

11226  
2el  
276



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO**

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 21**

**ALGUNOS ASPECTOS DE LA PROBLEMÁTICA  
MÉDICA, FAMILIAR Y LABORAL ENCONTRADOS  
EN 80 PACIENTES CON LUMBALGIA**

**T E S I S**

**QUE PARA OBTENER EL POSTGRADO  
ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR**

**P R E S E N T A :**

**DRA. AIDA SANTAMARIA DOMINGUEZ**

México, D. F.

1984



**TESIS CON  
FALLA DE NOMBRE**



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

## PROLOGO

Ya que esta investigación forma parte de los requisitos para ser especialista en Medicina Familiar, me agradecería mencionar algunos comentarios sobre la misma:

- Por mucho tiempo y en diversas formas y latitudes, se ha buscado la manera de hacer confluír una práctica médica de alta calidad enfocada a la resolución de los problemas de salud que afectan con la mayor frecuencia a nuestras poblaciones... La medicina familiar es la respuesta que pretén de una asistencia integral al ser en tanto cuerpo humano a la vez que cuerpo social, a través del núcleo colectivo fundamental que es la familia.<sup>1,2</sup>

Dr. Octavio Rivero Serrano.  
México.

-El hecho y la necesidad de la Medicina Familiar van más allá de las diferencias y divisiones territoriales e históricas que caracterizan y dan sitio a las diversas naciones del mundo... La Medicina Familiar significa cambio, y un cambio implica resistencia. Los médicos familiares constituyen los protagonistas de la incruenta revolución médica, ética y científica de una práctica médica más humanizada... La Medicina Familiar no es un producto material que será vendida y provera de ganancias a grupos económicos-industriales o comerciales; es más bien un "producto" ideal, actitudinal, un modelo de comportamiento que contribuirá al bienestar de los pacientes y sus familias, y a la salud de las poblaciones a través de la práctica de una atención médica integral y de cuidado continuo en la que la relación médico-paciente-familia desempeña al menos un papel tan importante como el diagnóstico y tratamiento farmacológico ortodoxo.<sup>1,2</sup>

Dr. Julio Ceitlin  
Argentina.

- La medicina institucional debe adjudicar al médico familiar jerarquía similar a la de sus congéneres de las demás especialidades; al mismo tiempo, dentro de una organización adecuada, debe proporcionarle los recursos necesarios para el ejercicio responsable de una medicina de alta calidad técnica y humana. Más aún, si comparamos los postulados de la Seguridad Social con los objetivos de la Medicina Familiar, encontramos, que es, en la actualidad, la práctica médica que más se aproxima a ... "garantizar el derecho humano a la salud, a la protección de la familia y a la obtención de los medios sociales necesarios para el bienestar individual y colectivo"... tal como lo postula la seguridad social.<sup>2</sup>

Dr. J. Prada Méndez.  
Bolivia.

"Que llegue el día en que estos pensamientos y la realidad coincidan".

Dra. Aída Santamaría Domínguez.

# I N D I C E

	PAGINA
INTRODUCCION	1
ANTECEDENTES CIENTIFICOS	2
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	6
OBJETIVOS	8
HIPOTESIS	9
MATERIAL Y METODOS	10
RESULTADOS	12
ANALISIS DE RESULTADOS	30
CONCLUSIONES	36
SUGERENCIAS	37
BIBLIOGRAFIA	39

## INTRODUCCION

El tema seleccionado para el presente estudio constituye una de las causas más frecuentes de consulta tanto para el médico familiar como para el ortopedista: el paciente con lumbalgia.

¿Cómo establecer soluciones o alternativas objetivas y prácticas, para ayudar a nuestro paciente, en el momento histórico-social en que nos encontramos, y en forma integral?

Lo primero para tratar de resolver un problema es identificar que existe, después intentar conocer las partes que lo constituyen y las interrelaciones entre éstas, para iniciar el esclarecimiento de las áreas en que hay que incidir para lograr las modificaciones necesarias.

Este trabajo es un intento por conocer algunos aspectos de la problemática, médica, laboral y familiar, a la que se enfrenta el paciente con lumbalgia, con la inquietud de lograr detectar las áreas sujetas a modificaciones reales.

## ANTECEDENTES CIENTIFICOS

La lumbalgia común constituye la más frecuente etiología de las lumbalgias; y se origina por:<sup>3,4,5,6</sup>

- a) Lumbalgia por discopatía degenerativa.
- b) Lumbalgia por artrosis interarticular posterior, y
- c) Lumbalgia de origen muscular o ligamentaria.

Siendo las causas a y b las más frecuentes.

Aproximadamente la mitad de los pacientes de una consulta a nivel del ortopedista o del reumatólogo acuden por presentar lumbalgia común. El diagnóstico diferencial se debe realizar con los dolores lumbares de origen visceral, como son:

- Los dolores lumbares bajos de los padecimientos ginecológicos.
- Los dolores lumbares altos de la patología urológica.

- Los dolores lumbares de las alteraciones digestivas.

La lumbalgia común se divide en:

- Lumbago agudo, llamado de esfuerzo y
- Lumbalgia crónica.

En cuanto al lumbago agudo, generalmente es debido a un esfuerzo de enderezamiento del tronco, lo que constituye con toda seguridad un movimiento muy frecuente, tanto en la vida diaria como en la profesional o laboral; la edad en que se presenta este cuadro es en el adulto joven (25-30 años).<sup>3</sup> Aunque puede tratarse de un problema sin consecuencias en el futuro, la mayor parte de las veces, el lumbago agudo recidivará, pudiendo evolucionar hacia una lumbociática discal o hacia una lumbalgia crónica.

La lumbalgia crónica común presenta una variedad de cuadros radioclínicos, constituidos por los datos siguientes:

- El dolor: que suele ser de localización lumbar baja, de intensidad variable, con factores desencadenantes precisos, apareciendo después del esfuerzo y calmándose con el reposo horizontal, evoluciona generalmente por brotes que pueden ser determinados por los cambios de temperatura o de actividad, y con repercusión socioprofesional importante.

- El examen clínico del paciente por lo general no aporta datos positivos; en todos los casos de lumbalgias co-



munes no se detectan alteraciones neurológicas.

- El examen radiológico puede ser totalmente normal, mostrar una artrosis lumbar o una anomalía transicional lumbosacra.

La evolución de la lumbalgia crónica común varía en el tiempo, pudiéndose comportar de las siguientes formas:

- Un modo evolutivo progresivo en cada brote doloroso.
- Los brotes dolorosos pueden ser raros (uno o dos al año, o tal vez menos) y cortos (de uno o dos meses), o por el contrario largos, escalonados en el período de varios meses y frecuentes, sin apenas dejar respirar al paciente dificultándole la actividad laboral.
- Las lumbalgias pueden ser en apariencia permanentes en un sujeto que durante varios exámenes sucesivos, presenta un mínimo de signos clínicos, incluso ninguno, ni radiológico, lo que induce a dudar de la organicidad de estos dolores. El comportamiento del enfermo en el examen, con sus familiares y relaciones sociales deberá ser tenido en consideración, para efectuar un manejo integral de estos casos por parte del médico tratante responsable.

- Por último, los casos raros de lumbalgias discales, que evolucionan en brotes dolorosos agudos, con sensación de bloqueo lumbar doloroso que se encuentra en el examen clínico al repetir el mismo movimiento de inclinación lumbar lateral posterior.

### TRATAMIENTO

Es necesario que se respeten los diversos elementos de una buena "higiene lumbar".

- Acostarse sobre un plano duro.
- Evitar absolutamente todo esfuerzo de enderezamiento del tronco.
- Evitar los trayectos largos en coche.
- Evitar la prolongada permanencia sentado.
- Evitar los deportes violentos.

En el transcurso del período doloroso y con el fin de prevenir las recidivas es de gran interés el hacer comprender al paciente la importancia de una reeducación médica lumbar. Se aconseja de modo absoluto un deporte sin sorpresas, tal como el atletismo o la natación. <sup>3,4,5</sup>

## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En nuestro país la lumbalgia es una de las principales causas de demanda de consulta, tanto a nivel del médico familiar como del ortopedista (18%); siendo además, para los dos un motivo elevado de consulta subsecuente.

Cuando el paciente con lumbalgia llega a segundo nivel, a ser valorado por el ortopedista, independientemente de las alteraciones clínicas o radiológicas que se le encuentren, las indicaciones que le da dicho especialista son las medidas higiénico posturales de columna:

- Cama dura,
- peso ideal
- natación no competitiva,
- no cargar, no jalar, no empujar y no flexionar.

Insistiéndole en la importancia de que las lleve a cabo para su mejoría clínica, explicándole que el uso de medicamentos (analgésicos, relajantes, anti-inflamatorios, vi-

táminas) deben utilizarse solamente en el cuadro agudo de dolor y por corto tiempo; ya que el dolor sirve como mecanismo de defensa, recordando al paciente los movimientos que debe evitar, disminuyendo el daño o la progresión del mismo. En las consultas subsecuentes se continúa insistiendo con el paciente en que la base del tratamiento lo constituyen las indicaciones dadas desde la primera consulta y que deben convertirse en nuevos hábitos de vida. Casos muy contados son los que requieren aparato ortopédico (corset) o tratamiento quirúrgico, y aún en estos pacientes las medidas higiénico-posturales son indispensables para su posterior manejo.

Llama la atención que la lumbalgia se presenta no sólo en personas de edad avanzada, sino también en adultos jóvenes que se encuentran en la edad económicamente productiva, laborando en las diferentes ramas de la actividad, en algunas de las cuales es difícil que el paciente pueda llevar a cabo las medidas higiénico-posturales, lo que influirá en la mejoría de éste, presentando recaídas frecuentes que causarán su incapacidad temporal y ausentismo laborales; pudiendo ser el problema tan serio que el paciente solicite pensión por invalidez o ya esté pensionado. Por otro lado no hay que olvidar que los pacientes con lumbalgia forman parte de una familia, y que de acuerdo al rol que jueguen en ella, repercutirá su problema en el núcleo familiar.

## OBJETIVOS

1. Demostrar que los pacientes con lumbalgia manejados con las medidas higiénico-posturales de columna presentan mejoría clínica.

2. Detectar el ausentismo y las incapacidades de los pacientes con lumbalgia en el aspecto laboral.

3. Identificar si hay repercusiones en el núcleo familiar de los pacientes con lumbalgia.

## HIPOTESIS

HA<sub>1</sub> Los pacientes con lumbalgia a los cuales se les han indicado las medidas higiénico-posturales de columna y las han llevado a cabo presentan mejoría clínica importante.

HO<sub>1</sub> Los pacientes con lumbalgia a los cuales se les han indicado las medidas higiénico-posturales de columna y las han llevado a cabo no presentan mejoría clínica importante.

HA<sub>2</sub> En el aspecto laboral, los pacientes con lumbalgia tienen un alto índice de ausentismo e incapacidades.

HO<sub>2</sub> En el aspecto laboral, los pacientes con lumbalgia tienen un bajo índice de ausentismo e incapacidades.

HA<sub>3</sub> Hay repercusiones en el núcleo familiar de los pacientes con lumbalgia.

HO<sub>3</sub> No hay repercusiones en el núcleo familiar de los pacientes con lumbalgia.

## MATERIALES Y METODOS

Los pacientes con lumbalgia, motivo del presente estudio, se detectaron al azar en un consultorio de Traumatología y Ortopedia del Hospital General de Zona No. 30 "Iztacalco" del Instituto Mexicano del Seguro Social; en un período de tiempo comprendido de mayo a noviembre de 1984, se citaron en grupos de 15 pacientes, un sábado determinado, de 10:00 a 11:00 horas, para la aplicación del cuestionario (anexo); encuestándose de esta manera dos grupos de pacientes diferentes cada mes en el intervalo de tiempo mencionado.

El cuestionario aplicado está estructurado de la siguiente forma: ficha de identificación del paciente en la que las variables a estudiar son: edad, sexo, estado civil y ocupación; y después 20 reactivos con 2 ó más opciones para su contestación: los reactivos del 1 al 8 valoran aspectos médicos, del 9 al 13 aspectos laborales y del 14 al 20 los aspectos familiares.

Para el manejo estadístico de las variables estudiadas se utilizaron medidas de tendencia central, como: la media ( $\bar{x} = \frac{\sum x}{n}$ ) la mediana (el dato que se encuentra a la mitad de todos los datos), la moda (el dato que se presenta con mayor frecuencia), la desviación estándar ( $S = \sqrt{\frac{\sum (x-\bar{x})^2}{n-1}}$ ) que muestra el rango de distribución de una variable en una población determinada. Para valorar la dependencia o independencia entre 2 variables se utilizó el Coeficiente de Correlación de Pearson ( $r = \frac{\sum x y}{\sqrt{\sum x^2 \sum y^2}}$ ) cuando su valor se acerca a

1 significa que las variables estudiadas son dependientes.

Para la representación gráfica de los resultados, se obtuvo de los valores absolutos los relativos, o sea los porcentajes. Se utilizaron gráficas de barras, de pastel y cuadros o tablas para la presentación de los resultados.



## RESULTADOS

La distribución por edades en años de los 80 pacientes en el momento del estudio muestra (gráfica 1): media de 41.85 años, mediana de 43 años y moda de 43 años; siendo por grupos de edades los casos y porcentajes encontrados: 0-10 años 1 caso (1.25%), 11-20 años 9 casos (11.25%), 21-30 años 12 casos (15%), 31-40 años 14 casos (17.50%), 41-50 años 18 casos (22.50%), 51-60 años 13 casos (16.25%), 61-70 años 10 casos (12.50%), 71-80 años 3 casos (3.75%).

En cuanto a la distribución por sexo (gráfica 2): femenino 52 casos (65%) y masculino 28 casos (35%); de los cuales por estado civil se encontraron (tabla 1): 21 (26.25%) solteros, 48 (60%) casados y 11 (13.75%) viudos.

La distribución por ocupación fue (tabla 2): empleados 37 (46.25%), hogar 24 (30%), pensionados 9 (11.25%) y estudiantes 10 (12.50%), (gráfica 3).

La edad de inicio de la lumbalgia se muestra en la gráfica 4, con una media de 36.32 años, mediana de 35 años, moda de 40 años y con una desviación estándar de  $\pm 16.44$  años; por grupos de edades se distribuyeron de la siguiente manera: 0-10 años 4 casos (5%), 11-20 años 11 casos (13.75%), 21-30 años 20 casos (25%), 31-40 años 14 casos (17.50%), 41-50 años 13 casos (16.25%), 51-60 años 14 casos (17.50%), 61-70 años 2 casos (2.5%), 71-80 años 2 casos (2.5%).

El tiempo promedio que pasó entre el inicio, de la lumbalgia y que se lo comunicarán al médico familiar fue de (tabla 3): 20 pacientes lo manifestaron en 4.8 años (25%), 18 pacientes en 2.9 meses (10%), y 52 pacientes en 8 días (52%). Como tiempo promedio total se obtuvo 447.39 días (gráfica 5).

El médico familiar al enterarse canalizó a 49 pacientes (61.25%) al ortopedista en forma inmediata y a 31 (38.75%) no los envió. Al relacionar la conducta del médico y del paciente observamos (tabla 4) que 38 pacientes (47.50%) se lo comunicaron al médico en menos de un año (adecuado) y fueron canalizados al ortopedista; otros 11 pacientes (13.75%) que se lo comunicaron a su médico después de 1 año (inadecuado) también fueron canalizados al segundo nivel; 22 pacientes (27.50%) se lo comunicaron a su médico en menos de 1 año y no fueron enviados al ortopedista; y 9 pacientes (11.25%) se lo manifestaron a su médico después de un año y no fueron enviados al segundo nivel de atención médica

El tiempo promedio de envío por parte del médico familiar al ortopedista fue de 823.92 días (tabla 5), distribuyéndose de la siguiente forma: 35 pacientes (43.75%) enviados en 4.94 años, 29 pacientes (36.25%) en 3.03 meses y 16 pacientes (20%) en 8.06 días. Al relacionar el envío al ortopedista con el tiempo promedio que pasó para llevarse a efecto, encontramos (tabla 6) que: 45 pacientes (56.25%) fueron valorados en el segundo nivel en menos de 1 año y 4 pacientes (5%) en más de 1 año. Por otro lado 31 pacientes (38.75%) no fueron enviados al ortopedista, tardando además más de 1 año en manifestar al médico familiar su problema.

Al investigar el tratamiento o indicaciones que le dio su médico familiar ninguno de los pacientes refirió que se le hubiera indicado alguna medida higiénico-postural de columna.

En cuanto a las indicaciones dadas por el ortopedista 73 pacientes (91.25%) manifestó todas las medidas higiénico-posturales de columna.

Al relacionar las indicaciones del ortopedista con la conducta del paciente observamos (tabla 7): 63 pacientes (78.75%) llevaban a cabo todas las medidas higiénico-posturales, 10 pacientes (12.50%) conociéndolas no las llevaban a cabo, 2 pacientes (2.50%) no recordándolas en forma adecuada sí llevaban a cabo algunas y 5 pacientes (6.25%) no conocían ni llevaban a cabo dichas indicaciones.

Al correlacionar las indicaciones del ortopedista - (preg. 6) con la mejoría clínica del paciente (preg. 8) el coeficiente de correlación fue de 0.88. Y al efectuar la correlación entre si llevaba a cabo dichas indicaciones (preg. 7) con si ha presentado mejoría clínica, el coeficiente resultó de 0.94.

Al relacionar si ha llevado a cabo las indicaciones (preg. 7) con si las actividades que desarrolla en su trabajo le permiten seguir las (preg. 13), el coeficiente que se obtuvo fue de 0.84.

En cuanto al ausentismo laboral se encontró como promedio que el paciente con lumbalgia falta 25.39 días por año a causa del dolor. Y con respecto a las incapacidades médicas se obtuvo en promedio que el paciente se incapacita 29.87 días por año debido a la lumbalgia.

27 Pacientes (71.05%) manifestaron no tener problemas laborales por incapacitarse, y 11 pacientes (28.94%) si tenían conflictos en su trabajo, 2 de estos enfermos se encuentran tramitando pensión por invalidez, teniendo 34 y 43 años de edad.

Por lo que respecta a las relaciones con el cónyuge actualmente: 26 (53.06%) las calificaron de buenas y 23 - (46.93%) de malas; y antes de la aparición de la lumbalgia, 17 (34.69%) las calificaron de buenas y 32 (65.30) de malas. Las relaciones intrafamiliares antes de la lumbalgia 24 - (33.80%) las calificaron de malas y 47 (66.19%) de buenas; y

posterior a la aparición de la enfermedad 26 (36.61%) las calificó de malas y 45 (63.38%) de buenas. Con respecto al apoyo de la familia para llevar a cabo las indicaciones del ortopedista 63 pacientes (84%) manifestó que sí lo apoyaban y 12 (16%) que no contaban con dicho apoyo.

Por lo que se refiere a si el paciente ha sufrido alteraciones en su carácter desde que se sabe enfermo de la columna 52 pacientes (68.42%) contestaron que sí y 24 pacientes (31.57%) que no han sentido cambios al respecto. Por lo que respecta a estas modificaciones: 12 (23.52%) manifestaron que se han vuelto aislados, 27 (52.94%) que sienten que su carácter se ha tornado neurótico, 22 (43.13%) se encuentran nostálgicos, 35 (68.62%) se deprimen fácilmente, 4 (7.84%) consideran que no vale la pena vivir y 9 (17.64%) se sienten inútiles. 30 pacientes (58.82%) manifestaron 2 ó más modificaciones en su carácter de las mencionadas anteriormente. En cuanto a la modificación de la conducta de la familia en relación a la manifestación de la enfermedad del paciente 23 (30.66%) contestaron que sí hubo cambio y 52 (69.33%) que no se alteró dicha conducta. En este sentido 57 pacientes (77.02%) manifestaron conducta familiar positiva hacia él y 17 pacientes (22.97%) conducta negativa.

Al correlacionar la calidad de las relaciones personales entre los cónyuges antes y después de que uno de ellos presentara la lumbalgia, el coeficiente de correlación fue de 0.77. En cuanto a las relaciones intrafamiliares antes y

después de la aparición del problema, el coeficiente fue de 0.83. Al relacionar el apoyo familiar para que lleve a cabo las indicaciones del ortopedista con las modificaciones que ha sufrido en su carácter desde que se sabe enfermo de la columna, el coeficiente fue de 0.70; y al correlacionar la conducta familiar desde la manifestación de la enfermedad con las modificaciones sufridas por el paciente en su carácter al saberse enfermo de la columna, se obtuvo un coeficiente de correlación de 0.67. En la tabla de coeficientes de correlación se muestran los valores obtenidos al relacionar entre sí a cada una de las variables que investigaban las relaciones familiares, además de los coeficientes mencionados en el párrafo previo, observando que la mayoría de las variables son dependientes una de la otra.

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
 HOSPITAL GENERAL DE ZONA No. 30  
 "IZTACALCO"

NOMBRE \_\_\_\_\_ EDAD \_\_\_\_\_

CEDULA DE AFILIACION \_\_\_\_\_ CLINICA \_\_\_\_\_

DOMICILIO \_\_\_\_\_ TELEFONO \_\_\_\_\_

Ocupacion \_\_\_\_\_ ESTADO CIVIL \_\_\_\_\_ SEXO \_\_\_\_\_

1. ¿QUE EDAD TENIA USTED CUANDO INICIO SU DOLOR (LUMBALGIA)? \_\_\_\_\_

2. ¿QUE TIEMPO DESPUES DE LA APARICION DE SU DOLOR, SE LO MANIFESTO  
 A SU MEDICO FAMILIAR? \_\_\_\_\_

3. ¿LO ENVIO DE INMEDIATO AL ORTOPEDISTA? SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

4. ¿SI CONTESTO SI, CUANTO TIEMPO PASO PARA QUE LO ENVIARA AL ORTO-  
 PEDISTA \_\_\_\_\_

5. ¿SI SU RESPUESTA FUE NO, QUE TRATAMIENTO O INDICACIONES LE PRES-  
 CRIBIO \_\_\_\_\_

6. ¿QUE INDICACIONES LE HA DADO EL ORTOPEDISTA? \_\_\_\_\_

7. ¿HA LLEVADO A CABO ESTAS INDICACIONES? SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

9. ¿CUANTOS DIAS EN UN AÑO HA FALTADO A SU TRABAJO POR CAUSA DEL  
 DOLOR (LUMBALGIA) \_\_\_\_\_

10. ¿CUANTOS DIAS EN UN AÑO HA ESTADO INCAPACITADO BAJO PRESCRIPCION  
 MEDICA, POR CAUSA DEL DOLOR LUMBAR? \_\_\_\_\_

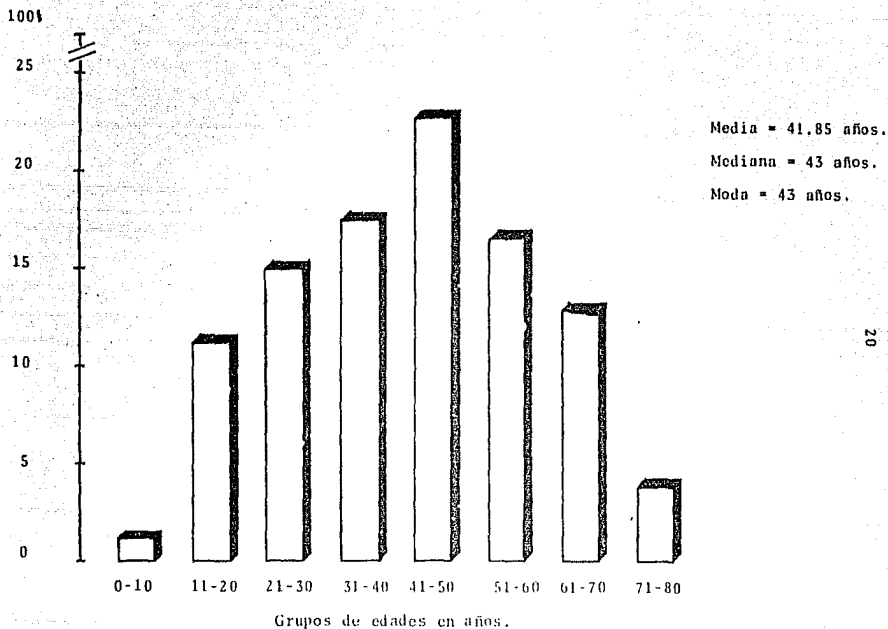
11. ¿TIENE PENSION POR INVALIDEZ? SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

12. ¿POR LAS INCAPACIDADES MEDICAS, HA TENIDO PROBLEMAS EN SU TRABAJO?  
 SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

13. ¿DENTRO DE LAS ACTIVIDADES A DESARROLLAR EN SU TRABAJO, PUEDE USTED LLEVAR A CABO LAS INDICACIONES SEÑALADAS POR EL ORTOPEDISTA? SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_
14. ¿COMO CALIFICARIA LAS RELACIONES INTERPERSONALES QUE TIENE CON SU CONYUGE ACTUALMENTE? BUENAS \_\_\_\_\_ MALAS \_\_\_\_\_
15. ¿COMO ERAN LAS RELACIONES CON SU CONYUGE ANTES DE LA APARICION DE SU PROBLEMA? BUENAS \_\_\_\_\_ YA ERAN MALAS \_\_\_\_\_
16. LAS RELACIONES INTRAFAMILIARES (YA INCLUYENDO A SUS HIJOS), COMO ERAN ANTES DE MANIFESTARSE SU PROBLEMA (LUMBALGIA)? BUENAS \_\_\_\_\_ MALAS \_\_\_\_\_
17. Y AHORA POSTERIOR A LAS MANIFESTACIONES DE SU PROBLEMA, COMO LAS CALIFICARIA? HAN MEJORADO \_\_\_\_\_ HAN EMPEORADO \_\_\_\_\_
18. LA FAMILIA LE APOYA EN SU PROBLEMA COLABORANDO PARA QUE LLEVE A CABO LAS INDICACIONES DEL ORTOPEDISTA? SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_
19. SIENDE QUE SU CARACTER HA SUFRIDO MODIFICACIONES DESDE QUE SE SABE ENFERMO DE LA COLUMNA? SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_  
DE QUE MANERA?
- a) SE HA VUELTO AISLADO ( )  
b) SU CARACTER SE HA TORNADO NEUROTICO ( )  
c) SE ENCUENTRA NOSTALGICO ( )  
d) SE DEPRIME FACILMENTE ( )  
e) CONSIDERA QUE NO VALE LA PENA VIVIR ( )  
f) SE SIENDE INUTIL ( )
20. ¿LA CONDUCTA DE SU FAMILIA EN RELACION A USTED HA SUFRIDO MODIFICACIONES, DESDE QUE SE HA MANIFESTADO SU ENFERMEDAD?  
SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_
- a) LE AISLAN ( )                      d) LE OFRECEN AFECTO ( )  
b) NO LO ENTIENDEN ( )              e) SE DESESPERAN ( )  
c) COLABORAN ( )                      f) HAN ALTERADO SU CARACTER HACIA USTED ( )

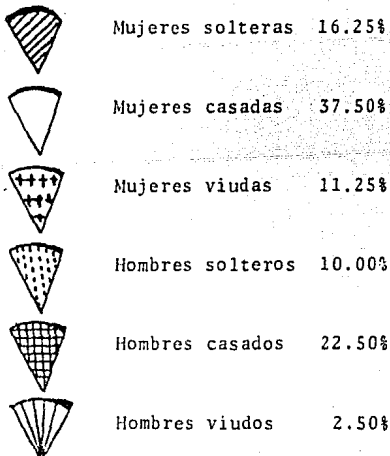
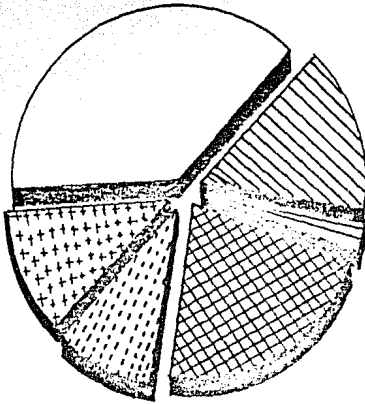


GRAFICA 1. Distribución de edades en años de los pacientes estudiados.



Fuente: Cuestionario aplicado a 80 pacientes con Lumbalgia  
I.M.S.S. H.G.Z. No. 30.1984.

GRAFICA 2. Distribución por sexo y estado civil.



Fuente: Cuestionario aplicado a 80 pacientes con Lumbalgia.  
I.M.S.S. H.G.Z. No. 30 1984.

TABLA No. 1

## DISTRIBUCION POR SEXO Y ESTADO CIVIL

Sexo/Est. Civil	Solteros	Casados	Viudos	Total
Valor absoluto	15	30	9	52
Mujeres				
Valor relativo (%)	16.25	37.50	11.25	65.00
Valor absoluto	8	18	2	28
Hombres				
Valor relativo (%)	10.00	22.50	2.50	35.00
TOTAL	26.25	60.00	13.75	100.00

Fuente: Cuestionario aplicado a 80 pacientes con Lumbalgia.  
I.M.S.S. H.G.Z. No. 30 1984.

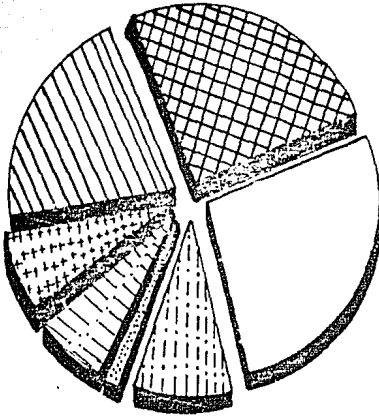
TABLA No. 2

## DISTRIBUCION POR SEXO Y OCUPACION

Ocupación/sexo	Hombres	Mujeres	Total
Valor absoluto	17	20	37
Empleados			
Valor relativo (%)	21.25	25.0	46.25
Valor absoluto	0	24	24
Hogar			
Valor relativo (%)	0.0	30.0	30.0
Valor absoluto	8	1	9
Pensionados			
Valor relativo (%)	10.00	1.25	11.25
Valor absoluto	5	5	10
Estudiantes			
Valor relativo (%)	6.25	6.25	12.50
TOTAL	37.5	62.50	100.00

Fuente: Cuestionario aplicado a 80 pacientes con Lumbalgia. I.M.S.S. H.G.Z. No. 30 1984.

GRAFICA 3. Distribución por sexo y ocupación.



Empleados hombres 21.25%



Empleados mujeres 25.00%



Hogar mujeres 30.00%



Pensionados hombres 10.00%



Pensionados mujeres 1.25%



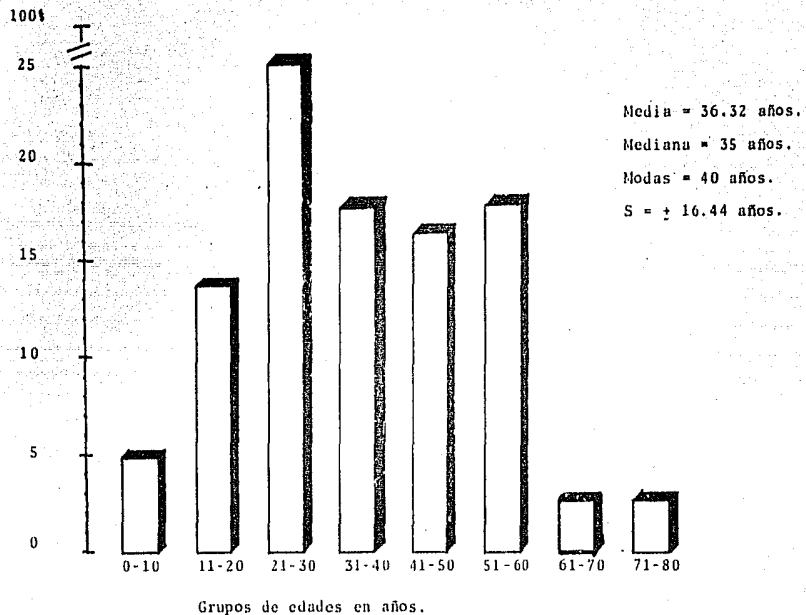
Estudiantes hombres 6.25%



Estudiantes mujeres 6.25%

Fuente: Cuestionario aplicado a 80 pacientes con Lumbalgia.  
I.M.S.S. H.G.Z. No. 30 1984.

Gráfica 4. Distribución de las edades en años del inicio de la Lumbalgia en los pacientes estudiados.



Fuente: Cuestionario aplicado a 80 pacientes con Lumbalgia  
 I.M.S.S. H.G.Z. No. 30 1984.

TABLA No. 3

TIEMPO PROMEDIO DE COMUNICACION DE LA  
LUMBALGIA AL MEDICO FAMILIAR

Pacientes	Tiempo promedio	Porcentaje	
20	4.8 años	25	
18	2.9 meses	10	
52	8 días	65	
<b>TOTAL</b>	80	447.39 días	100

Fuente: Cuestionario aplicado a 80 pacientes con Lumbalgia. I.M.S.S. H.G.Z. No. 30 1984.

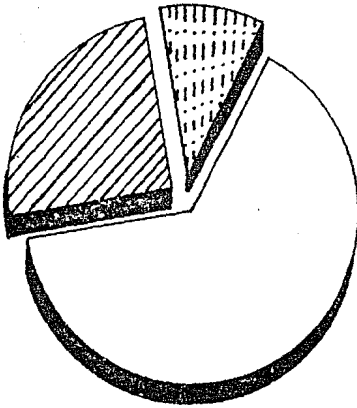
TABLA No. 4

CONDUCTA DEL PACIENTE Y ENVIO AL ORTOPEDISTA

	Adecuado	Inadecuado	Total
Si	38 47.5%	11 13.75%	61.25%
No	22 27.5%	9 11.25%	38.75%
<b>TOTAL</b>	75 %	25 %	100 %

Fuente: Cuestionario aplicado a 80 pacientes con Lumbalgia. I.M.S.S. H.G.Z. No. 30 1984.

GRAFICA 5. Tiempo promedio de comunicación de la Lumbalgia al Médico Familiar.



4.8 años el 25% de pacientes.



2.9 meses el 10% de pacientes.



8 días el 65% de pacientes.

Fuente: Cuestionario aplicado a 80 pacientes con Lumbalgia.  
I.M.S.S. H.G.Z. No. 30 1984.

TABLA No. 5

## TIEMPO PROMEDIO DE ENVIO AL ORTOPEDISTA

Pacientes	Tiempo promedio	Porcentaje
35	4.94 años	43.75
29	3.03 meses	36.25
16	8.06 días	20.00
80	893.92 días	100.00

Fuente: Cuestionario aplicado a 80 pacientes con Lumbalgia. I.M.S.S. H.G.Z. No.30 1984.

TABLA No. 6

## ENVIO AL ORTOPEDISTA Y TIEMPO PROMEDIO EN QUE SE EFECTUO

	Si	No	Total
Valor absoluto Adecuado	45	0	45
Valor relativo	56.25	0	56.25
Valor absoluto Inadecuado	4	31	35
Valor relativo	5	38.75	43.75
TOTAL	61.25	38.75	100.00

Fuente: Cuestionario aplicado a 80 pacientes con Lumbalgia. I.M.S.S. H.G.Z. No. 30 1984.



TABLA No. 7

## INDICACIONES DEL ORTOPEDISTA Y CONDUCTA DEL PACIENTE

	Adecuado	Inadecuado	Total
Valor absoluto Si	63	2	65
Valor relativo	78.75	2.5	81.25
Valor absoluto No	10	5	15
Valor relativo	12.5	6.25	18.75
TOTAL	91.25	8.75	100.00

Fuente: Questionario aplicado a 80 pacientes con Lumbalgia. I.M.S.S. H.G.Z. No. 30 1984.

TABLA DE COEFICIENTES DE CORRELACION

Número de pregunta	(y)	8	13	14	15	16	17	18	19	20
(x)										
6	0.88	-	-	-	-	-	-	-	-	-
7	0.94	0.84	-	-	-	-	-	-	-	-
14	-	-	1	0.77	0.78	0.85	0.71	-	0.76	
15	-	-	0.77	1	0.81	0.88	0.78	-	0.82	
16	-	-	0.78	0.81	1	0.83	0.82	0.66	0.81	
17	-	-	0.85	0.88	0.83	1	0.82	-	0.60	
18	-	-	0.71	0.78	0.82	0.82	1	0.70	0.91	
19	-	-	-	-	0.66	-	0.70	1	0.67	
20	-	-	0.76	0.82	0.81	0.60	0.91	0.67	1	

Fuente: Cuestionario aplicado a 80 pacientes con Lumbalgia.  
I.M.S.S. H.G.Z. No. 30 1984.

### ANALISIS DE RESULTADOS

La edad de los pacientes en el momento del estudio tuvo representantes en todas las décadas de la vida, desde el niño de 10 años hasta el anciano de 80, encontrándose el mayor porcentaje en el grupo de 41-50 años; pero la importancia de la edad en el problema de la lumbalgia se evidencia cuando observamos la edad en la cual se inició ésta, encontrando nuevamente pacientes de todas las edades, con un importante porcentaje antes de los 20 años (18.75%), en este grupo el diagnóstico precoz y el tratamiento permitirán que estas personas adquieran hábitos de vida encaminados a cuidar su columna vertebral, y proporcionándoles la información de su problema podrán decidir a tiempo y en forma adecuada la actividad laboral que puedan efectuar sin obstaculizar su tratamiento, así como de otro tipo de actividades como son las deportivas; efectuándose realmente una prevención integral (Bio-psico-social). El grupo que obtuvo el mayor porcentaje (25%) fue el de 21-30 años, congruente con la literatu-

ra, siguiendo el grupo de 31-40 años (17.50%) aquí radica la explicación de los problemas individuales, familiares, laborales, de manejo médico, ya que en estos grupos de edades es cuando la persona se encuentra en la época más productiva de su vida, enfrentándose, como el adulto que es, a todas las obligaciones que el tipo de sociedad en que vivimos impone: desde formar parte de la maquinaria de producción económica del país en cualquier rama de la actividad, así como la de casarse, formando una familia con las responsabilidades que ésto representa.

La frecuencia por sexo fue mayor en el femenino que en el masculino con una relación de 1.85 a 1. De estas mujeres el 30.00% se dedican al hogar, lo cual nos habla de que el trabajo que esto representa no es menor al de un oficio o profesión con remuneración económica. En cuanto a la ocupación el mayor porcentaje eran empleados con casi igual distribución por sexo y estando casados el 60.00%.

Con relación al aspecto médico de los pacientes estudiados encontramos que la mayoría manifestaron su problema a su médico familiar en una semana (65%), el cual canalizó al 2o. nivel de atención médica al 61.25% de estos pacientes, siendo en tiempo de envío de 3 meses o menos en más de la mitad de los casos. Esto nos indica que el paciente con lumbalgia representa un problema de manejo para el médico familiar o de 1er nivel de atención médica, que lo hace canalizar a más de la mitad de estos enfermos al ortopedista; porqué su-

cede ésto, hay que tener en cuenta que es bien conocido que muchos de estos pacientes son considerados por el médico como simuladores, por la edad y la carencia de datos clínicos y radiológicos que apoyen la presencia de una enfermedad; además que este tipo de paciente demanda frecuentemente incapacidad médica; por lo que establecerá una relación médico-paciente difícil, aunado a la cronicidad de la lumbalgia y a la falta de respuesta a los medicamentos indicados, que hacen que el paciente solicite (exija) su envío al "especialista" para que lo "cure"; lo que pone en evidencia la falta de información que tiene el paciente de su problema. Por otro lado, ningún paciente refirió que su médico le hubiera indicado alguna medida higiénico-postural o higiene de columna; porque ocurre ésto, o el médico carece de esta información, o si la conoce no le da la importancia debida para el manejo de su paciente con lumbalgia, o no tiene tiempo de dar y explicar estas medidas por la carga de consulta.

Casi todos los pacientes manifestaron todas las medidas higiénico-posturales de columna que el ortopedista les había indicado. La dependencia de dicha higiene de columna con la mejoría clínica del paciente es muy clara (coeficientes de correlación 0.88 y 0.94): si el paciente conoce las medidas higiénico-posturales y las lleva a cabo presenta mejoría clínica. La solución está en que el médico debe conocer, comprender y convencerse de la importancia de estas indicaciones para que pueda transmitir este convencimiento a sus pacientes con lumbalgia, y se logren resultados gratifi-

cantes para ambos: para el paciente mejoría clínica que le permita integrarse activamente a su ambiente familiar y social, y para el médico la satisfacción de ser realmente un profesional de la salud.

Pasaremos a hablar sobre el aspecto laboral en donde el ausentismo y las incapacidades de los pacientes con lumbalgia resultaron elevados a causa del dolor; si en la actividad que desarrollan en su trabajo los pacientes pueden llevar a cabo las medidas higiénico-posturales, entonces las efectúan, estas dos variables resultaron dependientes; como consecuencia de ésto, habrá mejoría clínica que redundará en la disminución del dolor, en que las recaídas serán menos frecuentes, y por lo tanto el índice de ausentismo y de incapacidades médicas sufrirá decremento. El ausentismo y los días incapacitados resultaron en promedio de casi un mes por año por paciente para cada uno de estos dos fenómenos, lo que evidentemente repercutirá en la economía familiar, sin embargo, hay que tomar en cuenta si el paciente es el pilar de dicha economía o es compartida por varios miembros de la familia lo que disminuirá la problemática.

En cuanto a los problemas laborales por las incapacidades, la mayoría de pacientes manifestaron no tenerlos; pero los pacientes que si se enfrentaban a conflictos en su trabajo, algunos llegaron a ser tan serios que la única solución es tramitar pensión por invalidez, aunque la edad en que se encuentran (34 y 43 años) debiera permitirles conti-

nuar laborando. La forma de solución sería el poder reacomodar o reubicar en las fábricas o empresas donde trabajan a estos pacientes, lo cual beneficiaría no sólo al individuo y su familia, sino también a la larga a la productividad de la empresa, ya que disminuiría la frecuencia de pensiones por invalidez que tendría que pagar por esta causa.

En cuanto al aspecto familiar de los pacientes estudiados encontramos: la relación entre los cónyuges paradójicamente mejoró con la aparición de la lumbalgia en uno de ellos, hay que recordar que el 65.00% de los pacientes fueron mujeres y dadas las condicionantes educativas en nuestra sociedad (sufridas, resignadas, abnegadas y consecuentemente manipuladoras), obtienen con la enfermedad la forma de manipulación, esto es la gratificación secundaria. Además probablemente en la pareja sana aparece un sentimiento de culpa que aparentemente se manifiesta en la mejoría de las relaciones conyugales. Las relaciones intrafamiliares, incluyendo a los hijos, no se modificaron significativamente al presentarse el problema: si hay alteraciones familiares y uno de los miembros enferma, esta es una forma de mantener o conservar el equilibrio familiar.

La mayoría de pacientes contaban con el apoyo de la familia para llevar a cabo el tratamiento y además refería que la conducta familiar hacia ellos era positiva; sin embargo, un alto porcentaje (68.42%) de pacientes sentía que su carácter se había alterado por la lumbalgia, principalmente

afectándose el estado anímico, cursando con depresión y otras alteraciones como sentirse: neurótico, nostálgico, inútil, -aislado; indudablemente que estos cambios del carácter referidos por los pacientes influyen y son influidos en la conducta de la familia en conjunto, lo que se demuestra al observar los coeficientes de correlación que muestran como dependen una de la otra las variables familiares investigadas; no es posible pensar en un individuo fragmentado en aparatos y sistemas, como tampoco aislado de su familia ni de la sociedad a la que pertenece; por ésto la solución objetiva de los problemas no se puede encajonar en un solo aspecto, sino valorar en forma integral y efectuar los cambios necesarios en todas las áreas, de no hacerse así será perder el tiempo.



### CONCLUSIONES

Efectivamente se confirma que el paciente con lumbalgia al que se le han indicado las medidas higiénico-posturales de columna y las lleva a cabo, presenta mejoría clínica importante.

El paciente con lumbalgia no recibe información acerca de las características de su problema, de su pronóstico y de su manejo, en el primer nivel de atención médica.

Estos pacientes demandan del médico familiar incapacidades médicas frecuentemente, ya que en promedio se encontró: 29.87 días incapacitados por año por paciente.

La mayoría de estos pacientes son enviados al segundo nivel de atención médica para valoración y manejo por el ortopedista; el cual establece el manejo a base de las medidas higiénico-posturales de columna (peso ideal, cama dura, natación no competitiva, no jalar, no cargar, no empujar, no flexionar).

Se encontró que el paciente a causa de la lumbalgia se incapacita y se ausenta de su actividad laboral en forma elevada; siendo en promedio por paciente y por año: 29.87 días incapacitados y 25.39 días de ausentismo.

La lumbalgia se presenta en todas las edades y en ambos sexos, predominando en la tercera década de la vida y en el sexo femenino. Puede llegar a ser tan incapacitante que aún en edades tempranas se solicita pensión por invalidez como solución a los problemas laborales a los que se enfrenta el paciente.

Las relaciones familiares en las familias con un miembro afectado de lumbalgia, en general no sufren modificaciones, conservando así el equilibrio del núcleo familiar. Las relaciones conyugales mejoran con la aparición de la lumbalgia en uno de los cónyuges; las relaciones, incluyendo a los hijos no sufren cambios. Algo muy importante es que más de la mitad de los pacientes refieren presentar cambios en su forma de ser a consecuencia de la aparición de la lumbalgia; o sea, que el paciente sufre y es el foco rojo de la dinámica familiar; por lo que se requiere terapéutica individual y familiar, para que la ayuda sea efectiva.

### SUGERENCIAS

Los enfermos de padecimientos crónico-degenerativos y en este caso particular, de los pacientes con Lumbalgia, se angustian por no comprender lo que les está sucediendo, el porqué de sus molestias que no les permite continuar su ritmo de vida, si su problema tiene solución, cómo progresará su enfermedad, e indiscutiblemente cómo repercutirá a nivel familiar y socio-laboral.

Por lo tanto, se hace evidente, que el paciente y su familia necesitan toda la información que se les pueda proporcionar; al conocerla y comprenderla, el paciente-familia se convierten en la base de un manejo médico-integral eficaz.

El equipo de salud del primer nivel de atención médica cuenta con los recursos humanos y materiales para proporcionar al paciente con Lumbalgia y a su familia, la orientación que requieren sobre su problema, mediante la implementación de un programa que contemple los aspectos médico, fami-

liar y socio-laboral; siendo su justificación institucional, el que ocupa el 4o. lugar en cuanto a causa de consulta a este nivel.

Es muy conveniente que a nivel laboral (patrones, empresas, fábricas) también se proporcione la información pertinente, mediante pláticas, tratando de estimular la colaboración para el manejo del paciente con lumbalgia, valorando la posibilidad de reubicación laboral cuando el caso lo amerite, protegiendo de esta forma, la productividad a todos los niveles.

"Las posibilidades de investigación en la Medicina Familiar son ilimitadas. La dimensión total entre salud y enfermedad se encuentran dentro del alcance de nuestra actividad diaria como profesionales de la medicina familiar: tenemos la oportunidad única de plantear preguntas, recolectar datos y analizar información. Esta es la clase de actividad que sin duda proporcionará el apoyo científico necesario para el cuerpo de conocimiento que reclama nuestra disciplina".

ESTA TESIS NO DEBE  
SALIR DE LA BIBLIOTECA

#### BIBLIOGRAFIA

1. Rivero Serrano, Octavio Dr. Editorial. Revista Internacional de Medicina Familiar 1982, número 1; 2-5.
2. Ceitlin, Julio Dr. Centro Internacional para la Medicina Familiar. Revista Internacional de Medicina Familiar 1982, número 1: 4-5.
3. Brennan, Michael y McCracken, E.C. Drs. La necesidad de investigación en la Medicina Familiar. Revista Internacional de Medicina Familiar - 1982, número 2: 22-24.
4. Praxis Médica. Ediciones Latino-americanas, 1971. Fascículo 8.610.
5. Ruge, Daniel y Wiltse L. Leon. Enfermedades de la Columna Vertebral. Diagnóstico y tratamiento C.E.C.S.A. Primera edición, 1982: 323-31.
6. Reyes, C.A. Epidemiología de los padecimientos de la columna vertebral. Anales de Ortopedia y Traumatología 5 (3); 205-216, 1969.