



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN

DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

SEDE

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N° 79
PIEDRAS NEGRAS, COAHUILA

TITULO DEL TRABAJO

SÍNDROME DOLOROSO LUMBAR Y AFECTIVIDAD EN LA PAREJA DE
PACIENTES DEL CONSULTORIO N° 4 TURNO VESPERTINO DE LA UNIDAD
DE MEDICINA FAMILIAR N° 79 PIEDRAS NEGRAS, COAHUILA

TRABAJO PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR

PRESENTA:

DR. REYNALDO HERNANDEZ BAUTISTA

SEDE

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N° 79

AÑO

2005-2008



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.

TITULO

SÍNDROME DOLOROSO LUMBAR Y AFECTIVIDAD EN LA PAREJA DE
PACIENTES DEL CONSULTORIO N° 4 TURNO VESPERTINO DE LA UNIDAD
DE MEDICINA FAMILIAR N° 79 PIEDRAS NEGRAS, COAHUILA

TRABAJO PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DR. REYNALDO HERNANDEZ BAUTISTA



DR. MIGUEL ÁNGEL FERNÁNDEZ ORTEGA
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
UNAM

F. García Pedroza

DR. FELIPE DE JESUS GARCÍA PEDROZA
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN
DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
UNAM

DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
UNAM

TÍTULO

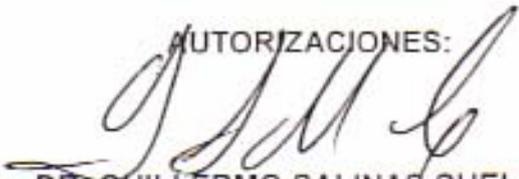
SÍNDROME DOLOROSO LUMBAR Y AFECTIVIDAD EN LA PAREJA DE
PACIENTES DEL CONSULTORIO N° 4 TURNO VESPERTINO DE LA UNIDAD
DE MEDICINA FAMILIAR N° 79 PIEDRAS NEGRAS, COAHUILA

TRABAJO PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR

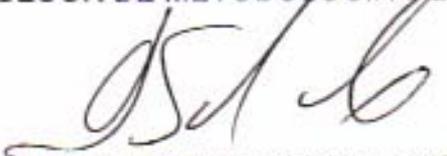
PRESENTA:

DR REYNALDO HERNANDEZ BAUTISTA

AUTORIZACIONES:


DR. GUILLERMO SALINAS CUELLAR
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA
FAMILIAR PARA MÉDICOS GENERALES DEL IMSS


DR. GUILLERMO SALINAS CUELLAR
ASESOR DE METODOLOGÍA DE TESIS


DR. GUILLERMO SALINAS CUELLAR
ASESOR DEL TEMA DE TESIS
MEDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR


DRA. MARIA DEL SOCORRO LOPEZ SILLER.
COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN

DEDICATORIA

Con Amor a mi esposa Maria Guadalupe Espinoza Cervantes y a mis hijos Carla Eneida, Jennifer y Carlos Augusto. Por su paciencia y comprensión por el tiempo del que les prive de mi atención, para realizar este tipo de estudio, les agradezco y dedico con todo mi corazón este proyecto.

- Padres y Hermanos
- Maestros
- Al grupo que formamos: Drs. Patricia, Ma. Elena, David y Timoteo

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a mis compañeros médicos y especialistas, por el apoyo incondicional, paciencia, tiempo y comprensión, al grupo de compañeros por darme su apoyo durante estos tres años

Agradezco a las autoridades de la Universidad Nacional Autónoma de México é Instituto Mexicano del Seguro Social por haber hecho posible la realización de esta especialidad en nuestra ciudad.

Agradezco especialmente al Dr. Guillermo Salinas Cuellar quien nos guio con firmeza y decisión para el feliz termino de esta especialidad dejando atrás la familiaridad, llevado a todo por una relación profesional

Por todo esto gracias

INDICE

ANTECEDENTES CIENTÍFICOS	1
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	31
JUSTIFICACION	32
OBJETIVO GENERAL	33
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	33
MATERIAL Y METODOS	34
CRITERIOS DE INCLUSION	35
CRITERIOS DE EXCLUSION	35
CRITERIOS DE ELIMINACION	35
VARIABLES A RECOLECTAR	36
CONSIDERACIONES ETICAS	37
RESULTADOS	38
DISCUSION	39
CONCLUSIONES	41
BIBLIOGRAFIA	42
ANEXOS	45

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La afectividad en la relación de pareja se ve alterada en los pacientes con Síndrome Doloroso Lumbar. Por pérdida de las emociones que juegan un papel importante para un buen funcionamiento de estabilidad.

El Dolor Lumbar Crónico produce un desequilibrio en los componentes afectivos y actitud de quien lo sufre; en la familia o pareja compromete la armonía, la adecuada comunicación, satisfacción de metas comunes, el desarrollo físico y psicológico.

Cuando el Dolor Lumbar es crónico, la manifestación física de afecto en la pareja puede disminuir o desaparecer; se le dedica menos tiempo de convivencia, no desea superarse el apoyo de superación a la pareja es menor, estos problemas comprometen el funcionamiento de pareja terminando por afectar todos los aspectos afectivos.

¿Conocer como es la afectividad en la pareja con Síndrome Doloroso Lumbar en pacientes del consultorio cuatro, turno vespertino UMF N° 79 de Piedras Negras Coahuila?

ANTECEDENTES CIENTÍFICOS

El hombre es un ser social que ha sobrevivido a lo largo de toda su historia a través de su pertenencia a diferentes grupos sociales.

La familia y el ambiente mas importante en el que ha evolucionado, es la mas antigua de las instituciones sociales humanas, tan añeja como la propia humanidad y según Ralph Linton, una institución que sobrevivirá mientras, exista nuestra especie. En la historia, la familia a mostrado extraordinaria capacidad de resistencia, la cual viene a contradecir aquellas teorías que predicen un inminente ocaso de la familia y el matrimonio.

Con su evolución histórica, la familia ha experimentado transformaciones que le han permitido adaptarse a las exigencias de cada sociedad y cada época, lo cual hace augurar que la familia persistirá debido a que constituyen, la mejor unidad humana para la sociedad que esta en constante cambio. Cuanta mayor flexibilidad y adaptabilidad requiera la sociedad de sus miembros, mas significativas será la familia, como matriz del desarrollo psico-social. (1)

La familia es un conjunto de personas que interaccionan, enlazadas, al clima que ellos crean y en el cual se desarrollan.

El clima familiar es el lugar, donde puede encontrarse: el amor, la comprensión y el apoyo, a un cuando todo lo demás haya fracasado.

Es el lugar donde podemos recuperar el aliento y sacar nuevas energías para enfrentarnos al mundo exterior. Se puede considerar a la familia como un sistema semiabierto, dinámico y orientado al desarrollo y a la autorrealización. Desde el punto de vista eco-sistémico, la familia, es un grupo de personas que se relacionan entre si y que además tienen sus propios objetivos, motivaciones, concepción de si mismos y de los demás, que se diferencian en la habilidad para dirigirse así mismo para simbolizar, pensar y percibir su mundo familiar. (2)

El ciclo vital de la familia es una evolución en curso del cuál, la familia se contrae a medida que el medio social con el que cada uno de sus miembros esta en contacto se va extendiendo. Este ciclo esta conformando por varias fases que son:

- 1.- Noviazgo y cortejo
- 2.- Unión o Matrimonio
- 3.- Expansión
- 4.- Dispersión
- 5.- Fase de retiro.

El dolor lumbar diagnosticada en diferentes etapas del ciclo de vida familiar tiene diferentes explicaciones en lo que respecta a su prevención, atención y tratamiento, tanto en los aspectos físicos, como de los psicológicos y sociales. Por ello el conocimiento y manejo adecuado del paciente y su familia, en cada una de sus etapas del desarrollo, permite al equipo de salud prever fenómenos y aclarar en forma integral en las diferentes situaciones y momentos que afecten la salud del grupo familiar. (3)

La familia puede ser clasificada desde una gran diversidad de puntos de vista. Es posible tipificarlo de acuerdo con la etapa del ciclo vital en que se encuentra; las cuales pueden ser tradicionales o modernas según sus hábitos, costumbres y patrones de comportamiento.

Existen familias urbanas y rurales con base al enfoque demográfico, y desde el punto de vista psico-social y según la dinámica de las relaciones intrafamiliares, pueden ser funcionales y disfuncionales. Según sus límites en su estructura pueden considerarse amalgamadas o desvinculadas; y por las características ocupacionales del jefe de familia pueden agruparse en familias campesinas, obreras, profesionales, comerciante, etc. Se requiere que la familia se clasificara realmente, que permita comprender los parámetros suficientes que en un

momento dado, pueden incidir en el grado de funcionalidad o dis-funcionalidad familiar. (4)

La familia es un grupo primario y sus características son las propias de un sistema natural abierto donde las acciones de cada uno de sus miembros producen relaciones y reacciones en las otras y en el mismo, por eso, no debe ser entendida sólo en función de la personalidad de sus integrantes si no también en cuanto a las relaciones interpersonales que entre ello se establecen. Este sistema familiar se diferencia y desempeña sus funciones a través de sus subsistemas, organizados por generaciones, sexo, intereses y funciones. Los principales en la estructura de una familia nuclear son: subsistema conyugal, subsistema materno-filial y subsistema fraterno. Cada individuo pertenece a diferentes subsistemas en los que posee distintos niveles de poder y en los que aprende habilidades diferentes.

El individuo es un subsistema de la familia y esta es de la sociedad. Cada una de las partes está dotada de cierta autonomía sujeta a sus propias leyes internas, característica que permite distinguirlas entre si. Sin embargo existe interdependencia entre cada uno de estos sistemas, de manera que al definir cualquiera de ellos, se hace necesaria la participación de los otros dos. (5)

El análisis de la funcionalidad de la relación de la pareja es de trascendental importancia para todo el grupo familiar, se sabe que gran parte de los problemas familiares pueden ser ubicados como disfunciones del subsistema conyugal. Las funciones llevadas a cabo por las parejas deben ser claras y gratificantes, es por ello, que el médico familiar debe de orientar a la pareja y contar con criterios definidos que permitan evaluar su grado de dis-funcionalidad sin perder de vista el marco social en el que se encuentra inmerso. (6)

El aspecto medular de una familia es la coalición de la pareja, es la realización de el trabajo en conjunto de ambos cónyuges. Donde los esposos pudieron desprenderse en forma apropiada de los lazos que unían a su familia de origen y logran desarrollar su propia individualidad y valía personal, y una identidad como pareja.

El matrimonio es solamente la unión de dos individuos; es una síntesis de sus familias de origen, en el proceso de establecer una relación conyugal satisfactoria, exige acuerdos compartidos, entre las dos partes relacionadas. Estos convenios pueden consistir en reglas explícitas e implícitas.

Las reglas centrales o básicas de las relaciones interpersonales se dan en cinco dimensiones (Lewis 1998)

1. Poder: ¿Quién esta al mando? Ámbito complejo, existen muchas clases de poder, que van desde la experiencia, pasando por la coerción física, la costumbre, el poder puede compartirse de muchas maneras, existe un acuerdo general en casi todas las parejas.
2. Cercanía o Distancia: La pareja negocia que tipo de distancia emocional siente cercana e intima y cual demasiado distante.
3. Separación e Intimidad: Es decir, inclusión y exclusión ¿A quien más se le considera parte del sistema conyugal? Aspecto relacionado con los limites se aplica no solo a los parientes reales y otras personas si no también al tiempo asignado a los intereses profesionales y recreativos.
4. Compromiso Conyugal: Ambas partes necesitan sentir que están comprometidas con la relación y que esta constituye un aspecto primordial en la vida de la pareja.

5. Intimidad: Es la participación recíproca de las vulnerabilidades. Los miembros de la pareja suelen ser diferentes en cuanto a la necesidad que tienen de compartir las cosas verbalmente, para la mayoría de los cónyuges esta es una parte importante o esencial de su vínculo emocional.

Las parejas que armonizan en variables como antecedentes religiosos, étnicas, raciales; actitudes y valores, políticas y sociales. Así como nivel socioeconómico suelen ser más afortunadas que las parejas que no tienen una buena correspondencia, en estas variables.

Los matrimonios que parecen más estables, en el tiempo son aquellos que cada miembro de la pareja está dispuesto a que el otro influya sobre uno y compartir el poder y proporcionar afecto. (7)

La principal función de la relación de pareja a considerarse es el afecto. Que es el proceso de interacción social entre dos o más organismos, se puede inferir que el afecto es algo que puede darse a otro. Decimos que damos o recibimos afecto, estimulación y cambio con el que se recibe un estímulo, la afectividad del paciente se encuentra alterada por la enfermedad. En las enfermedades, llamadas psicósomáticas. La conducta emocional está profundamente alterada.

Afecto evalúa como se dan las muestras de sentimientos y emociones entre los miembros de la pareja o familia.

Afecto negativo valora la funcionalidad de la presencia de sentimientos y emociones dentro de la misma pareja o núcleo familiar.

Como consecuencia de la incapacidad individual para la expresión adecuada de los afectos.

Descartes describe tres tipos de afectos:

- 1 Las Emociones; Estados afectivos de aparición brusca y de duración breve.
- 2 Los Sentimientos; Son mas complejos, menos intensos y mas estables y duraderos.
- 3 Las Pasiones; Son bruscas e intensas como las emociones y estables como los sentimientos.

Krueger O Schuniot – Atzent. Agrupan a las emociones en entusiasmo, alivio, alegría, regocijo, felicidad, contento, euforia, triunfo, arrogancia y satisfacción.

Wolman. Establece ocho clases de procesos afectivos.

1. Sentimientos simples asociados con sentimientos.
2. Sentimientos orgánicos negativos; como dolor y la fatiga. Sentimientos orgánicos positivos; saciedad y bienestar.
3. Sentimientos de actividad ligados a impulsos biológicos y a los intereses.
4. Sentimientos y actitudes morales, estéticos, religiosos, intelectuales y sociales.
5. Humores persistentes: Jovialidad, excitación, exaltación, ansiedad, represión.
6. Afectos patológicos.
7. Emociones de miedo, ira, vergüenza, humillación, etc.
8. Los temperamentos como afectividad estable.

Base Neurológica de la afectividad.

Esta se realiza con la actividad del sistema límbico.

Masas de sustancias localizadas en tres niveles filogenéticos del encéfalo.

- a) Mesencefalo: Substancia gris central y núcleos satélites.
- b) Diencefalo: Hipotálamo y núcleos medios y anterior del tálamo.
- c) Telencefalo: Cincunvoluciones del cigoto, del hipocampo, amígdala, núcleos septales y formación hipocampal.

Funciones del Sistema Límbico:

Vegetativas: Controles de la circulación sanguínea, de la temperatura, de la distribución hídrica de la contractibilidad uterina, secreción Láctea y del lóbulo anterior de la hipófisis ejercidas especialmente por el nivel hipotalámico.

Psíquicas: Corresponden a motivación, afectividad, memoria y el aprendizaje.

La actividad del sistema límbico, se considera lo que se refiere a la afectividad. Es importante el sistema límbico en patología psicósomáticas, el conocimiento de la base neuroanatómica de la expresión somática de los afectos.

1. La información recibida por las vías aferentes produce en el sistema límbico un primer momento de configuración emocional.
2. La excitación del sistema tiene las siguientes vías de posible descarga.

Alcanzadas las áreas motoras corticales y la vía piramidal, provocará la actividad muscular estriada determinando la mímica y la pantomima de la conducta emocional sobre la psicomotricidad se denomina acción neural, en estados intensamente emotivos.

Neocortex

Sistema reticular

Mesencéfalo

Núcleos del tronco

AFERENCIAS

SISTEMA LIMBICO

- Mesencefalo: Sustancia gris, central y núcleos satélites
 - Diencefalo: Hipotálamo y núcleo medial y anterior del tálamo.
 - Telencefalo: Circunvoluciones del cíngulo y del hipocampo
 - Amígdala: Núcleos septales y formación hipocampal
-

- Circulo de papez
- Región Septal: Núcleos habenuares, núcleos interpedunculares
- Mesencéfalo Superior: amígdala, núcleos interpedunculares hipotalamicos.
- Amígdala: septúm, hipotálamo e hipocampo.

EFERENCIAS

Neocortex

Núcleos Neurovegetativos

Hipófisis

En el afecto Patológico

Algunos estados afectivos que forman parte de la vivencia de la enfermedad algunos de ellos no son patológicos por si mismos, es patológica la situación en la que se encuentra el individuo que la padece. Pero en otros si se consideran patológicos.

El malestar físico, que puede ser la primera manifestación de una enfermedad, en el que se experimenta de manera desagradable la propia vitalidad es una tonalidad psicosomática de signo negativo en el que existe un embozo de tendencia al aislamiento y al descanso de inferioridad y de impotencia.

El dolor es mas concreto, su vivencia es de sufrimiento y de desorganización física y psíquica como si algo que se oculta en nosotros mismos se hace nuestro enemigo. (8)

Dolor Lumbar

Cuando el hombre adquiere la categoría de Homo erectus, la columna vertebral y los miembros pélvicos y torácicos cambian de manera radical sus funciones: los primeros se ven sometidos a constantes esfuerzos para mantener la postura y los segundos tienen la presión como función principal.

El ser humano, desde su nacimiento, sufre cambios importantes en las curvaturas de la columna vertebral debiendo pasar de una gran cifosis a dos grandes curvas lordosis, una cervical y una lumbar y una cifosis torácica, lo cual se define en los momentos en que toma la postura erecta. Es así como la columna lumbar se constituye en zona de choque de grandes esfuerzos, lo cual le hace susceptible a presentar dolor.

Epidemiología

En el primer informe sobre dolor lumbar (Suecia 1954) se menciona que ocurre en 60% de los trabajadores de las diversas industrias 51 a 80%. En la clínica de columna del Hospital General de México se observó un 84.1% con dolor lumbar.

El dolor lumbar ocurre en las más diferentes edades, en ambos sexos y en una amplia variedad de ocupaciones sin que sea regla absoluta que estén relacionadas con la industria pesada. Se ha informado su presencia en adolescentes, en atletas jóvenes, odontólogos (al parecer relacionado con su

trabajo), en trabajadores que manejan grúas, oficinistas, enfermeras, los que se exponen a vibraciones intensas y muchos otros más.

Los costos por lumbalgia en EUA alcanzan 100 billones de dólares por año, con una pérdida laboral de 10 millones de días por año; la incapacidad promedio es de 36 días y el 29% de la población laboral suspende sus funciones por esta causa. Representa no sólo un problema clínico sino terapéutico, laboral y económico de la mayor importancia.

Etiología

Es tan amplia la gama de problemas relacionados con la producción de dolor lumbar, que se le considera como síndrome doloroso lumbar o síndrome de lumbalgia. La naturaleza de las causas más frecuentes son:

Congénitas.- Aquí se incluyen situaciones diversas: raquisquisis con o sin mielomeningocele, espina bífida, espondilo-sis, tropismo facetario, sacralización de la quinta lumbar y otras más.

Traumáticas.- Esguinces, fracturas del cuerpo vertebral y apófisis transversas, luxaciones uni o bifacetarias

Infeciosas.- Tuberculosis, osteomielitis bacteriana, micosis,
Parasitaria: quiste hidático.

Mecánico-posturales.- Columna inestable anterior o posterior hiperlordosis o cifosis lumbar, asimetría de miembros pélvicos, basculación pélvica, otras.

Inflamatorias.- Espondilitis postraumática, pelvispondilitis reumática osificante

Degenerativas.- Espondilartrosis, osteoartrosis.

Metabólicas.- Osteoporosis. Osteomalacia.

Tumorales.- Los hay de bajo grado de agresividad como son el osteoma, el osteoblastoma y otras neoplasias. Y de alto grado de agresividad: mieloma múltiple etc. Lo que afecta es la metastasis, las mas frecuentes son los de mama, próstata y pulmón.

Circulatorias.- Aneurismas de la Orta abdominal, insuficiencia vascular intrínseca en el canal raquídeo.

Hematológicas.- Anemia de células falciformes, talasemia B, enfermedad de células falciformes de hemoglobina C.

Ginecológicas.- Dismenorrea, fibroma uterino, retroversión uterina, otras.

Urológicas.- Litiasis renal o de vías urinarias, tumoraciones renales.

Psiconeurosis.- Histeria conversiva, lumbalgia fingida por simuladores, problemas laborales, otras. (9)

Es un concepto ampliamente conocido que la columna vertebral forma el eje longitudinal del esqueleto y su función de sostén y movimiento, la columna tiene la función de protección de los elementos neurales que transcurren a través de ella y cualquier patología que ocupe este espacio óseo puede terminar en un compromiso neurológico.

En conjunto forma una estructura flexible debido a que está formado por distintos segmentos. Consta de 24 vértebras la columna vertebral además del sacro y cóccix. Las articulaciones entre las vértebras permiten los movimientos de la columna hacia delante, hacia atrás y hacia los lados.

La columna vertebral se articula como un todo con el cráneo, las costillas y los huesos iliacos. En su vista lateral, la columna muestra cuatro curvaturas: cervical, dorsal, lumbar y pélvica. Dadas por el número y disposición de las estructuras que la conforman.

En la columna vertebral, cada vértebra se articula con la inmediatamente superior e inferior, en las articulaciones intervertebrales. Los puntos de contacto corresponden a los cuerpos vertebrales donde se disponen los discos intervertebrales, las láminas y apófisis articulares, las laminas transversas y espinosas. Estas articulaciones mantienen a las vértebras firmemente unidas impidiendo su luxación y a la vez permitiéndoles flexibilidad como un todo. Una importante estructura de ligamentos contribuye a la estabilidad de estas articulaciones.

Entre los ligamentos que mantienen la unión intervertebral y la estabilidad de la columna vertebral se desatacan: el ligamento longitudinal anterior, fuerte banda de tejido fibroso que conecta la cara anterior de los cuerpos vertebrales desde el atlas hasta el sacro. Uniendo las caras posteriores de los cuerpos está el ligamento longitudinal posterior.

Los ligamentos inter-transversos conectan las apófisis transversas de dos vértebras adyacentes. Los ligamentos interarticulares unen firmemente las láminas articulares de las vértebras adyacentes. Se suman a estos los ligamentos inter-espinosos y supra-espinosos que conectan las apófisis espinosas de la columna.

Las vértebras además de conformar el esqueleto axial y de revestir a la médula espinal presentan numerosos sitios de articulaciones y de fijación con otras estructuras. Una carilla costal que forma parte de la articulación costovertebral, la cual se encontrará más tarde cubierta por el ligamento radiado de la cabeza de la costilla.

Por otro lado presenta la apófisis articular superior, que se articulará con su contraparte inferior de la apófisis espinosa de la vértebra subyacente.

Entre las apófisis transversas y las costillas se presenta el ligamento costo-transverso y ubica en forma más lateral y dorsal, el ligamento casto-transverso lateral.

Las vértebras cervicales son siete se caracteriza por presentar cuerpos vertebrales pequeños y apófisis espinosas cortas y bifurcadas, excepto la séptima vértebra que presenta una apófisis espinosa prominente.

Los agujeros de conjunción son grandes y de forma triangular, y los agujeros transversos permiten el paso de la arteria vertebral y venas articulares y el plexo nervioso.

Las vértebras torácicas o dorsales son doce y siguen a las siete cervicales; las doce pares de costillas se unen a ellas. Se caracterizan por tener el cuerpo vertebral mas grande y poseen carillas articulares para la articulación de la costillas. Estos se ubican en el cuerpo y en las apófisis transversas.

Las apófisis espinosas de las vértebras dorsales superiores son alargadas y se dirigen progresivamente hacia abajo.

Las vértebras lumbares son cinco y siguen a las dorsales, se continúan hacia abajo con las vértebras sacras.

Tienen un cuerpo muy voluminoso dado que son vértebras que soportan gran peso; los agujeros vertebrales tienen forma triangular y sus apófisis espinosas tienen forma cuadrada y horizontal.

El elemento costal de una vértebra lumbar esta representado por la apófisis transversa.

El dolor lumbar puede originarse en un disco, cuerpo vertebral, en un elemento posterior de la vértebra ó a veces su causa no está relacionada con la columna vertebral. (10)

La unidad raquídea motora (URF) o segmento funcional movable. Consta de dos vértebras adyacentes y un disco intervertebral. Forma un complejo de tres articulaciones con el disco en la parte frontal y dos carillas articulares por detrás. El segmento movable implica, capsulas articulares, ligamentos, músculos, nervios y también vasos.

El disco intervertebral está constituido por el anillo fibroso y el núcleo pulposo. El anillo fibroso es el medio de unión de los cuerpos vertebrales; rodea al núcleo pulposo y esta formado por diez o doce láminas de tejido colágeno que se disponen en forma concéntrica; las láminas son de mayor grosor en la cara anterior y lateral. El anillo se adhiere firmemente a las superficies vertebrales y se fusiona por delante con el grueso y resistente ligamento vertebral común anterior y por detrás en forma laxa con el no tan resistente ligamento vertebral común posterior.

El núcleo pulposo es de consistencia blando y traslúcido; está circundado por el anillo fibroso y las láminas cartilaginosas vertebrales; es un tejido rico en agua, cuyo contenido alcanzaría un 80% en el adulto joven y va disminuyendo con el transcurso de los años.

Los cambios en una articulación afectan a las otras dos, la degeneración del disco produce un estrechamiento del espacio correspondiente, esclerosis de la placa Terminal, tensión anormal sobre las carillas articulares y, a su vez la degeneración de dichas carillas que producen dolor. (11)

El dolor se considera agudo cuando ha persistido menos de seis semanas y crónico cuando se prolonga más de doce semanas.

Las causa más común es un estirón lumbar por levantar un objeto pesado o por torsión brusca de la espalda, ya sea con un ó sin traumatismo.

El dolor localizado en la región lumbar, en algunos casos, se haya irradiado a los glúteos, la palpación de los músculos, paravertebrales revela espasmos y los movimientos están limitados (12)

Una clasificación clínica de lumbalgias nos puede orientar a la etiopatogenia:

1. Síndrome de dolor lumbar puro (SDLP): Puede orientar a una causa muscular (lo más frecuente), o a una causa más discutida, como son las alteraciones morfológicas del disco intervertebral y que algunos autores llaman " dolor de tipo discogénico". La degeneración discal y las protrusiones discales, ambas conocidas como discopatías, son consideradas por la mayoría de los autores como producto del envejecimiento fisiológico del disco con la edad y no una enfermedad.
2. Síndrome de dolor lumbociático (SDLC): Lumbalgias con dolor radicular, que orientan a un conflicto mecánico, que comprime la o las raíces nerviosas, dentro de los cuales tenemos la hernia discal y el canal lumbar estrecho, planteando siempre como diagnóstico diferencial las compresiones de causa tumoral. (13)
3. Síndrome de dolor lumbar atípico (SDLA) o psicógena: El dolor lumbar siempre se acompaña de contractura en la región cervical. Puede comprometer también la región dorsal constituyendo un síndrome Cervico-dorsolumbar que algunos autores denominan "raquíalgia". La causa psicoemocional se encuentra en la base etiopatogénica de éste tipo de lumbalgia. Detectar a los pacientes que poseen un perfil psicológico especial con gran componente psico-afectivo del dolor y un grado de

discapacidad superior donde debemos aclarar que existe dolor de causa psíquica. (14)

En la exploración física articular de la región lumbar

Inspección: Marcha, actitud corporal, claudicación, para desplazarse, postura vertebral antálgica y contracturas musculares, expresiones de dolor y/o sufrimiento, rigidez lumbar en flexoextensiones e inflexiones.

Palpación: Se realiza de pie y luego en la camilla puntos dolorosos vertebrales ciáticas.

Verificar contracturas musculares paravertebrales y su relajación en los movimientos de inflexión a derecha e izquierda.

La columna lumbar está formada por 5 niveles vertebrales y 6 raíces, en la gran mayoría de los casos las raíces comprometidas son los dos más caudales.

Las seis raíces lumbares conforman dos plexos: lumbar y lumbo-sacro y luego se distribuyen en tres nervios principales. Femoral, obturador y ciático.

Los músculos ileopsoas, cuádriceps y abductores son inervados por varios niveles radiculares, por lo que una debilidad en sus fuerzas comparados con el lado sano puede tener una significación claramente patológica.

Niveles L1 - L2 - L3

Motor ileopsoas y abductores: principal flexor de la cadera.

Reflejo: Abductor del muslo percutiendo condilo-femoral medial.

Sensibilidad: Zona anterior del muslo hasta región supra rotuliana, sucesivamente: pliegue inguinal L1, tercio medio L2, tercio distal L3.

Niveles L2 – L3 – L4 (Nervio femoral)

Motor: Cuadriceps: extensor de la rodilla con componente importante L3.

Reflejo: El reflejo Patelar corresponde a L3 – L4.

Sensibilidad: Parte anterior del muslo hasta región supra-rotuliana, pliegue inguinal L1, tercio medio L2 tercio medio L3; se agrega el dermatóma L4 corresponde a toda la región antero-medial de la pierna (desde cresta de la tibia) borde medial del pie y dedo mayor.

Nivel L4

Motor: Músculo tibial anterior. Inervado predominantemente por los fascículos provenientes de la cuarta raíz lumbar, recibe además algunas fibras de la quinta raíz.

Reflejo: Reflejo rotuliano a patelar predomina L4 como tiene innervación de 3 raíces puede estar disminuido levemente de intensidad existiendo una lesión completa de L4.

Sensibilidad: Región anterior de la pierna a medial de la cresta de la tibia, borde medial del pie y dedo mayor

Nivel L5

Motor: La evaluación muscular se realiza a nivel de tres músculos: exterior, hallucis longus, extensor digitorum y pedis y glúteo medio. (15)

Exámenes de los miembros inferiores:

Este incluye tomar los pulsos arteriales, evaluar ambas articulaciones coxo-femorales (caderas) porque pueden simular patología radicular e inspeccionar el tono muscular.

La hipotonía y la hipotrofia de la pantorrilla indica el compromiso de la raíz S1, el compromiso de L5 afecta la celda antero-externa de la pierna.

Se examinan los reflejos osteo-tendinosos, patelar (L3), aquiliano y medio plantar (S1 –S2) y se investiga la posible lesión neuronal central a través del signo de Babinski, el Clonus o ambos,

Los signos o pruebas de la Lasegue y Wassermann ayudan en el diagnóstico de compresión radicular especialmente cuando obedece a una hernia discal.

El signo de Lasegue se evalúa con el paciente en decúbito dorsal, el médico debe levantar lentamente desde el plano de la cama la extremidad comprometida sin flexionar la rodilla. Cuando es positivo el paciente acusa dolor en la cara posterior de la pierna: indica el compromiso radicular de L5 o S1 producido por el estiramiento de la raíz sobre la patología que la afecta.

* Maniobra de Lasegue contralateral: explora los mismos territorios; pero se busca levantando la pierna sana, apareciendo el dolor radicular en la pierna afectada,

El signo de Wassermann se evalúa con el paciente en decúbito prono, flexionando la pierna sobre el muslo.

Cuando en la cara anterior de éste aparece el dolor, el signo positivo indica el compromiso de las raíces lumbares altas (L2-L3-L4). (15)

Ejercicios terapéuticos en el Síndrome Doloroso Lumbar (SDL)

Ejercicios de William

Acostado boca arriba, con las rodillas dobladas y separadas y los pies apoyados, levantar la cadera.

Acostado boca arriba, con las rodillas dobladas y separadas y los pies apoyados, levantar la cadera.

Levantar las rodillas, tomarlas con las manos y jalarlas hacia los hombros, sostener contando hasta tres y regresar a la posición inicial.

Acostado boca arriba con la pierna izquierda doblada y la derecha extendida, levantar la pierna derecha sin doblar la rodilla y con el pie a 90°.

Higiene postural de columna

Dormir en cama dura, de lado, con las rodillas y caderas semiflexionadas, con una almohada entre las piernas, que abarque de las rodillas a los tobillos, otra almohada baja para la cabeza.

En caso de dolor lumbar, dormir boca arriba, con las rodillas dobladas y separadas sobre dos almohadas, durante 30 minutos o toda la noche. (17)

Los factores del dolor lumbar.

Biomecánicas

1. Vicios posturales y ergonómicos
2. Defectos lumbares congénitos.

Bioambientales:

1. Síndrome del cemento (distres mantenido)
2. Sedentarismo – sobrepeso
3. Contaminación ambiental

Psicosociales:

1. Estrés existencial – familiares – laborales.

Estos casos de dolor lumbar, deberán de manejarse con terapia conservadora, en ocasiones bloqueos facetarios o inyecciones epidurales.

Los eventos anormales: del proceso degenerativo discal que pueden ser de tratamiento quirúrgico, son la rotura anular del disco y la estenosis raquidea secundaria.

La relación con imágenes radiológicas en algunos casos puede ser determinada, se recomienda que las radiografías de columna lumbar se tomen en cuatro posiciones, antero-posterior, lateral, oblicua izquierda y derecha, de pie y sin zapatos, también como campo diagnóstico se deja debidamente a la resonancia magnética.

Hallazgos que pueden ser asociados con dolor bajo de espalda.

Radiológicos	Factores de Riesgo
1. Osteoartrosis	1. Edad
2. Espondilosis	2. Sobrepeso
3. Espondilitis	3. Diabetes Mellitus
4. Escoliosis mayor de 10°	4. Ocupación sedentaria
5. Osteoporosis	5. Embarazos Previos
6. Retrolistesis	6. Practica de deporte intenso
7. Espina bífida	7. Fumadores
8. Sacralización unilateral	8. Estrés emocional
9. Artrosis facetaria, subluxación	9. Trabajo físico – pesado
10. Hiperlordosis severa	10. Flexión y rotación repetitiva.
11. Fisura o fractura de cuerpos vertebrales	11. Bajo estado socioeconómico.

12. Tumores

12. Depresión

13. Malformaciones

14. Hernias Discales. (18)

Tratamiento del Dolor Lumbar Agudo (DLA)

1. En los pacientes de Dolor Lumbar Agudo, el reposo en cama durante dos días es tan efectivo, como una semana ininterrumpida. Los pacientes sometidos a ésta pauta de 2 días de reposo mostraron un 45% menos de días de baja laboral.
2. Iniciar el tratamiento médico analgésico – antiinflamatorio; con indicación de dos días de reposo; explicándole al paciente y a su entorno familiar, que el DLA puede ser rebelde y no responder rápidamente al tratamiento analgésico, pero que habitualmente cede dentro de las tres primeras semanas.
3. Si el DL fuera hiperagudo, que requiere analgesia continua por vía parental, ingresará para tratamiento del dolor.
4. Derivar el paciente a su médico tratante, quién determinará la causa del Dolor Lumbar, actuando como el eje del equipo multidisciplinario.

Pautas del tratamiento del Dolor Lumbar Agudo.

Informar al paciente, de que tiene una patología de columna, muy frecuente, benigna y autolimitada.

El tratamiento se basa:

1) Terapia física:

- a. Reposo en cama no más de 48 horas, en la posición que el paciente tolere, que en general es con las rodillas y piernas flexionadas, que

lleva a la disminución de la lordosis lumbar, ya que en decúbito dorsal o lateral.

- b. Frió local 20 minutos por hora, no mas de una semana.
- c. Actividad física suave de cuerdo a la tolerancia del dolor, caminar, bicicleta fija, natación después de de la primera semana.

2) Medicación

- d. Analgésicos puro por vía oral con horario: ketorolac o eventualmente propoxifeno, éste por corto periodo de tiempo.
- e. Antiinflamatorio no esteroideo, por vía oral con horario; diclofenac cada 8 horas.
- f. Ansiolitico y relajante muscular vía oral con horario; diazepan 10 mg o bronazepan 6 mg. Medio comprimido mañana y tarde y un comprimido en la noche.

3) Fisioterapia:

- g. Localizada en musculatura paravertebral lumbar: Electroanalgesia.
- h. Rehabilitación postural de columna, después de la primera semana cuando haya disminuido el dolor. (19)

Tratamiento del Dolor Lumbar Crónico

Definición: El Dolor Lumbar Crónico es aquel dolor que se mantiene por encima de los tres meses desde su comienzo. Menos de un 5% de los pacientes que experimentan un dolor lumbar, llegan a cumplir éste requisito. Los pacientes con Dolor Lumbar Crónico son los responsables de, como mínimo el 85% del costo total de las indemnizaciones y de la pérdida de jornadas laborales del total del costo del tratamiento del dolor lumbar.

Existen múltiples causas potenciales de Dolor Lumbar Crónico, como podría ser las de origen discal, facetaría, muscular, ligamentaria, tendinosa.

Se debe motivar al paciente para que tome un rol activo y de cooperación en el tratamiento ayudándolo a acrecentar el sentimiento de control del dolor a través de acciones específicas. El mejor tratamiento del Dolor Lumbar Crónico es prevenirlo.

Reconocer y combatir precozmente los factores de riesgo: ansiedad y depresión los pacientes con antecedentes de ansiedad y depresión tienen mayor riesgo de desarrollar una lumbalgia crónica.

Reforzamiento de la conducta dolorosa por parte de los familiares. La información y orientación terapéutica debe necesariamente incluir a la familia con el fin de evaluar y modificar criterios.

Tratamiento del Dolor Lumbar Crónico

La cirugía raramente es la solución del problema en Dolor Lumbar Crónico En el 85% de los casos no podemos determinar cual es la causa del Dolor Lumbar Crónico, aún apoyándonos en los avances tecnológicos de la imagenología y en los Test de reproducción del dolor.

Se estudia que la sustancia P es un neuropéptido almacenado en el ganglio de la raíz dorsal, que interviene en el umbral del dolor y que se encuentra en bajas concentraciones en el líquido cefalorraquídeo de los pacientes con Dolor Lumbar Crónico.

En el 97% de los casos el tratamiento es conservador y sólo el 3% de los pacientes con Dolor Lumbar Crónico son candidatos a la cirugía.

La artrodesis o fijación vertebral quirúrgica, da regulares y malos resultados en un 20 a 30% de los casos. El 70 – 80% restantes, tienen una evolución favorable, durante los primeros 5 años postoperatorios. (20)

3. Tratamiento Lumbalgia Atípica Crónica

Debemos detectar precozmente los factores predisponentes de cronicidad:

1) Experiencias tempranas en la vida y personalidad, que será evaluado por el psiquiatra. Cuadros psicopatológicos en los que el dolor puede ser un síntoma, dentro de los cuales el estado depresivo es uno de los más frecuentes. Está demostrado que el dolor y la depresión comparten el sistema de transmisores neuroquímicos, que se encuentran en estrecha interconexión con los centros afectivos y memoria. El psiquiatra debe descartar los trastornos por dolor.

2) Conducta anormal de enfermedad, donde la evaluación subjetiva que hace el paciente de su enfermedad, no coincide con la evaluación objetiva del médico.

Este comportamiento se puede detectar clínicamente por las manifestaciones de la conducta anormal de enfermedad, que son:

- 1 Demanda de cuidado y atención excesivos al médico y el entorno.
- 2 Pasividad y desamparo.
- 3 Querulancia: discusiones frecuentes sobre los tratamientos.
- 4 Tendencia a generar conflictos entre los miembros del equipo médico.
- 5 Puerilidad: alta tendencia a la regresión. (21)

Medidas Preventivas:

1. Examen de Admisión:

Se deberá demostrar que el aspirante a un puesto con estrés lumbar no presente factores de riesgo predisponentes tanto en la historia clínica, exploración física como en el catastro radiológico.

2. Estaciones de trabajo

Los muebles y asientos, así como los equipos de carga y transporte deben estar diseñados para que no representen una sobrecarga al sistema músculo-esquelético. La información sobre postural y cargas correctas se adquiere a través de la capacitación al personal.

3. Levantamiento y Transporte de Cargas.

Durante el desarrollo de actividades estresantes, la velocidad y el esfuerzo de trabajo deben armonizarse entre cargas y descargas y auxiliares con el diseño ergonómico de pausas y descansos.

4. Acondicionamiento Físico

Se recomienda implementar en las áreas de trabajo, 5 minutos de acondicionamiento físico previo al inicio de la jornada laboral para reforzamiento, elasticidad y fuerza del sistema músculo-ligamentoso de la espalda.

5. Ambiente de Trabajo

Poner especial atención al ambiente psico-social, confort y satisfacción laboral de los trabajadores que actúan como factores para la aparición de lumbalgia y otros padecimientos laborales.

6. La mejor prevención es la información y capacitación continua de los trabajadores en mecanismos y técnicas correctas de levantamiento y transporte de cargas. (22)

Casi el 80% de la población experimenta dolor lumbar durante la edad adulta y el 1% de los pacientes afectados también sufren de ciática. La incidencia anual de dolor es de 15 – 20%. Los hombres la padecen más que las mujeres, y el dolor, por lo general, es autolimitado, en tanto que el 50% de estos pacientes se recuperan en 2 semanas, el 90% de estos de recuperan en seis semanas.

Sólo el 1% de la población se encuentra incapacitada de manera crónica debido a síntomas en la región lumbar. Cuando un paciente permanece sin trabajar durante más de dos años a causa de problemas en la región lumbar es poco probable que pueda retornar al trabajo.

El impacto socioeconómico de los problemas de la columna lumbar es enorme. El dolor lumbar es la causa más común de consulta en ortopedia.

Los individuos con dicho dolor lumbar crónico tienden a mostrarse insatisfechos, con su profesión, al considerar el dolor como molesto y repetitivo también representan un incremento en las tasas de divorcios, problemas de insatisfacción sexual, cefaleas y ulcera gastrointestinal, así como un índice mayor de alcoholismo. (23)

Mediante los métodos quirúrgicos o no quirúrgicos los objetivos del tratamiento de las lesiones lumbares son optimizar la recuperación de la columna lumbar, con el fin de lograr una rehabilitación precoz y recuperar una función satisfactoria. (24)

Ante los eventos críticos de cualquier índole, el recurso más importante para enfrentarlos en la propia familia. Esta función de apoyo es mejor ejercida en las familias extensas.

La presencia en el hogar de un pariente puede modificar su estatus positivo o negativamente, de manera que la presencia del padre o la madre de uno de los cónyuges puede convertirse en una excelente ayuda en la socialización o cuidado. Pero en otras ocasiones su presencia motivará frecuentemente conflictos entre la pareja.

Estas situaciones afectan la salud de los integrantes de la familia, lo que a su vez influye sobre la estructura, funciones y homeostasis del grupo familiar. (25)

Disfunciones familiares del subsistema conyugal. Criterios para su evaluación.

Un aspecto fundamental en el inicio de la vida conyugal es la lucha por el poder que esta presente en la pareja desde el inicio de la interacción y tiene mucho que ver con la manera en que se han relacionado en sus familias de origen.

El objetivo primordial de la entrevista a parejas con conflictos debe ser capacitarlos para que puedan reconocer sus conflictos sin perder su sentimiento de pertenencia a la pareja. Hay que recordar que el subsistema conyugal funciona como modelo para los demás subsistemas de la familia.

La orientación a la pareja así como la prescripción de antibióticos o antiparasitarios, carecen de valor si no se acompañan de una reflexión conjunta del médico-paciente o médico-familiar acerca de las causas y condiciones que provocan enfermedades o conflictos.

Funciones conyugales

Lo más sano no es una pareja sin conflictos, sino una pareja que sabe cómo manejar sus conflictos, y en el momento que se le presente.

Las principales funciones del subsistema conyugal a considerar para su evaluación son: comunicación, adjudicación y asunción de roles, satisfacción sexual, afecto y toma de decisiones, en el presente estudio solo la función a considerar es el afecto en el apartado 4.

1. Función de comunicación.

Debe ser evaluada a través de las pautas comunicacionales establecidas y predominantes en la pareja como lo señala Watzlawick.

- a) Que sea clara, es decir, que los mensajes vayan dirigidos al receptor sin ninguna distorsión.
- b) Que sea directa, es decir, que vaya dirigida al receptor sin mediar algún otro integrante de la familia.
- c) Que sea congruente, lo que se diga a nivel verbal tenga correspondencia con lo comunicado a nivel corporal o lenguaje analógico.

2. Función de adjudicación y asunción de roles.

La pareja se adjudica recíprocamente roles que son necesarios en la familia y dependiendo como asuman esos roles se reflejan en una mayor o menor disfuncionalidad.

- a) Congruencia. La función realizada debe ser congruente con las capacidades y aspiraciones del cónyuge.

- b) Satisfacción. Es una función que debe brindar al que la realiza un sentimiento de utilidad y bienestar así como ser aceptado
- c) Flexibilidad. Se refiere al intercambio de funciones hacia el grupo familiar, la realización de tareas ya sea domesticas o de índole laboral.

3. Función de satisfacción sexual.

En la pareja la gratificación sexual es de fundamental importancia para llevar a cabo otras funciones. A la pareja recién formada puede llevarle de seis a nueve meses lograr un ajuste sexual para que esta actividad sea mutuamente satisfactoria, ya que una relación poco satisfactoria genera ansiedad y sentimientos de culpa en los cónyuges.

- a) Frecuencia de la actividad sexual. El objetivo de establecer si no existen demandas injustificadas de alguno de los cónyuges y con la finalidad de poder orientar.
- b) Satisfacción. Si su actividad sexual resulta satisfactoria.

4. Función de afecto.

Esta función debe ser evaluada a través de las manifestaciones o expresiones de afecto, para unas parejas puede ser suficiente un abrazo o una caricia, pero para otras las manifestaciones deben ser constantes y efusivas. Resulta conveniente utilizar indicadores indirectos para evaluar esta función, como son:

- a) Manifestaciones físicas, las cuales deben ser investigadas en su tipo, como pueden ser abrazos, caricias y en general todo tipo de contacto físico entre la pareja.
- b) Calidad de convivencia, es decir, la satisfacción percibida por los cónyuges del tiempo que pasan juntos, en ocasiones puede haber periodos largos en que la pareja permanece junta pero la gratificación percibida es nula o poca.
- c) Reciprocidad, lo cual implica que cada uno de los cónyuges esté dispuesto a dar al menos lo que recibe, sea en el terreno del afecto, la recreación, individualidad y actividades extrahogar.

5. Función de toma de decisiones.

Es importante investigar cómo se da el proceso de toma de decisiones.

- a) Toma de decisiones conjunta. Ambos cónyuges exponen sus opiniones y posibles implicaciones de la decisión a tomar, habitualmente provoca un sentimiento de coparticipación e interés.
- b) Toma de decisiones individual. Uno de los cónyuges tiene la facultad de tomar las decisiones sin tomar en cuenta la opinión del otro cónyuge, esta modalidad está muy arraigada en las familias patriarcales tradicionales en donde el padre proveedor es el que tiene la función de decidir. (26)

Dentro de los diferentes instrumentos de evaluación para los estudios de familia como FACES III, APGAR, Mc MASTER, NORTON y Dr. Víctor Chávez Aguilar. En el presente estudio se usa el instrumento de evaluación del Dr. Víctor Chávez Aguilar dado que reúne los parámetros de la afectividad como son: como 1.- Manifestaciones físicas, 2.- Calidad de convivencia, 3.- Interés por el desarrollo y 4.- Reciprocidad. Es un modelo de instrumentos de evaluación del subsistema conyugal que aborda las principales funciones que dicho subsistema debe cubrir agregando a cada función un criterio cuantitativo de evaluación a través de algunos indicadores y saber en cual parámetro existe menor nivel de atención y dar a la pareja apoyo para mejorar su calidad de vida.

Este instrumento ha tenido validación práctica desde hace 17 años y es utilizado por los residentes de Medicina Familiar. El presente modelo se presenta en base a los resultados observados en su aplicación, su variante consiste en explorar la toma de decisiones como una de las funciones importantes de la pareja. (26)

EVALUACIÓN DEL SUBSISTEMA CONYUGAL

FUNCIONES	PARAMETROS	CALIFICACION ASIGNADA	%
I. Comunicación	a) Clara	10	30
	b) Directa	10	
	c) Congruente	10	
II. Adjudicación y asunción de roles.	a) Congruencia	5	15
	b) Satisfacción	5	
	c) Flexibilidad	5	
III. Satisfacción sexual	a) Frecuencia	10	20
	b) Satisfacción	10	
IV. Afecto	a) Manifestaciones físicas	5	20
	b) calidad de convivencia	5	
	c) Interés por el desarrollo de la pareja	5	
	d) Reciprocidad	5	
V. Toma de decisiones	a) Conjunta	15	15
	b) Individual	0	
Total		100	100

ESCALA EVALUATIVA

	PUNTUACION		
	NUNCA	OCASIONAL	SIEMPRE
I. Función de comunicación			
a) Cuando quiere comunicar algo a su pareja se lo dice directamente	0	5	10
b) La pareja expresa claramente los mensajes que intercambia	0	5	10
c) Existe congruencia entre la comunicación verbal y analógica	0	5	10
II. Función de adjudicación y asunción de roles			
a) La pareja cumple los roles que mutuamente se adjudican	0	2.5	5
b) Son satisfactorios los roles que asume la pareja	0	2.5	5
c) Se propicia el intercambio de roles entre las parejas	0	2.5	5
III. Función de satisfacción sexual			
a) Es satisfactoria la frecuencia con que tienen relaciones sexuales	0	5	10
b) Es satisfactoria la calidad de la actividad sexual	0	5	10
IV. Función de afecto			
a) Existen manifestaciones físicas de afecto en la pareja	0	2.5	5
b) El tiempo que se dedica la pareja es gratificante	0	2.5	5
c) Se interesan por el desarrollo y superación de la pareja	0	2.5	5
d) Perciben que son queridos por su pareja	0	2.5	5
V. Función de toma de decisiones			
a) Las decisiones importantes para la pareja se toman conjuntamente	0	7.5	15

OBJETIVOS DEL ESTUDIO

OBJETIVO GENERAL

Conocer la afectividad en la relación de pareja, de pacientes con Síndrome Doloroso Lumbar, del consultorio N° 4 turno vespertino de la UMF N° 79 de Piedras Negras Coahuila.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Conocer si existen manifestaciones físicas en la pareja.
2. Saber si el tiempo que se dedica a la pareja es gratificante.
3. Conocer si se interesa por el desarrollo y superación de la pareja.
4. Conocer si considera que su pareja siente que usted la quiere.

JUSTIFICACION

Actualmente en el Siglo XXI el Síndrome Doloroso Lumbar como fenómeno ha alcanzado características de epidemia que origina sufrimiento físico y psíquico de la que provienen elevadas perdidas de días laborables.

A nivel mundial se reporta un 60% de la población que padece de columna lumbar. En México médicos reumatólogos, traumatólogos reportan que 80% de la población padece o ha padecido al menos un episodio de dolor lumbar en el transcurso de su vida pero mas frecuente en menores de 45 años que se encuentran en edad productiva.

La alta incidencia de dolor lumbar de diferente etiología, en cierto grupo de edad productiva emanan cuantiosas pérdidas económicas. Alterando la estabilidad de la pareja o núcleo familiar por lo tanto es importante prevenir la evolución a la cronicidad e incapacidad y con ello tener una mejor calidad de vida, convivir mas con la pareja o núcleo familiar, mejorar la economía familiar al no tener que derogar gastos en medicinas o aparatos.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio de tipo retrospectivo, transversal, descriptivo y observacional en el cual el investigador responsable entrevistó a pacientes derechohabientes del IMSS que acudieron al servicio de consulta externa del consultorio #4, turno vespertino de la UMF 79 de Piedras Negras Coahuila durante los meses Enero – Junio que cumplieron con los siguientes criterios de inclusión; género masculino y femenino de 25 – 45 años de edad con tiempo de unión y escolaridad, con diagnóstico de Síndrome Doloroso Lumbar de diferente etiología documentada en el expediente clínico y que vivieran en la ciudad de Piedras Negras Coahuila, previa información del objetivo del estudio y aceptación con la firma de la carta del consentimiento informativo (hoja Anexo I) se procedió a aplicar una hoja de recolección de datos (hoja Anexo II) en la cual se evalúa la afectividad en la relación de pareja, en pacientes con Síndrome Doloroso Lumbar de acuerdo a la calificación obtenida, se determinó si en una pareja existen manifestaciones físicas, calidad de convivencia, interés por el desarrollo o reciprocidad. (Anexo V)

CRITERIOS DE INCLUSION

1. Tiempo de convivencia Estado civil
2. Edad 25 – 45 años
3. Sexo ambos
4. Ocupación
5. Escolaridad
6. Derechohabiente del IMSS

CRITERIOS DE EXCLUSION:

- 1 Cambio de residencia
- 2 Artritis Reumatoide
- 3 Cáncer de estomago
- 4 Tuberculosis
- 5 Que se encuentren en otros estudios, diabetes, menopausia, diálisis, asma
- 6 Que no acepten participar en el estudio

CRITERIOS DE ELIMINACION

- 1 Defunción
- 2 Cambio de adscripción
- 3 Dado de baja
- 4 Cambio de residencia.

VARIABLES A RECOLECTAR

AFECTIVIDAD:

Etimológicamente, afecto indica puesto en cierto estado, lo que psicológicamente debemos entender como la impresión que un estímulo produce en un individuo causando en este una alteración o mudanza que es la afectación. Afecto es, pues, estimulación y cambio con el que se responde a un estímulo experimentando subjetivamente, y que a la luz de la introspección se considera originada o perteneciente al organismo individual.

SÍNDROME DOLOROSO LUMBAR

El dolor lumbar en el ser humano desde su nacimiento sufre cambios importantes en las curvaturas de la columna vertebral debiendo pasar de una gran cifosis a dos grandes curvas lordosis, una cervical y una lumbar y una cifosis torácica lo cual se define en los momentos en que toma la postura erecta. Es así como la columna lumbar se constituye en una zona de grandes esfuerzos, lo cual le hace susceptible a presentar dolor.

CONSIDERACIONES ETICAS

Este estudio se ajustará a las normas éticas institucionales, y a la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud en el título quinto, artículo 96, sección II que nos habla de los enlaces entre la enfermedad, medicina y estructura social; aunado a este, el artículo 100, sección III y IV que habla de la seguridad del sujeto además del consentimiento para realizar la investigación. Así como la declaración de Helsinki, Finlandia modificada en Tokio, Japón en Octubre de 1975; esta sirve como guía para médicos en la investigación en personas.

RESULTADOS

De los 66 pacientes estudiados no hubo diferencia significativa en cuanto al sexo la media de edad que prevaleció fue de 35 años en relación a la escolaridad se encontró que el 24.24% 16 pacientes contaban con primaria, seguida de secundaria 43.93% 29 pacientes preparatoria 16.15% 10 pacientes y profesional 16.66% 11 pacientes. En el tiempo de unión de la pareja que se observó, corresponde a una media de 13 años (tabla I)

En la ocupación se encontró con mayor frecuencia fue de obrero con 36.3% 24 pacientes seguida de empleados 24.2% 16 pacientes y ama de casa con 22.7% 15 pacientes y profesional 16.6% 11 pacientes. (Anexo II)

Las principales causas se Síndrome Doloroso Lumbar reportadas en los expedientes clínicos fueron Escoliosis menor a 10° 62.12% 41 pacientes, Osteoartrosis 25.7% 17 pacientes, Espina Bífida 7.57% 5 pacientes y Espondilosis 4.54% 3 pacientes (Anexo III)

Con respecto al tiempo de evolución encontramos que el mayor número de nuestros pacientes tenían 2 años de evolución en un 34.8% 23 pacientes y 25.7% 17 pacientes con un tiempo menor a un año de evolución y 13.6 % 9 pacientes con 3 años de evolución (Anexo IV).

En cuanto a la afectividad en la relación de pareja prevaleció de que si existen manifestaciones físicas en un 96.9% 64 pacientes, en interés por el desarrollo de la pareja 95% 63 pacientes y en la reciprocidad 92.4% 61 pacientes y en el que existe una baja calidad de convivencia 51.5% 34 pacientes. (Anexo V)

DISCUSION

El Síndrome Doloroso Lumbar es constituido por signos y Síntomas como el Dolor Lumbar la impotencia funcional y la contractura muscular que puede ser agudo o crónico y que de no dar un manejo correcto y adecuado. Habrá una declinación progresiva y en general irreversible, siendo producida por diferente etiología.

En las últimas décadas se ha detectado una incidencia creciente de pacientes con Síndrome Doloroso Lumbar. Las principales causas de Síndrome Doloroso Lumbar son sobrepeso, edad, flexión y rotación repetitiva, trabajo físico pesado, sedentarismo.

En el presente estudio observamos que la causa mas frecuente de Síndrome Doloroso es la Escoliosis menor a 10 grados y segunda causa a la osteoartrosis encontrándose una correlación con otros estudios. En los que se reportan prevalencias similares como principales causas de Síndrome Doloroso Lumbar.

En cuanto al sexo no se encuentra diferencia significativa en este estudio lo que coincide con otros autores. La media de edad promedio fue de 35 años y en la relación de la escolaridad la mayoría contaba con secundaria terminada.

Con respecto a la afectividad en relación a la pareja, se observo en otros estudios que la relación de pareja se encuentra alterada en un mayor porcentaje. Nosotros encontramos que la falta de convivencia retarda el tiempo en mejorar o que se agrave el dolor lumbar en el cual se prolonga el tratamiento y estableciéndose un costo alto en donde el paciente vivirá con el dolor y con mala calidad de vida.

En vista de que el paciente con Síndrome Doloroso Lumbar es necesario tomar medidas tempranas y enérgicas para el control de peso y ejercicio. Se ha demostrado que tomando las medidas y tratamiento eficaz, retarda la progresión del Síndrome Doloroso Lumbar. Siendo el objetivo del tratamiento enfocarse a

disminuir la incidencia de la enfermedad y debe estar acorde a las necesidades del individuo.

CONCLUSIONES

De los resultados obtenidos el presente estudio concluye. Que no hubo diferencia significativa en cuanto al sexo la media de edad fue de 35 años en la relación de la escolaridad encontramos que la mayoría contaba con secundaria y ocupación encontrada con mayor frecuencia fue obrero.

El tiempo de unión de la pareja correspondía una media de 13 años y las principales causas de Síndrome Doloroso Lumbar reportados en el expediente clínico fueron Escoliosis menor a 10° y Osteoartrosis .

Con respecto al tiempo de evolución encontramos que mayor número de pacientes tenía 2 años.

En cuanto a la afectividad en la relación de la pareja prevaleció que si existen manifestaciones físicas y mas alterada en la calidad de convivencia.

Debemos tomar en cuenta que el Síndrome Doloroso Lumbar es de Etiología diversa y constituye un importante problema de salud, la evolución de la enfermedad que pasa a la cronicidad. Por lo anteriormente expuesto creemos que deben establecerse programas para la prevención temprana de las complicaciones por otra parte la consulta preventiva permite dar una atención médica continua, integral, anticipativa, curativa y resolutive, logrando el establecimiento y mantenimiento de la salud del individuo, su pareja, núcleo familiar y su comunidad.

BIBLIOGRAFIA

1. Colegio Mexicano de Medicina Familiar.
La Familia en el Proceso de Salud Enfermedad
PAC. M.F.I 1999 Vol. 1, 5. 38
2. Acevedo, Z, Bastida M.
Colmenares, F Contreras, G.Et DL
Clima Familiar
Médico de Familia 1999 Vol. TN 1,6,12
3. Mercado I. Hernández L. México, Colegio Pedagógico.
Facultad de Filosofía y Letras UNAM 1982
4. Wall. M.C. La Familia. Fundamentos de Medicina Familiar
Pág. 3 – 7
5. Archivos en Medicina Familiar
II Conceptos Básicos para el Estudio de Familia
6. Chávez V. Velazco R Disfunciones Familiares del Subsistema Conyugal.
Criterios para la Evolución. Revista Medico IMSS 1994 – Vol. 32 Pp: 39-43
7. Terapia de Pareja y Familiar
EUAC Ritko. IRA D.Glick. Ed. Manual Moderno 2003 Pp. 18-21
8. Psicología Medica, La Afectividad, P. Ridruejo Alonso
Et. Al Mc Graw – Hill INTERAMERICANA 1996
9. Dolor Lumbar PAC. MG 1 Tomo II: Dr. Luís Ramírez Arias. ETN 1 Ed.
Intersistemas 1999 pp 25 – 28

10. Atlas Sistema Musculo-esquelético, Columna Vertebral Dr. Luís Raúl Lepori
1era Ed. Buenos Aires ECSA 2004 Danfor S.A. P.P 55 – 70
11. Ortopedia y Traumatología Lumbalgia y Lumbociática
Silberman- Verahona 2da. Ed. Interamericano 2003 Pp 53-55
12. Biomecánica de la Fractura de la Cadera: Revista The Lancet Elsevier
Ed. En Español No. 5 Agosto 2006 P. 206-207
13. Relación de la Patología con el Dolor. Revista CEDEFECO Comunica agosto 96
pag. 2
14. Encare del D.L.C por la Dra. Teresa Ceretti Psiquiatra integrante del equipo
técnico de columna de CEDEFECO del boletín informativo anual número 3 del
año 1996
15. Neuroortopedia Clínica; afección Degenerativa Discal Lumbar
Miguel Gasic. B. Ed. Mediterráneo 2002 Pp. 130-137
16. Lumbalgias y Lumbociática, Ortopedia y Traumatología
Siverman - Voraona 2da. Ed. Interamericana 2003 Pp. 53-59
17. La Atención del Síndrome Doloroso Lumbar
Guía Práctica Clínica para Medicina Familiar.
Hortencia Reyes Morales Et. Al. Ed. Manual Moderno 2004 Pp. 213-225
18. El dolor Lumbar Estudio Radiológico Organo Informativo del Departamento de
Medicina Familiar. Santín García G. UNAM – Radioteca R. 1

19. Síndrome Doloroso Lumbar y actividad laboral
Laboratorio de Ergonomía y Biomecánica Ergonews Mutua Universal pp.1 - 3
20. Tratamiento del Dolor Lumbar Crónico American Academy de
Ortopedia. Súrgenos AAOS. Pp. 490
21. Walsh. T. R. Weinstein Jh. Spratt KF: y Cols Lumbar Dicografy
In Normal. Subjets A Controlled. Prospective Study J. Bone Jonint Surg. 1990.
72 a 1081-1088
22. Tratamiento del Dolor Lumbar Crónico, Psiquiatría Integral.
Equipo técnico de Columna CEDEFECO del Boletín Informativo Anual No. 3
1996
23. Medidas Preventivas del Síndrome Doloroso Lumbar y Actividad Laboral.
Laboratorio de Ergonomía y Biomecánica
Ergonew. Mutua Universal Pp. 1-3
24. Enfermedades y Trastornos de la Columna Lumbar Diagnostico y Tratamiento
en Ortopedia 2da. Ed. Manual Moderno 2001 Pp. 224-225
25. Reflexiones sobre la relación del Dolor Crónico con la Estructura Familiar
Dr. Tiberio Álvarez Hospital Universitario San Vicente de Paul Medellín
Colombia Tetracia . Vol 3/No. 2/1990
26. Disfunciones Familiares del Subsistema Conyugal
Criterios para su evaluacion . Revista Médica IMSS 1994 Vol. 32 pp. 39-43
Dr. Víctor Chávez Aguilar

A N E X O S

INFLUENCIA DEL SÍNDROME DOLOROSO LUMBAR Y AFECTIVIDAD DE LA RELACIÓN DE PAREJA.

(Tabla I)

CARACTERÍSTICAS DE PACIENTES EN ESTUDIO

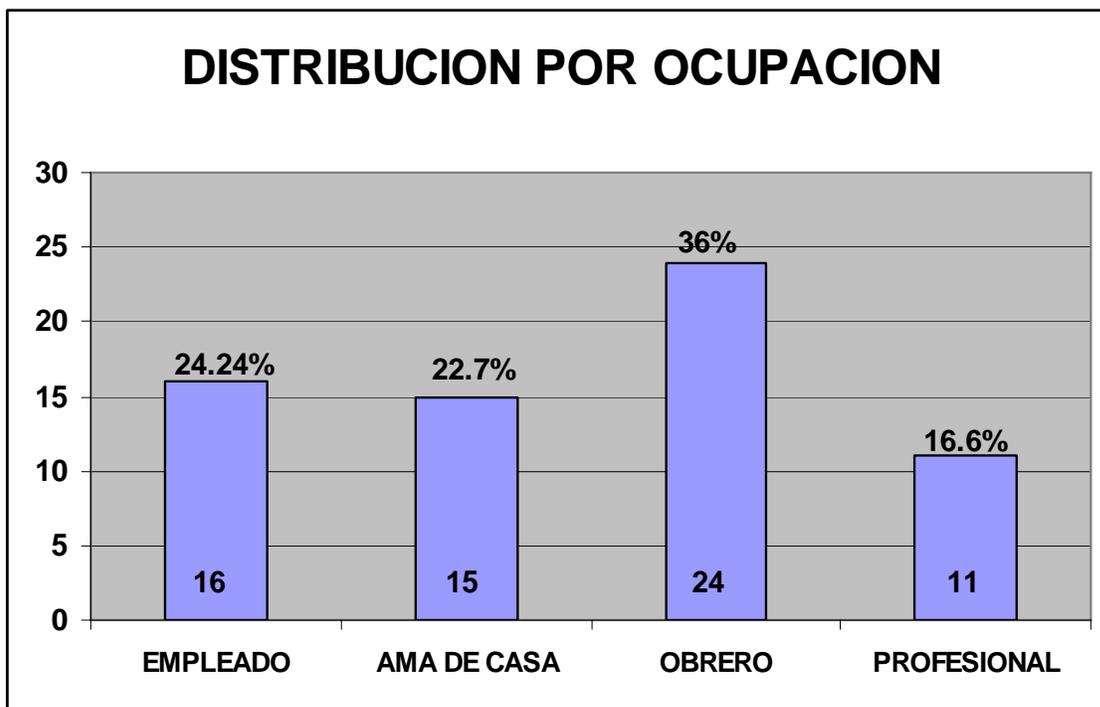
	Nº	%
EDAD		
Media	35 años	
SEXO		
Femenino	34	51.51%
Masculino	32	48.48%
ESCOLARIDAD		
Primaria	16	24.24%
Secundaria	29	43.93%
Preparatoria	10	16.15%
Profesional	11	16.66%
TIEMPO DE UNIÓN DE LA PAREJA		
Media	13 años	

FUENTE: Encuesta mediante entrevista directa en el consultorio Nº 4 del turno vespertino de UMF Nº 79 IMSS

Piedras Negras Coahuila Enero – Junio 2007

SÍNDROME DOLOROSO LUMBAR Y AFECTIVIDAD EN LA RELACIÓN DE PAREJA

(Anexo II)



FUENTE: Encuesta mediante entrevistas directa en el consultorio N° 4 Turno Vespertino de la UMF N° 79 IMSS

Piedras Negras Coahuila Enero – Junio 2007

SÍNDROME DOLOROSO LUMBAR Y AFECTIVIDAD EN LA RELACIÓN DE PAREJA

(Anexo III)

CAUSAS DE SÍNDROME DOLOROSO LUMBAR

CAUSA	Nº	%
Escoliosis	41	62.12
Osteoartrosis	17	25.75
Espina Bifida	5	7.57
Espondilosis	3	4.54
<hr/>		
TOTAL	66	100

**FUENTE: Encuesta mediante entrevista directa en el consultorio N° 4 Turno
Vespertino de la UMF N° 79 IMSS
Piedras Negras Coahuila Enero – Junio 2007**

SÍNDROME DOLOROSO LUMBAR Y AFECTIVIDAD EN LA RELACIÓN DE PAREJA

(Anexo IV)

DISTRIBUCION POR TIEMPO DE EVOLUCIÓN

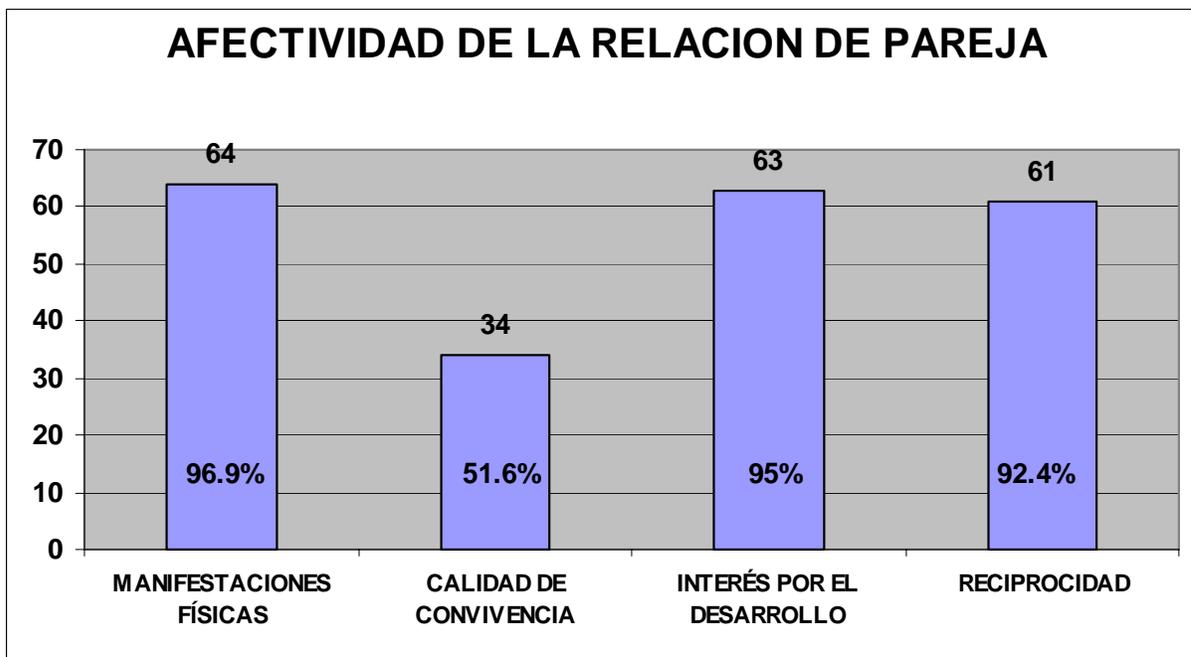
AÑOS	Nº	%
<1	17	25.7
2	23	34.8
3	9	13.6
4	4	6.0
5	3	4.5
6	1	1.5
7	1	1.5
8	2	3.0
9	0	0
>10	6	9.0

FUENTE: Encuesta mediante entrevista directa en el consultorio N° 4 Turno Vespertino de la UMF N°79 IMSS

Piedras Negras Coahuila Enero – Junio 2007

SÍNDROME DOLOROSO LUMBAR Y AFECTIVIDAD EN LA RELACIÓN DE PAREJA

(Anexo V)



FUENTE: Encuesta mediante entrevista directa en el consultorio N° 4 Turno Vespertino de la UMF N° 79 IMSS

Piedras Negras Coahuila Enero – Junio 2007

HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

EDAD _____

ESTADO CIVIL _____ TIPO DE UNIÓN _____

GENERO (MASCULINO Y FEMENINO)

GRADO DE ESCOLARIDAD _____

OCUPACION _____

FECHA EN LA QUE SE LE INFORMO DE SU ENFERMEDAD _____

SABE SU PAREJA DE SU ENFERMEDAD SI () NO ()

SABEN SU HIJOS DE SU ENFERMEDAD SI () NO ()

OTRO INTEGRANTE DE LA FAMILIA PADECE DE ESTA ENFERMEDAD
SI () NO ()

NUMERO DE PERSONAS QUE INTEGRAN SU FAMILIA.

Encuesta del Dr. Chávez A. Aguilar (Se tomo como estudio la afectividad)

AFECTIVIDAD EN LA RELACIÓN DE PAREJA

I. FUNCIÓN DE LA COMUNICACIÓN

	NUNCA	OCASIONAL	SIEMPRE
A.- Cuando quiere comunicar algo a su pareja se lo dice directamente.			
B.- La pareja expresa claramente los mensajes que intercambia.			
C.- Existe congruencia entre las comunicación verbal y analógica			

II. FUNCIÓN DE ADJUDICACION Y ASUNCION DE ROLES

		SI	NO
A.- La pareja cumple con los roles que mutuamente se adjudican.			
B.- Son satisfactorios los roles que asume la pareja			
	NUNCA	OCASIONAL	SIEMPRE
C.-Se propicia el intercambio de roles entre la pareja.			

III. FUNCIÓN DE SATISFACCION SEXUAL

	NUNCA	A VECES	SIEMPRE
A.- Es satisfactorio la frecuencia de las relaciones sexuales.			
B.- Es satisfactoria la calidad de la actividad sexual.			

IV. FUNCIÓN DE AFECTO

	SI	NO
A.- Existen manifestaciones físicas de afecto en la pareja.		
B.- El tiempo que se dedica a la pareja es gratificante.		
C.- Se interesan por todo el desarrollo y superación de la pareja		
D.- Considera que su pareja siente que usted la quiere.		

V. FUNCIÓN DE LAS EXPECTATIVAS

		SI	NO
A.- Se han cumplido las expectativas de inicio de la pareja			
	NUNCA	A VECES	SIEMPRE
B.- Se explicitan las expectativas (planes entre la pareja)			

EVALUACIÓN SOCIODINAMICA DEL SUBSISTEMA CONYUGAL

FUNCIONES COMUNICACION			PARAMETROS a) Clara b) Directa c) Congruente
ADJUDICACION Y ASUNCION DE ROLES			a) Congruencia b) Satisfactoriedad c) Flexibilidad
SATISFACCION SEXUAL			a) Frecuencia b) Satisfactoriedad
			a) Manifestaciones Físicas
AFECTO			b) Calidad de convivencia c) Interés por el desarrollo. d) Reciprocidad
Calificación	No = 0	Si = 5	
EXPECTATIVAS			a) Presentes b) Pasadas

TOTAL

0 – 40 PAREJA SEVERAMENTE DISFUNCIONAL

41 – 70 PAREJA MODERADAMENTE DISFUNCIONAL

71 – 100 PAREJA FUNCIONAL