

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



**“FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN PACIENTES DE 30 A 50 AÑOS DE EDAD
CON LUMBALGIA CRÓNICA EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 75
DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL”**

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 75 NEZAHUALCOYOTL**

**TESIS
PARA OBTENER EL DIPLOMA DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR**

**PRESENTA
M.C. NIETO GUERRERO FERNANDO**

**DIRECTOR DE TESIS
E.M.F. EDGAR RUBEN GARCÍA TORRES**

**REVISORES DE TESIS
DRA. EN HUM. MARIA LUISA PIMENTEL RAMÍREZ
PH. D. MARIO ENRIQUE ARCEO GUZMÁN
M EN I.C LUIS REY GARCÍA CORTÉS
E.M.F. BLANCA ESTELA ARIZMENDI MENDOZA**

TOLUCA, MÉXICO

2013

**“FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN PACIENTES DE 30 A 50 AÑOS DE EDAD
CON LUMBALGIA CRÓNICA EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 75
DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL”**

AGRADECIMIENTOS

A Dios

Por darme la oportunidad de vivir, por estar conmigo en cada paso que doy, por fortalecer mi corazón e iluminar mi mente, por haber puesto en mi camino a aquellas personas que han sido soporte y compañía durante todo el periodo de estudio, por haberme permitido terminar mi especialidad al darme salud, paciencia y fuerzas para lograr mis objetivos, además de su infinita bondad y amor.

A mis padres Luz María y Fernando

Por darme la vida, por su apoyo en todo momento, por creer en mí, por brindarme la oportunidad de estudiar y conseguir una carrera profesional a costa de sacrificios, por sus consejos, por sus valores, por la motivación constante que me ha permitido ser una persona de bien, pero más que nada, por su amor.

A mi hermana Sandra

Por tu cariño fraterno, consejos, apoyo, ánimo y ser el ejemplo en mi vida de la perseverancia y constancia que te caracteriza y que me ha infundado siempre.

A mí prometida Marisela

Por tu gran amor y cariño, por compartir tu tiempo conmigo, por la hermosa compañía que siempre me has brindado desde que inicie mi formación profesional, por haber estado en los momentos difíciles, por apoyarme y darme ánimos cuando más lo necesitaba, por ser la otra mitad de mi vida que necesita.

A mis amigos y colegas

Por su amistad incondicional, por el apoyo mutuo en nuestra formación profesional y que hasta ahora, seguimos siendo amigos: Escuela (Cinthya, Benjamín, Elizabeth, Fortiy Michel); Internado (Beatriz, Edith, Isabel, Jessie, Rebeca y Ricardo); Servicio social (Dora), Especialidad (Ana Laura, Ana Rosa, Daiisy, Carolina, Elizabeth, Laura, Luis Albert, Luis Daniel, Monserrat y Patricia); Servicio social de especialidad (Adriana Belegu, Gregorio, Lizet, Olivia, Xelonel) por compartir buenos y grandes momentos y que aunque a algunos continuo viéndolos y a otros no, ustedes siempre serán parte importante de mi vida, gracias.

ÍNDICE

I.MARCO TEÓRICO	1
I.1 Concepto y clasificación	1
I.2 Panorama general y estadística de la lumbalgia crónica	2
I.3 Factores pronósticos, clínicos, ocupacionales y psicosociales de la lumbalgia crónica	6
I.4 Funcionalidad familiar y lumbalgia crónica	8
II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	11
II.1 Argumentación	11
II.2 Pregunta de Investigación	11
III. JUSTIFICACIONES	12
III.1 Académica	12
III.2 Social	12
III.3 Familiar	12
III.4 Económica	12
IV. HIPÓTESIS	13
IV. 1 Elementos de la hipótesis	13
IV. 1.1 Unidades de observación	13
IV. 1.2 Variables	13
IV. 1.2.1 Dependiente	13
IV. 1.2.2 Independiente	13
IV. 1.3 Elementos lógicos de relación	13
V. OBJETIVOS	14
V.1 OBJETIVO GENERAL	14
V.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	14
VI. MÉTODO	16
VI.1 Tipo de Estudio	16
VI.2 Diseño el Estudio	16
VI.3 Operacionalización de Variables	17
VI. 4 Universo de Trabajo y tamaño de muestra	19
VI. 4.1 Criterios de inclusión	19
VI. 4.2 Criterios de exclusión	19
VI. 4.3 Criterios de eliminación	20

VI. 5 Instrumento de investigación	20
VI. 5.1 Descripción	20
VI. 5.2 Validación.....	21
VI. 5.3 Aplicación.....	21
VI. 6 Desarrollo del proyecto	21
VI. 7 Límite de espacio y tiempo	21
VI. 8 Diseño de análisis.....	22
VII. IMPLICACIONES ÉTICAS	22
VIII. ORGANIZACIÓN	22
IX. RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	23
X. CUADROS Y GRÁFICOS	26
XI. CONCLUSIONES.....	43
XII. RECOMENDACIONES	44
XIII. BIBLIOGRAFÍA.....	46
XIV. ANEXOS.....	48

I.MARCO TEÓRICO

I.1 Concepto y clasificación

La palabra lumbalgia se refiere a la manifestación clínica de dolor en la región lumbar. Este síntoma tiene etiología variada y no representa la manifestación específica de cierto factor causal. ⁽⁵⁾

La lumbalgia es tal vez la forma más común de dolor axial, referido en la parte baja de la espalda a nivel de las vértebras lumbares. La Organización Mundial de la Salud (OMS) señala que el dolor de espalda baja no es una enfermedad ni una entidad diagnóstica, sino que se trata del dolor de duración variable en un área de la anatomía, afectada de manera tan frecuente que se ha convertido en un paradigma de respuestas a estímulos externos e internos.

De acuerdo con la Sociedad Internacional para el Estudio de la Columna Lumbar, la lumbalgia se define como el síndrome doloroso localizado en la región lumbar con irradiación eventual a la región glútea, las caderas o parte distal del abdomen en el estado agudo, este síndrome se agrava por todos los movimientos y en la forma crónica solamente por ciertos movimientos de la columna lumbar. Cuando el cuadro doloroso se agrega un compromiso neurológico radicular, la lumbalgia se convierte en lumbociática y el dolor es entonces referido a una o ambas extremidades pélvicas. ⁽¹⁶⁾

En las guías de manejo del dolor de espalda baja o lumbalgia propuestas por la Cooperación Europea de Ciencia y Tecnología (COST, por sus siglas en inglés) se ha propuesto la siguiente definición: aquellas sensaciones dolorosas o no confortables, localizadas por debajo del margen costal (12ª costilla) y por arriba del límite superior de la región glútea (unión lumbosacra), que pueden irradiarse hacia uno o ambos miembros pélvicos. ⁽⁶⁾

Para el Instituto Mexicano del Seguro Social en su guía de práctica clínica, la lumbalgia queda definida como aquel dolor o malestar localizado entre el borde inferior de las últimas costillas y el pliegue inferior de la zona glútea, con o sin irradiación a una o ambas piernas, compromete estructuras osteomusculares y ligamentarias, con o sin limitación funcional que dificultan las actividades de la vida diaria y que puede causar ausentismo laboral. ⁽⁹⁾

Esta se puede tener las siguientes variantes:

- Lumbalgia aguda inespecífica: es lo que se conoce como dolor común, sus características fundamentales son: 1) paciente entre 20 y 55 años de edad, 2) dolor en región lumbosacra, glúteos y muslos, 3) dolor de características mecánicas y 4) buen estado general de la persona afectada.

- Lumbalgia Recurrente: lumbalgia aguda en paciente que ha tenido episodios previos de dolor lumbar en una localización similar, con periodos libres de síntomas de 3 meses. No incluidas las exacerbaciones de la lumbalgia crónica.⁽⁹⁾

Los síntomas que caracterizan la lumbalgia son el dolor y el espasmo muscular o rigidez. En base a un abordaje eficiente y oportuno del síndrome doloroso lumbar permite al profesional de la salud, establecer estrategias y líneas de acción en base al tiempo de evolución:

- Lumbalgia aguda: menos de 6 semanas
- Lumbalgia sub aguda: de 6 a 12 semanas
- Lumbalgia crónica: más de 12 semanas ⁽⁹⁾

Según el origen del dolor se dividen en estructurales (mecánica, hernia disco, estenosis del canal, espondilólisis, espondilolistesis); neoplásicas (primarias o secundarias); dolor lumbar referido, infecciones (discitis, osteomielitis, abscesos); metabólicos (osteoporosis, osteomalacia) y según las estructuras lesionadas (del segmento anterior y posterior). Por etiología se pueden identificar causas mecánicas (97%), causas por compresión de una raíz nerviosa (>5%) o secundarias a una patología lumbar (>2%).^(7 y 9)

I.2 Panorama general y estadística de la lumbalgia crónica

El dolor crónico afecta a un cuarto de la población general, destacándose los siguientes documentos: una revisión sistematizada realizada por la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP, por sus siglas en inglés) (19 documentos, N = 48,861), donde ha propuesto que en promedio el 27% de la población general presenta dolor crónico; una editorial de la Academia Americana para el Manejo del Dolor (AAPM, por sus siglas en inglés), ha estimado que 67 millones de estadounidenses padecen este tipo de dolor es decir 22% de la población de ese país (cifra basada en un estudio independiente); en una encuesta a 46,000 sujetos de 16 países de la Unión Europea (supervisada por la Federación Europea de Capítulos de la IASP o EFIC por sus siglas en inglés), identificó que 19% de la población lo padecen.⁽⁶⁾

El dolor crónico en la consulta externa sea observado en forma cotidiana por los profesionales de la salud. En la Unión Americana se ha identificado que el 17% de los enfermos que son atendidos en centros de atención primaria presentan dolor crónico). En México, se ha observado que el 13% de la población (edad de 20 a 59 años) que acude a las Unidades de Medicina Familiar del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) manifiesta este tipo de dolor. Estas cifras sugieren que el dolor crónico se presenta en dos de cada 10 sujetos que acuden a la consulta externa de centros de atención primaria; lo anterior es coincidente con los reportes epidemiológicos que sugieren que un cuarto de la población lo presenta.⁽⁶⁾

Generalmente la evolución clínica de esta patología es benigna y auto limitada, pues más de 90 % de los sujetos que la padecen se incorpora a su actividad laboral dentro de los primeros tres meses del inicio del cuadro sintomático; sin embargo, por la sobrecarga de trabajo que genera a los sistemas de salud, los costos del tratamiento y los gastos indirectos, como la pérdida de tiempo de trabajo, se le considera un problema grave de salud pública. ⁽⁴⁾

Históricamente han existido enfermedades más prevalentes que otras en la población, Son estas enfermedades las que generan los más altos costos de los sistemas de salud y las incapacidades más comunes. Entre éstas, una de las más frecuentes es el dolor lumbar, el cual, más que ser una entidad única en sí misma, es el común denominador de una serie muy amplia de enfermedades que pueden afectar la columna vertebral. ⁽¹⁹⁾

El dolor de espalda representa un importante problema de salud pública en las sociedades occidentales por su alta prevalencia y repercusión socioeconómica, generando un alto número de consultas a diferentes profesionales, una elevada utilización de los servicios sanitarios y una considerable pérdida de días de trabajo. Su prevalencia real no está clara ya que existe gran variabilidad en su estimación, esto es debido a las diferentes definiciones y métodos utilizados para la recogida de información sobre el dolor lumbar y en estudios demuestran que también en su manejo se encuentra gran variabilidad. ⁽¹¹⁾

Se ha identificado que de acuerdo a diversos estudios epidemiológicos, la lumbalgia, puede afectar al 84% de las personas en algún momento de su vida (rango del 11 a 84%). Lo anterior sugiere que 9 de cada 10 sujetos tendrá dolor lumbar en algún momento; sin embargo, es posible que ese evento se resuelva y no vuelva a presentarse. En el caso de la lumbalgia crónica, diversos estudios proponen una prevalencia del 15 al 36%. Lo anterior, vuelve a recordarnos que posiblemente un cuarto de los enfermos con dolor crónico presenta dolor de espalda baja. ^(6,19)

Ante el posible cuestionamiento de la propuesta que sostiene que el dolor es un problema de salud pública, los epidemiólogos han utilizado estrategias para estimar la prevalencia del dolor crónico mediante métodos indirectos. Una de las más empleadas es el estudio epidemiológico de enfermedades específicas que se manifiestan por este tipo de dolor (lumbalgia, poli neuropatía diabética dolorosa, neuralgia pos herpética, entre otras).

De acuerdo a lo reportado por la Sociedad Americana de Dolor (APS, por sus siglas en inglés) la espalda es la región anatómica más frecuentemente reportada por los enfermos con dolor crónico (N = 2,642 adultos con dolor crónico no-maligno); esta ubicación es coincidente a lo descrito en el estudio europeo (46,000 sujetos de 16 países de la Unión Europea) 24% en Europa vs 27% en la Unión Americana. En nuestro país, al parecer contamos con cifras similares; de acuerdo con los reportes del Instituto Mexicano del Seguro Social el 12% de las consultas proporcionadas durante el 2003 en las Unidades de Medicina Familiar,

correspondieron a dorsopatías. Por lo anterior, es posible considerar que dicha ubicación del dolor persistente sea la más comúnmente observada en el contexto clínico.⁽⁶⁾

La importancia de la epidemiología en el dolor lumbar crónico se basa en tres pilares básicos:

1. Procura información sobre la magnitud del problema permitiendo valorar la demanda de recursos médicos y sociales apropiados para estimar los recursos de salud que serían necesarios para abordar el problema.
2. Informa sobre la historia natural, lo cual es importante para aconsejar a los pacientes acerca del pronóstico y el tratamiento y es fundamental para determinar la eficacia verdadera de los tratamientos.
3. Permite determinar asociaciones entre el dolor y factores individuales y externos, que puede permitir la identificación de factores de riesgo, condición indispensable para modificarlos o eliminarlos.

El estudio epidemiológico del dolor lumbar presenta graves dificultades, ya que no existe acuerdo en su clasificación, falta evidencia objetiva, el proceso tiene características intermitentes y la influencia de factores legales, sociales, psicológicos y laborales sobre la morbilidad y las consecuencias alteran mucho los resultados.

Todos estos aspectos hacen que las cifras que tenemos a mano sean como mucho, aproximadas y que la mayoría de datos se refieran a prevalencia, lo cual hace difícil calcular la causalidad. Las estadísticas nacionales de los EEUU indican una prevalencia anual entre un 15-20%. Es la causa más frecuente de limitación de la actividad en <45 años, segunda causa de visita al médico, 5º motivo de hospitalización y tercer motivo de cirugía. Las hospitalizaciones no quirúrgicas disminuyeron en los años ochenta, mientras que los procedimientos y hospitalizaciones quirúrgicas aumentaron.⁽¹²⁾

Un 1% de la población de EEUU está incapacitada crónicamente por dolor lumbar, y otro porcentaje lo está temporalmente. Alrededor del 2% de la población laboral estadounidense recibe compensaciones cada año, para un total de unos 500,000 episodios. En Europa es responsable de entre el 10-15% de bajas con aumento de los días de trabajo perdidos por el trabajador. La prevalencia anual es del 25-45% terminando con dolor crónico entre el 3-7%. La prevalencia en la vida de dolor vertebral es superior al 70% en los países industriales. Una cuarta parte tienen ciática, las bajas por ciática exceden ampliamente a las de dolor lumbar. La prevalencia de herniación discal en la vida, oscila entre un 1 y 3%. Un subgrupo de pacientes con dolor lumbar ocupacional ha recibido una atención particular.⁽¹²⁾

Los factores de riesgo ocupacional son difíciles de investigar por:

1. La exposición suele ser incierta
2. El efecto del trabajador sano puede llevar a conclusiones erróneas
3. Los mecanismos lesionales no son claros
4. La incapacidad está influenciada por factores laborales, individuales, legales y sociales.

A pesar de estas limitaciones, el trabajo físico pesado, levantamientos, posturas estáticas, flexiones y torsiones y la vibración son factores que se han asociado con aumento del riesgo de dolor lumbar.

En el grupo no ocupacional se han asociado otros factores de riesgo. El pico de prevalencia se sitúa entre los 35 y 55 años, lo que indica un riesgo relacionado con la edad. Parece que en mujeres aumenta tras la menopausia, pero el sexo tiene poca importancia respecto a los síntomas. Los datos antropométricos son contradictorios. En general, no hay relación importante entre dolor de espalda y peso, altura o constitución. La talla parece ser un factor específico pero inconsistente para herniación discal y ciática. La postura solo es un factor de riesgo cuando es extremadamente anormal. La capacidad física no es un predictor del riesgo de dolor lumbar, pero el que está bien físicamente tiene menos riesgo de dolor lumbar y se recupera más rápidamente tras un episodio doloroso. ⁽¹²⁾

Entre las características epidemiológicas de la lumbalgia crónica se tiene que un 70-80% de la población ha tenido dolor lumbar en algún momento de su vida. La prevalencia anual varía entre el 15-45%, con prevalencias puntuales del 30%. En los EE.UU. es la causa principal de limitación de actividad en menores de 45 años, la segunda razón de consultas al médico, la quinta causa de ingreso y la tercera de cirugía. Un 2% aproximado de trabajadores son compensados cada año. En el Reino Unido es la causa aislada más importante de absentismo laboral responsable del 12,5% de todos los días de baja laboral. En Suecia supone el 13,5% de todos los días de baja. Un 8% de los suecos estuvo de baja en algún momento en 1987 por dolor lumbar. ⁽¹²⁾

Utilizando un método de regresión logística para calcular los factores de riesgo asociados a las bajas laborales de 6 meses o más, se demostró que la edad y localización de los síntomas eran las 2 variables más importantes. Un aumento de 23 años, duplicaba la probabilidad de acumular por lo menos 6 meses de baja y los síntomas lumbares tenían casi 3 veces más probabilidad que los dorsales de cronificarse. Las otras ratios de sexo y profesión no fueron significativas.

El riesgo aumenta con la edad, se observó que un diagnóstico etiológico específico, edad más avanzada, antecedentes de dolor de espalda y trastornos psicosociales eran factores con efecto negativo sobre la recuperación. ⁽¹²⁾

I.3 Factores pronósticos, clínicos, ocupacionales y psicosociales de la lumbalgia crónica

Factores pronósticos de la lumbalgia

El curso natural de la lumbalgia aguda inespecífica es variable, incluyendo un rango que va desde la resolución del episodio a patrones de recurrencia y cronicidad. En el manejo habitual de esta condición clínica, sería de interés conocer aquellos factores que predicen el paso de lumbalgia aguda a crónica, con dos objetivos: el primero de ellos, poder hacer una valoración precoz de aquellos subgrupos de pacientes en riesgo de cronicidad y, el segundo, adoptar una serie de medidas que disminuyan la cronicidad. ⁽¹¹⁾

Los estudios evaluados muestran una gran heterogeneidad en la definición de lumbalgia aguda inespecífica, en la medición de los factores pronósticos (depresión, satisfacción laboral, etc.) y en la elección del tipo de variable de resultado (incapacidad, persistencia del dolor, duración de la baja, etc.).

Los factores clínicos no han demostrado ser buenos predictores de resultados de cronicidad y/o recurrencia, por lo que en los últimos años se ha insistido en la influencia de los factores psico-sociales y ocupacionales en la progresión de la lumbalgia aguda a crónica. ⁽¹¹⁾

Además, hay que tener en cuenta que el valor predictivo individual de cada uno de estos factores es bajo o difícilmente calculable. Por ello, los modelos clínicos predictivos que incluyen varias variables tienen mayor capacidad para clasificar de forma adecuada a los pacientes en cuanto a su pronóstico. ⁽¹¹⁾

Factores clínicos

Son varios los factores clínicos que se han estudiado como predictores de cronicidad.

Episodio previo de lumbalgia. En una de las revisiones sistemáticas y en uno de los estudios de cohorte, el haber tenido un episodio previo de dolor lumbar era un factor predisponente de cronicidad y recurrencia de un nuevo episodio. Sin embargo, en otra revisión se demostraba que este factor no predecía la duración de la incapacidad temporal.

Edad. En dos revisiones sistemáticas se concluía que la edad mayor de 50 años se asociaba a cronicidad y retraso en la incorporación al trabajo.

Irradiación del dolor. La presencia del test de Laségue era el único dato de la exploración asociado a cronicidad. Por otro lado, la irradiación del dolor se asociaba a recurrencia.

Incapacidad. La pérdida de función producida por el dolor al inicio del episodio se relacionaba con la evolución a cronicidad, con recurrencia y con una incapacidad temporal más prolongada.⁽¹¹⁾

Factores ocupacionales

Diversos elementos del ámbito laboral se han señalado como predictores de cronicidad en la lumbalgia. Los resultados de dos revisiones y un estudio de cohortes mostraban una fuerte evidencia de que el aislamiento social estaba asociado con una prolongación de los días de incapacidad temporal. La evidencia sobre la relación entre insatisfacción en el trabajo y cronicidad es contradictoria. Mientras los resultados de dos revisiones y un estudio de cohortes señalaban que la insatisfacción laboral estaba asociada a cronicidad y a recurrencia, otra revisión concluía que existe fuerte evidencia de no asociación entre la satisfacción laboral y el retraso en la incorporación al trabajo. Las demandas físicas en el trabajo han demostrado estar asociadas a cronicidad y recurrencia y también ser predictores de retraso en la reincorporación laboral.

En los estudios que analizan el pronóstico de la lumbalgia existe una gran heterogeneidad en la definición de las variables predictores y de las variables de resultado así como en la medición de las mismas. Por otro lado, la fuerza de asociación entre los predictores y el resultado es débil. Son necesarias más pruebas para aceptar que los factores arriba indicados están verdaderamente relacionados con la evolución a la cronicidad de la lumbalgia y si la intervención sobre ellos aporta beneficios en el cuidado de la salud.

El desarrollo de reglas de predicción clínica, que incorporen tanto datos clínicos como psicosociales, facilitaría la evaluación del riesgo de cronicidad, constituyendo herramientas más aplicables en la consulta diaria. Recientemente se ha publicado una regla de predicción realizada en atención primaria que permitiría predecir qué pacientes con lumbalgia aguda se van a reincorporar al trabajo en dos años. Sin embargo, no está validada en nuestro medio, por lo que no se puede recomendar su uso.⁽¹¹⁾

Factores psicosociales

Existe evidencia de que las alteraciones psicosociales (depresión, insomnio, aumento de agresividad, desobediencia, violencia, fatiga, estrés laboral e hiperactividad) se asocian con un incremento en la presentación de lumbalgia así como que desempeñan un papel importante en la lumbalgia crónica y discapacidad incapacidad.^(9, 10, 11)

Una revisión sistemática de alta calidad y un estudio de cohortes publicado posteriormente han evaluado la contribución de los factores psicosociales en la evolución a cronicidad de la lumbalgia. La revisión sistemática mostraba una moderada evidencia de que el estrés-tendencias depresiva, variable compuesta que incluía estrés psicológico y humor depresivo, estaba asociado a cronicidad y

recurrencia. Del mismo modo, en un estudio de cohortes una puntuación alta para depresión estaba asociada a incapacidad a los dos años.

Las creencias acerca de la enfermedad y las conductas evitativas frente al dolor aparecen como probables predictores a cronicidad, aunque con datos no concluyentes. Una revisión sistemática de alta calidad no mostraba relación entre las creencias y la carnificación; no obstante, estos resultados procedían de un único estudio. Sin embargo, en otra revisión sistemática realizada en medio laboral y en un estudio de cohortes, se mostraba relación entre las creencias y los días de trabajo perdidos. Un estudio realizado, señalaba que las creencias sobre la enfermedad se correlacionan poco con la incapacidad y el dolor en la lumbalgia.⁽¹¹⁾

Los factores de riesgo del tipo psicosocial se consideran de bandera amarilla, ya que se ha comprobado que este tipo de pacientes tienen una mayor tendencia hacia un proceso crónico, más severo, de mayor duración y más resistente a las medidas terapéuticas.⁽⁷⁾

Algunos ejemplos son los síntomas de depresión, accidentes de trabajo aún en litigio, signos y síntomas que no son consistentes con la intensidad del dolor, y comportamientos incongruentes con y los principios anatómicos y fisiológicos. Las banderas amarillas señalan la posible necesidad de un tratamiento más intenso y complejo y/o una derivación temprana a un especialista. El estrés emocional ha sido reconocido como un contribuyente al dolor y/o su percepción.⁽¹⁾

I.4 Funcionalidad familiar y lumbalgia crónica

Otros factores sociales como ruidos para riesgo de lumbalgia crónica se encuentran: historia de depresión familiar, divorcio, múltiples parejas, estatus económico bajo, y disfunción familiar.⁽⁹⁾

Cuando banderas amarillas están presentes, los médicos deben estar atentos las desviaciones del curso normal de la enfermedad.⁽¹⁾

La función 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 o el conjunto de fuerzas motrices (físicas, emocionales, intelectuales) y patrones de actividad (crecimiento, organización, comunicación, dotación) al cual se le atribuye una función primordial en el constante cambio y crecimiento del grupo familiar, dentro del cual estas fuerzas operan de manera positiva o negativa y son determinantes para el buen o mal funcionamiento.⁽¹⁴⁾

Por lo que en la disfunción familiar no se tiene la capacidad de asumir cambios, cuando la rigidez de sus reglas le impiden ajustarse a su propio ciclo de vida y al desarrollo de sus miembros, incompetencia intrafamiliar e incumplimiento de sus funciones básicas.⁽³⁾

Un indicador o síntoma de la disfunción familiar puede ser la descompensación de una manifestación u enfermedad crónica y por lo tanto se tiene que ver al paciente no como el problema sino como el portador de la problemática familiar ya que la enfermedad no se circunscribe al miembro enfermo sino que se extiende al grupo social del que forma parte, su familia, desencadenando situaciones de preocupación, tensión e incertidumbre ante la aparición de signos y síntomas que condicionarán cambios en la forma de vida de la familia en diferentes ámbitos como son:

- Limitaciones y modificaciones en las actividades de la vida diaria y laboral.
- Aspectos económicos por generación de gastos en medicamentos, utensilios u hospitalizaciones.
- Temor a complicaciones que modificarán patrones, límites y jerarquías en el núcleo familiar. ⁽³⁾

De manera general se recomienda como indicadores para medir funcionamiento familiar los siguientes:

1. Cumplimiento eficaz de sus funciones: (económica, biológica y cultural-espiritual).

2. Que el sistema familiar permita el desarrollo de la identidad personal y la autonomía de sus miembros: Para hacer un análisis de este indicador hay que tener en cuenta los vínculos familiares que intervienen en la relación autonomía - pertenencia. En muchos casos familiares, para mostrar lealtad, hay que renunciar a la individualidad y este conflicto se puede ver tanto en las relaciones padre -hijo, como en las de pareja o sea generacionales e intergeneracionales.

3. Que en el sistema familiar exista flexibilidad de las reglas y roles para la solución de los conflictos: Aquí hay que analizar los vínculos familiares que intervienen en la relación asignación-asunción de roles, o sea, aquellas pautas de interacción que tienen que ver con lo que se debe y no se debe hacer y con las funciones, deberes y derechos de cada miembro del grupo familiar.

4. Que en el sistema familiar se dé una comunicación clara, coherente y afectiva que permita compartir los problemas: Cuando hablamos de comunicación distorsionada o disfuncional, nos referimos a los dobles mensajes o mensajes incongruentes o sea, cuando el mensaje que se trasmite verbalmente no se corresponde o es incongruente con el que se trasmite extra verbalmente o cuando el mensaje es incongruente en sí mismo y no queda claro.

5. Que el sistema familiar sea capaz de adaptarse a los cambios: La familia funciona adecuadamente cuando no hay rigidez y puede adaptarse fácilmente a

los cambios. La familia es un continuo de equilibrio-cambio. Para lograr la adaptación al cambio, la familia tiene que tener la posibilidad de modificar sus límites, sus sistemas jerárquicos, sus roles y reglas, en fin, de modificar todos sus vínculos familiares, pues no son independientes unos de otros. ⁽¹³⁾

Este último indicador de funcionamiento o sea, la capacidad de adaptación es uno de los más importantes, no sólo porque abarca todo el conjunto de vínculos familiares, sino también por el hecho de que la familia está sometida a constantes cambios porque tienen que enfrentar constantemente 2 tipos de tareas que son las tareas de desarrollo (son las tareas relacionadas con las etapas que necesariamente tiene que atravesar la familia para desarrollarse a lo cual se le denomina "ciclo vital") y las tareas de enfrentamiento (que son las que se derivan del enfrentamiento a las llamadas crisis familiares no transitorias o para normativas).

Si la familia establece estrategias disfuncionales ante las situaciones de cambio, como la rigidez y la resistencia, esto provoca una enquistación de los conflictos y por tanto, comienzan a aparecer síntomas que atentan contra la salud y el desarrollo armónico de sus miembros. ⁽¹³⁾

En la literatura médica no existen estudios de investigación sobre lumbalgia y la funcionalidad familiar, se han mencionado estudios donde se relaciona a la lumbalgia con otras patologías como la ansiedad y la depresión.

Un estudio transversal estudio la lumbalgia inespecífica con la condición emocional y la calidad de vida donde se evaluó la condición de dolor percibido, la presencia de trastornos de ansiedad, depresión y la calidad de vida, de pacientes con lumbalgia inespecífica donde se tomó una población de 10 pacientes del sexo femenino de edad promedio de 40 años con un rango entre 30 y 51 años que eran portadoras de un diagnóstico de lumbalgia inespecífica, para ello ninguna de ellas cursaba con otra enfermedad por la que estuviera recibiendo tratamiento médico, se utilizaron diversas pruebas para evaluar el dolor percibido, ansiedad depresión y la calidad de vida, el estudio concluye que la depresión está presente en el 40-65% de los afectados de lumbalgia y se pudo notar que un poco más de la mitad de los pacientes dijeron sentir dolor Intenso.

Además se observó que los trastornos más frecuentes fueron ansiedad generalizada y la fobia social, ambos presentados sobre todo por los pacientes con dolor intenso en la espalda baja. Y por último un apreció de un 30% de menor calidad de vida cuando se trata de pacientes con dolor intenso. ⁽²⁰⁾

II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

II.1 Argumentación

La lumbalgia representa un importante problema de salud pública en las sociedades occidentales por su alta prevalencia, impacto y repercusión socioeconómica, afecta a población en edad laboral y produce un incremento en el uso de recursos y pérdidas de días de trabajo. Genera un alto número de consultas a diferentes profesionales, una elevada utilización de los servicios sanitarios y una considerable pérdida de días de trabajo. Su prevalencia real no está clara ya que existe gran variabilidad en su estimación.

El hablar de dolor crónico de espalda baja, es hablar también de enfermedad y de un estado en donde el bienestar físico, mental, y social se ha perdido; y en consecuencia, las condiciones asociadas a la vida disminuyen considerablemente. Por ello, se ha identificado que este estado doloroso, impacta significativamente la salud del individuo que lo padece.

Entre los diferentes factores de riesgo encontrados para este padecimiento se encuentran los clasificados de factores comórbidos, mencionando entre estos a la disfunción familiar, sin embargo no existe en la literatura médica hasta el momento un estudio estadístico donde se conozca por ejemplo la prevalencia, frecuencia, relación o grado de afectación en la familiar en pacientes que sufren de lumbalgia crónica.

II.2 Pregunta de Investigación

¿Cuál es la funcionalidad familiar en pacientes de 30-50 años con lumbalgia crónica en la UMF 75 del IMSS, Nezahualcóyotl Estado de México?

III. JUSTIFICACIONES

III.1 Académica

El desarrollo de trabajos de investigación durante la especialidad de Medicina Familiar es importante debido a que es una parte importante en la formación y capacitación del médico aspirante a la especialidad ya sea para obtención de nuevo o mejora del conocimiento, ya sea para él y futuras generaciones de médicos interesados en el tema, así también obtener preparación y experiencia para aquellos médicos familiares que deseen continuar con la rama de la investigación y docencia y por mi parte para la obtención del título como especialista en Medicina Familiar.

III.2 Social

El médico de familia al ser especialista de primer contacto puede verpor lo menos un paciente con dolor de espaldas a la semana y es probablemente el que atiende más a este tipo de pacientes en comparación con otros especialistas, principalmente a pacientes con dolor crónico de espalda. En el IMSS la lumbalgia se encuentra dentro de las primeras 10 causas de consulta para el médico familiar

III.3 Familiar

La lumbalgia crónica al convertirse en un problema a largo plazo puede producir efectos psicosociales secundarios como disfuncionalidad familiar y producir con ello más continuidad de la cronicidad de la lumbalgia. Por lo es importante el conocer en este tipo de pacientes como se encuentra la funcionalidad familiar y en caso de estar alterada, dar inicio al tratamiento oportuno mediante un adecuado abordaje terapéutico integral para el ámbito individual, familiar y social del paciente con ayuda de las redes de apoyo disponibles en la atención primaria.

III.4 Económica

El impacto económico de la lumbalgia crónica se debe a la pérdida prolongada de la función, resultando en pérdida de productividad del trabajo, costos de tratamiento, y pagos por discapacidad, cuyas estimaciones de estos costos son de miles de millones de pesos.

IV. HIPÓTESIS

Los pacientes derechohabientes de 30 a 50 años de edad con lumbalgia crónica de la UMF No. 75 del IMSS Nezahualcóyotl Estado de México, presentan funcionalidad familiar alterada en más del 50 por ciento.

IV. 1 Elementos de la hipótesis

IV. 1.1 Unidades de Observación

Pacientes de 30 a 50 años de edad con lumbalgia crónica de la UMF No. 75 del IMSS Nezahualcóyotl Estado de México.

IV. 1.2 Variables

IV. 1.2.1 Dependiente

Funcionalidad Familiar

IV. 1.2.2 Independiente

IV. 1.3 Elementos lógicos de relación

Los, presentan, alterada

V. OBJETIVOS

V.1 OBJETIVO GENERAL

- Determinar la funcionalidad familiar en pacientes con lumbalgia crónica de 30 a 50 años de la UMF No. 75 del IMSS.

V.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar la edad más frecuente de presentación de lumbalgia crónica.
- Identificar el sexo más frecuente de presentación de lumbalgia crónica.
- Identificar el estado civil de los pacientes con lumbalgia crónica.
- Conocer la escolaridad de los pacientes con lumbalgia crónica.
- Identificar la ocupación de los pacientes con lumbalgia crónica.
- Identificar a la persona que aporta el gasto en el hogar de los pacientes con lumbalgia crónica.
- Identificar el tipo de composición familiar de los pacientes con lumbalgia crónica.
- Identificar el tipo de crisis familiar presente de los pacientes con lumbalgia crónica.
- Comparar la funcionalidad familiar con la edad de los pacientes entre 30 a 50 años de edad.
- Comparar funcionalidad familiar con el sexo de los pacientes entre 30 a 50 años de edad.
- Comparar funcionalidad familiar con el estado civil de los pacientes entre 30 a 50 años de edad.
- Comparar funcionalidad familiar con la escolaridad de los pacientes entre 30 a 50 años de edad.
- Comparar funcionalidad familiar con la ocupación de los pacientes entre 30 a 50 años de edad.

- Comparar funcionalidad familiar con el sostén económico del hogar de los pacientes entre 30 a 50 años de edad.
- Comparar funcionalidad familiar con la composición familiar de los pacientes entre 30 a 50 años de edad.
- Comparar funcionalidad familiar con la crisis familiar presente en pacientes entre 30 a 50 años de edad.

VI. MÉTODO

VI.1 Tipo de Estudio: Transversal, descriptivo, prospectivo y observacional

VI.2 Diseño el Estudio

- El presente estudio se realizó de Octubre 2011 a Julio 2012 en la UMF No 75 en el horario matutino 08:00 a 14:00 hrs o vespertino de 14:30 a 20:00 hrs. de lunes a viernes.
- Se escogieron los consultorios con numero par los lunes miércoles y viernes y consultorios con números nones los martes y jueves.
- Se solicitó a la asistente médica los horarios de cita de pacientes con diagnóstico de lumbalgia. Se realizó la encuesta al paciente previamente a su cita de consulta, con información de la investigación y posterior lectura y firma del consentimiento informado.
- Al término de la jornada del día se realizó el vaciamiento de los cuestionarios y captura a la base de datos en el programa estadístico SPSS versión 20.
- Se realizó el mismo procedimiento hasta completar el número de muestra necesaria para el proyecto para después iniciar el análisis estadístico, realización de gráficas, reporte de resultados, conclusiones y elaboración de la tesis de investigación digitalmente.

VI.3 Operacionalización de Variables

VARIABLE	DEFINICIÓN TEÓRICA	DEFINICIÓN OPERACIONAL	NIVEL DE MEDICIÓN	INDICADORES	ITEM
Funcionalidad Familiar	Capacidad que tiene la familia de mantener la congruencia y estabilidad ante la presencia de cambios o eventos que la desestabilizan	La presencia de funcionalidad familiar. Se evaluará mediante el instrumento denominado FF-SIL	Cualitativa Nominal	De 70 a 57 puntos. Familia funcional De 56 a 43 puntos. Familia moderadamente funcional De 42 a 28 puntos. Familia disfuncional De 27 a 14 puntos. Familia severamente disfuncional	1-14
Sexo	Características fenotípicas y genotípicas que diferencian a los seres humanos	Conjunto de características biológicas que diferencian al hombre de la mujer	Cualitativa Nominal	1. Hombre 2. Mujer	A
Grupo de edad	Tiempo de vida cronometrado desde el nacimiento hasta la fecha	Años de edad del paciente al momento de la encuesta	Cuantitativa Discreta	1. 30-35 2. 36-40 3. 41-45 4. 46-50	B

Estado Civil	Condición particular que caracteriza a una persona en lo que hace a sus vínculos personales con individuos de otro o mismo sexo	Relación legal que tiene con una persona	Cualitativa Nominal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Soltero 2. Casado 3. Unión Libre 4. Divorciado 5. Separado 6. Viudo 	C
Escolaridad	Conjunto de cursos que un estudiante sigue en un centro docente	Grados de estudios que tiene el paciente	Cualitativa Ordinal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Analfabeto 2. Primaria 3. Secundaria 4. Bachillerato 5. Carrera técnica 6. Licenciatura 7. Posgrado 	D
Ocupación	Acción o función que desempeña un individuo en su trabajo oficio o puesto para ganar el sustento	El trabajo que desempeña el paciente	Cualitativa nominal	<ol style="list-style-type: none"> 1.Hogar 2.Obrero 3.Empleado 4.Comerciante 	E
Sostén económico	Persona quien se encarga principalmente del sustento de gastos del hogar	Persona que aporta el gasto en el hogar	Cualitativa Nominal	<ol style="list-style-type: none"> 1.Paciente 2.Conyuge 3.Otro 	F
Tipo de Composición familiar	Clasificación de la familia en base al número e integrantes de la familia	Composición familiar del paciente	Cualitativa Nominal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Nuclear 2. Nuclear simple 3. Nuclear numerosa 4. Reconstruida 5. Monoparental 6. Monoparental extendida 7. Monoparental extendida compuesta 8. Extensa 9. Extensa compuesta 10. No parental 	G

Crisis familiar	Evento de la vida, presente y pasado, que ocasiona cambios en la funcionalidad de los miembros de la familia	Problemas familiares del paciente al momento de la encuesta	Cualitativa Nominal	1.Familiar 2.Enfermedad o accidente 3.Economica 4.Laboral 5. Legal 6.Ambiental	H
------------------------	--	---	---------------------	---	---

VI. 4 Universo de Trabajo y tamaño de muestra:

El universo de trabajo estuvo conformado por 102 pacientes derechohabientes del IMSS de la UMF No. 75 de entre 30 a 50 años de edad que cursen con lumbalgia crónica durante los meses de Octubre 2011 a Julio 2012.

Determinación del tamaño de la muestra: El tipo de muestreo fue no probabilístico consecutivo, no se realizó cálculo para la determinación del tamaño de la muestra ya que ingresaron todos los pacientes de forma consecutiva que se encuentran en la consulta externa de medicina familiar a partir de la fecha de aprobación de este protocolo por el comité de ética e investigación.

VI. 4.1 Criterios de inclusión

- Pacientes adscritos a la UMF No 75 del IMSS que acudan a consulta y de ambos turnos.
- Pacientes con diagnóstico de lumbalgia crónica.
- Pacientes de 30 a 50 años de edad de ambos sexos.
- Pacientes que acepten participar en el estudio con previo consentimiento informado.

VI. 4.2 Criterios de exclusión

- Pacientes con alteraciones neurológicas.
- Pacientes con alteraciones mentales.
- Pacientes con enfermedades crónico degenerativas mal controladas.

VI. 4.3 Criterios de eliminación

- Cuestionarios o información incompletos.
- Pacientes que ya no deseen participar en el estudio.

VI. 5 Instrumento de investigación (Ver anexos)

VI.5. FF-SIL

VI. 5.1 Descripción

La prueba FF – SIL es un instrumento para evaluar cuanti-cualitativamente la funcionalidad familiar, se diseñó en 1994 con la idea de que fuera un instrumento sencillo para la evaluación de las relaciones intrafamiliares, de fácil aplicación y calificación por el equipo de salud de la atención primaria.^(8,18)

Se seleccionaron siete procesos implicados en las relaciones intrafamiliares, que serían medidos en la prueba: cohesión, roles, armonía, comunicación, afectividad, permeabilidad, adaptabilidad, (que se identifica con el acrónimo CRACAPA) el cual permite al personal de salud identificar el factor relacionado causante del problema familiar y así intervenir más eficaz y efectivamente en este.^(15,17)

El estudio acerca del modo de manifestarse estos procesos en la familia se condujo en la elaboración de 14 afirmaciones que componen la prueba, expresadas en forma positiva. La calificación se realiza adjudicando puntos según la opción seleccionada en la escala: casi nunca vale 1, pocas veces vale 2, a veces vale 3, muchas veces vale 4 y casi siempre vale 5. Los puntos se suman y a esa puntuación total le corresponde un diagnóstico de funcionamiento familiar.^(ver anexos)

La aplicación del test en familias que según el criterio del médico o enfermera de familia, tienen algún grado de disfuncionalidad, basados en elementos objetivos y evidentes entre las relaciones de sus miembros, consiste en aplicarle el instrumento a un miembro de la familia, preferentemente al jefe de núcleo o al miembro que tenga estrechos lazos de afectividad y consanguinidad con el miembro o los miembros que produzca el desequilibrio en la dinámica relacional del grupo familiar.⁽¹⁷⁾

El estudio de la confiabilidad temporal dio como resultado un valor de 0.93, muy por encima del valor prefijado y muy similar al obtenido en 1994 (0,94), lo que demuestra que el instrumento es confiable en este sentido.⁽¹⁵⁾

VI. 5.2 Validación

La prueba FF – SIL es un instrumento construido y validado por Master en Psicología de Salud (De la Cuesta D, Pérez-González E, Lauro-Bernal I). Fue sometida a criterio de 25 profesionales de la salud: 9 psicólogos, 9 médicos y 7 enfermeras todos con grado académico y se seleccionaron como expertos a integrantes del Grupo Asesor Metodológico de la Familia y miembros del colectivo de autores del nuevo programa de atención integral a la familia. Fue aplicada en 20 familias disfuncionales de un área de Salud del Municipio Playa en Ciudad de La Habana y los resultados fueron favorables en todas las familias, ya que se alcanzaron las expectativas trazadas en diferentes intervalos de tiempos. En aquella oportunidad se realizó la primera comprobación de los procedimientos de confiabilidad y validez. ^(8,18)

VI. 5.3 Aplicación

Se realizó la aplicación con pleno consentimiento informado a los encuestados que cumplieran con cada uno de los criterios antes mencionados dentro de la Unidad de Medicina Familiar No 75 del IMSS.

VI. 6 Desarrollo del proyecto

Una vez elaborado y aprobado el protocolo por el comité local de investigación se procedió a buscar y seleccionar según los criterios de inclusión exclusión y eliminación a la población participante en el estudio de la consulta matutina y vespertina de la UMF 75. Con previa explicación del estudio a los pacientes participantes y posterior firma de la carta de consentimiento informado se inició la aplicación del instrumento de investigación. Posteriormente se elabora una base de datos para el análisis para después realizar la interpretación, análisis y graficas de los resultados y producir la digitalización de la tesis de investigación.

VI. 7 Límite de espacio y tiempo

El presente estudio se realizó en la consulta externa de la Unidad de Medicina Familiar No 75 del IMSS, Nezahualcóyotl Estado de México de Octubre de 2011 a Julio 2012.

VI. 8Diseño de análisis

Una vez obtenidos los resultados de la aplicación de los cuestionarios se procedió a analizar y representar lo obtenido mediante cuadros y gráficos con el programa estadístico SPSS versión 20 y Microsoft Office Excel 2010.

Se realizó análisis univariado mediante el cálculo de frecuencias simples.

VII. IMPLICACIONES ÉTICAS

El presente estudio se apegó a las normas éticas sobre investigación según el Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Investigación, en su Título Segundo, que establece los aspectos éticos de investigación en seres humanos, Capítulo I, artículo 17; las leyes vigentes del comité de Bioética del Instituto Mexicano del Seguro Social y a los principios éticos para las investigaciones médicas en seres humano que emanan de la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial por la 59ª Asamblea General de WMA, Seúl, Octubre del 2008. Ésta investigación es considerada como una Investigación de Riesgo Mínimo; y de acuerdo al artículo 23 en caso de investigaciones con riesgo mínimo, la Comisión de Ética, por razones justificadas, podrá autorizar que el consentimiento informado se obtenga sin formularse por escrito. No obstante lo anterior, en la presente investigación consideramos la solicitud de consentimiento informado por escrito.

VIII. ORGANIZACIÓN

Tesista: M.C Fernando Nieto Guerrero.

Director de Tesis: E.M.F Edgar García Torres.

IX. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Se evaluaron 102 pacientes en el periodo de abril y mayo de 2012 con diagnóstico de lumbalgia crónica, en donde se observó que en referencia a la funcionalidad familiar la mayor parte de las familias de los pacientes con lumbalgia crónica son en la mitad de los casos familias moderadamente funcionales, en segundo lugar se observa disfuncionalidad familiar con 32.4% de los casos y por último se reporta solo 17.6% con familias funcionales: (Cuadro 1, gráfico I)

En este estudio se observó que los pacientes tienen una edad en el rango de entre 46 a 50 años. El sexo masculino fue con mayor frecuencia atendido por lumbalgia crónica en la consulta externa con 57.8% que el sexo femenino con 43%. (Cuadro 2 y 3; gráfico II y III)

En lo que corresponde al estado civil se observó que con mayor frecuencia los pacientes atendidos son casados en la más de la mitad de los casos con 59.8%, en segundo lugar viven en unión libre con 26.5% y en último lugar con 3% son solteros, separados y viudos. (Cuadro 4, gráfico IV)

Se encontró que con mayor frecuencia los pacientes con este padecimiento tienen secundaria completa con 32.4%, en segundo lugar tienen bachillerato completo con el 24.5% y en último lugar tienen una licenciatura con un 7 %. (Tabla 5, gráfico V)

En lo que corresponde a la ocupación se encontró que hasta un 54.9% de los pacientes atendidos son obreros de alguna empresa, en segundo lugar se encuentra los empleados con 42.2% y en último lugar las personas que ejercen el comercio con un 1%. (Cuadro 6, gráfico VI)

En el estudio se observó que el principal sostén económico de la familia es con mayor frecuencia el paciente con lumbalgia crónica con 67.6% y en segundo lugar el cónyuge o pareja de este con 32.4 % de los casos. (Cuadro 7, gráfico VII)

En la composición familiar se observó que con mayor frecuencia son de tipo extensa con 40 % y en segundo lugar son nuclear numerosa con 34% y en último lugar son del reconstruida extensa compuesta y monoparental extendida con el 1%. (Cuadro 8, gráfico VIII)

En el estudio se observó que el tipo de crisis familiar que con mayor frecuencia se presenta es del tipo económico en más de la mitad de los casos con 52 %, en segundo lugar es del tipo enfermedad o accidente con 23.5% y en último lugar del tipo legal con 2%. (Cuadro 9, gráfico XI)

DISCUSIÓN

En comparación de la funcionalidad familiar con diversos factores sociodemográficos utilizados en este estudio se pudo observar que en los pacientes con lumbalgia crónica de la UMF 75 la funcionalidad familiar se encontró con más frecuencia en moderadamente afectada, enseguida las familias con disfuncionalidad familiar y por último las familias completamente funcionales. En menor frecuencia existieron casos con familias completamente funcionales y en ningún caso hubo familias severamente disfuncionales. En cuanto a la edad de los pacientes se observa mayor frecuencia de familias con funcionalidad familiar moderada y disfuncionalidad en aquellos que se encuentran en el rango 46 a 50 años de edad, con lo cual concuerda con dos revisiones sistemáticas donde se concluye que la edad mayor de 50 años se asocia a cronicidad de la lumbalgia⁽¹¹⁾ en cuanto al sexo la frecuencia de funcionalidad familiar se comportó de manera igual sin diferencia, existió mayor funcionalidad familiar en pacientes casados. Fue ms frecuente la funcionalidad familiar en pacientes con nivel medio superior y de ocupación obrera. En referencia al sostén económico no se observó diferencias de funcionalidad familiar de quien es el que aporta el gasto económico entre el paciente y su cónyuge. La funcionalidad familiar estuvo más presente en pacientes con familia nuclear. Por último se observó más funcionalidad familiar en pacientes que tienen una familia de tipo nuclear simple y aquellos que tienen una crisis familiar paranormativa de tipo enfermedad u accidente y del tipo laboral. (Cuadros 10, 11, 12, 13, 14,15, 16 y 17; gráficos X, XI, XII, XIII, XIV, XV, XVI y XVII)

La prevalencia de lumbalgia crónica es considerada en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) como una de las patologías que más frecuentemente atiende el médico familiar en la consulta externa, tal como es mencionada en la literatura médica reportada. No existen investigaciones previas con tipo de enfoque de asociación entre la funcionalidad familiar y lumbalgia crónica.

Esta investigación confirma una importante asociación entre los factores sociodemográficos y familiares a la lumbalgia crónica, se observó alteraciones de la funcionalidad familiar en el 50% de los pacientes, del tipo moderado. Se encontró además en este estudio que la edad media de los pacientes estudiados con lumbalgia crónica es de 45 años de edad con una desviación estándar de ± 5.6 , esto concuerda con estudios previos donde se menciona que el pico de prevalencia está situado entre los 35 y 55 años de edad, lo que indica un riesgo relacionado con la edad; que además aumenta al avanzar esta con un tiempo de lumbalgia de 23 semanas en promedio, estas variables se confirman en estudios previos^(12,11).

La guía de práctica clínica del IMSS “Diagnóstico y tratamiento y prevención de lumbalgia aguda y crónica”, del 2009 menciona que la disfunción familiar es uno de los factores comórbidos para la cronificación de la lumbalgia, sin embargo no se mencionan las características de las familias con alteración en la funcionalidad familiar⁽¹¹⁾.

Los resultados de esta investigación muestran que al utilizar el FF-SIL como instrumento de medición de la funcionalidad familiar en pacientes con lumbalgia crónica, existe una alteración moderada de la funcionalidad familiar de manera más frecuente, no siendo como tal, la disfunción familiar o severamente disfuncional, como se menciona la guía de práctica clínica del IMSS ⁽⁹⁾. De este modo se pudiera realizar de nueva cuenta esta investigación utilizando otros instrumentos de medición de la funcionalidad familiar como lo son el APGAR y el FACES III.

Las características familiares de los pacientes con lumbalgia crónica que tuvieron funcionalidad familiar moderada y con disfunción familiar más relevantes en este estudio fueron que tienen completa o incompleta la secundaria, casados, de ocupación de tipo empleado, y que tienen una familia de tipo extensa o nuclear numerosa, son el principal sostén económico y la principal crisis paranormativa que les afecta son la de tipo económico esta última que con cuerda con la guía de práctica clínica del IMSS ⁽⁹⁾.

Dado a que no existe información suficiente sobre este tema, esto abre la posibilidad de continuar posteriormente una línea de investigación para dar seguimiento a esta problemática.

X. CUADROS Y GRÁFICOS

CUADRO 1

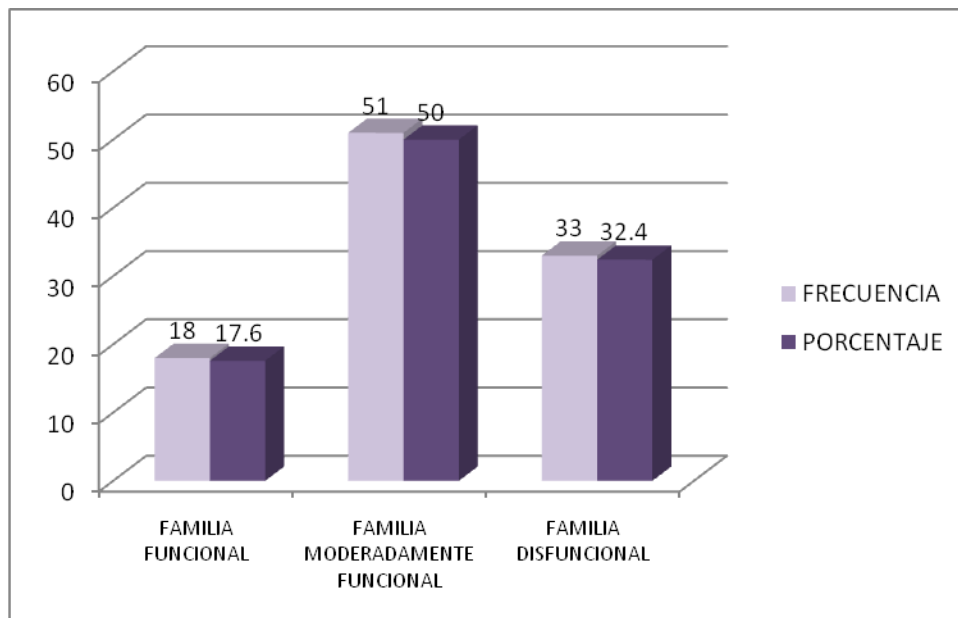
**FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN PACIENTES DE 30 A 50 AÑOS DE EDAD
CON LUMBALGIA CRÓNICA EN LA UMF No. 75 DEL IMSS,
NEZAHUALCÓYOTL ESTADO DE MÉXICO 2012**

FUNCIONALIDAD FAMILIAR	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Familia funcional	18	17.6
Familia moderadamente funcional	51	50
Familia disfuncional	33	32.4
Total	102	100

Fuente: Concentrado de datos

GRÁFICO I

**FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN PACIENTES DE 30 A 50 AÑOS DE EDAD
CON LUMBALGIA CRÓNICA EN LA UMF No. 75 DEL IMSS,
NEZAHUALCÓYOTL ESTADO DE MÉXICO 2012**



Fuente: Cuadro 1

CUADRO 2

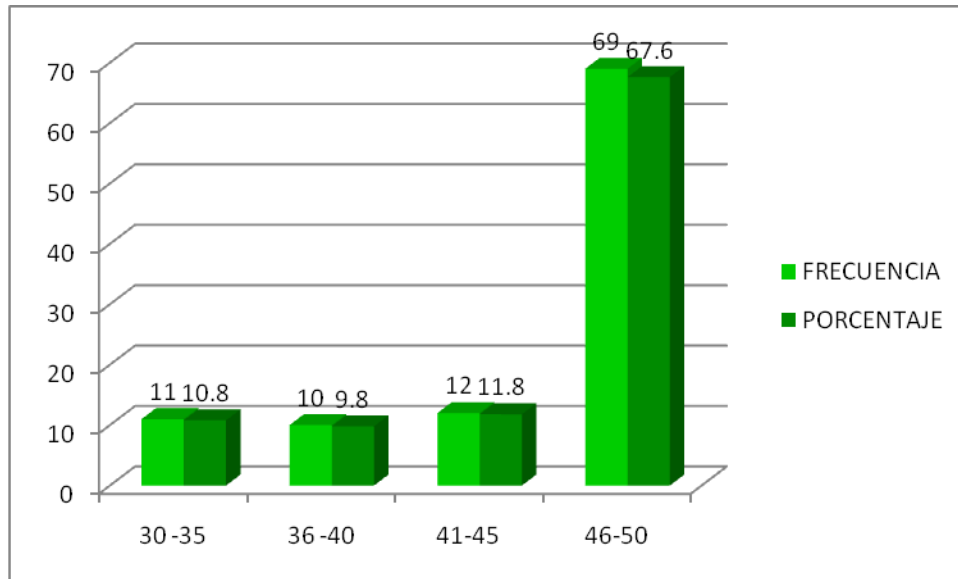
EDAD DE PACIENTES CON LUMBALGIA CRÓNICA EN LA UMF No. 75 DEL IMSS, NEZAHUALCÓYOTL ESTADO DE MÉXICO 2012

EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
30 -35	11	10.8
36 -40	10	9.8
41-45	12	11.8
46-50	69	67.6
Total	102	100

Fuente: Concentrado de datos

GRÁFICO II

EDAD DE PACIENTES CON LUMBALGIA CRÓNICA EN LA UMF No. 75 DEL IMSS, NEZAHUALCÓYOTL ESTADO DE MÉXICO 2012



Fuente: Cuadro 2

CUADRO 3

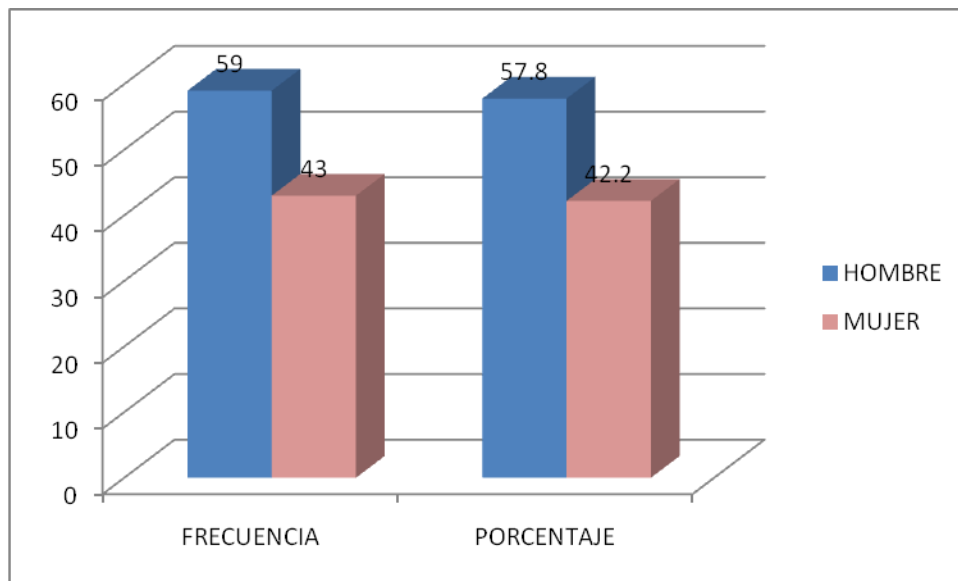
SEXO DE PACIENTES DE 30 A 50 AÑOS DE EDAD CON LUMBALGIA CRÓNICA EN LA UMF No. 75 DEL IMSS, NEZAHUALCÓYOTL ESTADO DE MÉXICO 2012

SEXO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Hombre	59	57.8
Mujer	43	42.2
Total	102	100

Fuente: Concentrado de datos

GRÁFICO III

SEXO DE PACIENTES DE 30 A 50 AÑOS DE EDAD CON LUMBALGIA CRÓNICA EN LA UMF No. 75 DEL IMSS, NEZAHUALCÓYOTL ESTADO DE MÉXICO 2012



Fuente: Cuadro 3

CUADRO 4

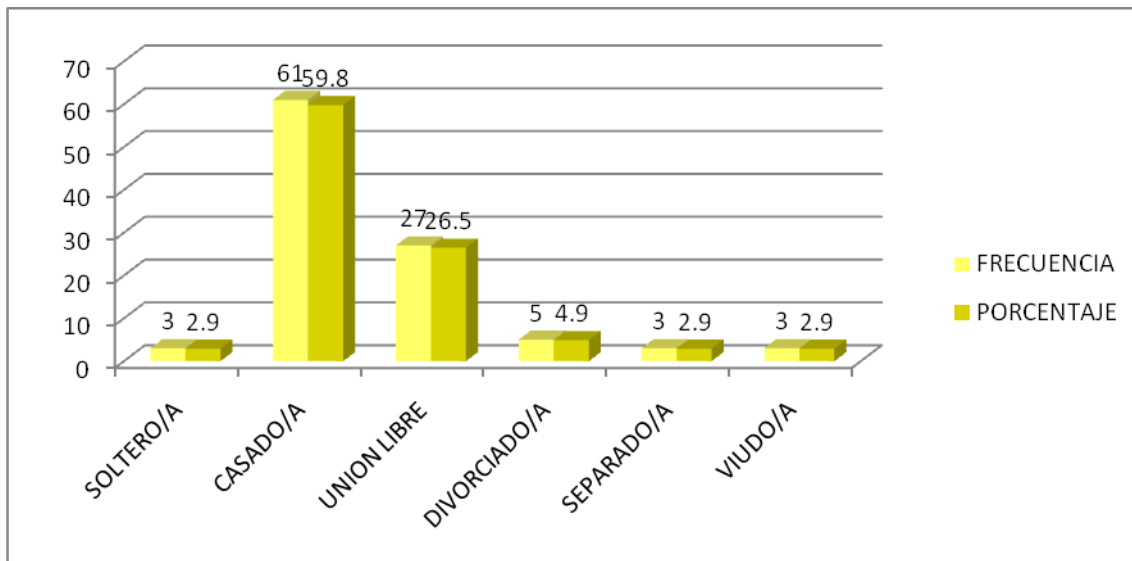
ESTADO CIVIL DE PACIENTES DE 30 A 50 AÑOS DE EDAD CON LUMBALGIA CRÓNICA EN LA UMF No. 75 DEL IMSS, NEZAHUALCÓYOTL ESTADO DE MÉXICO 2012

ESTADO CIVIL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Soltero/a	3	2.9
Casado/a	61	59.8
Unión libre	27	26.5
Divorciado/a	5	4.9
Separado/a	3	2.9
Viudo/a	3	2.9
Total	102	100

Fuente: Concentrado de datos

GRÁFICO IV

ESTADO CIVIL DE PACIENTES DE 30 A 50 AÑOS DE EDAD CON LUMBALGIA CRÓNICA EN LA UMF No. 75 DEL IMSS, NEZAHUALCÓYOTL ESTADO DE MÉXICO 2012



Fuente: Cuadro 4

CUADRO 5

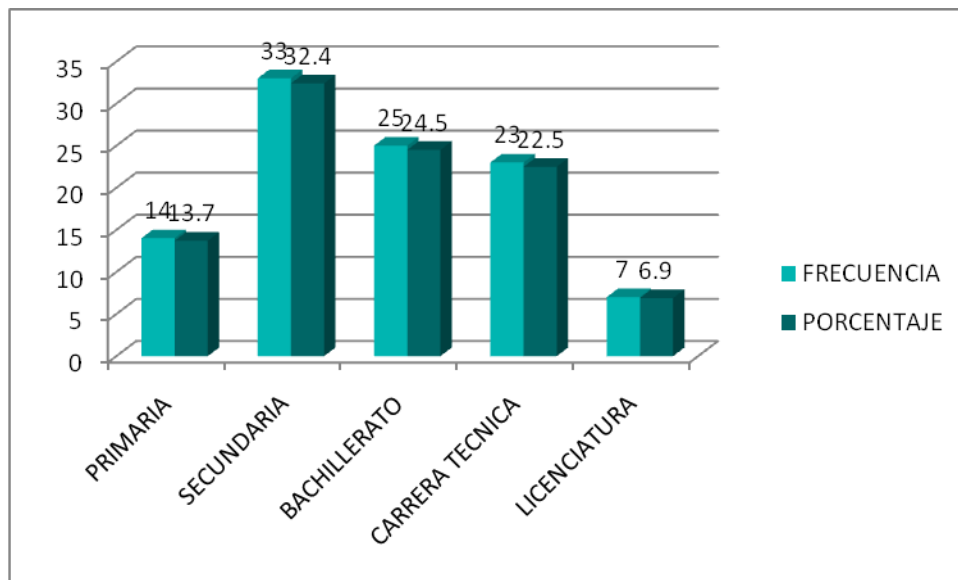
ESCOLARIDAD DE PACIENTES DE 30 A 50 AÑOS DE EDAD CON LUMBALGIA CRÓNICA EN LA UMF No. 75 DEL IMSS, NEZAHUALCÓYOTL ESTADO DE MÉXICO 2012

ESCOLARIDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Primaria	14	13.7
Secundaria	33	32.4
Bachillerato	25	24.5
Carrera técnica	23	22.5
Licenciatura	7	6.9
Total	102	100

Fuente: Concentrado de datos

GRÁFICO V

ESCOLARIDAD DE PACIENTES DE 30 A 50 AÑOS DE EDAD CON LUMBALGIA CRÓNICA EN LA UMF No. 75 DEL IMSS, NEZAHUALCÓYOTL ESTADO DE MÉXICO 2012



Fuente: Cuadro 5

CUADRO 6

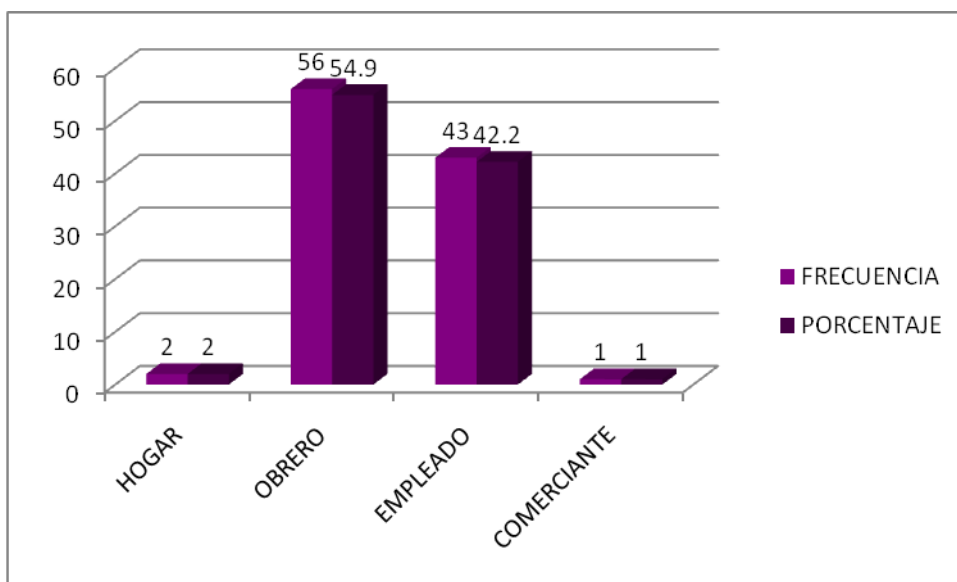
OCUPACIÓN DE PACIENTES DE 30 A 50 AÑOS DE EDAD CON LUMBALGIA CRÓNICA EN LA UMF No. 75 DEL IMSS, NEZAHUALCÓYOTL ESTADO DE MÉXICO 2012

OCUPACION	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Hogar	2	2
Obrero	56	54.9
Empleado	43	42.2
Comerciante	1	1
Total	102	100

Fuente: Concentrado de datos

GRÁFICO VI

OCUPACIÓN DE PACIENTES DE 30 A 50 AÑOS DE EDAD CON LUMBALGIA CRÓNICA EN LA UMF No. 75 DEL IMSS, NEZAHUALCÓYOTL ESTADO DE MÉXICO 2012



Fuente: Cuadro 6

CUADRO 7

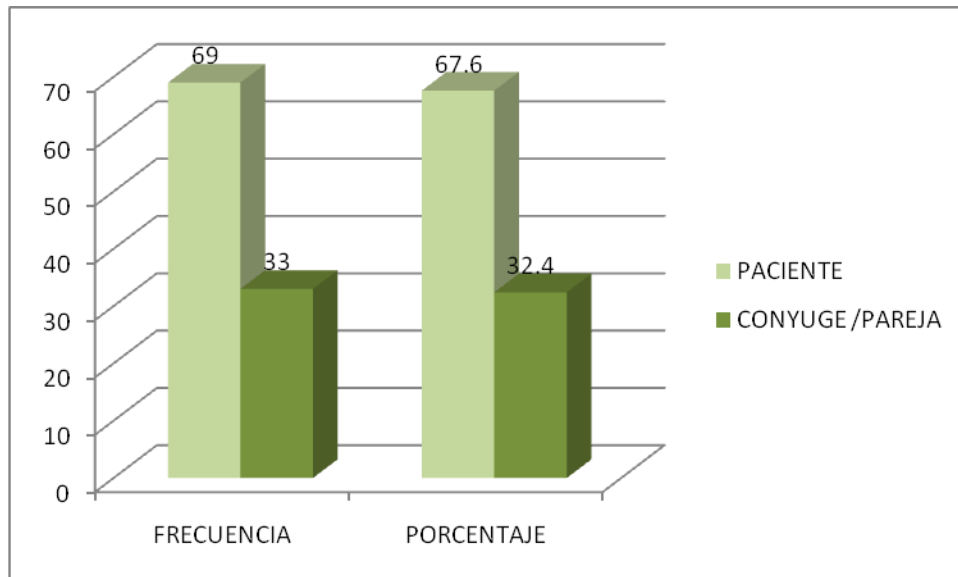
SOSTÉN ECONÓMICO DEL HOGAR DE PACIENTES DE 30 A 50 AÑOS DE EDAD CON LUMBALGIA CRÓNICA EN LA UMF No. 75 DEL IMSS, NEZAHUALCÓYOTL ESTADO DE MÉXICO 2012

SOSTEN ECONOMICO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Paciente	69	67.6
Cónyuge /pareja	33	32.4
Total	102	42.2

Fuente: Concentrado de datos

GRÁFICO VII

SOSTÉN ECONÓMICO DEL HOGAR DE PACIENTES DE 30 A 50 AÑOS DE EDAD CON LUMBALGIA CRÓNICA EN LA UMF No. 75 DEL IMSS, NEZAHUALCÓYOTL ESTADO DE MÉXICO 2012



Fuente: Cuadro 7

CUADRO 8

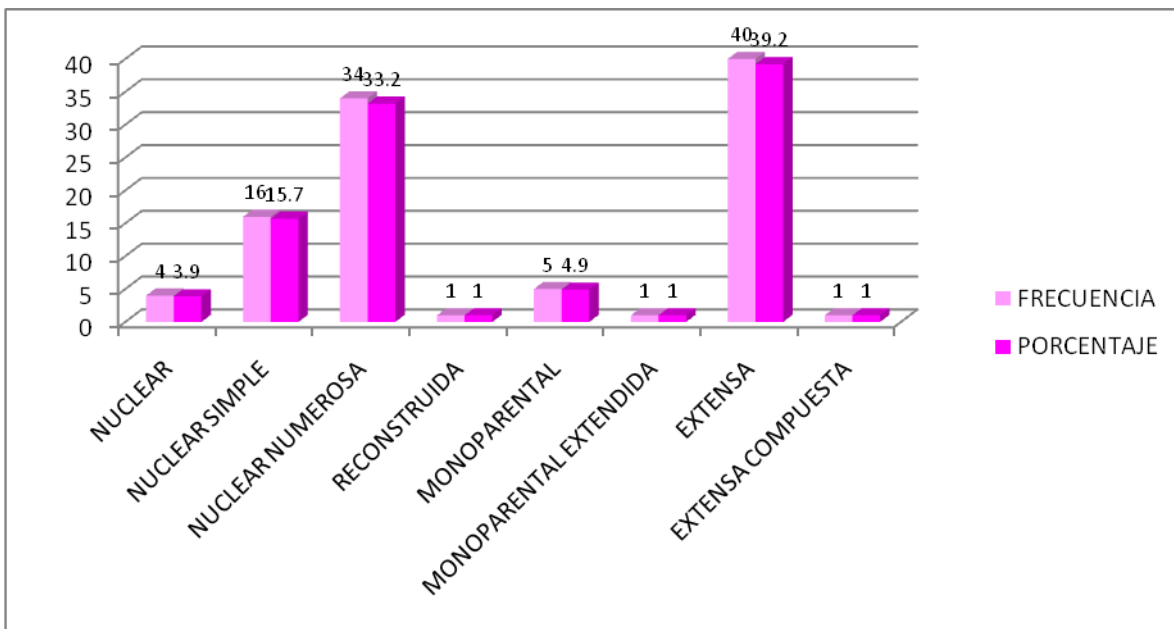
COMPOSICIÓN FAMILIAR DE PACIENTES DE 30 A 50 AÑOS DE EDAD CON LUMBALGIA CRÓNICA EN LA UMF No. 75 DEL IMSS, NEZAHUALCÓYOTL ESTADO DE MÉXICO 2012

COMPOSICIÓN FAMILIAR	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Nuclear	4	3.9
Nuclear simple	16	15.7
Nuclear numerosa	34	33.2
Reconstruida	1	1
Monoparental	5	4.9
Monoparental extendida	1	1
Extensa	40	39.2
Extensa compuesta	1	1
Total	102	100

Fuente: Concentrado de datos

GRÁFICO VIII

COMPOSICIÓN FAMILIAR DE PACIENTES DE 30 A 50 AÑOS DE EDAD CON LUMBALGIA CRÓNICA EN LA UMF No. 75 DEL IMSS, NEZAHUALCÓYOTL ESTADO DE MÉXICO 2012



Fuente: Cuadro 8

CUADRO 9

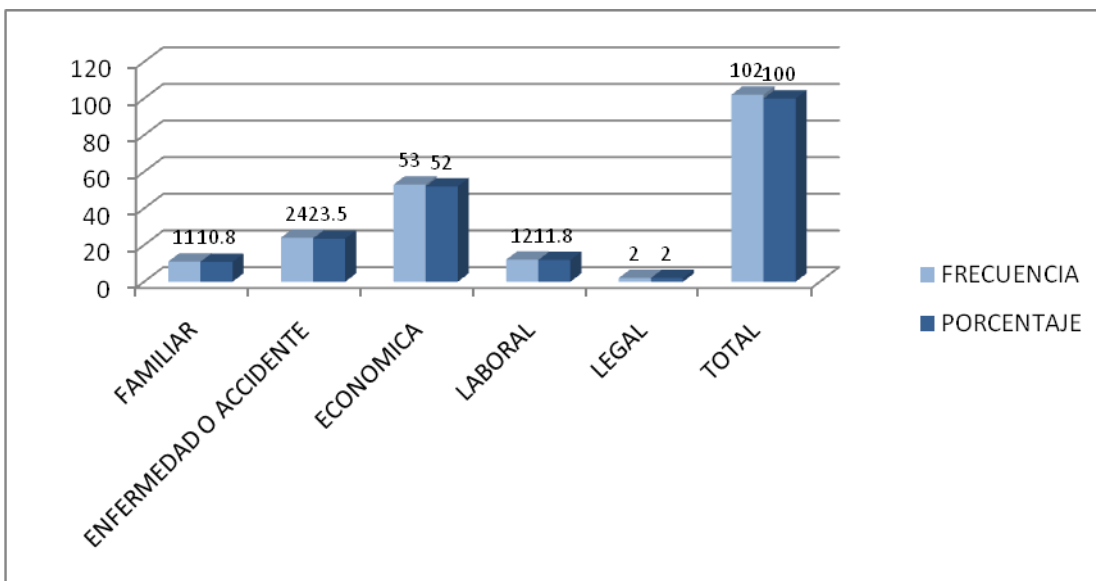
CRISIS FAMILIAR DE PACIENTES DE 30 A 50 AÑOS DE EDAD CON LUMBALGIA CRÓNICA EN LA UMF No. 75 DEL IMSS, NEZAHUALCÓYOTL ESTADO DE MÉXICO 2012

CRISIS FAMILIAR	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Familiar	11	10.8
Enfermedad o accidente	24	23.5
Económica	53	52
Laboral	12	11.8
Legal	2	2
Total	102	100

Fuente: Concentrado de datos

GRÁFICO IX

CRISIS FAMILIAR DE PACIENTES DE 30 A 50 AÑOS DE EDAD CON LUMBALGIA CRÓNICA EN LA UMF No. 75 DEL IMSS, NEZAHUALCÓYOTL ESTADO DE MÉXICO 2012



Fuente: Cuadro 9

CUADRO 10

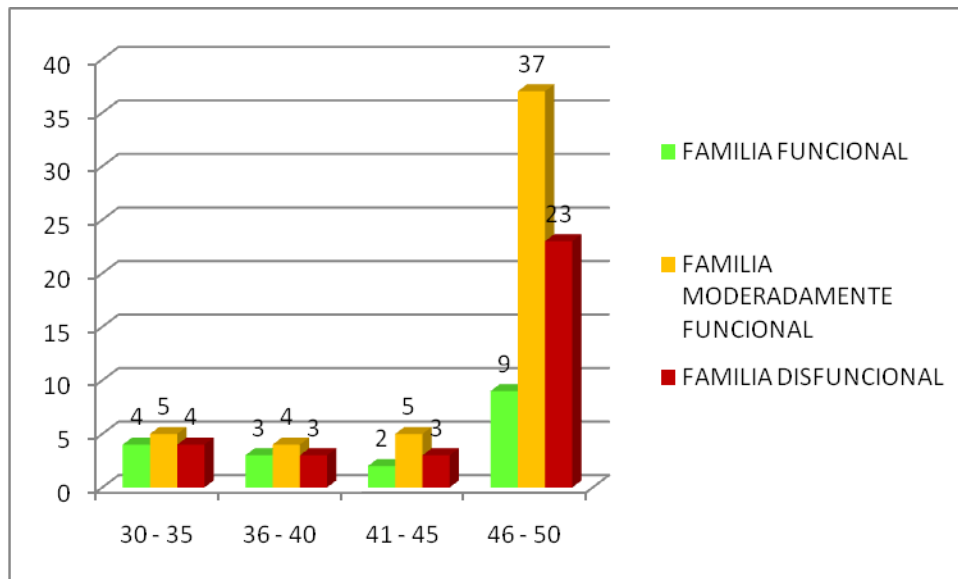
COMPARACIÓN ENTRE FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y EDAD EN AÑOS DE PACIENTES DE EDAD CON LUMBALGIA CRÓNICA EN LA UMF No. 75 DEL IMSS, NEZAHUALCÓYOTL ESTADO DE MÉXICO 2012

Funcionalidad familiar / Edad	30 - 35	36 - 40	41 - 45	46 - 50
Familia funcional	4	3	2	9
Familia moderadamente funcional	5	4	5	37
Familia disfuncional	4	3	3	23
Total	13	10	10	69

Fuente: Concentrado de datos

GRÁFICO X

COMPARACIÓN ENTRE FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y EDAD EN AÑOS DE PACIENTES DE 30 A 50 AÑOS DE EDAD CON LUMBALGIA CRÓNICA EN LA UMF No. 75 DEL IMSS, NEZAHUALCÓYOTL ESTADO DE MÉXICO 2012



Fuente: Cuadro 10

CUADRO 11

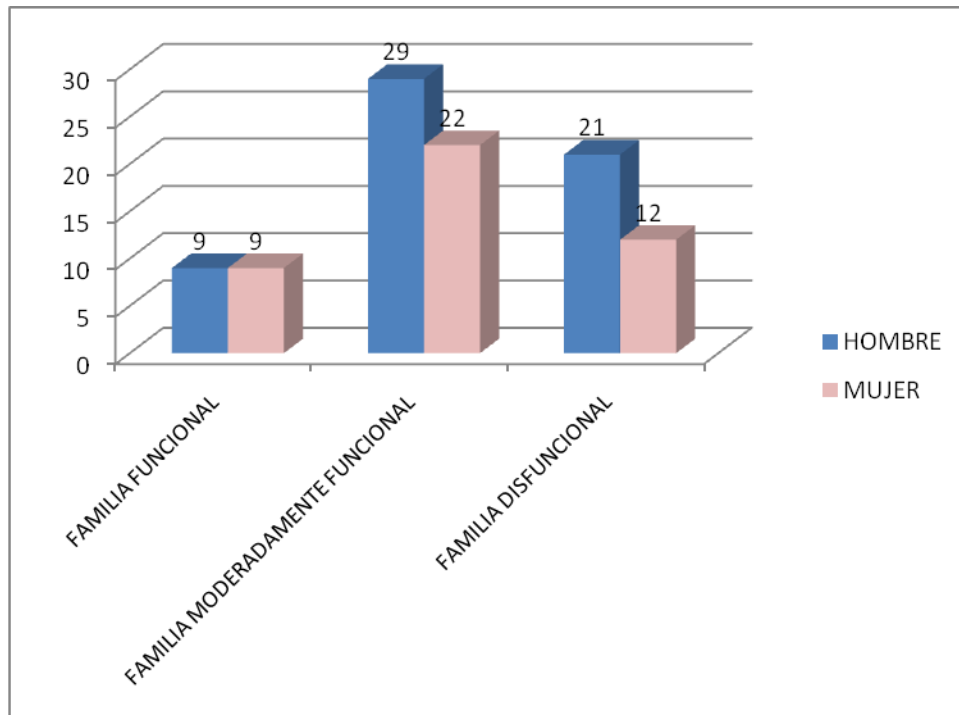
COMPARACIÓN ENTRE FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y SEXO DE PACIENTES DE 30 A 50 AÑOS DE EDAD CON LUMBALGIA CRÓNICA EN LA UMF No. 75 DEL IMSS, NEZAHUALCÓYOTL ESTADO DE MÉXICO 2012

Funcionalidad familiar /Sexo	Hombre	Mujer
Familia funcional	9	9
Familia moderadamente funcional	29	22
Familia disfuncional	21	12
Total	59	43

Fuente: Concentrado de datos

GRÁFICO XI

COMPARACIÓN ENTRE FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y SEXO DE PACIENTES DE 30 A 50 AÑOS DE EDAD CON LUMBALGIA CRÓNICA EN LA UMF No. 75 DEL IMSS, NEZAHUALCÓYOTL ESTADO DE MÉXICO 2012



Fuente: Cuadro 11

CUADRO 12

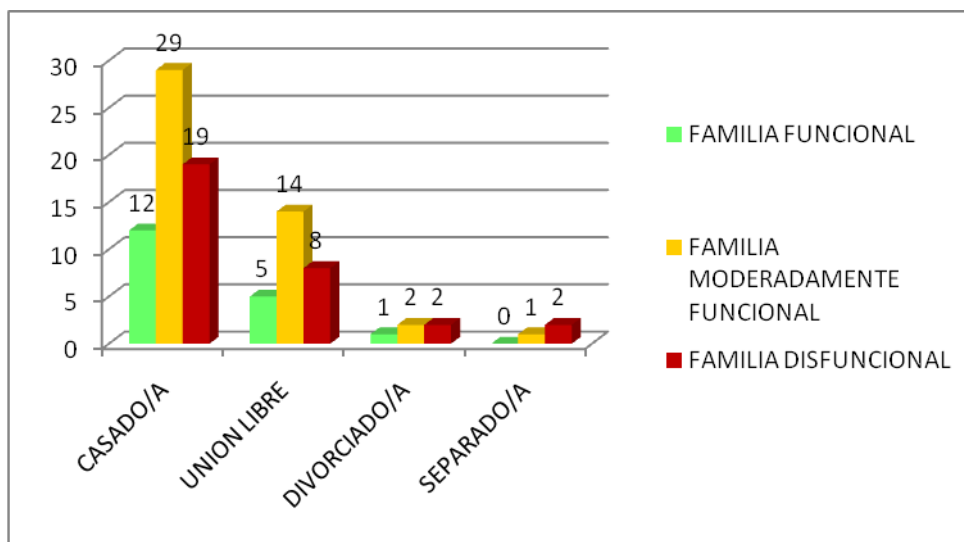
**COMPARACIÓN ENTRE FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y ESTADO CIVIL DE
PACIENTES DE 30 A 50 AÑOS DE EDAD CON LUMBALGIA CRÓNICA EN LA UMF
No. 75 DEL IMSS, NEZAHUALCÓYOTL ESTADO DE MÉXICO 2012**

Funcionalidad familiar /Estado civil	Soltero/a	Casado/a	Unión libre	Divorciado/a	Separado/a	Viudo/a
Familia funcional	0	12	5	1	0	0
Familia moderadamente funcional	3	29	14	2	1	1
Familia disfuncional	0	19	8	2	2	3
Total	3	60	27	5	3	4

Fuente: Concentrado de datos

GRÁFICO XII

**COMPARACIÓN ENTRE FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y ESTADO CIVIL DE
PACIENTES DE 30 A 50 AÑOS DE EDAD CON LUMBALGIA CRÓNICA EN LA UMF
No. 75 DEL IMSS, NEZAHUALCÓYOTL ESTADO DE MÉXICO 2012**



Fuente: Cuadro 12

CUADRO 13

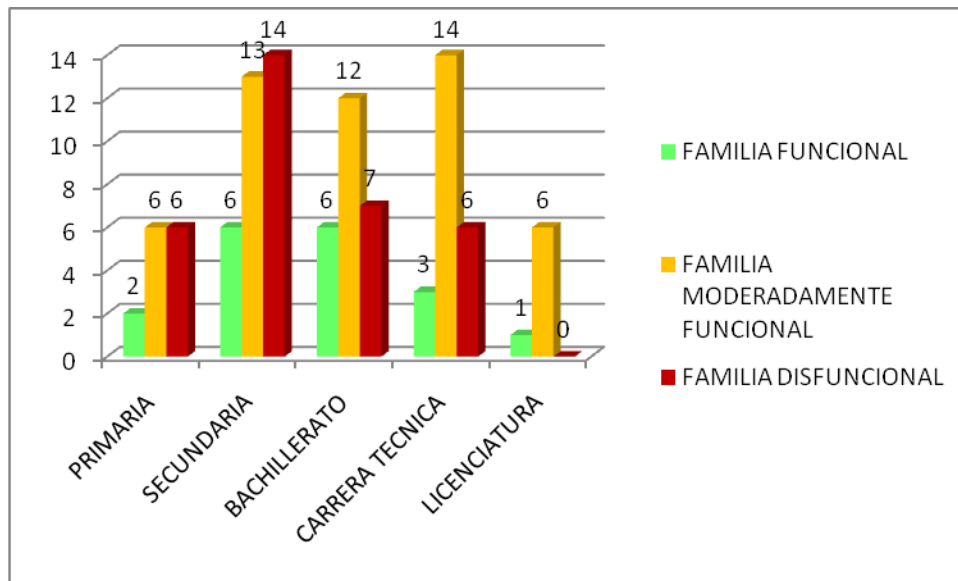
COMPARACIÓN ENTRE FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y ESCOLARIDAD DE PACIENTES DE 30 A 50 AÑOS DE EDAD CON LUMBALGIA CRÓNICA EN LA UMF No. 75 DEL IMSS, NEZAHUALCÓYOTL ESTADO DE MÉXICO 2012

Funcionalidad familiar / Escolaridad	Primaria	Secundaria	Bachillerato	Carrera técnica	Licenciatura
Familia funcional	2	6	6	3	1
Familia moderadamente funcional	6	13	12	14	6
Familia disfuncional	6	14	7	6	0
Total	14	33	25	23	7

Fuente: Concentrado de datos

GRÁFICO XIII

COMPARACIÓN ENTRE FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y ESCOLARIDAD DE PACIENTES DE 30 A 50 AÑOS DE EDAD CON LUMBALGIA CRÓNICA EN LA UMF No. 75 DEL IMSS, NEZAHUALCÓYOTL ESTADO DE MÉXICO 2012



Fuente: Cuadro 13

CUADRO 14

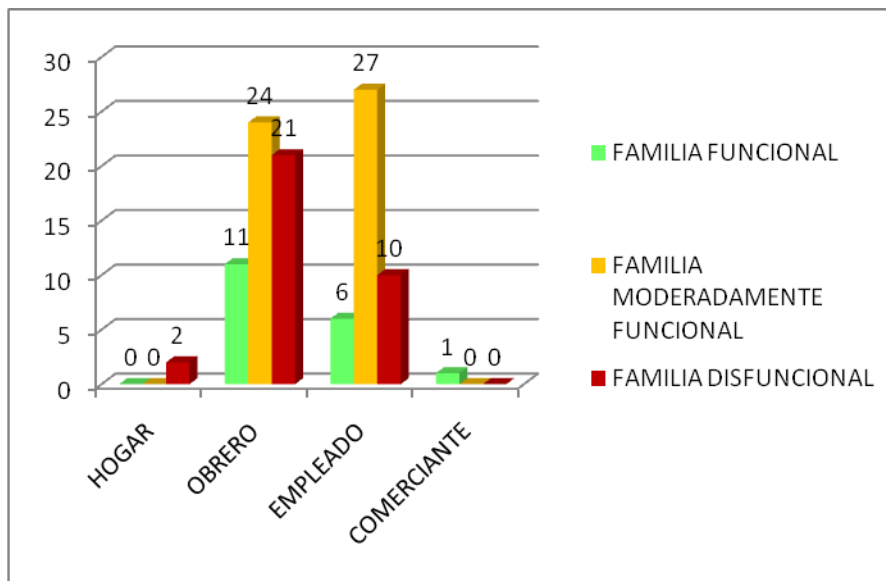
COMPARACIÓN ENTRE FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y LA OCUPACIÓN DE PACIENTES DE 30 A 50 AÑOS DE EDAD CON LUMBALGIA CRÓNICA EN LA UMF No. 75 DEL IMSS, NEZAHUALCÓYOTL ESTADO DE MÉXICO 2012

Funcionalidad familiar / Ocupación	Hogar	Obrero	Empleado	Comerciante
Familia funcional	0	11	6	1
Familia moderadamente funcional	0	24	27	0
Familia disfuncional	2	21	10	0
Total	2	56	43	1

Fuente: Concentrado de datos

GRÁFICO XIV

COMPARACIÓN ENTRE FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y LA OCUPACIÓN DE PACIENTES DE 30 A 50 AÑOS DE EDAD CON LUMBALGIA CRÓNICA EN LA UMF No. 75 DEL IMSS, NEZAHUALCÓYOTL ESTADO DE MÉXICO 2012



Fuente: Cuadro 14

CUADRO 15

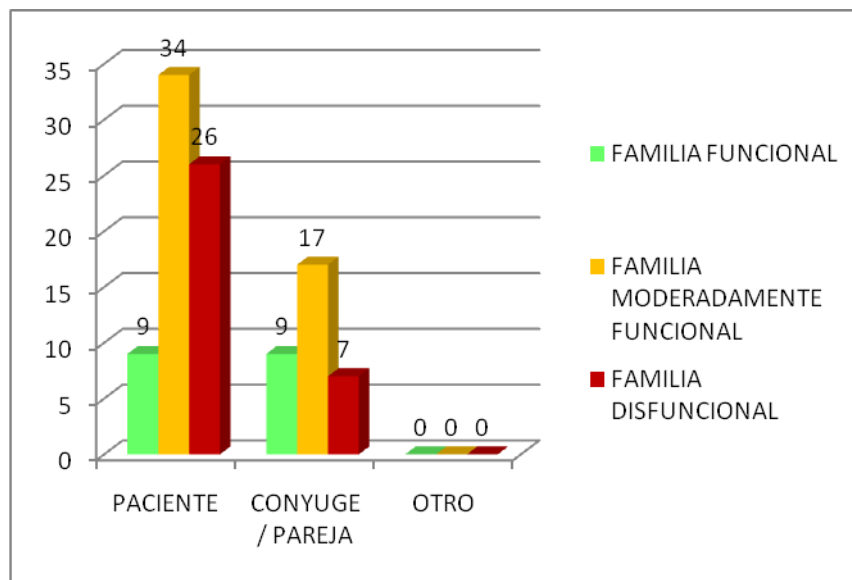
COMPARACIÓN ENTRE FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y EL SOSTEN ECONOMICO DEL HOGAR DE PACIENTES DE 30 A 50 AÑOS DE EDAD CON LUMBALGIA CRÓNICA EN LA UMF No. 75 DEL IMSS, NEZAHUALCÓYOTL ESTADO DE MÉXICO 2012

Funcionalidad familiar / sostén económico	Paciente	Cónyuge / pareja	Otro
Familia funcional	9	9	0
Familia moderadamente funcional	34	17	0
Familia disfuncional	26	7	0
Total	69	33	0

Fuente: Concentrado de datos

GRÁFICO XV

COMPARACIÓN ENTRE FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y EL SOSTEN ECONOMICO DEL HOGAR DE PACIENTES DE 30 A 50 AÑOS DE EDAD CON LUMBALGIA CRÓNICA EN LA UMF No. 75 DEL IMSS, NEZAHUALCÓYOTL ESTADO DE MÉXICO 2012



Fuente: Cuadro 15

CUADRO 16

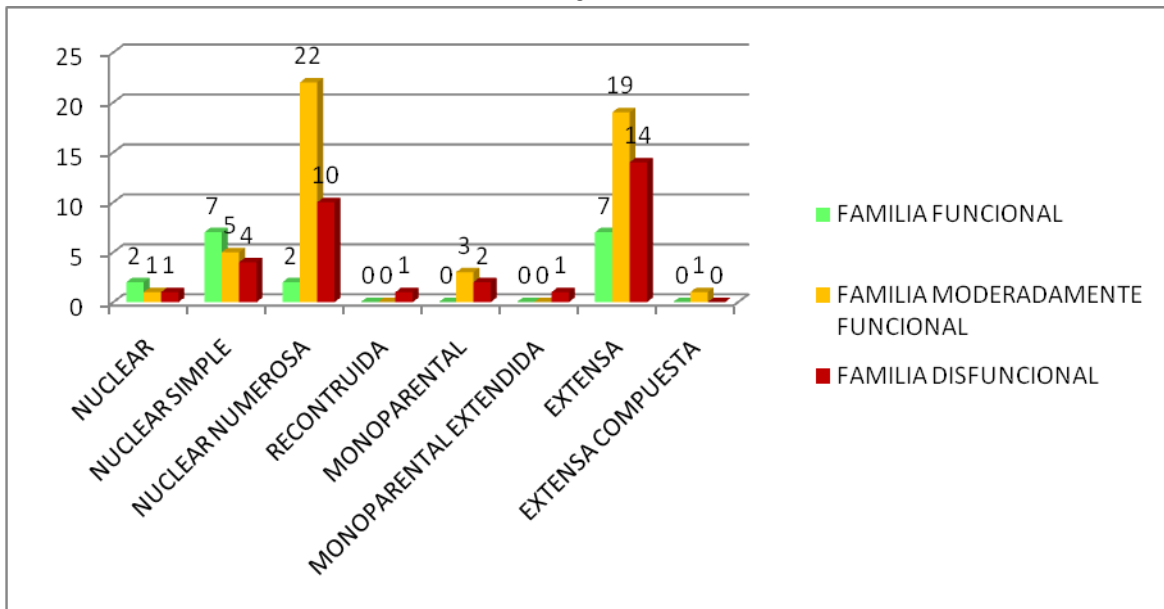
COMPARACIÓN ENTRE FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y LA COMPOSICIÓN FAMILIAR DE PACIENTES DE 30 A 50 AÑOS DE EDAD CON LUMBALGIA CRÓNICA EN LA UMF No. 75 DEL IMSS, NEZAHUALCÓYOTL ESTADO DE MÉXICO 2012

Funcionalidad familiar / Composición familiar	Nuclear	Nuclear simple	Nuclear numerosa	Reconstruida	Monoparental	Monoparental extendida	Extensa	Extensa compuesta
Familia funcional	2	7	2	0	0	0	7	0
Familia moderadamente funcional	1	5	22	0	3	0	19	1
Familia disfuncional	1	4	10	1	2	1	14	0
Total	4	16	34	1	5	1	40	1

Fuente: Concentrado de datos

GRÁFICO XVI

COMPARACIÓN ENTRE FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y LA COMPOSICIÓN FAMILIAR DEL HOGAR DE PACIENTES DE 30 A 50 AÑOS DE EDAD CON LUMBALGIA CRÓNICA EN LA UMF No. 75 DEL IMSS, NEZAHUALCÓYOTL ESTADO DE MÉXICO 2012



Fuente: Cuadro 16

CUADRO 17

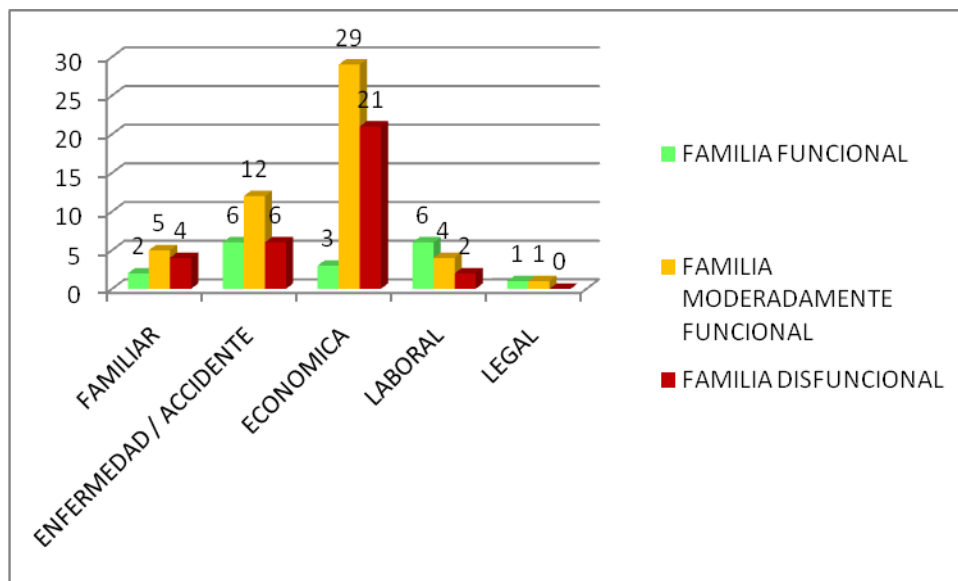
**COMPARACIÓN ENTRE FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y CRISIS FAMILIAR
PRESENTE DE PACIENTES DE 30 A 50 AÑOS DE EDAD CON LUMBALGIA CRÓNICA
EN LA UMF No. 75 DEL IMSS, NEZAHUALCÓYOTL ESTADO DE MÉXICO 2012**

Funcionalidad familiar / crisis familiar	Familiar	Enfermedad / accidente	Económica	Laboral	Legal
Familia funcional	2	6	3	6	1
Familia moderadamente funcional	5	12	29	4	1
Familia disfuncional	4	6	21	2	0
Total	11	24	53	12	2

Fuente: Concentrado de datos

GRÁFICO XVII

**COMPARACIÓN ENTRE FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y CRISIS FAMILIAR
PRESENTE DE PACIENTES DE 30 A 50 AÑOS DE EDAD CON LUMBALGIA CRÓNICA
EN LA UMF No. 75 DEL IMSS, NEZAHUALCÓYOTL ESTADO DE MÉXICO 2012**



Fuente: Cuadro 17

XI. CONCLUSIONES

En esta investigación se pudo conocer e identificar a la población de pacientes con lumbalgia crónica de entre 30 a 50 años de edad de la UMF No. 75 del IMSS Nezahualcóyotl Estado de México en donde la mayor parte de esta la conforman hombres de la quinta década de la vida, también se identificó la presencia de funcionalidad familiar alterada de estos, el cual se encontró con más frecuencia en familias moderadamente funcionales, disfuncionales y en menor de los casos familias funcionales.

Los factores sociodemográficos: edad, escolaridad, ocupación, y familiares como son la composición de la familia y las crisis familiares, afectan de manera importante la funcionalidad familiar del paciente con lumbalgia crónica de la UMF 75.

Se encontró que los pacientes con lumbalgia crónica de la UMF 75 que tienen familia funcional completaron el bachillerato, son de la clase obrera, tienen familia de tipo nuclear simple, el principal sostén económico familiar es casi equitativo entre el paciente y su cónyuge y la principal crisis que les afecta son del tipo laboral y enfermedad o accidente.

En cambio los pacientes con alteración en la funcionalidad familiar ya sea con familias moderadamente funcional o disfuncional conforman más del 50 % con un 72.4 % de la población con lo cual se entiende que el problema tiene una gran magnitud, se observó que afecta en mayor parte a pacientes con estado civil casado y ocupación empleado con lo cual se afecta de manera importante a la población económicamente activa, por otra parte tienen familias de tipo extensa o nuclear numerosa, y son el principal sostén económico en el 70% de los casos con lo cual se puede entender que si se incapacitan por afectación laboral y actividad física, tendrán una afectación en la economía familiar la cual se observó en este estudio que la crisis parafamiliar tipo económico fue la que mayormente se presentó.

XII. RECOMENDACIONES

Se recomienda al médico familiar realizar en la consulta de un paciente con lumbalgia crónica un nuevo interrogatorio, buscando de esta manera no solamente factores clínicos y ocupacionales principalmente sino también buscar factores sociodemográficos y familiares que pudieran estar relacionados con la lumbalgia, como los mencionados en este estudio, y que pueden así mismo estar repercutiendo también en la cronicidad de la lumbalgia, debido a la presencia de una alteración en la funcionalidad familiar.

Se debe dar una mayor difusión en las unidades de Medicina Familiar de la guía de práctica clínica del diagnóstico, tratamiento y prevención de la lumbalgia aguda y crónica pero así mismo se puede sugerir la inclusión de las características familiares observadas en este estudio de pacientes con lumbalgia crónica que pueden predisponer a una alteración de la funcionalidad familiar ya que la lumbalgia crónica tiene gran impacto en la funcionalidad familiar como se identificó, esto con el fin de disminuir los casos de este padecimiento que afecta diversos ámbitos del paciente, principalmente en el aspecto social y económico y por otra parte al IMSS repercutiendo económicamente también con respecto a las incapacidades.

Se recomienda realizar un reforzamiento en la capacitación sobre salud ocupacional del paciente, principalmente medidas de protección (uso de protección, adecuado uso de herramientas, más capacitaciones) para evitar la así presencia de lumbalgias a futuro.

Se sugiere el proponer un programa de protección a los trabajadores con lumbalgia crónica en la cual se busque alternativas de trabajo en la misma empresa, es decir brindarle una reubicación laboral donde no tenga que hacer esfuerzos físicos para que el paciente sane más rápidamente y continúe trabajando, y si es necesario ofrecerle capacitación si así lo requiere, con el fin de evitar el despido, desempleo, y la aparición de crisis familiar paranormativa de tipo económico que producirá una afectación a la funcionalidad familiar.

Dar consejería en la consulta acerca de cómo cuidar la economía familiar si esta se ve afectada, como reorganización del gasto familiar, ahorro y priorización de gastos y servicios, fomentar la comunicación abierta con relación al tema del dinero, creación de un fondo de ahorro para gastos inesperados, establecer metas familiares, hacer comprender a los integrantes de la familia que la estabilidad financiera no depende únicamente de quien aporta el ingreso, sino que deben contribuir a que ese ingreso sea utilizado de forma inteligente y equitativa y de este modo lograr una economía lo más equilibrada y sana posible pese a la presencia de la crisis familiar paranormativa de tipo económica la cual es la que más se presentó como causa de disfuncionalidad familiar en este estudio.

Dar más difusión del instrumento FF-SIL para funcionalidad familiar, ya que es más dinámico para su utilización en la consulta externa de Medicina Familiar y también para la elaboración de otros trabajos de investigación como este, debido a su sencillez, aplicación, interpretación y el tiempo mínimo requerido para realizarlo, esto en comparación con otros instrumentos de funcionalidad familiar tales como son el APGAR y FACES III los cuales son más largos y que requieren más tiempo para poder aplicarlos.

XIII. BIBLIOGRAFÍA

1. A Rives and Cols. *Evaluation and Treatment of Low Back Pain in Family Practice*. *J Am Board FamPract*; Nov-Dec 2004 Vol. 17 pp. 23-31.
2. Allen R y cols. *Chronic Low Back Pain: Evaluation and Management*, Wisconsin: Am Fam Physician 2009 Jun 15; 79 (12): 1067-1074.
3. Anzures RL y Cols, *Medicina Familiar*, México, D.F: Corinter; 2008; p 419
4. Atenogenes H y Cols. *Lumbalgia en trabajadores Epidemiologia*, RevMed IMSS; México 2003; 41 (3): 203-209.
5. Boleaga B. *Lumbalgia*, México; Anales de Radiología México 2005; 2:89-97
6. Covarrubias A. *Lumbalgia: Un problema de salud pública*: México D.F; Clínica de Dolor; 2010 Abr-Jun: 33 (1): S106-s109.
7. Chacón E. *Lumbalgia Mecánica*. Rev Médica de Costa Rica y Centroamérica 2010; LXVII (593) pp 229-232.
8. De la Cuesta D y Cols. *Un instrumento de funcionamiento familiar para el médico de la familia*. Rev. Cubana. Medica General e Integral 1996; 12 (1): pp 24-31.
9. *Diagnóstico y tratamiento y prevención de lumbalgia aguda y crónica*, guía de práctica clínica IMSS México 2009.
10. *European guidelines for the management of chronic nonspecific low back pain*. Eur Spine J (2006) 15 (suppl 2) 220-222.
11. *Guía de práctica clínica sobre lumbalgia Osakidetza*. GPC. España 2007
12. Muñoz J. *Abordajes terapéuticos el dolor crónico lumbar*. Avances Reuma. Salamanca España 2001 pp. 23-25.
13. Herrera P. *La familia funcional y disfuncional un indicador de salud*. Rev Cubana Med gen Integr 1997;13(6):591-5.
14. Huerta JS, *Medicina Familiar: la familia en el proceso salud-enfermedad*, México, D.F: Editorial Alfil; 2005; p 37.
15. Louro I, *Modelo teórico-metodológico para la evaluación de la salud del grupo familiar en la atención primaria*. Ciudad de la Habana Cuba 2004. Escuela Nacional de Salud Pública. P 92-114.

16. Néstor L. *Lumbalgia o dolor de espalda baja*. Revista Mexicana de Algología. México 2007 Vol. 5.Pp 5-10.
17. Ortega T y Cols. *Propuesta de un instrumento para la aplicación del proceso de atención de enfermería en familiar disfuncionales*. Rev Cubana de Enfermería. Cuba 1999; 15(3):164-8.
18. Pérez E, y Cols. *Construcción y Validación de una prueba para medir funcionamiento familiar*. Revista Ciencia Ergo Sum 1997; 4 (1).
19. Uribe R. *Dolor lumbar: una aproximación general basada en la evidencia*. Univ. Méd. Bogotá (Colombia), 49 (4): 509-520.
20. Vargas -Mendoza, J.E. y Nogales-Osorio, *Lumbalgia inespecífica: condición emocional y calidad de vida*. S. E México 2011.



XIV. ANEXOS



**UNIVERSIDAD AUTONOMA DEL ESTADO DE MEXICO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIA NO 75**

FOLIO:

El presente cuestionario es confidencial y anónimo el cual tiene como finalidad estudiar e investigar la funcionalidad familiar y algunos factores demográficos involucrados en relación al síndrome doloroso lumbar crónico por lo que su cooperación es de extremo valiosa para el éxito de esta investigación.

INSTRUCCIONES

- Favor de leer a continuación detenidamente todas las preguntas realizadas.
- Contestar el cuestionario por completo con letra legible.
- Marcar o subrayar solamente una respuesta.

A. Sexo

(1) Hombre ()

(2) Mujer ()

B. ¿Cuántos años tiene de edad?_____.

C. ¿Cuál es su estado civil?

- 1) Soltero/a.
- 2) Casado/a.
- 3) Unión libre.
- 4) Divorciado/a.
- 5) Separado/a
- 6) Viudo/a.

D. ¿Cuál es su escolaridad?

- 1) Analfabeta
- 2) Primaria.
- 3) Secundaria.
- 4) Bachillerato.
- 5) Carrera técnica.
- 6) Licenciatura.
- 7) Posgrado.

E. ¿Cuál es su ocupación? Escriba en la línea de adelante lo que realiza o desempeña:

- 1) Hogar.
- 2) Obrero. _____
- 3) Empleado. _____
- 4) Comerciante. _____

F. ¿Quién es el principal sostén económico de su hogar?

- 1) Usted.
- 2) Cónyuge/Pareja.
- 3) Otro. Escriba quién: _____

G. Escriba por favor, los integrantes de la familia (incluyéndose), que viven en el hogar donde habita:

H. Marque por favor con una x el cuadro donde esté ocurriendo algunas de las situaciones mencionadas en su familia aparte del problema de su dolor de espalda:

<p>Familiar</p> <p>Abandono o huida del hogar. Relaciones sexuales prematrimoniales, embarazo prematrimonial o no deseado, matrimonio no planeado, experiencias sexuales traumáticas, conflictos conyugales, separación o divorcio. Rivalidad entre hermanos.</p>	<p>Enfermedad o accidente</p> <p>Abortos, esterilidad o infertilidad, complicaciones del embarazo, parto o puerperio. ITS, traumatismos y lesiones, pérdida de funciones corporales, amputaciones, enfermedades, hospitalización, invalidez o muerte de cualquier miembro de la familia, toxicomanías, suicidio.</p>	<p>Económica</p> <p>Cambios bruscos en el nivel socio económicos, problemas económicos graves, deudas, hipotecas.</p>
<p>Laboral</p> <p>Cambio de empleo u horario de trabajo, huelgas, pérdida del empleo, desempleo prolongado</p>	<p>Legal</p> <p>Conductas delictivas, juicio, actividades criminales, pérdida de la libertad</p>	<p>Ambiental</p> <p>Emigración, cambios de residencia, desastres naturales (terremotos, inundaciones) o provocados (terrorismo, guerra)</p>

A continuación le presentamos una serie de situaciones que pueden ocurrir o no en su familia. Necesitamos que Ud. clasifique y marque con una X su respuesta según la frecuencia en que ocurre la situación.

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

GRACIAS POR SU COOPERACIÓN



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACION ORIENTE ESTADO DE MÉXICO
DEPARTAMENTO DE EDUCACION E INVESTIGACION MÉDICA**

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 75

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

FECHA: _____

Por medio de la presente autorizo Para participar en el proyecto de investigación título **“FACTORES SOCIODEMOGRAFICOS Y FAMILIARES ASOCIADOS A DISFUNCIONALIDAD FAMILIAR EN PACIENTES DE 30 A 50 AÑOS DE EDAD CON LUMBALGIA CRÓNICA EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 75 DEL IMSS”**. Registrada y aprobada por el comité local de investigación. El objetivo de este estudio es determinar la funcionalidad familiar y algunos factores sociodemográficos involucrados a la presencia de lumbalgia crónica.

Se me ha explicado que mi participación consiste en la aplicación de una encuesta.

Declaro que se me ha informado ampliamente sobre la participación en este estudio, que tiene una duración probable de 15 minutos, que no intervendrá con mi consulta y que no recibiré ninguna remuneración económica. El investigador se ha comprometido a darme información y a aclarar cualquier duda que le plantee acerca de los procedimientos que se llevaran a cabo, los riesgos, beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación.

Entiendo que conservo el derecho de justicia, de no maleficencia, de respeto y de beneficio. El derecho de poder retirarme del estudio en cualquier momento en lo que considere conveniente, sin que ello se vea afectada la asistencia médica que recibo en el instituto.

El investigador me ha dado la seguridad y confianza de que no se me identificara en las presentaciones o publicaciones que deriven del estudio y de que los datos relacionados serán manejados en forma confidencial.

FIRMA DEL PACIENTE FIRMA DEL TESISISTA

Prueba de Percepción del Funcionamiento Familiar (FF-SIL)

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

Ítems de la prueba según procesos relacionales

Proceso Relacional	Definición	Ítems
Cohesión	Unión familiar física y emocional al enfrentar diferentes situaciones de la vida familiar, en la distribución de las tareas domésticas y en la toma de decisiones	1 y 8
Armonía	Correspondencia entre los intereses y necesidades individuales con los de la familia en un equilibrio emocional positivo.	2 y 13
Rol	Cada miembro de la familia cumple las responsabilidades y funciones negociadas por el núcleo familiar	3 y 9
Afectividad	Capacidad de los miembros de la familia de vivenciar y demostrar sentimientos y emociones positivas unos a los otros.	4 y 14
Comunicación	Los miembros de la familia son capaces de transmitir sus experiencias y conocimientos de forma clara y directa.	5 y 11
Adaptabilidad	Habilidad de la familia para cambiar de estructura de poder, relación de roles y reglas, ante una situación que lo requiera.	6 y 10
Permeabilidad	Capacidad de la familia de brindar y recibir experiencias y ayuda de otras familias e instituciones	7 y 12

Procedimiento de calificación de la prueba FF –SIL.

<i>Valores de la Escala FF - SIL</i>	
<i>Casi Siempre</i>	5
Muchas veces	4
A veces	3
Pocas veces	2
Casi nunca	1
La puntuación total se alcanza sumando los valores de cada respuesta según su ubicación en las categorías de la escala.	

RESULTADOS DE LA PRUEBA FF- SIL	PUNTAJE Y CRITERIO DIAGNÓSTICO	UBICACIÓN EN LA ESCALA DE LA MATRIZ DE SALUD FAMILIAR
Familia severamente disfuncional	Severamente Disfuncional De 14 a 27 puntos	3
Familia disfuncional	Disfuncional De 28 a 42 puntos	2
Familia moderadamente funcional	Moderadamente Funcional De 43 a 56	1
Familia funcional	Funcional De 57 a 70 puntos	0