece la farmacodependencia, Verdaguer y colaboradores encontraron que entre los 69.87 y los 72.41 años se presentaba la mayor dependencia, mientras que en este estudio fue entre los 69.36 y los 70.29 años.⁶⁸

Se sabe poco sobre el uso indebido de benzodiazepinas en adultos mayores, a pesar de las altas tasas de prescripción en este grupo.⁶⁹⁻⁷⁰

Las tasas de uso indebido de tranquilizantes y sedantes son más bajas en adultos mayores de 50 años, en comparación con los grupos de edad más jóvenes, y son más bajas que las tasas de uso indebido de opioides recetados en esta edad, no obstante, la prevalencia de farmacodependencia en pacientes adultos mayores que asisten a consulta externa en la UMF N° 41 fue de 71.5%.⁷¹

Lo cual concuerda con lo observado por Votaw y colaboradores, de que la dependencia de las benzodiazepinas parece ser más comunes entre los adultos mayores con receta o que reciben tratamiento en entornos psiquiátricos (Votaw,

Geyer, Rieselbach, & McHugh, 2019), así como Minaya y colaboradores donde un 69.2% de los pacientes incluidos en su estudio presentaron dependencia.⁷²

De éstos, 33.3% (n=13) presentaron una dependencia leve, 33.3% (n=13), una dependencia moderada y 2.6% (n=1), una dependencia grave.⁷³

Conforme al tipo de benzodiazepinas prevalente en poblaciones mayores de 60 años, las de mayor uso son las de vida media larga. Entre los usuarios de benzodiazepinas, la droga más frecuentemente utilizada es el Diazepam, siendo la primera de elección con prevalencias que van entre el 77.8% y 22.5% dependiendo del estudio. Otras benzodiazepinas frecuentemente utilizadas fueron el Clonazepam y el Lorazepam. La primera se encontró con frecuencias de uso de 68% al 12.6%. La segunda se utilizó con frecuencias de 7.8% al 14.9%.⁷⁴

No obstante, en la población estudiada el Clonazepam fue la primera en uso seguido del Diazepam, seguido del Lorazepam y por último el Bromazepam. Por otra parte, Minaya y colaboradores encontraron que en adultos mayores el 56.4% usaban Clonazepam, seguidos por 25.6% con Lorazepam, 7.7% con alprazolam y bromazepam, respectivamente.⁷⁵

La influencia del tipo de familia en la farmacodependencia a las benzodiazepinas en adultos mayores no es ampliamente documentada para adultos mayores. Existen varios reportes que hacen suponer que un mejor funcionamiento familiar percibido se relaciona con menores niveles de farmacodependencia. No obstante, se ha observado que en algunas poblaciones esto no sucede así; Ruiz en el 2019 reportó que el nivel promedio de dependencia es mayor en aquellos casos que presentan un funcionamiento familiar balanceado, en una población con una edad promedio de 58 años, con una distribución de edades de 46-65 años (73.7%) y 66-85 años (26.3%) de edad, que consumían preferentemente Clonazepam (87.5%), Alprazolam (8.3%) o Diazepam (4.2%). En este estudio el tener una familia centrada, moderada o extrema no fue determinante para la presencia o ausencia de la farmacodependencia observada.⁷⁶

En la forma que los encuestados perciben a su familia se encontró que prevalece la adaptabilidad rígida con un 68.5%, seguido de una adaptabilidad estructurada del 25.6%, la cual se ve estadísticamente influida solamente por el estado civil ($p = 0.033$, IC 95%), donde el estar casado es el determinante de este tipo de la rigidez. La cohesión es prevalentemente dispersa, siendo el sexo masculino el determinante ($p = 0.033$, IC 95%) de este tipo de cohesión. Cuando se contrastaron la adaptabilidad y la cohesión familiar, con la farmacodependencia observada (ver anexos), no hubo significancia estadística que determinara que la adaptabilidad ($p = 0.361$, $p > 0.05$) o la cohesión ($p = 0.204$, $p > 0.05$) fueron determinantes para la presencia o ausencia de farmacodependencia a las benzodiazepinas en adultos mayores. Lo cual implica que la forma en que los pacientes encuestados perciben el vínculo emocional que han desarrollado los miembros de su familia que determina el grado en que los miembros de su familia están separados o conectados a ella. La forma en que observan los lazos emocionales, los límites, las coaliciones, el espacio y tiempo, la toma de decisiones y los intereses comunes y recreacionales no explica que puedan desarrollar o no adicción a alguna benzodiazepinas. Lo mismo sucedió con la forma en que perciben la habilidad que presenta su familia para cambiar las relaciones o estructuras de poder, los roles y reglas en función de las situaciones con el fin de mantener la estabilidad familiar. Como ven que se presenta en su familia el asertividad, el control y disciplina, la estructura de poder, los estilos de negociación, las relaciones de los roles, las reglas de las relaciones y la retroalimentación, tampoco explica la adicción a benzodiazepinas que se encontró en este estudio.

Propuestas

1. Se sugiere a residentes adscritos a la unidad de futuras generaciones realizar estudios comparativos para profundizar sobre el tema y así poder corroborar o encontrar alguna otra variable que si tenga relación con desarrollo de dependencia en los adultos mayores.
2. Que los médicos adscritos a la unidad procuren no prescribir Benzodiazepinas a mayores de 65 años por un periodo mayor de 48 meses continuos, a menos que sea absolutamente necesario para el paciente.
3. Dar capacitación a los residentes de los 3 grados sobre el correcto uso y discontinuo de las Benzodiazepinas en el adulto mayor.
4. Dar pláticas a los pacientes por parte de los médicos de pregrado en su tiempo de espera sobre efectos adversos de las Benzodiazepinas.
5. Realizar con cierto periodo de tiempo establecido el Cuestionario de detección de dependencia a Benzodiazepinas a pacientes mayores de 65 años.
6. Realizar envió al servicio de Psiquiatría solicitando valoración a aquellos pacientes que presenten farmacodependencia a las Benzodiazepinas.
7. Tratar de identificar en la consulta de Medicina Familiar en qué tipo de familia se encuentran los pacientes mayores de edad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Las definiciones de los términos “farmacodependencia” y “fiscalización de drogas”, Organización Mundial de la Salud, 1969
2. Oficina de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito, Informe Mundial sobre las Drogas 2019, Viena, 2019
3. Comisión Nacional Contra las Adicciones, Informe sobre la situación del consumo de drogas en México y su atención Integral, México, Última actualización 2021
4. Wick, J., The History of Benzodiazepines. The Consultant Pharmacist, 28(9), 538–548, 2013
5. Wick, J., The History of Benzodiazepines. The Consultant Pharmacist, 28(9), 538–548, 2013
6. Plá A., García A., González H., Ferrari C., Melania, Olmedo M., Rodriguez J., Castellano L., Demassi P., Faustina, Furtado F., Couture E. “Consumo de benzodiacepinas y otros psicofármacos en territorio nacional”. Ministerio de Salud. 2017
7. Goodman y Gilman Las bases farmacológicas de la terapéutica 13va ed. Capítulo 19 Hipnóticos y sedantes, 1996
8. Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD), Organización de los Estados Americanos (OEA), Informe sobre el Consumo de Drogas en las Américas 2019, Washington, D.C., 2019
9. Dirección de Farmacia. Departamento de Salud del Gobierno Vasco. Datos del Servicio de Prestaciones Farmacéuticas. Periodo de evaluación del Contrato Programa. 2015
10. Sharma R, et al., clonazepam tops the list of potentially inappropriate psychotropic PIP medications in older adults with psychiatric illness: A cross – sectional study based on Beers criteria 2019 vs STOPP criteria 2015, Asian Journal of Psychiatry, 2021

11. Gómez S., et. al. Uso de benzodicepinas en adultos mayores en América latina, revista médica de chile, 2017, 145: 351 - 359
12. Minaya O, Ugalde O, Fresan A. Uso inapropiado de fármacos de prescripción: dependencia a benzodiazepinas en adultos mayores; 32: 405-11 Salud Mental 2009
13. Acosta M, et al, caracterización de la prescripción de ansiolíticos en adultos mayores institucionalizados en un hogar de ancianos, chile, 2020
14. Dokkedal V., Berro L., Fernandes J., et. al., Clonazepam: indication, side effects, and Potential for Nonmedical Use, Harvard Review of Psychiatry 2019
15. Votaw V., Geyer R., Maya M McHugh R., The epidemiology of benzodiazepine misuse: A systematic review, Drug Alcohol Depend, 2020
16. Zurro A., Cano J., Atención Primaria: Problemas de Salud en la consulta de medicina familiar. séptima edición. Editorial Elsevier España, 2014
17. Prevención, detección y consejería en adicciones para adolescentes y adultos en el primer nivel de atención. México, Secretaria de Salud. Marzo, 2015
18. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders IV, American Psychiatric Association, 4ta Edición, 1994
19. Food and Drugs Administration, la FDA exige un recuadro de advertencia actualizado para mejorar el uso seguro de los medicamentos de la clase de las benzodicepinas, 2020
20. Baza M., De Velasco E., Fernández J., Gorroñoigoitia A., Benzocarta: intervención mínima para la desprescripción de benzodicepinas en pacientes con insomnio, Gaceta Sanitaria 34(6): 539 – 545, 2020
21. Gutiérrez A., Consumo de drogas en solicitantes de tratamiento en centros de integración juvenil, drogas ilícitas primer semestre 2020, Informe de Investigación, Centro de Integración Juvenil A.C., 2020
22. Minaya O., Fresan A., Cortes – Lopez J., Nanni R., Ugalde O., The Benzodiazepine Dependence Questionnaire (BDEPQ): Validity and reliability in Mexican psychiatric patients, Mixco, 2011

23. Mendoza A., Espino A., Cuevas D., Leal R., Hernández Q., Guía Michoacana para la Deshabitación a Benzodicepinas en los Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria, Secretaria de Salud de Michoacán y Comisión Nacional Contra las Adicciones, 2016
24. Fresán A., Minaya O., Cortes J., Ugalde O., Características demográficas y clínicas asociadas a la dependencia a benzodicepinas en pacientes psiquiátricos, Salud Mental, Vol. 34, No. 2, Marzo – abril 2011
25. Instituto Nacional de Estadística y Geografía INEGI. Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 2018. Bases de datos. SNIEG. Información de interés Nacional, 2018
26. Mehan R., Díaz R., Rol fundamental del adulto mayor en la familia extensa: crianza de los nietos, ACC Cietna Para el cuidado de la salud, Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo, Peru, 2018.
27. Instituto Nacional de las Mujeres, Situación de las personas Adultas mayores en México, Cuadernillos temáticos, Centro de Documentación, México, 2018.
28. O'Brien CP. Benzodiazepine use, abuse and dependence. J Clin Psychiatry 2005; 66 (suppl 2): 28-33
29. Domínguez V., et al. Uso racional de benzodicepinas: hacia una mejor prescripción, revista uruguaya de medicina interna, 2016
30. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, Plan de Acción sobre Acciones 2018-2020, Secretaria General Técnica, Centro de Publicaciones Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, España 2020
31. Las definiciones de los términos "farmacodependencia" y "fiscalización de drogas", Organización Mundial de la Salud, 1969
32. Gutierrez, R., Diaz, K. Y. y Roman, R. P. El concepto de familia en México: una revisión desde la mirada antropológica y demográfica. Ciencia ergo-sum, 23(3), 219-228.
33. Riveros J., Villaci D., et al., Entorno Familiar del Adulto Mayor desde la perspectiva de las familias, Universidad de los Llanos, Villavicencio, Colombia, 2016

34. Velis L., Pérez D., Garay G., Funcionalidad Familiar y maltrato a los adultos mayores. Sector Duran, Fundación NURTAC, Enero – marzo 2020
35. Olson D, Russell C, dSprenkle D. Circumplex model: systemic assessment and treatment of families. 1era Ed. EE.UU. Editorial Routledge; 1989
36. Huerta J, Medicina familiar. La familia en el proceso salud-enfermedad, Editorial Alfil, México 2005
37. Irigoyen CA., Nuevos Fundamentos de la Medicina Familiar, Editorial Medicina Familiar Mexicana, 2004
38. Olson DH., Circumplex model of marital an family systems: VI. Theoretical update. Family Process 1983
39. olson DH., Circumplex model of marital an family systems: VI. Theoretical update. Family Process 1983; 22: n69-83.
40. Olson DH. Tipos de familia, estrés familiar y satisfacción con la familia: una perspectiva del desarrollo familiar. En: Falicov CJ (compiladora), Transiciones de la Familia: continuidad y cambio en el ciclo de vida. Buenos Aires: Amorrortu editores, 1991. pp. 99-129
41. Olson DH, Sprenkle DH, Russell C. Circumplex model of marital and family systems I: Cohesion and adaptability dimensions, family types and clinical applications. Family Process 1979; 14: 1-35
42. Olson DH. Tipos de familia, estrés familiar y satisfacción con la familia: una perspectiva del desarrollo familiar. En: Falicov CJ (compiladora), Transiciones de la Familia: continuidad y cambio en el ciclo de vida. Buenos Aires: Amorrortu editores, 1991. pp. 99-129
43. Olson DH, Sprenkle DH, Russell C. Circumplex model of marital and family systems I: Cohesion and adaptability dimensions, family types and clinical applications. Family Process 1979; 14: 1-35
44. Olson DH. Tipos de familia, estrés familiar y satisfacción con la familia: una perspectiva del desarrollo familiar. En: Falicov CJ (compiladora),

Transiciones de la Familia: continuidad y cambio en el ciclo de vida. Buenos Aires: Amorrortu editores, 1991. pp. 99-129

45. Olson DH, Portner J, Lavee Y. Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales (FACES III III). Minnesota: University of Minnesota; 1985. 2. Olson DH. Commentary: Three-dimensional (3-D) circumplex model and revised scoring of FACES III III. *Fam process*. 1991;30(1):74-9. doi:10.1111/j.1545-5300.1991.00074.
46. Olson DH, Portner J, Lavee Y. Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales (FACES III III). Minnesota: University of Minnesota; 1985. 2.
47. Olson DH. Commentary: Three-dimensional (3-D) circumplex model and revised scoring of FACES III III. *Fam process*. 1991;30(1):74-9.
48. Olson DH, Portner J, Lavee Y. Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales (FACES III III). Minnesota: University of Minnesota; 1985. 2. Olson DH. Commentary: Three-dimensional (3-D) circumplex model and revised scoring of FACES III III. *Fam process*. 1991;30(1):74-9. doi:10.1111/j.1545-5300.1991.00074.
49. Olson DH., Circumplex model of marital an family systems: VI. Theoretical update. *Family Process* 1983; 22: n69-83.
50. Ponce ER., Gómez FJ., Terán M., Irigoyen AE., y Landgrave I., Validez de constructo del cuestionario FACES III III en español (México) Atención Primaria, diciembre. 30 (10): 624-630, 2002
51. Schmidt V, Barreyro J, Maglio A. Escala de evaluación del funcionamiento familiar FACES III III: ¿Modelo de dos o tres factores? *Escritos de Psicología.*; 3 (2): 30-36 2010
52. Gutiérrez RE, Briseño CR, Robles RM, Rodríguez GL, Sandoval MM, Yáñez O. Taller de nuevas estrategias en el estudio de salud familiar. Colegio jalisciense de medicina familiar a. C. 2011
53. Mesa I., Coraisaca D., Serrano A., et. al., Funcionamiento familiar en adolescentes internos del Centro de Rehabilitación para Adictos de Cuenca,

periodo febrero-julio 2018, Revista Estudiantil CEUS, Vol. 1 No 2, Universidad Católica de Cuenca, Ecuador, 2019

54. Cirillo S., Berrini R., Cambiaso G., Mazza R. La familia del toxicodependiente. Ed. Paidós. 1999
55. Becerra M., Arteaga F., trastorno por consumo de sustancias en la vejez. Enfoque psicosocial, revista argentina de gerontología y geriatría, vol 31 (1) 313
56. Saavedra-González AG, Rangel-Torres SL, García-de León A, DuarteOrtuño A, Bello-Hernández YE, Infante-Sandoval A. Depresión y funcionalidad familiar en adultos mayores de una unidad de medicina familiar de Guayalejo, Tamaulipas, México, Atención Familiar 2016
57. Canjie, L., Lexin, Y., Weiquan, L., Ying, Z., Shengmao, P., Depression and resilience mediates the effect of family function on quality of life of the elderly, Archives of Gerontology and Geriatrics 2017 Diccionario de la lengua española, REAL ACADEMIA ESPAÑOLA, 23.^a ed., [versión 23.4 en línea]. <<https://dle.rae.es>> 30 de noviembre 2021
58. Diccionario de la lengua española, REAL ACADEMIA ESPAÑOLA, 23.^a ed., [versión 23.4 en línea]. <<https://dle.rae.es>> 30 de noviembre 2021
59. Diccionario de la lengua española, REAL ACADEMIA ESPAÑOLA, 23.^a ed., [versión 23.4 en línea]. <<https://dle.rae.es>> 30 de noviembre 2021
60. Diccionario de la lengua española, REAL ACADEMIA ESPAÑOLA, 23.^a ed., [versión 23.4 en línea]. <<https://dle.rae.es>> 30 de noviembre 2021
61. Alvarenga, J. M., Loyola Filho, A. I., Firmo, J. O., Lima-Costa, M. F., & Uchoa, E. (2008). Prevalence and sociodemographic characteristics associated with benzodiazepines use among community dwelling older adults: the Bambuí Health and Aging Study (BHAS). Brazilian Journal of Psychiatry, 30, 7-11.
62. Balon, R., Silberman, E. K., Starcevic, V., Cosci, F., Freire, R. C., Nardi, A. E., & Shader, R. (2019). Benzodiazepines, antidepressants and addiction: A plea for conceptual rigor and consistency. Journal of Psychopharmacology, 33(11), 1467-1470.
63. Flores, N. B. (2022). Grado de dependencia funcional en el adulto mayor, con y sin uso de benzodiazepinas en la Unidad de Medicina Familiar no. 47

IMSS, San Luis Potosí (Tesis de Especialidad). San Luis Potosí:
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SAN LUIS POTOSÍ

64. Gómez, S., León, T., Macuer, M., Alves, M., & Ruiz, S. (2017). Uso de benzodiazepinas en adultos mayores en América Latina. *Revista médica de Chile*, 145(3), 351-359
65. Grynopore, R. E., Mitenko, P. A., & Sitar, D. S. (1988). Drug-associated hospital admissions in older medical patients. *Journal of the American Geriatrics Society*, 36(12), 1092–1098
66. Maust, D. T., Lin, L. A., & Blow, F. C. (2019). Benzodiazepine use and misuse among adults in the United States. *Psychiatric services*, 70(2), 97-106.
67. Minaya, O., Ugalde, O., & Fresán, A. (2009). Uso inapropiado de fármacos de prescripción: dependencia a benzodiazepinas en adultos mayores. *Salud Mental*, 39(5), 405-411
68. Navarrete, E. B. (2017). Uso de benzodiazepinas y deterioro cognitivo en adultos de la tercera edad (Tesis de Especialidad). Tijuana Baja California: Universidad Autónoma de Baja California
69. Podzic, M., Loga, S., Skopljak, A., & Masic, I. (2007). Use of benzodiazepines among elderly patients in Family medicine. *Materia Socio Medica*, 19(4), 171-174. doi:10.1007/s10231-007-9000-0
70. Bogunovic, O. J., & Greenfield, S. F. (2004). Practical Geriatrics: Use of Benzodiazepines Among Elderly Patients. *Psychiatric Services*, 55(3), 233–235.
70. Ruiz, M. I. (2019). Relación entre el consumo dependiente de benzodiazepinas y el tipo de funcionamiento familiar en CESFAM (Tesis de Maestría). Concepción: Universidad de Concepción
71. Schepis, T. S., Teter, C. J., Simoni-Wastila, L., & McCabe, S. E. (2018). Prescription tranquilizer/sedative misuse prevalence and correlates across age cohorts in the US. *Addictive Behaviors*, 87, 24-32
72. Schepis, T., West, B., Teter, C., & McCabe, S. (2016). Prevalence and correlates of coingestion of prescription tranquilizers and other psychoactive substances by U.S. high school seniors: results from a national survey. *Addictive behaviors*, 52, 8-12

73. Sharma, R., Bansal, P., Sharma, A., Chhabra, M., Bansal, N., & Arora, M. (2021). Clonazepam tops the list of potentially inappropriate psychotropic (PIP) medications in older adults with psychiatric illness: A cross-sectional study based on Beers criteria criteria 2019 vs STOPP criteria 2015. *Asian Journal of Psychiatry*
74. Verdaguer, P. L., Machín, R. V., Montoya, D. M., & Borrero, G. L. (2021). Consumo de psicofármacos en adultos mayores de un área de salud. *Acta Médica del Centro*, 15(4), 521-530
75. Votaw, V. R., Geyer, R., Rieselbach, M. M., & McHugh, R. K. (2019). The epidemiology of benzodiazepine misuse: A systematic review. *Drug and Alcohol Dependence*, 200, 95-114
76. Yoldi, N. Y., R., R. G., Martínez, L. N., Martínez, C. S., M., J. T., Tovilla, Z. C. Fresán, A. (2020). A comparative study of the use of benzodiazepines among patients with major depression and anxiety disorders. En S. L. Becker (Ed.), *Depression and Anxiety: Prevalence, Risk Factors and Treatment* (págs. 83-102).

ANEXOS

Anexo 1. Cuestionario de Dependencia a las Benzodiazepinas (BDEPQ-Mex)

Anexo 3: Cuestionario de dependencia a las benzodiazepinas (BDEPQ-M, 2011)

En este cuestionario se le preguntará sobre su experiencia con el uso de medicamentos conocidos como sedantes, tranquilizantes menores, pastillas para dormir, hipnóticos o benzodiazepinas. Estos medicamentos también son conocidos por sus nombres comerciales de Rivotril®, Tafil®, Lexotan®, Valium®, Halción®, Rohypnol®, por nombrar sólo algunos. En las siguientes preguntas, a estos medicamentos los llamaremos sedantes, tranquilizantes o pastillas para dormir. Cuando responda a las preguntas por favor piense en su experiencia con estos medicamentos durante el último mes. En las casillas situadas debajo de las preguntas, marque con una X la respuesta que mejor refleje su experiencia durante el último mes.

1. En el último mes, ¿Ha tomado algún otro sedante o tranquilizante en cuanto los efectos del anterior comenzaron a desaparecer?

0 Nunca	1 Algunas veces	2 Con frecuencia	3 Siempre
---------	-----------------	------------------	-----------

2. ¿Ha tomado sedantes, tranquilizantes o pastillas para dormir durante el último mes porque le gusta la manera en que le hacen sentir?

0 Nunca	1 Algunas veces	2 Con frecuencia	3 Siempre
---------	-----------------	------------------	-----------

3. Durante el último mes, ¿Ha notado que no puede enfrentarse a las cosas cotidianas sin un sedante o un tranquilizante?

0 Nunca	1 Algunas veces	2 Con frecuencia	3 Todos los días
---------	-----------------	------------------	------------------

4. ¿Ha notado que no puede pasar el día sin la ayuda de sedantes o tranquilizantes?

0 Nunca	1 Algunas veces	2 Con frecuencia	3 Todos los días
---------	-----------------	------------------	------------------

5. ¿Necesita llevar con usted sus sedantes o tranquilizantes?

0 Nunca	1 Algunas veces	2 Con frecuencia	3 Siempre
---------	-----------------	------------------	-----------

6. ¿Ha tratado de disminuir la cantidad de sedantes, tranquilizantes o pastillas para dormir que toma porque interferían en su vida?

0 No	1 Un poco	2 Algo	3 Mucho
------	-----------	--------	---------

7. ¿En el último mes ha notado que necesitaba tomar más sedantes, tranquilizantes o pastillas para dormir para conseguir el mismo efecto que tenían al inicio?

0 Nunca	1 Algunas veces	2 Con frecuencia	3 Siempre
---------	-----------------	------------------	-----------

8. ¿Necesita tomar sedantes, tranquilizantes o pastillas para dormir para resolver los problemas que tiene en su vida?

0 Nunca	1 Algunas veces	2 Con frecuencia	3 Todos los días
---------	-----------------	------------------	------------------

9. ¿Se siente muy mal si no toma un sedante, tranquilizante o pastilla para dormir?

0 Nunca	1 Algunas veces	2 Con frecuencia	3 Todos los días
---------	-----------------	------------------	------------------

10a. En el mes pasado, ¿Le ha preocupado que su médico no continúe recetándole los sedantes, tranquilizantes o pastillas para dormir que usted toma?

0 Nunca 1 Algunas veces 2 Con frecuencia 3 Todos los días

10b. ¿Cómo ha sido esa preocupación? Ligera Moderada Intensa

11. Podría mañana dejar de tomar sus sedantes, tranquilizantes o pastillas para dormir sin dificultad?

0 Si, sin dificultad 1 Si, con alguna dificultad 2 Quizás, pero con mucha dificultad 3 No, sería imposible

12. ¿Está usted esperando el tiempo que falta para tomar su próximo sedante, tranquilizante o pastilla para dormir?

0 Nunca 1 Algunas veces 2 Con frecuencia 3 Mucho

13a. En el mes pasado, ¿Ha experimentado alivio cuando ha tomado sedantes, tranquilizantes o pastillas para dormir?

0 Nunca 1 Algunas veces 2 Con frecuencia 3 Siempre

13b. ¿Que intensidad tenía ese alivio? Ligero Moderado Grande

14a. Durante el último mes, ¿Se ha sentido mal o enfermo a medida que los efectos de los sedantes, tranquilizantes o pastillas para dormir desaparecían?

Si Pase a la pregunta 14 b No Pase a la pregunta 15

14b. ¿Ha tomado otro sedante, tranquilizante o pastilla para dormir para reducir esa sensación desagradable?

0 Nunca 1 Algunas veces 2 Con frecuencia 3 Siempre

15. Durante el último mes, ¿Ha tomado sedantes, tranquilizantes o pastillas para dormir en contra del consejo de su médico o con mayor frecuencia de la que él le recomendó?

0 Nunca 1 Ocasionalmente 2 Algunas veces 3 Con frecuencia

16. ¿Está preocupado por el número de sedantes, tranquilizantes o pastillas para dormir que ha tomado durante el último mes?

0 Nada 1 Poco 2 Bastante 3 Mucho

17. ¿Ha tomado más sedantes, tranquilizantes o pastillas para dormir de lo que tenía planeado en un día o una noche?

0 No 1 Un poco 2 Algo 3 Mucho

18a. ¿Ha encontrado agradables los efectos de los sedantes, tranquilizantes o pastillas para dormir?

0 Nunca 1 Algunas veces 2 Con frecuencia 3 Siempre

18b. ¿Que tan agradable? Ligeramente Moderadamente Intensamente

19. Ha tomado sedantes, tranquilizantes o pastillas para dormir por más tiempo del que pretendía que cuando empezó a tomarlos?

0 Nunca 1 Algunas veces 2 Con frecuencia 3 Mucho

20a. ¿Se ha encontrado tenso o ansioso cuando se estaban acabando sus sedantes, tranquilizantes o pastillas para dormir?

0 Nunca 1 Algunas veces 2 Con frecuencia 3 Todo el tiempo

20b. ¿Qué tan tenso o ansioso? Ligeramente Moderadamente Intensamente

21a. ¿Ha sentido la urgencia o la necesidad de tomar sedantes, tranquilizantes o pastillas para dormir en el último mes?

0 No 1 En ocasiones 2 Con frecuencia 3 Todos los días

21b. ¿Que tan fuerte era esa urgencia o necesidad? Ligera Moderada Intensa

22. Durante el mes pasado, ¿ha tomado sedantes, tranquilizantes o pastillas para dormir cuando en realidad no los necesitaba?

0 Nunca 1 Algunas veces 2 Con frecuencia 3 Todos los días

En las siguientes preguntas marque con una X la casilla la respuesta que mejor refleje su forma de pensar:

23. Me siento incapaz para evitar tomar un sedante o tranquilizante cuando me siento ansioso, tenso o infeliz.

0 Totalmente en desacuerdo 1 Desacuerdo 2 De acuerdo 3 Totalmente de acuerdo

24. Soy incapaz de enfrentarme a mis problemas si no tomo un sedante o tranquilizante.

0 Totalmente en desacuerdo 1 Desacuerdo 2 De acuerdo 3 Totalmente de acuerdo

25. Termino tan molesto(a) después de una discusión que necesito tomar un sedante o tranquilizante.

0 Totalmente en desacuerdo 1 Desacuerdo 2 De acuerdo 3 Totalmente de acuerdo

Total: _____

El valor de corte es de 23 puntos con un máximo de sensibilidad y especificidad estable con un poder de predicción superior a 0.08.

BDEPQ - Versión Original de Andrew Baillie, 1996

BDEPQ-S Versión en Castellano de Caños de las Cuevas, 1997

BDEPQ-M Versión para México de Mihaya, Fresán, Narni, Ugalde, 2011

Anexo 2. Cuestionario FACES III III (Family Adaptability and Cohesión Evaluation Scales) versión en español (México) C. Gómez y C: Irigoyen)

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

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

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

Anexo 3. Instrumento de recolección de datos

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD
Unidad de Medicina Familiar Numero 41



Fecha: _____ **Folio:** _____

Edad: _____ **Ocupación:** _____ **Edo. Civil:** _____

Tipo de Benzodiacepina que consume: _____

Tiempo de Consumo: _____

Cuestionario de Dependencia a las Benzodiacepinas (BDEPQ-Mex)

Estimado participante favor de leer atentamente las siguientes preguntas y marcar con una X la respuesta que mejor le describa.

1. En el último mes, ¿Ha tomado algún otro sedante o tranquilizante en cuanto los efectos del anterior comenzaron a desaparecer?	(0) Nunca (1) Algunas veces (2) Con frecuencia (3) Siempre
2. ¿Ha tomado sedantes, tranquilizantes o pastillas para dormir durante el último mes por que le gusta la manera en que le hacen sentir?	(0) Nunca (1) Algunas veces (2) Con frecuencia (3) Siempre
3. Durante el último mes ¿Ha notado que no puede enfrentar a las cosas cotidianas sin un sedante o un tranquilizante?	(0) Nunca (1) Algunas veces (2) Con frecuencia (3) Siempre
4. ¿Ha notado que no puede pasar el día sin la ayuda de sedantes o tranquilizantes?	(0) Nunca (1) Algunas veces (2) Con frecuencia (3) Siempre

<p>5. ¿Necesita llevar con usted sus sedantes, tranquilizantes o pastillas para dormir que toma por que interferían en su vida?</p>	<p>(0) Nunca (1) Algunas veces (2) Con frecuencia (3) Siempre</p>
<p>6. ¿Ha tratado de disminuir la cantidad de sedantes, tranquilizantes o patillas para dormir que toma por que interferían en su vida?</p>	<p>(0) Nunca (1) Algunas veces (2) Con frecuencia (3) Siempre</p>
<p>7. ¿En el último mes ha notado que necesitaba tomar más sedantes, tranquilizantes o pastillas para dormir para conseguir el mismo efecto que tenían al inicio?</p>	<p>(0) Nunca (1) Algunas veces (2) Con frecuencia (3) Siempre</p>
<p>8. ¿Necesita tomar sedantes, tranquilizantes o pastillas para dormir para resolver los problemas que tienen en su vida?</p>	<p>(0) Nunca (1) Algunas veces (2) Con frecuencia (3) Siempre</p>
<p>9. ¿Se siente muy mal si no toma un sedante, tranquilizante o pastilla para dormir?</p>	<p>(0) Nunca (1) Algunas veces (2) Con frecuencia (3) Siempre</p>
<p>10. Usted.</p> <p>a. En el mes pasado, ¿Le ha preocupado que su médico no continúe recetándole los sedantes, tranquilizantes o pastillas para dormir que usted toma?</p> <p>b. ¿Cómo ha sido esa preocupación?</p>	<p>(0) Nunca (1) Algunas veces (2) Con frecuencia (3) Siempre</p> <p>() Ligera () Moderada () Intensa</p>

<p>11. ¿Podría mañana dejar de tomar sus sedantes, tranquilizantes o pastillas para dormir sin dificultad?</p>	<p>(0) Si, sin dificultad (1) Si, con alguna dificultad (2) Quizás, pero con mucha Dificultad (3) No, sería imposible</p>
<p>12. ¿está usted esperando el tiempo que falta para tomar su próximo sedante, tranquilizante o pastilla para dormir?</p>	<p>(0) Nunca (1) Algunas veces (2) Con frecuencia (3) Mucho</p>
<p>13. En el mes pasado</p> <p>a. ¿Ha experimentado alivio cuando ha tomado sedantes, tranquilizantes o pastillas para dormir?</p> <p>b. ¿Qué intensidad tenía ese alivio?</p>	<p>(0) Nunca (1) Algunas veces (2) Con frecuencia (3) Siempre</p> <p>() Ligero () Moderado () Grande</p>
<p>14. Durante el último mes</p> <p>a. ¿Se ha sentido mal o enfermo a medida que los efectos de los sedante, tranquilizantes o pastillas para dormir desaparecían?</p> <p>b. ¿Ha tomado otro sedante, tranquilizante o pastilla para dormir para reducir esa sensación desagradable?</p>	<p>(si) Pase a la pregunta b (no) Pase a la pregunta 15</p> <p>(0) Nunca (1) Algunas veces (2) Con frecuencia (3) Siempre</p>
<p>15. Durante el último mes ¿Ha tomado sedantes, tranquilizantes o pastillas para dormir en contra del consejo de su médico o con mayor frecuencia de la que él le recomendó?</p>	<p>(0) Nunca (1) Ocasionalmente (2) Algunas veces (3) Con frecuencia</p>
<p>16. ¿Está preocupado por el número de sedantes, tranquilizantes o pastillas para dormir que ha tomado durante el último mes?</p>	<p>(0) Nunca (1) Poco (2) Bastante (3) Mucho</p>

<p>17. ¿Ha tomado más sedantes, tranquilizantes o pastillas para dormir de lo que tenía planeado en un día o una noche?</p>	<p>(0) No (1) Un poco (2) Algo (3) Mucho</p>
<p>18. Usted</p> <p>a. ¿Ha encontrado agradables los efectos de los sedantes, tranquilizantes o pastillas para dormir?</p> <p>b. ¿Qué tan agradable?</p>	<p>(0) Nunca (1) Algunas veces (2) Con frecuencia (3) Siempre</p> <p>() Ligeramente () Moderadamente () Intensamente</p>
<p>19. ¿Ha tomado sedantes, tranquilizantes o pastillas para dormir por más tiempo del que pretendía que cuando empezó a tomarlos?</p>	<p>(0) Nunca (1) Algunas veces (2) Con frecuencia (3) Mucho</p>
<p>20. Usted.</p> <p>a. ¿Se ha encontrado tenso o ansiosos cuando se estaban acabando sus sedantes, tranquilizantes o pastillas para dormir?</p> <p>b. ¿Qué tan tenso o ansioso?</p>	<p>(0) Nunca (1) Algunas veces (2) Con frecuencia (3) Todo el tiempo</p> <p>() Ligeramente () Moderadamente () Intensamente</p>
<p>21. Usted.</p> <p>a. ¿Ha sentido la urgencia o la necesidad de tomar sedantes, tranquilizantes o pastillas para dormir en el último mes?</p> <p>b. ¿Qué tan fuerte era esa urgencia o necesidad?</p>	<p>(0) No (1) En ocasiones (2) Con frecuencia (3) Todos los días</p> <p>() Ligera () Moderada () Intensa</p>

22. Durante el mes pasado ¿Ha tomado sedantes, tranquilizantes o pastillas para dormir cuando en realidad no los necesitaba?	(0) Nunca (1) Algunas veces (2) Con frecuencia (3) Todos los días
En las siguientes preguntas marque comuna X la casillas que mejor refleje su forma de pensar	
23. Me siento incapaz de evitar tomar un sedante o tranquilizante cuando me siento ansioso, tenso o infeliz	(0) Totalmente en desacuerdo (1) Desacuerdo (2) De acuerdo (3) Totalmente de acuerdo
24. Soy incapaz de enfrentarme a mis problemas si no tomo un sedante o tranquilizante	(0) Totalmente en desacuerdo (1) Desacuerdo (2) De acuerdo (3) Totalmente de acuerdo
25. Termino tan molesto (a) después de una discusión que necesito tomar un sedante o tranquilizante	(0) Totalmente en desacuerdo (1) Desacuerdo (2) De acuerdo (3) Totalmente de acuerdo
TOTAL:	

El valor de corte es de 23 puntos con un poder de predicción superior a 0.08

BDEPQ – Versión Original de Andrew Baillie, 1996

BDEPQ – S Versión en Castellano de Carlos de las Cuevas, 1997

BDEPQ – M Versión para México de Minaya, Fresán, Nanni, Ugalde, 2011

**Cuestionario FACES III III (Family Adaptability and Cohesión Evaluation Scales)
versión en español (México) C. Gómez y C: Irigoyen**

Instrucciones: Escriba en el espacio correspondiente a cada pregunta la respuesta que mejor considere según el numero indicado.

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

Ponce ER., Gómez FJ., Terán M., Irigoyen AE., Landgrave S., Validez de constructo del cuestionario FACES III III en español (México) Atención Primaria, diciembre. 30 (10): 624 – 630, 2002

Anexo 4. Hoja de Resultados Individuales

Instituto Mexicano del Seguro Social Unidad de Medicina Familiar Numero 41

Investigación: Funcionalidad Familiar en Adultos Mayores con Farmacodependencia a Benzodiacepinas de 65 a 75 años de Edad de la Unidad de Medicina Familiar No 41.

HOJA DE RESULTADOS INDIVIDUALES

Nombre: _____

Fecha de Aplicación: _____

Instrumento aplicado	Puntuación	Intervalo
Dependencia a Benzodiacepinas		≥ 23 puntos: Dependencia a Benzodiacepinas < 23 puntos: No dependencia a Benzodiacepinas
Cuestionario de Dependencia a las Benzodiacepinas (BDEPQ-Mex) confiabilidad del 0.95 en población mexicana ²⁰⁻²¹		
Funcionalidad Familiar		Nivel de Cohesión: <ul style="list-style-type: none">• No relacionada o dispersa: 10 a 34 puntos• Semirrelacionada o separada: 35 a 40 puntos• Relacionada o conectada 41 a 45 puntos• Aglutinada 46 a 50 puntos• Nivel de Adaptabilidad: <ul style="list-style-type: none">• Rígida 10 a 19 puntos• Estructurada 20 a 24 puntos• Flexible 25 a 28 puntos• Caótica 29 a 50 puntos
Cuestionario FACES III III versión en español (México) C. Gómez y C: Irigoyen con un intervalo de confianza del 0.70 en población mexicana ²⁶		

Aplicador: Mónica Paola Sánchez Ramírez. **Investigador responsable:** Ricardo Mejía Jiménez

Favor de entregar a médico tratante de su elección para realizar intervenciones si así lo cree necesario.

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGUROSOCIAL
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:	“Funcionalidad familiar en adultos mayores con farmacodependencia a benzodicepinas de 65 a 75 años de edad de la unidad de medicina familiar 41”
Patrocinador externo (si aplica):	Esta investigación no es patrocinada por terceros
Lugar y fecha:	Ciudad de México, México a _____ de _____ del _____
Número de registro:	Pendiente.
Justificación y objetivo del estudio:	Es el estudio de la asociación entre la funcionalidad familiar y la farmacodependencia a benzodicepinas
Procedimientos:	Se realizara una entrevista mixta y se pedirá contestar un cuestionario, al finalizar se entregara una hoja con sus resultados
Posibles riesgos y molestias:	En esta investigación no hay riesgos físicos; el procedimiento consta de una entrevista, existiendo la posibilidad que ciertas preguntas sean incómodas de forma personal.
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Se otorgarán al concluir la entrevista por escrito los puntajes del cuestionario de dependencia a benzodicepinas y sobre la funcionalidad familiar.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Se entregara de forma escrita los puntajes del cuestionario de dependencia a benzodicepinas y sobre la funcionalidad familiar, con la finalidad que sean de apoyo en su seguimiento médico con su médico tratante de elección.
Participación o retiro:	Acepta participar en la investigación sin fines de lucro y en uso de sus facultades mentales, recibiendo respuestas a todas sus dudas y aclaración de las mismas que pudiera presentar ante esta investigación. Podrá retirarse del estudio sin recibir alguna presión o afectación de su atención médica o cualquier prestación por parte de la UMF número 41 o del IMSS.
Privacidad y confidencialidad:	Los datos obtenidos durante el estudio son de carácter confidencial, serán codificados y protegidos de tal manera que solo puedan ser identificados por los investigadores del estudio. Asimismo, los resultados sólo serán usados para fines científicos y académicos.
En caso de colección de aceptar (si aplica):	<p style="text-align: center;">No autoriza que se le apliquen los cuestionarios.</p> <p style="text-align: center;">Si autorizo que se me apliquen los cuestionarios.</p> <p style="text-align: center;">Si autorizo se me apliquen los cuestionarios para este estudio y estudios futuros.</p>
Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):	No Aplica.
Beneficios al término del estudio:	Medición de funcionalidad familiar y/o detección de farmacodependencia.
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:	
Investigador Responsable:	Ricardo Mejía Jiménez. Especialista en Medicina familiar. UMF 41 Correo electrónico: mejiamj71@yahoo.com
Colaboradores:	Mónica Paola Sánchez Ramírez, residente de medicina familiar. UMF 41 Correo electrónico: paola.medizin@gmail.com
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	Mónica Paola Sánchez Ramírez _____ Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento
_____ Firma de Testigo 1	_____ Firma de Testigo 2
Clave: 2810-009-013	