



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACION
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR**

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL GENERAL DE ZONA 28
MARTINEZ DE LA TORRE, VER.**

**ALTERACION DE LA FUNCIONALIDAD
FAMILIAR EN PACIENTES CON
LUMBALGIA**

TESIS

**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA:

DR. JAIME ALFONSO RAMIREZ ROBLES

MARTINEZ DE LA TORRE, VER.

OCTUBRE 2007



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

A mi esposa:
QFB. Josefina Castillo de Ramírez.
Por ese sentimiento que día a día
nos sigue uniendo más, el amor.

A mis hijos:
Alfonso y Mayra.
Que significan tanto para mí.

A mis padres:

Sr. Raúl Ramírez Andrade

Sra. María Robles de Ramírez

Quienes me han brindado lo más preciado
que un hijo puede recibir; educación y amor.

A mi hermana:

Profa. María Cleotilde Ramírez Robles

De quien he recibido cariño y apoyo.

Dr. Ignacio Hervert Hernández:
Por su basto apoyo en la realización de este trabajo.

Dra. Elizabeth Soler Huerta:
Por su valiosa ayuda, con admiración profesional.

**ALTERACION DE LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN PACIENTES CON
LUMBALGIA**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR PRESENTA:

DR. JAIME ALFONSO RAMIREZ ROBLES.

AUTORIZACIONES

DR. IGNACIO HERVERT HERNANDEZ
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA
GENERAL FAMILIAR
SEDE: MARTINEZ DE LA TORRE. VERACRUZ.

DRA. ELIZABETH SOLER HUERTA
ASESOR METODOLOGICO

DR. IGNACIO HERVERT HERNANDEZ
ASESOR DE TEMA

MARTINEZ DE LA TORRE, VER.

2007

**ALTERACION DE LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN PACIENTES CON
LUMBALGIA**

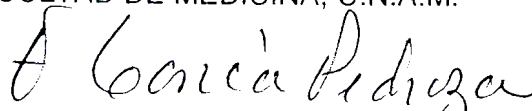
TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR.

PRESENTA:

DR. JAIME ALFONSO RAMIREZ ROBLES.

AUTORIZACIONES

DR. MIGUEL ÁNGEL FERNÁNDEZ ORTEGA
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.



DR. FELIPE DE JESUS GARCÍA PEDROZA
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN DEL DEPARTAMENTO DE
MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.

DR. ISAIAS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA DEL DEPARTAMENTO DE
MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.

ALTERACION DE LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN PACIENTES CON LUMBALGIA

Ramírez Robles JA.

Unidad de Medicina Familiar. 44 Tlapacoyan, Ver.

RESUMEN.

OBJETIVO.

Identificar alteración en la funcionalidad familiar en pacientes con lumbalgia de la UMF 44 de Tlapacoyan, Ver.

MATERIAL Y METODOS.

Se realizó un estudio descriptivo, prospectivo, observacional, transversal en el periodo del 1 de Junio de 2006 al 31 de Mayo de 2007. Población de estudio; todo paciente con diagnostico de lumbalgia. Se aplicó la encuesta, FACES III, Apgar Familiar y Evaluación del Subsistema Conyugal. Se obtuvieron resultados con un paquete estadístico (Statistica 6.0)

RESULTADOS.

De 45 pacientes con lumbalgia predomino el grupo de 25 a 44 años (47%), sexo femenino 58%. El 53% de los pacientes con sobrepeso. El 62% presento lumbalgia aguda. El 56% presenta pobreza baja. Tipologia Familiar, 76% nucleares, 87% tradicionales, 71% integradas, 93% obreras, y 73% urbanas. Ciclo de la vida, predomino fase de independencia 50%. Con relación a FACES III, prevalecieron familias disfuncionales 55.6%. De los 12 grupos que clasifican a las familias disfuncionales predomino la relacionada caótica con 6 familias y las menos representativas no relacionada caótica y aglutinada estructurada con 0%. De acuerdo con la evaluación del Subsistema Conyugal, encontramos 58% de parejas disfuncionales y con relación al Apgar Familiar el 55.3% correspondió a familias funcionales.

CONCLUSIONES.

Se encontró que existe un 55.6% de Familias Disfuncionales.

PALABRAS CLAVE.

Lumbalgia, Disfunción Familiar, Medicina Familiar.

INDICE

	Pagina.
Resumen	6
Índice	7
Marco teórico	8
Planteamiento del problema	19
Justificación	22
Objetivos	23
Metodología	24
Información a recolectar (Variables)	25
Método para captar de la información	28
Consideraciones éticas	29
Resultados	30
Discusión	43
Conclusiones	45
Referencias Bibliográficas	46
Anexos	49

MARCO TEORICO.

El concepto moderno de familia tiende a definirla como una unidad socioeconómica compuesta únicamente por; el padre, la madre y los hijos, bien sea que éstos sean producto de esta unión o adoptivos, también es importante que vivan bajo un mismo techo e interactúen intensamente para lograr el bienestar general de todos los miembros de la familia. La familia es dinámica, cambia y evoluciona de acuerdo a las transformaciones que surgen los individuos que la integran. Los cambios individuales son acordes a la sociedad a la que pertenece, por lo tanto las modificaciones que surge la sociedad inciden en la organización de la familia y viceversa.

Las funciones de la familia son cinco; de adaptación social, cuidado y atención, de afecto, de reproducción y el otorgamiento de estado o estatus es fundamental en la socialización. Estas funciones las deben cumplir en mayor o menor grado todos los miembros de la familia. Para cumplir dichas funciones hay una actitud, una conducta que se puede resumir en lo que se llama un rol: el rol es el papel que debe desempeñar cada miembro de la familia para el cumplimiento adecuado de las funciones.¹

La lumbalgia es uno de los padecimientos más frecuentes que el médico familiar y el especialista deben enfrentar en la consulta diaria. Actualmente se considera que cada año cerca de 50 % de las personas laboralmente activas sufren un episodio de esta enfermedad y que en algún momento de su vida 80% de la población en general padecerá al menos un cuadro agudo de la misma. En el desarrollo de esta patología participan diversos factores: edad, sexo, eventos traumáticos, hábitos posturales, intoxicaciones, trastornos metabólicos, obesidad, ocupación y tabaquismo, entre otros.²

Podemos definir la lumbalgia como un dolor localizado en la parte baja de la espalda, unas veces selectivo y otros difusos, que coincide con el territorio topográfico del segmento vertebral lumbar. La lumbalgia es el motivo de consulta más frecuente en medicina ambulatoria y de urgencias tras el resfriado común y los traumatismos menores. La prevalencia de la lumbalgia a lo largo de la vida es de un 60 a 80 % y la tasa de incidencia anual es de un 5 a 25 %, con un pico de afectación entre los 25 a 45 años.³

De acuerdo con la duración del cuadro clínico, la lumbalgia ha sido clasificada en dos categorías; fase aguda, cuando el cuadro es menor de 6 semanas de evolución. Face crónica, cuando su evolución va más allá de ese periodo.⁴

Generalmente la evolución clínica de esta patología es benigna y autolimitada, pues más del 90 % de los sujetos que la padecen se incorporan a su actividad laboral dentro de los primeros 3 meses de inicio del cuadro sintomático; sin embargo, la sobre carga de trabajo que genera a los sistemas de salud, los

costos del tratamiento y los gastos indirectos, como la pérdida de tiempo de trabajo, se consideran un problema grave de salud pública.²

Esta entidad produce, además, una gran discapacidad, en especial en los individuos de edad económicamente activa, en quienes la prevalencia puede llegar hasta el 50% y explicar casi el 40% de los días perdidos de trabajo por enfermedades.⁵

Toda enfermedad, en particular la crónica, puede amenazar sobre todo el curso del ciclo evolutivo y la dinámica de la familia. Cuando una alteración orgánica o emocional aparece en un individuo su respuesta conductual se modifica negativamente y se identifican algunas características psicológicas como; inhibición, baja autoestima, carácter alterado, deseo sexual disminuido y alta somatización de su enfermedad. Las reacciones negativas asociadas con mas frecuencia a la enfermedad son; la negación, la pasividad, el aislamiento, la culpa, la desesperanza y el miedo. El impacto del padecimiento no solo es en un alto costo social que determina su repercusión multifactorial.⁶

La disfunción familiar en principio es un problema de interrelación consigo mismo y con las estructuras sociales, condición completa porque requiere modificaciones estructurales y adaptativas respecto a los valores, aspectos económicos, sexuales, religiosos, entre otros. Las interrelaciones entre los miembros de la familia pueden ser negativas o positivas; cuando se dan las segundas proveen sensación de bienestar y el apoyo que permite mantener el soporte emocional como vehiculo de socialización. En su conjunto determinan las características de la dinámica familiar e influyen directamente en los cuidados que se otorga al enfermo.⁷

El interés por el estudio sistemático y científico de la familia se debe en gran medida al enfoque ecológico del proceso de salud y enfermedad con el cual el individuo deja de ser visto como ente exclusivamente biológico y cobran interés los factores psicológicos y sociales, muchos de los cuales se generan en la propia familia y afectan de una u otra forma la salud del individuo.⁸

La vivencia de problemas familiares precipita respuestas de estrés, entre las cuales se encuentra el descontrol de la enfermedad crónica o de su inicio. La familia constituye la primera red de apoyo social que posee el individuo a través de toda su vida y por lo tanto se reconoce que esta instancia ejerce función protectora ante las tensiones que genera la vida cotidiana. El apoyo que ofrece la familia es el principal recurso de promoción de la salud y prevención de la enfermedad y sus daños, así como el más eficaz que siente y percibe el individuo frente a los cambios y contingencias a lo largo del ciclo vital y el contexto social.⁹

En la dinámica familiar normal o funcional se mezclan sentimientos, comportamientos y expectativas que permiten a cada integrante de la familia desarrollarse como individuo y le infunden el sentimiento de no estar aislado y de contar con el apoyo de los demás. En cambio las familias disfuncionales se caracterizan por una rigidez que no permite revisar alternativas de conducta y

entonces las demandas del cambio generan estrés, descompensación y síntomas.⁸

Toda familia presenta dificultades cotidianas que deben ser afrontadas a lo largo de las distintas fases de su ciclo de la vida. Por tanto, la familia disfuncional no puede distinguirse de la familia funcional por la presencia de problemas, sino por la utilización de patrones de interacción recurrentes que dificultan el desarrollo psicosocial de sus miembros, su adaptación y la resolución de conflictos.¹⁰

Una familia con un funcionamiento adecuado, o familia funcional, puede promover el desarrollo integral de sus miembros y lograr el mantenimiento de estados de salud favorables en éstas. Así como también una familia disfuncional o con un funcionamiento inadecuado, debe ser considerada como factor de riesgo, al propiciar la aparición de síntomas y enfermedades en sus miembros.¹¹

La clasificación de la familia por su composición pueden ser nuclear, extensa, y extensa compuesta. En la familia nuclear esta integrada por el padre, la madre y los hijos adoptados o naturales. La familia extensa es la familia nuclear más parientes de primer grado. Y la familia extensa compuesta es la familia nuclear más parientes de primer grado y de segundo y tercer grado o no parientes.¹²

Por su desarrollo, la familia puede clasificarse en: Moderna donde la madre y el padre laboran fuera del hogar. Tradicional el subsistema proveedor casi siempre es el padre. Primitiva que es la familia campesina cuyo sostenimiento se produce exclusivamente por los productos de la tierra que laboran.¹²

Desde el punto de vista de su integración, la familia puede clasificarse como; Integrada en la cual los cónyuges viven y cumplen las funciones. Semiintegrada en la que los cónyuges viven juntos pero no cumplen adecuadamente sus funciones. Desintegrada es aquella en la cual falta alguno de los cónyuges, por muerte, divorcio, separación o abandono.

Clasificación de la familia con base en la ocupación del jefe de familia; profesional, obrera y campesina.¹³

Por su demografía pueden clasificarse en: Urbana, Suburbana y Rural dependiendo de la ubicación zonal de la familia.¹²

Si analizamos a la familia con un enfoque psicosocial y basándonos en la dinámica de las relaciones intrafamiliares puede clasificarse en funcional y disfuncional.¹³

Ciclo vital de la familia. La familia, como todo grupo humano tiene su inicio, desarrollo y ocaso; a semejanza del hombre que es engendrado, nace, crece, se desarrolla, reproduce y muere; la familia por su parte sigue un patrón similar:

- Fase de matrimonio.
- Fase de expansión.
- Fase de dispersión.
- Fase de independencia.
- Fase de retiro y muerte.

Este esquema propuesto por Geyman en 1980; es el que se utiliza con mayor frecuencia en México.

La fase de matrimonio se inicia precisamente con la consolidación del vínculo matrimonial, concluyendo este ciclo con la llegada del primer hijo.

La fase de expansión es el momento en que a mayor velocidad se incorporan nuevos miembros a la familia.

Fase de dispersión para algunos investigadores esta fase se identifica claramente, por el hecho de que todos los hijos asisten a la escuela y ni uno se encuentra trabajando.

La fase de independencia; es difícil precisar el número de años transcurridos. Al inicio de esta fase, la pareja debe aprender a vivir nuevamente en "independencia", hasta que se va el último hijo. Sus hijos han formado nuevas familias. Los lazos de unión entre padres e hijos se deben fortalecer ante el riesgo de un progresivo debilitamiento sin olvidar el clima de profundo respeto que debe privar, hacia las nuevas familias que recientemente se están formando. Esta fase suele tener una duración de aproximadamente entre 20 y 30 años.

Fase de retiro y muerte; es cuando los padres se quedan solos. Cuatro son las circunstancias más difíciles que se identifican. Incapacidad para laborar, desempleo, agotamiento de los recursos económicos y las familias de los hijos casados en fase de expansión, sin la posibilidad de proporcionar recursos a los padres; abandonándolos en sus hogares de origen, o recluyéndolos en asilos para ancianos.¹²

Existen múltiples instrumentos que tratan de medir la funcionalidad familiar, entre ellos se encuentra el Apgar Familiar. Fue desarrollada por Smilkstein en 1978. Es un cuestionario que consta de cinco preguntas, aplicables a diferentes miembros de una familia. Mide el funcionamiento familiar a través de la satisfacción del entrevistado con su vida familiar y constituye un instrumento de utilidad para determinar si la familia representa un recurso para el paciente o si por el contrario contribuye a su enfermedad.

Cada miembro de la familia, generalmente los mayores de 15 años, eligen por separado una de las tres opciones de cada una de las preguntas; casi siempre, algunas veces o casi nunca. Con la suma de la puntuación obtenida se puede hacer las siguientes inferencias:

- 0 – 3 Disfunción grave
- 4 – 6 Disfunción moderada
- 7 – 10 Familia funcional¹⁴

El Apgar Familiar tiene considerables ventajas como instrumento de medición del funcionamiento familiar por su sencillez, rapidez y facilidad de aplicación, mediante el cual se identifica el grado de satisfacción que percibe el paciente al evaluar la función de su sistema familiar.¹⁵

Un modelo enfocado exclusivamente a los cónyuges es el instrumento de Evaluación del Subsistema Conyugal que aborda las principales funciones que dicho subsistema debe llevar a cabo. (Comunicación, adjudicación y aceptación de

roles, satisfacción sexual, afecto, y toma de decisiones.) A cada función se agrega un criterio cuantitativo de evaluación a través de algunos indicadores.

Sumando el puntaje total, las disfunciones se califican de la siguiente forma:

40 pareja gravemente disfuncional

41 pareja moderadamente disfuncional

71 – 100 pareja funcional¹⁶

FACES III en su versión en el español que se habla en México. Se obtuvo un coeficiente de fiabilidad alfa Cronbach de 0.70 y se concluyó como un valor alto y adecuado comparado con la versión anglosajona, desarrollada por Olson et al, que observaron una fiabilidad media en sus trabajos de 0.80

Contiene 20 preguntas planteadas como actitudes con una escala de puntuación tipo Likert (10 para evaluar cohesión familiar y 10 para adaptabilidad familiar), distribuidas en forma alterna en preguntas numeradas como nones y pares, respectivamente. Las 20 preguntas tienen un valor de puntuación de 1 a 5 (nunca, 1; casi nunca, 2; algunas veces, 3; casi siempre, 4; y siempre, 5). La calificación de cohesión es igual a la suma de los puntajes obtenidos en los ítems nones. La calificación en adaptabilidad es igual a la suma de los puntajes obtenidos en los ítems pares.¹⁷

El dolor lumbar es muy frecuente, y es una de las principales causas de consulta en atención primaria (AP). No en vano lo padece en algún momento de la vida el 80% de las personas. Afecta por igual a ambos sexos y, aunque existen factores predisponentes, puede presentarse en cualquier actividad o situación.

El dolor lumbar afecta anualmente al 15-20% de la población, llegando al 50% en aquellos con actividad laboral. Se acepta que el 60-80% de las personas tendrá al menos un episodio de lumbalgia en su vida. Es más frecuente en la edad media de la vida y en el sexo femenino. La primera presentación de lumbalgia ocurre entre los 20 y los 40 años.

Existe también correlación entre el nivel de ingresos y la prevalencia de incapacidad por lumbalgia, aunque es difícil aislar el factor de confusión que significa que los menores ingresos se asocien a trabajos con mayores esfuerzos físicos.¹⁸

La atención del dolor lumbar, esta en relación con las diferentes causas que afectan la columna lumbar y requiere que el médico realice y considere una serie de ramificaciones e interconexiones, entre lo biológico y lo psicosocial del problema.¹⁹

Los factores de riesgo más importantes para la evolución hacia la cronicidad de la lumbalgia son: 1) historia previa de lumbalgia; 2) ausencia al trabajo en el último año a causa de la lumbalgia; 3) ciática; 4) Laségué positivo; 5) falta de entrenamiento físico; 6) tabaquismo; 7) síntomas de depresión o de ansiedad; 8) poca satisfacción laboral; 9) distrés personal, familiar o financiero (alcoholismo, problemas de pareja, problemas financieros) y 10) juicios laborales.⁵

La incapacidad por lumbalgia afecta a la población productiva y además representa una alta demanda de consulta para el médico familiar. Su repercusión económica es un fenómeno de las sociedades industrializadas que va en aumento en los países en desarrollo aunque no se considere como un problema de salud pública. Este padecimiento afecta por igual hombres y mujeres de todas las razas

Ante un dolor de espalda severo, las actividades laborales lo pueden hacer mas evidente, especialmente las tareas de levantamiento repetido de peso, tirar o empujar, así como exposición a vibraciones industriales o por vehículos.

Existe una fuerte correlación entre baja escolaridad y bajos ingresos ya que estas personas tienen que realizar las labores más intensas.

La obesidad, el tabaco y la profesión influyen de manera notable en la historia natural de la lumbalgia. Se ha dicho que el tabaco retrasa la recuperación de la lumbalgia aguda, bien por un efecto directo sobre la nutrición del disco lumbar o por efecto mecánico indirecto de la tos.²⁰

La lumbalgia es la causa más frecuente de incapacidad en trabajadores de la industria. El mayor problema en la evaluación de pacientes con lumbalgia es la subjetividad del dolor, la pobre correlación entre severidad del dolor y hallazgos en el examen clínico. Un instrumento llamado Criterios DIST, evalúa el porcentaje de funcionalidad en base a parámetros clínicos, cambios estructurales en estudios de imagen y electromiografía.²⁹

Clasificación clínica de las lumbalgias. Para tipificar una lumbalgia o dolor lumbar es práctico usar dos de las siguientes clasificaciones: De acuerdo al tiempo de evolución; Lumbalgia aguda, cuando el tiempo de evolución de la enfermedad es menor de 6 semanas. Lumbalgia crónica, cuando el tiempo de evolución de la enfermedad es mayor de 6 semanas.

De acuerdo a las características del dolor. Esta clasificación esta basada en la relación del dolor con el movimiento, la postura y el reposo. Lumbalgia mecánica y lumbalgia no mecánica.

Lumbalgias mecánicas: Son aquellas que están en relación con los movimientos y cambios de postura y que en general mejoran con el reposo. Constituyen el 90% de las lumbalgias. Responden a una patología benigna; que asienta en la estructura osteoarticular y muscular del raquis, la mayoría de las veces inespecífica, En general son autolimitadas, retrocediendo en el 80% de los casos, durante el primer mes de tratamiento. Tienen tendencia a recurrir. Por su etiopatogenia pueden ser:

Lumbalgia pura. Orienta a una causa muscular (lo más frecuente) o a alguna alteración morfológica del disco intervertebral.

Lumbalgia con dolor radicular. Orienta 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 diagnostico diferencial las compresiones de causa tumoral.

Dolor en miembro inferior referido de la columna. El dolor habitualmente se irradia a glúteos y muslo hasta la rodilla. Este tipo de dolor nos puede orientar hacia un grupo de causas que puede producir lumbalgia mecánica; afectación de las pequeñas articulaciones facetarias interapofisiarias de causa degenerativa artrosica, espondilolisis y espondilolistesis del adolescente, espondilolistesis del paciente mayor de 55 años, afectación de la articulación sacroiliaca de causa degenerativa artrosica, sobre carga funcional.

Lumbalgia postraumática. Originada en grandes traumatismos (fractura vertebral y hernia de disco postraumática. Originada en pequeños traumatismos (fractura por osteoporosis)

Lumbalgias no mecánicas: Constituyen menos del 10% de las lumbalgias, pero es muy importante su pesquisa, porque traduce una causa orgánica, muchas veces grave. El dolor es permanente, no tiene relación con el movimiento, no disminuye en reposo, sino que por el contrario, aumenta con el reposo nocturno; impidiendo conciliar el sueño. El dolor lumbar suele mantenerse con intensidad progresiva más allá de las 3 semanas de evolución, a pesar de un tratamiento analgésico instituido. Dentro de la etiopatogenia pueden ser de causa:

Tumoral. Los tumores malignos son los más frecuentes, predominando dentro de ellos las metástasis de mama, próstata y pulmón. Predomina el Mieloma múltiple.

Infeciosas. Ante un paciente con dolor lumbar, síndrome toxi-infeccioso, repercusión general, y rigidez o bloqueo agudo de la columna; se debe sospechar en una infección vertebral, que por frecuencia seria bacteriana inespecífica, con franco predominio del estafilococo dorado. Dentro de la etiología bacteriana específica: el Mal de Pott es su máxima expresión.

Viscerales. La lumbalgia puede estar referida a la patología de órganos viscerales vecinos, generalmente se acompañará de sintomatología que oriente hacia el aparato involucrado: sistema digestivo, genito-urinario, pleuropulmonar coxopatía, etc.

Inflamatorias. Son aquellas lumbalgia en las que existe un proceso inflamatorio crónico, de las estructuras osteoarticulares del raquis, como la espondilitis anquilosante, pelvispondilitis reumática osificante. Una lumbalgia tenaz en una persona joven, jamás debe ser tenida por banal, antes de haber eliminado dos afecciones: El Mal de Pott y la espondiloartrosis.

Otras causas. Relacionadas con enfermedades sistémicas de causa endocrina, metabólica o hematológica.²¹

En el Hospital General Regional 6 del Instituto Mexicano del seguro Social, se observó que durante el año 2000 se otorgaron 3750 consultas por lumbalgia. Se realizó un estudio por encuesta retrospectivo, observacional, transversal y abierto

en una muestra representativa de la población trabajadora en activo de la zona conurbada Tampico-Madero-Altamira para determinar la prevalencia de lumbalgia en trabajadores en activo. La cantidad se fijo en 3000 encuestas, se eliminaron 434 por estar incompletos. El 68.9% correspondió a trabajadores del sexo masculino, el 62.7% se encontraba con peso corporal ideal. El 80% de los casos registrados con lumbalgia correspondió a evento agudo. Respecto al tabaquismo 23.7% de los enfermos fue fumador activo, la edad de los sujetos osciló entre 18 y 60 años, con una media de 34.5²

En la UMF y R No. 1 del IMSS Monterrey, N. L., la lumbalgia ocupó el primer lugar de las 11 primeras causas de consulta en 2001, 2002, un total de 4,196 pacientes, de los cuales 3,671 fueron adultos de 15 a 59 años. Se realizó un estudio observacional, prospectivo, longitudinal, comparativo, realizado en el Laboratorio de Isocinéticos de la Unidad de Medicina Física y Rehabilitación No. 1 de Monterrey N.L. del Instituto Mexicano del Seguro Social en el año 2003 en 73 pacientes con diagnóstico de lumbalgia mecanopostural, se practicó una valoración clínica e isocinética y aplicación del cuestionario de incapacidad por dolor lumbar de Oswestry antes y después de recibir 10 sesiones de tratamiento rehabilitatorio para determinar el grado de dolor lumbar y funcionalidad respecto a las actividades de la vida diaria. Al inicio 48 pacientes presentaron dolor severo y 25 moderado. En la evaluación isocinética, todos los valores se encontraron muy por debajo de la normalidad. Al final del tratamiento rehabilitatorio 71 pacientes tuvieron mejoría del dolor, de los cuales, 67 mejoraron en la evaluación isocinética, pero solo 13 alcanzaron la normalidad de acuerdo a los valores isocinéticos estandarizados.²⁷

En 2003 un estudio transversal descriptivo de autopercepción de la disfunción familiar en pacientes con insuficiencia renal crónica que incluyo a 226 pacientes con diagnóstico de insuficiencia renal crónica mayores de 15 años del Hospital General de Zona 53 del Instituto Mexicano del seguro Social del Estado de México, reporto disfunción familiar en un 61 por ciento y sin disfunción en un 39 por ciento.²²

Se realizó un estudio comparativo aleatorio de 50 pacientes con diagnóstico de lumbalgia crónica, entre 1 de Septiembre al 30 de Noviembre de 1998 en el centro Médico Nacional "Adolfo Ruiz Cotines", Instituto Mexicano del Seguro Social, en Veracruz, Ver. Se formaron dos grupos con 25 pacientes cada uno, se comparó el efecto analgésico del meloxicam y el piroxicam oral. Al grupo A se administraron 7.5 mgs. de meloxicam oral cada 12 hrs. durante 5 días, al grupo B se prescribieron 20 mgs. de piroxicam cada 12 hrs. por 5 días. En el grupo A el rango de edad fue de 43 años y en el grupo B de 38.8 años. La evolución del dolor fue similar en ambos grupos. Posterior al tratamiento ambos grupos mostraron una disminución significativa, sin embargo, al valorar la analgesia posterior al tratamiento el meloxicam mostró mayores ventajas y menos efectos adversos gastrointestinales.²⁸

En el año 2003 en la Unidad de Medicina Familiar 77 del Instituto Mexicano del Seguro Sociales Ciudad Madero Tamaulipas, se realizó un estudio

observacional comparativo, abierto y transversal. Se incluyeron 300 personas de entre 30 y 50 años de edad de cualquier sexo, 100 con diagnóstico de asma, 100 diabéticos tipo 2 y 100 sanos. El objetivo determinar el grado de alteración en la dinámica familiar. Se apreció una marcada disfunción de la dinámica familiar en cuanto a las funciones de adaptación (58%) Participación (63%) Crecimiento (61%) y afectiva (64%), En 53% de los casos la pareja conyugal de los enfermos no completaron las funciones familiares correspondientes como comunicación (59%) adjudicación de roles (59%) Satisfacción sexual (60%) Afecto (56%) y toma de decisiones (59%)⁶

En la Unidad Médica de Alta Especialidad No. 21 Instituto Mexicano del Seguro Social de Monterrey N. L. se evaluó la capacidad funcional utilizando criterios DIST a 50 pacientes 13 mujeres (26%) y 37 hombres (74%) con edades entre 25 y 66 años con diagnóstico de lumbalgia crónica. Dos médicos expertos en valoraciones funcionales, realizaron por separado la evaluación médica. Los criterios DIST incluyen la medición análoga de dolor, movilidad, fuerza muscular, sensibilidad, tensión radicular, electromiografía, cambios estructurales en radiografías y estudios de imagen. La consistencia inter observador fue medida con la prueba de Kappa. El primer observador obtuvo capacidad funcional de 32 a 110 puntos con una media de 71.24, el segundo observador registró una capacidad funcional de 32 a 110 puntos con una media de 71.04. En 45 pacientes (90%) ambos observadores coincidieron exactamente en la evaluación de los 10 parámetros a evaluar y en 5 pacientes (10%) hubo diferencias mínimas de 2 a 4 puntos, con una media de 3.2 puntos. La consistencia inter observador medida con la prueba de Kappa fue de 0.90, la cual se considera alta.²⁹

Se realizó mediante un estudio prospectivo, transversal y comparativo abierto, estudiando a 300 pacientes con diabetes mellitus 2, menores de 60 años y menos de 10 años de evolución de la enfermedad en el periodo de marzo 2001 a octubre de 2002 en la Unidad De Medicina Familiar 77 del instituto Mexicano Del Seguro Social en Ciudad Madero Tamaulipas. El grupo identificado con funcionalidad familiar 64% (96 pacientes) obtuvo una calificación menor de 60 en comparación con el grupo de disfunción donde 92% obtuvo menos de 60¹⁵

Estudio observacional analítico realizado en la Unidad de Medicina Familiar No. 15 del Instituto Mexicano del Seguro Social de Monterrey N.L. en un universo determinado por conveniencia de 14 pacientes con lumbalgia mecánica postural, de ambos sexos, entre 20 y 50 años de edad. Se formaron 2 grupos de 7 personas. Un grupo recibió educación con la estrategia pasiva receptiva, el otro con la estrategia activa participativa. En ambos grupos se evaluaron las tres áreas de la educación (Afectiva, Psicomotriz y Cognoscitiva – memoria/razonamiento). Se encontró que las áreas Afectiva y Psicomotriz presentaron un comportamiento similar en ambos grupos con ambas estrategias educativas, mientras que en el área Cognoscitiva, memoria/razonamiento, se mostró mayor aprendizaje en el grupo con la estrategia activo participativo.³⁰

En el año 1989 se realizó un estudio transversal y comparativo en 121 familias de diabéticos tipo 2 de los cuales el 52.8% son pacientes de la Unidad de

Medicina Familiar 51 del Instituto Mexicano Del Seguro Social y el 47.2% del Centro Comunitario “La Aurora y la Esperanza” de la Secretaria de Salud y Bienestar Social en Guadalajara. Se aplicó el Apagar Familiar para determinar la funcionalidad familiar, se encontró que el 74.3% de los pacientes ubican a su familia como funcional y el 78.8% de los familiares la consideran en el mismo rubro.²³

Se realizó un estudio observacional, comparativo, de casos y controles transversal y retrospectivo, en la Unidad de Medicina Familiar No. 32 de Ciudad Guadalupe Nuevo León. Se estudió a 75 pacientes de ambos sexos, entre 20 y 65 años que acudieron a consulta por Lumbalgia, los cuales fueron pareados por edad y sexo con sus respectivos controles. Del total de pacientes estudiados 57% correspondieron al sexo masculino y 43% al femenino. La obesidad estuvo presente en 59% de los casos y 45% de los controles. El tabaquismo se detectó en 32% de los casos y 29% de los controles. El tipo de ocupación predominante en ambos grupos, fue trabajo medio 31.5%, seguido de labores del hogar 26% y trabajo ligero 20%.²⁴

En Enero-Febrero de 2002 en la UMF 73 Instituto Mexicano del Seguro Social. Delegación Coahuila se realizó una encuesta comparativa, aplicando muestreo por conveniencia en el primer nivel de atención a 30 trabajadores con lumbalgia que acudieron a clínicas de primer nivel a solicitar atención por primera vez. La valoración se realizó de manera independiente por un médico tratante, médico control y médico traumatólogo aplicando la guía clínica, con intervalo de tiempo máximo de 24 horas entre cada una de las revisiones. Se midió la consistencia externa con el coeficiente de concordancia con índice de Kappa; para la consistencia interna se utilizó la homogeneidad interna con coeficiente de Kuder-Richardson. Para validez de criterio se utilizó como estándar de referencia a un médico ortopedista-traumatólogo. Los resultados de consistencia externa médico tratante-médico control $K=0.69$; médico tratante-médico traumatólogo $K= 0.54$, médico control-médico traumatólogo $K= 0.82$. Consistencia interna: médico tratante $r=91$, médico control $r=97$, médico traumatólogo $r=99$. Validez: $K= 0.5$. La guía clínica para la atención del trabajador con lumbalgia por su consistencia y validez puede ser utilizada como herramienta de trabajo apoyando técnica y científicamente la práctica profesional del médico familiar.³¹

En 2005 se realizó un estudio cuasi-experimental, ciego, en el Hospital de Traumatología y Ortopedia No. 21 Instituto Mexicano del Seguro Social, Monterrey N. L., se estudiaron a 50 pacientes, de los cuales 25 formaron el grupo experimental y 25 el grupo control, para evaluar la efectividad del bloqueo desinflamatorio con acetato de metilprednisolona a dosis de 80 mg versus 160 mg en pacientes con lumbalgia crónica, se evaluó el dolor a través de la escala visual análoga (EVA) con un rango de 0 al 10 antes de la intervención, y la analgesia a los 15 y 30 días posterior a la intervención. El 60% de los pacientes fueron del sexo femenino y el 40% masculino, el 62% de los pacientes dentro del grupo de edad de 41 a 50 años. La evaluación de la de la EVA antes del bloqueo fue 3 pacientes le asignaron un valor de 7 puntos, 21 pacientes un valor de 8, 19 pacientes le

asignaron un valor de 9 y 10 en 7 pacientes. En la evaluación de EVA a los 15 días se obtuvo una media de 6.11 a dosis de 80 mg. Y 6.32 a dosis de 160 mg. Al igual a los 30 días la media para dosis de 80 mg, fue de 3.43 y para 160 mg. de 3.77 mg.

32

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

En México las enfermedades del dorso y específicamente del síndrome doloroso lumbar son de gran magnitud como problema frecuente de salud, así como sus repercusiones individuales, familiares y sociales. Causante de ausentismo en el trabajo. Tal como puede apreciarse en las estadísticas que tiene el Instituto Mexicano Del Seguro Social, ya que durante 1992 otorgó la invalidez para el trabajo a 39,287 trabajadores que presentaban dorsopatias.²⁰

Dentro de los motivos de demanda de atención en medicina familiar a nivel nacional en el Instituto Mexicano del Seguro Social en el año 2002 las dorsalgias demandaron un total de 1 435 271 consultas en comparación con 1 148 920 consultas en el año 1992. A nivel del Estado de Veracruz el total de consultas por dorsalgias en el año 2002 fue de 75,478⁴

En la Unidad de Medicina Familiar durante el año 2006, los problemas frecuentes del dorso que incluyen lumbalgia, cervicalgia, dorsalgia y problemas relacionados demandaron un total de 147 consultas.

En el ámbito mundial el dolor lumbar ha alcanzado proporciones epidémicas como causante de invalidez y durante las últimas décadas su incremento ha sido varias veces superior al crecimiento natural de la población, sobre todo en los países industrializados, lo que constituye una de las causas que generan mayores costos a la sociedad.²⁰

Entre los indicadores más utilizados para valorar la dinámica familiar, podemos señalar: la adaptabilidad, la cohesión, el clima emocional y la comunicación.

La adaptabilidad familiar, se refiere en primer lugar a la flexibilidad o capacidad de la familia para adoptar o cambiar sus reglas o normas de funcionamiento, sus roles, ante la necesidad de tener que enfrentar determinados cambios, dificultades, crisis o conflictos por los que puede atravesar, en un momento dado.

La cohesión, es una de las dimensiones centrales de la dinámica familiar y puede ser definida a partir de los vínculos emocionales que los miembros de una familia establecen entre sí; cuando es estrecha, favorece la identificación física y emocional y el establecimiento de sólidos vínculos entre estos y un fuerte sentimiento de pertenencia con el grupo familiar en su conjunto.

La comunicación familiar refleja los patrones de interacción a través de los cuales los miembros de una familia, interactúan, intercambian mensajes con contenidos afectivos, informativos o normativos.

El clima emocional afectivo positivo (como cada sujeto se siente en relación con los demás y con el grupo en su conjunto), que unido a los factores antes apuntados potenciará la integración familiar y elevará sus recursos para enfrentar los conflictos, las crisis y los problemas que puedan presentarse en distintas etapas, a lo largo del ciclo vital evolutivo familiar.²⁵

La familia ha ido ocupando un lugar importante en el interés investigativo del equipo de salud y más en particular el vínculo que se establece entre la Salud y el proceso Salud-Enfermedad. La Salud Familiar puede considerarse como la salud del conjunto de los miembros de la familia, en termino de su funcionamiento efectivo, en la dinámica interaccional, en la capacidad de enfrentar los cambios del medio social y del propio grupo, en el cumplimiento de las funciones para el desarrollo de sus integrantes propiciando el crecimiento y desarrollo individual, según las exigencias de cada etapa de la vida.²²

El diagnostico de salud familiar es una parte importante de las actividades que realiza el Medico Familiar. Este diagnostico se fundamenta en los tres ejes de sustento de la medicina familiar: la continuidad de la atención medica, la acción anticipatoria y el estudio de la familia.

La continuidad de la atención médica implica un esquema de seguimiento del proceso salud-enfermedad en los integrantes de una familia. Una consecuencia de la continuidad de la atención, se lleva a cabo un seguimiento de la evolución de las enfermedades que afectan a los individuos, las cuales necesariamente repercuten en el grupo familiar.

Las acciones anticipatorias se fundamentan en un enfoque de riesgo que contribuye a la identificación de la probabilidad de que ciertas características de los individuos o del medio ambiente que les rodea produzcan en conjunto una enfermedad. El enfoque de riesgo brinda la oportunidad de planear las estrategias más adecuadas para el manejo de las enfermedades en una perspectiva integradora del tratamiento médico curativo con las medidas preventivas en los grupos expuestos a determinados factores causales.¹³

Para el estudio de la familia es necesario considerar dos aspectos fundamentales:

1. La estructura familiar.
2. La funcionalidad familiar.

La estructura se aborda por medio del familiograma, mediante el cual podemos identificar la tipología familiar, la fase en que se encuentra en su ciclo vital, los roles que desempeñan cada uno de sus componentes, las características generales de cada uno de ellos, sus enfermedades, las alianzas que se han formado en los diversos subsistemas, etc. Pero poco podemos decir en relación con su funcionalidad.

El estudio de la familia ha permitido la identificación de sus funciones básicas, las cuales varían de acuerdo con la perspectiva de los diversos autores y, como consecuencia, ha favorecido el desarrollo de múltiples modelos. En forma paralela, han surgido una gran cantidad de instrumentos cuya finalidad ha sido la evaluación de la familia como un todo. Pero muy poco se ha investigado en cuanto a la relación que se presenta entre la dinámica familiar y los padecimientos físicos o emocionales.¹³

Por lo anterior se plantea la siguiente pregunta:

¿Cuál es la funcionalidad familiar en pacientes con lumbalgia?

JUSTIFICACION.

La Unidad de Medicina Familiar No. 44 de Tlapacoyan, Ver. Es una de las cuatro Unidades que conforman las clínicas periféricas del Instituto Mexicano del Seguro Social de la Zona Martínez De La Torre, Ver. Durante el año 2006, dentro de los 20 principales motivos de demanda de consulta externa de medicina familiar, encontramos los problemas frecuentes del dorso que incluyen lumbalgia, cervicalgia, dorsalgia y problemas relacionados, los cuales ocuparon el 11° lugar, con un total de 147 consultas.

A raíz de que se precisó que la familia afecta la salud de los individuos y con ello a la sociedad, la ciencia médica la retoma como objeto de estudio. De ahí que el personal de salud en general, y el médico familiar en particular, enfrenten ahora el problema de tener que modificar un modelo de atención basado en un enfoque biológico en otro tipo de integrador en el que se considera al individuo como unidad biopsico-social.²⁶

Mucho se ha hablado de disfunción y funcionalidad en pacientes con enfermedades crónicas como la Diabetes Mellitus e Insuficiencia Renal Crónica, y sobre todo estudiado la calidad de vida de ellos y la funcionalidad familiar, pero dentro de la medicina familiar nuestro estudio no es solamente el enfermo, sino su entorno y sobre todo su familia, por lo que no debemos olvidar como ésta se ve afectada.^{6, 15, 22,23}

En el caso de los pacientes con lumbalgia hay poca evidencia sobre el apoyo familiar, por lo que con este trabajo se pretende explorar mediante el FACES III, el Apgar Familiar, y el Subsistema Conyugal en pacientes portadores de lumbalgia, el grado de disfunción familiar que acarrearía en su entorno durante el tiempo de evolución de su enfermedad. De tal manera que nos permita abrir espacios de conciencia mutua entre el enfermo y su entorno familiar con el fin de lograr una mejor convivencia con las personas afectadas por la lumbalgia, con lo que se reforzaría la importancia del apoyo familiar durante el curso de la enfermedad.

OBJETIVOS.

OBJETIVO GENERAL.

- ❖ Identificar la funcionalidad familiar en pacientes con lumbalgia en la Unidad de Medicina Familiar No. 44 Tlapacoyan, Ver.

OBJETIVOS ESPECIFICOS.

- ❖ Identificar la tipología familiar de los pacientes con lumbalgia.
- ❖ Identificar etapa del ciclo vital de la familia de los pacientes con lumbalgia.
- ❖ Determinar la cohesión y adaptabilidad de la familia en los pacientes con lumbalgia.
- ❖ Identificar grupo de edad en que predomina la lumbalgia.
- ❖ Determinar en que sexo predomina la lumbalgia.

METODOLOGIA

TIPO DE ESTUDIO:

Descriptivo - Prospectivo – Observacional - Transversal

POBLACION DE ESTUDIO:

Pacientes que acuden consulta de Medicina Familiar por lumbalgia.

LUGAR DE ESTUDIO:

UMF. No. 44 Tlapacoyan, Ver.

TIEMPO DE ESTUDIO:

1 de Junio de 2006 a 31 de Mayo de 2007

TAMAÑO DE MUESTRA

n = 45

CRITERIOS DE INCLUSION:

Todos los pacientes que presentan diagnóstico de lumbalgia que acepten participar en el estudio

CRITERIOS DE EXCLUSION:

Pacientes con problemas de comunicación.

CRITERIOS DE ELIMINACION:

Que no se complete todo el estudio.

INFORMACION A RECOLECTAR (VARIABLES)

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	INSTRUMENTO DE MEDICION	ESCALA DE MEDICION
LUMBALGIA	Dolor en la región vertebral o paravertebral lumbar < 6 sem. o > 6 sem.	Paciente con diagnostico documentado de lumbalgia Paciente con dolor en región lumbalgia Paciente sin lumbalgia	Expediente electrónico RAIS	Nominal
FUNCIONALIDAD FAMILIAR	Forma de interactuar de los miembros de una familia ante situaciones criticas.	40 = Pareja gravemente disfuncional 41-70 = Pareja moderadamente disfuncional 71-100 = Pareja Funcional	Evaluación del Subsistema Conyugal	Ordinal
		0 – 3 = Disfunción grave 4 – 6 = Pareja moderadamente disfuncional 7 – 10 = Familia funcional	Apgar Familiar	Ordinal
		Cohesión 10 – 34 = No Relacionada 35 – 40 = Semirelacionada 41 – 45 = Relacionada 46 – 50 = Aglutinada Adaptabilidad 10 – 19 = Rígida 20 – 24 = Estructurada 25 – 28 = Flexible 29 y + = Caótica	Escala de medición de la familia FACES III	Ordinal
EDAD	Tiempo transcurrido en años desde el nacimiento	20 - 24 25 - 29 30 – 34 35 – 39 40 – 44 45 – 49 50 – 54 55 – 60	Encuesta	Ordinal

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	INSTRUMENTO DE MEDICION	ESCALA DE MEDICION
SEXO	Condición orgánica que distingue lo masculino de lo femenino	Masculino Femenino	Encuesta	Nominal
TABAQUISMO	Consumo de cigarrillos en forma habitual	No fuma. Menos de 5 cigarrillos al día De 6 a 10 cigarrillos al día Mas de 10 cigarrillos al día	Encuesta	Ordinal
NIVEL SICECONOMICO	Pertenencia de la familia en base a sus ingresos en salarios mínimos y clase social	Sin pobreza Pobreza Baja Pobreza Alta	La obtenidas por respuesta al cuestionario y medido por el Índice simplificado de pobreza familiar	Ordinal
TIPOLOGIA FAMILIAR	Clasificación integral de la familia	Por su composición Por su desarrollo Por su integración Por su ocupación Por su demografía	La obtenidas por respuesta al cuestionario	Nominal
CICLO VITAL DE LA VIDA	Cambios por los que atraviesa la familia por el paso del tiempo	Matrimonio Expansión Dispersión Independencia Retiro y muerte	La obtenidas por respuesta al cuestionario	Nominal
COMPOSICION	Categoría estructural de la familia a partir de la relación consanguínea entre el jefe y los otros miembros	Nuclear Extensa Compuesta	La obtenidas por respuesta al cuestionario	Nominal

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	INSTRUMENTO DE MEDICION	ESCALA DE MEDICION
DESARROLLO	Clasificación de la familia por la aportación económica de los cónyuges	Moderna Tradicional Primitiva	La obtenida por respuesta al cuestionario	Nominal
INTEGRACION	Clasificación de la familia por la convivencia y cumplimiento de funciones de los cónyuges	Integrada Semiintegrada Desintegrada	La obtenida por respuesta al cuestionario	Nominal
OCUPACION	Clasificación de la familia por la actividad laboral que desempeña uno o ambos cónyuges	Profesional Obrera Campesina	La obtenida por respuesta al cuestionario	Nominal
DEMOGRAFIA	Clasificación de la familia por el lugar de residencia	Urbana Suburbana Rural	La obtenida por respuesta al cuestionario	Nominal
DINAMICA	Clasificación de la familia en forma de la responder a las necesidades de sus miembros y afrontar con éxito los cambios y tensiones de su entorno	Funcional Disfuncional	La obtenida por respuesta al cuestionario	Nominal

METODO PARA CAPTAR LA INFORMACION.

El investigador responsable recolectara la información de los pacientes que acudan a consulta de medicina familiar con diagnóstico de lumbalgia correspondientes al período 1 de Junio de 2006 al 31 de Mayo de 2007, en la Unidad de Medicina Familiar No. 44 de Tlapacoyan, Ver.

1. Aquellos pacientes que por disponibilidad de tiempo acepten al término de la consulta médica se les aplicará las encuestas y la hoja de recolección de datos. Firmando hoja de consentimiento informado
2. Las encuestas y hoja de recolección de datos será aplicada por el médico investigador o la pasante de medicina en servicio social.
3. Aquellos casos en que por falta de tiempo posterior al término de la consulta no sea factible su aplicación, será visitada en su domicilio por el investigador en horario acordado.
4. En caso de omisión y no haberse solicitado el domicilio del paciente, se buscara en formato 4-30-5 o el referido en el expediente clínico.
5. La encuesta aplicada a los pacientes con lumbalgia se interrogara sobre su sexo, edad, ocupación, tiempo de evolución de la enfermedad, tabaquismo, entre otros. Se aplicara además la Escala de Evaluación del Subsistema Conyugal, la Escala de Evaluación de la Familia FACES III. y el Apgar Familiar. Este ultimo al cónyuge e hijo mayor de 15 años en caso de tenerlos.
6. Se elaborará una base de datos para la captura de los mismos de la cédula de recolección de datos del expediente en el programa Excel.
7. Revisada la base de datos se hará un análisis estadístico en el programa Statistica 6.0
8. Se efectuara un análisis descriptivo de cada una de las variables obteniéndose medidas de tendencia central o proporciones según el tipo de variable.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

El presente estudio de investigación se apega a los principios universales de la ética contenidos en la Declaración de Helsinki y en La Ley General de Salud.

De acuerdo a los riesgos esta investigación requiere la autorización del paciente en estudio, firmando un documento de consentimiento informado.

RESULTADOS.

De un total de 45 pacientes estudiados por lumbalgia los resultados obtenidos fueron los siguientes, predominó el grupo de edad de 25 a 44 años con un 47 %, seguido del grupo de edad de 45 a 64 años con un 42 %, el grupo de 15 a 24 con un 7 % y los mayores de 65 años con un 4 %, en cuanto a los menores de 15 años no hubo casos. Gráfica 1

En cuanto al sexo, predominó el femenino con un 58 % seguido del masculino con un 42%. Gráfica 2

En relación con el índice de masa corporal IMC se encontró que el 53 % de los pacientes presentan sobrepeso, seguido de paciente con peso normal con un 27 %. Los pacientes con obesidad de I G. 16 %, obesidad de II G. 4 %. Pacientes con Obesidad III G y Bajo peso con 0%. Gráfica 3

Por el tiempo de evolución de la lumbalgia los resultados fueron 62 % pacientes con lumbalgia aguda y 38 % pacientes con lumbalgia crónica. Gráfica 4

La frecuencia con la que fuman los pacientes, el 83 % no fuma, el 9 % fuma un cigarrillo ocasionalmente, un 4 % fuma menos de 5 cigarrillos diarios, al igual que otro 4 % fuma más de 5 cigarrillos al día. Gráfica 5

En cuanto al índice de pobreza el 56 % presenta baja pobreza, el 40% sin pobreza y solo el 4% con pobreza alta. Gráfica 6

Tipología de la familia por su composición, predomina la familia nuclear con 76 %, de las cuales existe mayor número de familias disfuncionales con 19 y solo 15 funcionales. De las familias extensas con 24 %, con 6 familias disfuncionales y 5 funcionales, familias compuestas 0%. Gráfica 7 y Tabla 1.

Por su Desarrollo la familia tradicional con un 87 % de las cuales 23 son disfuncionales y 16 funcionales, familia moderna con 13 %, con 2 disfuncionales y 4 funcionales. Familias primitivas 0%. Gráfica 8 y Tabla 2.

Por su Integración, el porcentaje de familias integradas 71%, habiendo 17 familias disfuncionales y 15 funcionales, familias desintegradas 20 % con 5 familias disfuncionales y 4 funcionales, las familias semiintegradas 9 % con 3 familias disfuncionales y 1 funcional Gráfica 9 y tabla 3.

Tipología de la familia por la ocupación del jefe de familia el 93 % son obreros de las cuales 24 son disfuncionales y 18 funcionales. Familias profesionales con un 7 % siendo 2 funcionales y 1 disfuncional. Familias campesinas 0%. Gráfica 10 y Tabla 4.

Por la Demografía el 73% son familias urbanas, con 18 familias disfuncionales y 15 funcionales, las familias suburbanas 16 % de las cuales 4 son disfuncionales y 3 funcionales. La familia rural 11 %, 3 disfuncionales y 2 funcionales. Gráfica 11 y Tabla 5

En la fase del ciclo de la vida, predomina la fase de Independencia con 50 %, con 11 familias disfuncionales y 12 funcionales, fase de Dispersión 30 %, con 8 familias disfuncionales y 5 funcionales, la fase de Retiro Muerte con 9 %, con 2 familias disfuncionales y 2 funcionales al igual 9 % para familias en

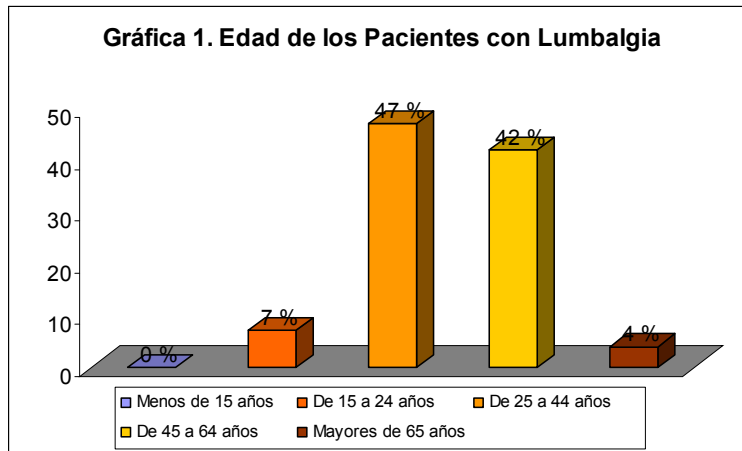
fase de Expansión, con 4 disfuncionales y 0 funcional y el 2% en fase de Matrimonio, representada por 1 familia funcional y 0 disfuncionales. Gráfica 12 y Tabla 6

Los resultados del FACES III, revelaron 44.4% de familias balanceadas, 42.3% de familias de rango medio y 13.3% de familias extremas. Característica de las familias de acuerdo a la evaluación del modelo circunflejo de Olson, predominan familias Disfuncionales con un 55.6 % relacionadas caóticas 6, no relacionada flexible 3, no relacionada estructurada 3, relacionada rígida 3 aglutinada caótica 3 no relacionada rígida 2, semirelacionada caótica 2, semirelacionada rígida 1, aglutinada flexible 1, aglutinada rígida 1, y 0 para la no relacionada caótica, y aglutinada estructurada. Y familias funcionales 44.4% con 7 semirelacionada flexible, 8 semirelacionada estructurada, 4 relacionada flexible y 1 relacionada estructurada Tablas 7, 8 y 9.

En cuanto al Apgar Familiar las familias funcionales con un 55.3 % disfunción moderada 37.5 %, y familias con disfunción grave 7.2 %. Tabla 10

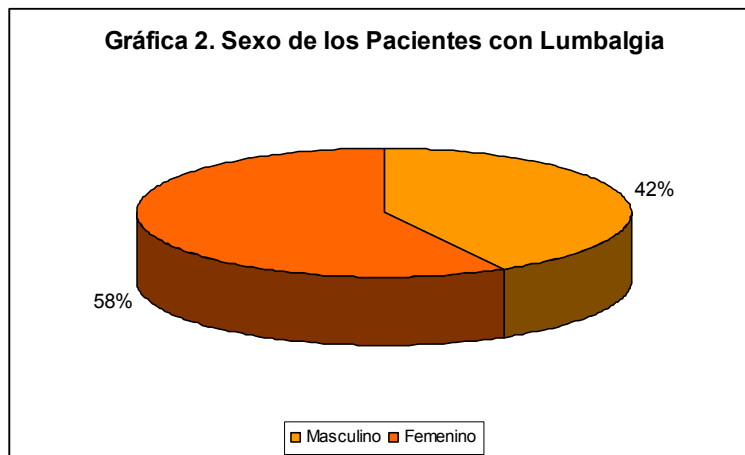
Subsistema Conyugal, el 58 % correspondió a parejas disfuncionales, 20 % a parejas funcionales, y el 22 % restante sin cónyuge. Tabla 11

RESULTADOS



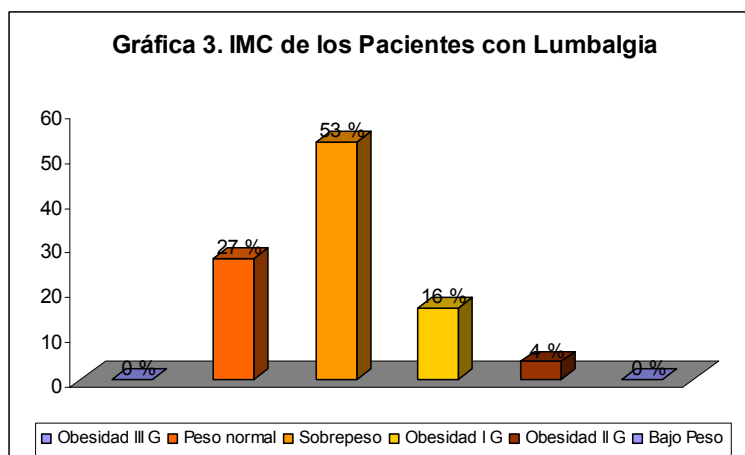
Fuente: Encuesta

n = 45



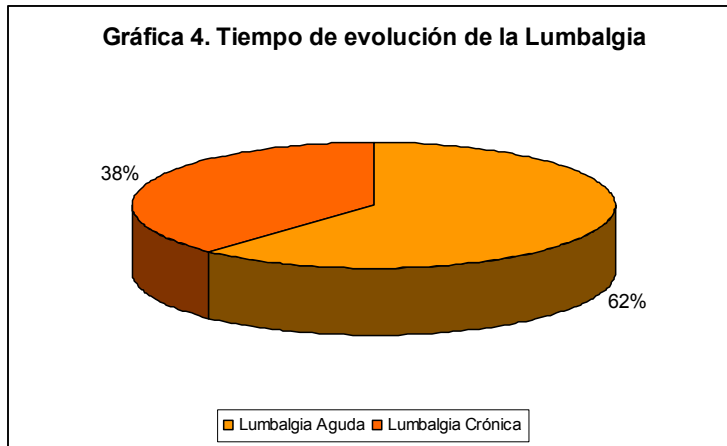
Fuente: Encuesta

n = 45



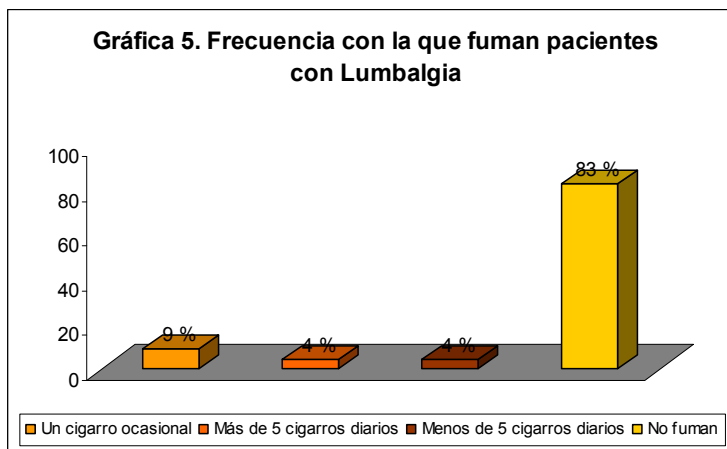
Fuente: Encuesta

n = 45



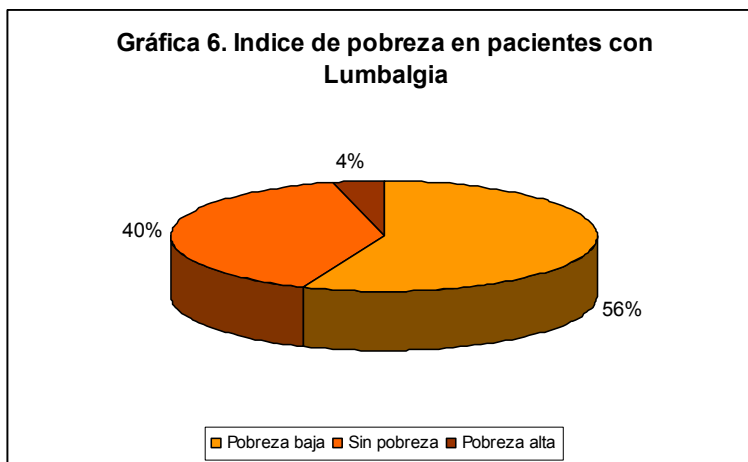
Fuente: Encuesta

n = 45



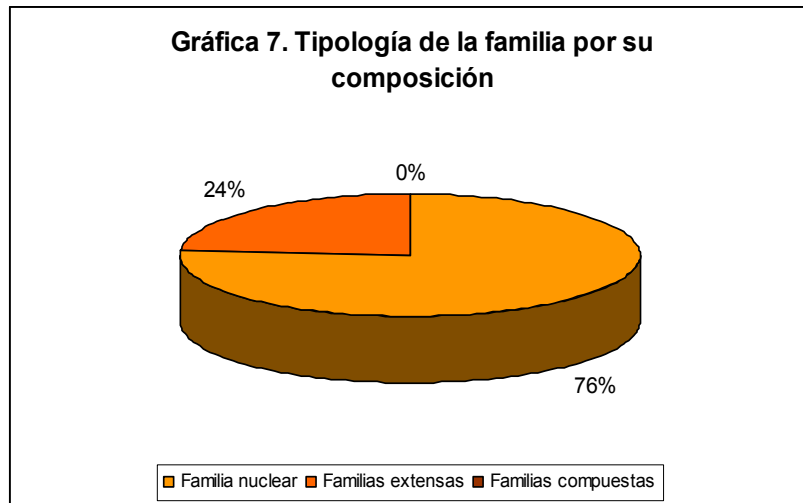
Fuente: Encuesta

n = 45



Fuente: Encuesta

n = 45



Fuente: Encuesta

n = 45

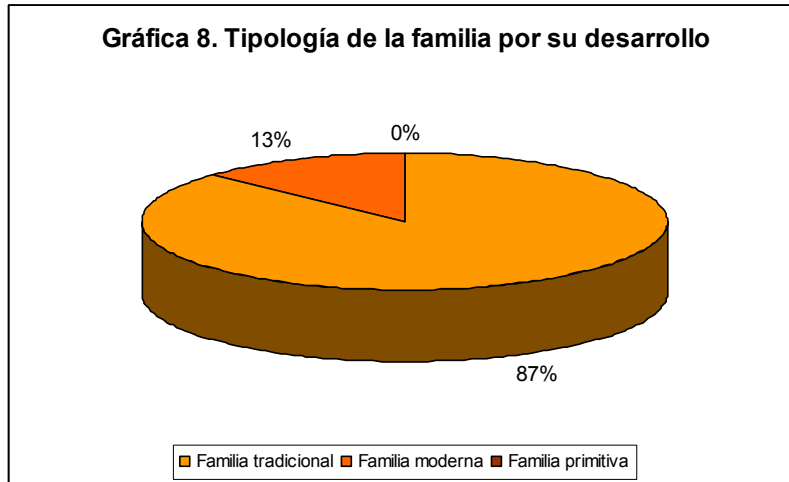
Tabla 1

Composición	Funcionalidad		Total
	Funcional	Disfuncional	
Nuclear	15	19	34
Extensa	5	6	11
Compuesta	0	0	0
Total	20	25	45

Fuente: Encuesta

n = 45

La frecuencia de la familia nuclear es de un 76% de las cuales 15 son funcionales y 19 disfuncionales, las familias extensas representan el 24% siendo 5 funcionales y 6 disfuncionales, las familias compuestas fue 0%. Gráfica 7 y Tabla 1



Fuente: Encuesta

n = 45

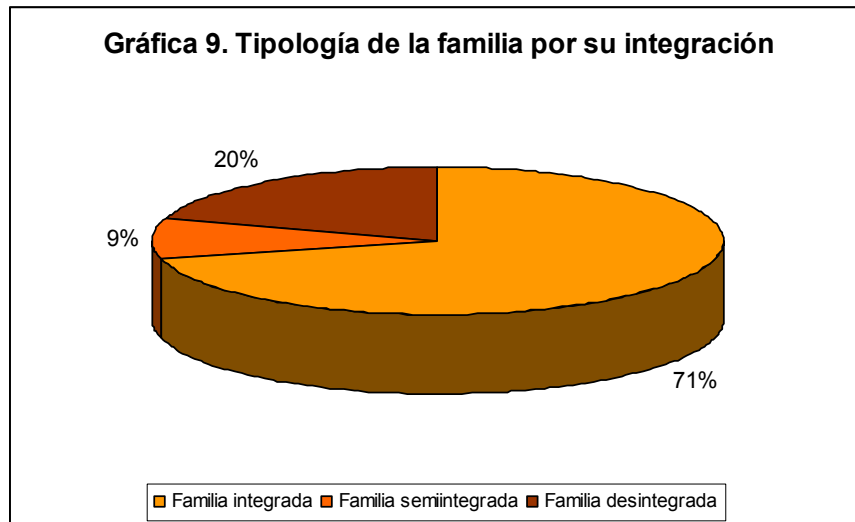
Tabla 2

Desarrollo	Funcionalidad		Total
	Funcional	Disfuncional	
Moderna	4	2	6
Tradicional	16	23	39
Primitiva	0	0	0
Total	20	25	45

Fuente: Encuesta

n = 45

Al realizar el cruce de variables, encontramos que predominó la disfunción familiar en familia tradicional con 23 casos. Gráfica 8 y Tabla 2



Fuente: Encuesta

n = 45

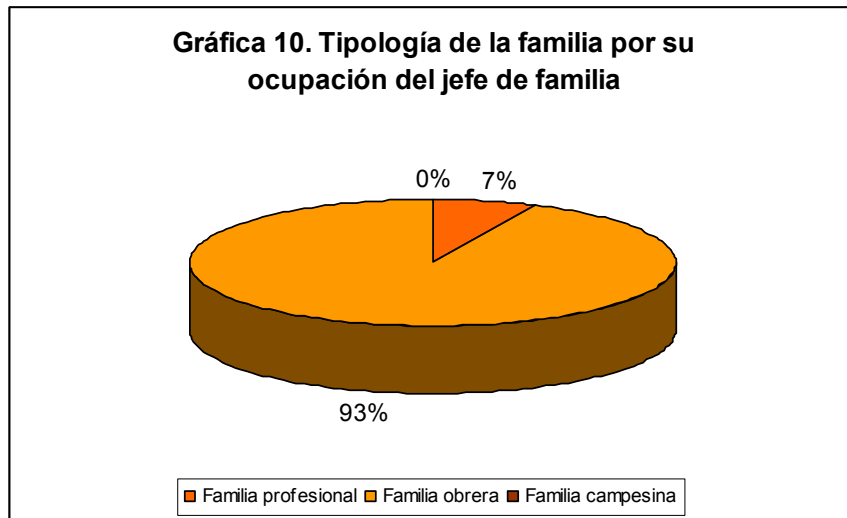
Tabla 3

Integración	Funcionalidad		Total
	Funcional	Disfuncional	
Integrada	15	17	32
Semiintegrada	1	3	4
Desintegrada	4	5	9
Total	20	25	45

Fuente: Encuesta

n = 45

El porcentaje de la familia integrada fue de 71%, predominando la disfunción familiar en 17 casos de familias integradas. Gráfica 9 y Tabla 3



Fuente: Encuesta

n = 45

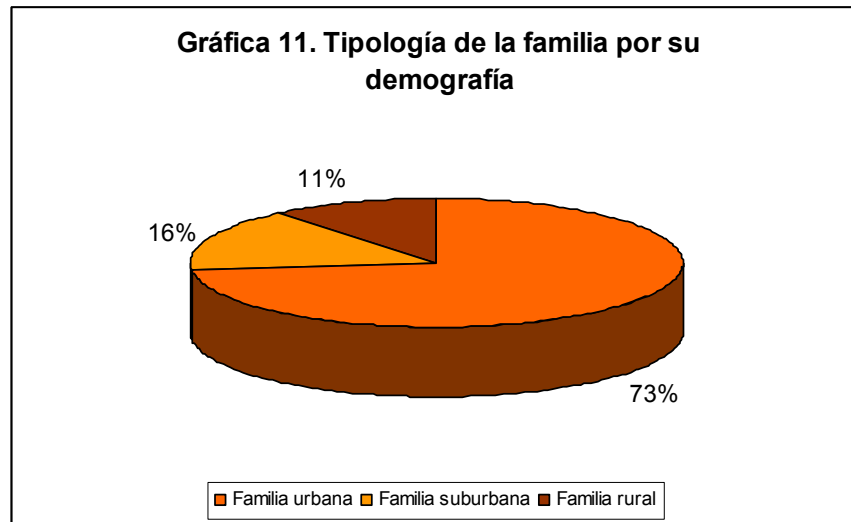
Tabla 4

Ocupación	Funcionalidad		Total
	Funcional	Disfuncional	
Profesional	2	1	3
Obrera	18	24	42
Campesina	0	0	0
Total	20	25	45

Fuente: Encuesta

n = 45

La familia profesional representó el 7%, de las cuales 2 son funcionales y 1 disfuncional, las familias obreras o empleadas con un 93%, siendo 18 funcionales y 24 disfuncionales. Gráfica 10 y Tabla 4.



Fuente: Encuesta

n = 45

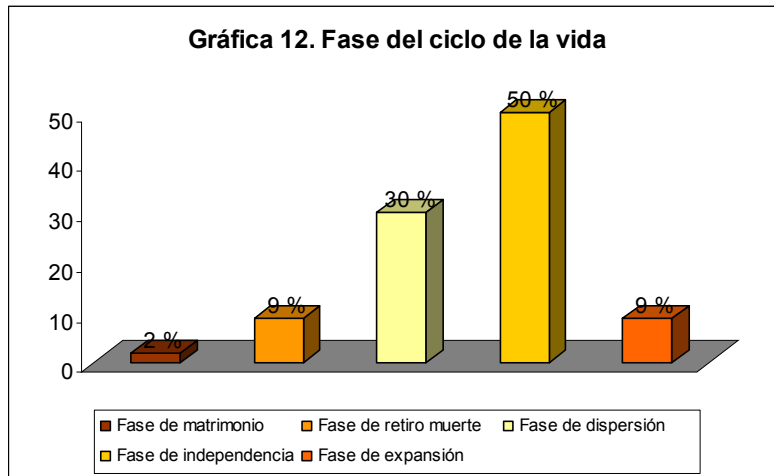
Tabla 5

Demografía	Funcionalidad		Total
	Funcional	Disfuncional	
Urbana	15	18	33
Suburbana	3	4	7
Rural	2	3	5
Total	20	25	45

Fuente: Encuesta

n = 45

Por su demografía la familia urbana es la más representativa con el 73%, predominando 18 casos de familias disfuncionales.



Fuente: Encuesta

n = 45

Tabla 6

Ciclo de la vida	Funcionalidad		Total
	Funcional	Disfuncional	
Matrimonio	1	0	1
Expansión	0	4	4
Dispersión	5	8	13
Independencia	12	11	23
Retiro-Muerte	2	2	4
Total	20	25	45

Fuente: Encuesta

n = 45

En el cruce de variables, se encontró un predominio de disfunción familiar en la fase de independencia con 11 casos, muy seguido de la fase de dispersión con 8 casos. Grafica 12 y Tabla 6.

CARACTERISTICA DE LAS FAMILIAS DE ACUERDO A LA EVALUACION DEL MEDELO CIRCUNFLEJO DE OLSON.

Tabla 7

		COHESION			
		←-----→			
		No Relacionada	Semi Relacionada	Relacionada	Aglutinada
A D A P T A B I L I D A D	Caótica	0	2	6	3
	Flexible	3	7	4	1
	Estructurada	3	8	1	0
	Rígida	2	1	3	1

Fuente FACES III

n = 45

TIPIFICACION FAMILIAR

Familias Funcionales

Tabla 8

Característica	Frecuencia
Semirelacionada Flexible	7
Semirelacionada Estructurada	8
Relacionada Flexible	4
Relacionada Estructurada	1
Total	20

Fuente FACES III

n = 45

Familias Disfuncionales

Tabla 9

Características	Frecuencia
No relacionada Caótica	0
No relacionada Flexible	3
No relacionada Estructurada	3
No relacionada Rígida	2
Semirelacionada Caótica	2
Semirelacionada Rígida	1
Relacionada Caótica	6
Relacionada Rígida	3
Aglutinada Caótica	3
Aglutinada Flexible	1
Aglutinada Estructurada	0
Aglutinada Rígida	1
Total	25

Fuente FACES III

n = 45

Se presentan las características de las familias de acuerdo a la evaluación del modelo circunflejo (Dr. David H. Olson.) Familias Funcionales 20 (44.4 %), Familias Disfuncionales 25 (55.6%). Ver Tablas 8 y 9

APGAR FAMILIAR

Tabla 10

Disfunción Grave	7.2 %
Disfunción Moderada	37.5 %
Familia Funcional	55.3 %

Fuente Apgar Familiar n = 112

Se aplicaron 112 encuestas a pacientes y familiares mayores de 15 años, de los cuales el 55.3 % son familias funcionales, el 37.5% con disfunción moderada y el 7.2% con disfunción grave. Ver Tabla 10

SUBSISTEMA CONYUGAL

Tabla 11

Pareja Gravemente Disfuncional	7 %
Pareja Moderadamente Disfuncional	51 %
Pareja Funcional	20 %

Fuente: Evaluación del Subsistema Conyugal n = 45

De 45 pacientes estudiados, el 20 % son parejas funcionales, 51 % parejas moderadamente disfuncionales, 7 % son gravemente disfuncionales y el 22 % sin cónyuge. Ver Tabla 11

DISCUSION

Se estima que la prevalencia de lumbalgia a lo largo de la vida es de 60 a 80%.^{3,4,18} En nuestro país ocupa un lugar importante dentro de las 5 primeras causas que ameritan atención médica en los distintos niveles de atención del Instituto Mexicano del Seguro Social²⁷

De acuerdo a lo reportado en otras investigaciones, la lumbalgia afecta principalmente entre los 25 a 45 años de edad^{3,18,28} en cuanto al sexo es más frecuente en el femenino.^{18,32} Por otro lado en otras investigaciones se sabe que afecta indistintamente a hombres y mujeres.^{2,20} Los datos recabados en el presente estudio tienen una relación similar a los antes expuestos, el porcentaje más alto en el grupo etareo de 25 a 44 años con 47%, en el sexo predomino el femenino.

Otra variable observada en esta investigación, es el sobrepeso presente en el 53% de los pacientes, coincidiendo con un estudio realizado en la ciudad de Guadalupe Nuevo León en donde se reporto estar presente en el 59% de los casos²⁴ difiere de lo reportado en otro estudio en que solo se encontró un 37.3%², la literatura refiere que el sobrepeso y el tabaco influyen de manera notable en la lumbalgia.²⁰ Respecto al tabaquismo solo el 4% de los pacientes fue fumador activo. Se ha dicho que el tabaco retrasa la recuperación de la lumbalgia, bien por un efecto directo sobre la nutrición del disco lumbar o por efecto mecánico indirecto de la tos.

En cuanto al tiempo de evolución de la lumbalgia, encontramos que predominó la lumbalgia aguda con un 62%, difiere de lo reportado en un estudio realizado en una muestra representativa de la población trabajadora en activo de la zona conurbana Tampico-Madero-Altamira, en que se reporto el 80% de los casos.² Aún cuando el porcentaje pareciera no concordar, la tendencia se mantiene. La bibliografía refiere que el 90% de los casos será aguda y desaparecerá durante el primer mes, independientemente del tratamiento realizado.²¹

En relación al grado de pobreza encontramos en nuestro estudio un 56% de los pacientes con pobreza baja. La literatura refiere que existe una relación entre los bajos ingresos y la lumbalgia, ya que estas personas tienen que realizar las labores más intensas.²⁰

Predominó la familia nuclear con 76%, en la que existe mayor número de familias disfuncionales. Las familias tradicionales predominan con 23 familias disfuncionales. Las familias integradas representan disfuncionalidad en 17 familias. La mayor parte de las familias son obreras 93% y perciben al menos 2 salarios mínimos, se encontró 24 familias disfuncionales. Dentro de la demografía predominan las familias urbanas con 18 familias disfuncionales. Resultados similares a lo reportado por la literatura en estudios realizados en zonas urbanas.^{6, 10, 33}

Fase del ciclo de la vida, es de observar que en la fase de matrimonio no hubo familias disfuncionales y el mayor número de familias disfuncionales están en fase de independencia con 11 familias.

Toda enfermedad, en particular la crónica puede amenazar sobre todo el curso del ciclo evolutivo y la dinámica de la familia.⁶ Para evaluar la dinámica familiar en este trabajo se utilizaron tres instrumentos de evaluación.

En los resultados del FACES III. Predominan familias disfuncionales en un 55.6%, que corresponden a las familias de rango medio y familias extremas. Las familias balanceadas con el 44.4%,

Al aplicar el instrumento de evaluación del Subsistema Conyugal, predominaron parejas disfuncionales con un 58%.

Por Apgar Familiar familias funcionales 55.3%. Lo que contrasta con el FACES III y Subsistema Conyugal, esto debido a que como instrumento breve no refleja las condiciones reales del funcionamiento familiar y aunque la exploración de la familia no es un área fácil, este instrumento funciona como tamiz.

Desafortunadamente no identificamos estudios de disfunción familiar en pacientes con lumbalgia, por lo que no pudimos compara resultados con otras investigaciones similares al respecto.

CONCLUSIONES.

La lumbalgia es un grave problema de salud pública y sus causas no son del todo conocidas, debe ser enfocada como un síndrome que puede provenir de distintas patologías, por lo que es necesaria la aplicación de programas mixtos de aprendizaje de conceptos de higiene postural y ejercicio, con lo cual el paciente aprenderá a cuidar su espalda y evitar recurrencias.

La evaluación de la funcionalidad familiar favorece el cumplimiento de las premisas de la práctica de la Medicina Familiar: continuidad de la atención, evaluación integral del proceso salud-enfermedad en los individuos y sus familias, y anticipación a los daños a la salud mediante un enfoque de riesgo.

Es importante el estudio del funcionamiento familiar, ya que cuando la familia pierde la capacidad funcional ocurren alteraciones en el proceso salud-enfermedad, al realizar este trabajo se observó que la lumbalgia se asoció con disfunción familiar en el 55.6% de familias estudiadas.

Podemos concluir que se encontraron más familias disfuncionales, por lo que estudios posteriores deberán buscar una correlación entre disfunción familiar y lumbalgia.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.

1. Gutiérrez CA. Dinámica Familiar. II Diplomado en Medicina Familiar 1997. El Colegio Jalisciense de Medicina Familiar A.C. 3-7
2. Saldivar GA. Cruz TD. Serviere ZL. Vázquez NF. Joffre VV. Lumbalgia en trabajadores. Revista Medica IMSS 2003; 41(3): 203-209
3. Moya F. Herrero G. Turnero J. Manual de enfermedades reumáticas. Sociedad Española de Reumatología. Doyma, 1996; 270-283
4. López V. Oviedo M. Guzmán J. Ayala Z. Ricardez G. Burillo M. De La Torre J. González R. Servin A. Guía clínica para la atención del síndrome doloroso lumbar. Revista Medica IMSS 2003; 41(Supl): S123-S132
5. Durante E. Problemas frecuentes de la columna. En: Rubinstein A. Terrasa S. Medicina Familiar y Práctica Ambulatoria. 1º Edición. Buenos Aires Argentina. Editorial Medica Panamericana S.A. 2003 ;1281
6. Vázquez NF. Santos DAP. Martínez BJ. Caballero RF. Morales GF. Prado LSC. El Paciente Asmático y su Dinámica Familiar, Revista Alergia México 2003; L(6):214-9
7. Rodríguez G. Rodríguez I. Disfunción familiar en pacientes con insuficiencia renal crónica. Rev. Med. IMSS 2004; 42(2): 97-102
8. Méndez LD. Gómez LV. Disfunción familiar y control del paciente diabético tipo 2. Rev. Med. IMSS 2004; 42(4): 281-284.
9. Louro BI. La Familia en la determinación de la salud. Rev. Cubana de Salud Pública 2003; 29(1): 48-51
10. Huerta MN. Valdés RB. Sánchez EL. Frecuencia de disfunción familiar en una clínica de medicina familiar del ISSSTE en la ciudad de México. Archivos de Medicina Familiar 2001; 3(4) 95-98
11. Herrera SP. La familia funcional y disfuncional, un indicador de salud. Rev. Cubana Med. Gen. Integr. 1997; 13(6):591-5
12. Irigoyen CA. Ciclo Vital de la Familia. En: Irigoyen CA Fundamentos de Medicina Familiar 5º Edición 1998; 1-6, 25-31
13. Gómez CF. Diagnostico de Salud Familiar. En: Irigoyen CA. Fundamentos de Medicina Familiar. Editorial Medicina Familiar Mexicana 5º Edición 1998; 101-140
14. Bellón J. Delgado A. De Luna J. Lardelli P. Validez y fiabilidad del cuestionario de funcionamiento familiar Apgar Familiar. Atención Primaria 1996 Volumen 18 Numero 6 289-296

15. Méndez DM. Gómez VM, García mE. Pérez JH. Navarrete A. Disfunción Familiar y control del paciente diabético tipo 2. Rev. Med. IMSS 2004;42(4)
16. Huerta J. Estudio de la Salud Familiar. Programa de Actualización Continua en Medicina Familiar. Libro 1 59-60 Editorial Intersistemas, SA. de CV 1999
17. Ponce E. Gómez F. Terán M. Irigoyen A. Landgrave S. Validez en constructo de cuestionario FACES III en Español. Atención primaria 2002;30:624-630
18. Seguí DM. Gérvas J. El dolor lumbar. Semergen 2002; Vol.28 1:21-41
19. Vélez G. Guía clínica para el manejo de la lumbalgia. Dirección de Prestaciones Médicas. Coordinación de Educación Médica en Salud. División de Educación Continua IMSS 1-37
20. Farfán G. Hernández A. Altamirano C. Moreno R. Trabajo y Síndrome Doloroso Lumbar. Programa de Actualización Continua en Medicina Familiar. 1 Libro 3. Intersistemas S.A. de CV. 2001 1-54
21. Ligugnana B. Rodríguez DLSS. Coitinho J. Encare Multidisciplinario de la Dorso lumbalgia. Revista "Salud Militar". Publicaciones científicas de la D.N.S.FF.AA. Volumen 25 No.1 Sep. 2003. Pág. 58-75
22. Ortiz GM. La Salud Familiar. Caracterización en un área de salud. Rev. Cubana Med. Gen. Integ. 1999; 15(3):303-9
23. Valdez I. Aldrete MG. Alfaro N. Influencia de la familia en el control metabólico del paciente diabético tipo 2 Salud Publica Mex.1993; Vol. 35(5): 464-465
24. Porras GM. Alanis NG. Lumbalgia en el primer nivel de atención; factores que la condicionan. Revista Salud Pública y Nutrición. Edición Especial No. 9-2006
25. Saldivar PD. Funcionamiento familiar saludable. Infomed. La Habana Cuba. 2007.
26. Santacruz VJ. La familia como unidad de análisis. Rev. Med. IMSS 1983; 21(4):348-357
27. Díaz GL. Albarrán GU. Gómez SV. Evaluación funcional e isocinética en pacientes con lumbalgia mecanopostural. Revista Mexicana de Medicina Física y Rehabilitación 2006; 18: 55-60
28. Prado OR. Cortés PN. Guevara DJ. Efecto analgésico del meloxicam y piroxicam oral en lumbalgia crónica. Rev. Med. IMSS 2001; 39 (2):141-144

29. Barrón HE. Rodríguez LC. Moreno RL. Gerbasi GV. Evaluación funcional del paciente con lumbalgia. Revista Salud Pública y Nutrición. Edición Especial No. 10-2007
30. Sierra MM. Adame TS. Barrón FE. Educación para pacientes con lumbalgia mecanopostural, empleando dos estrategias educativas. Revista Salud Pública y Nutrición Edición Especial No. 1-2000
31. Santos RH. Castro HA. Atención médica del trabajador con lumbalgia. Revista Salud Pública y Nutrición. Edición Especial No. 5-2002
32. Garza GF. Arámbula ML. Efectividad analgésica del bloqueo desinflamatorio en la lumbalgia crónica (evaluación de dos dosis) Revista Salud Pública y Nutrición. Edición Especial No. 8-2005
33. Mendoza SL. Soler HE. Sainz VL. Gil AI. Mendoza SH. Análisis de la Dinámica Familiar en Atención Primaria. Archivos en Medicina Familiar Vol.8 (1) 31

ANEXOS.

INDICE SIMPLIFICADO DE POBREZA FAMILIAR (ISPF)

<p>INGRESO ECONOMICO</p>	<p>Menos de 1 salario mínimo 1 a 2 salarios mínimos 3 a 4 salarios mínimos 5 a 6 salarios mínimos 7 o mas salarios mínimos</p>	<p>4 3 2 1 0</p>	<p>40%</p>
<p>NUMERO DE HIJOS DEPENDIENTES</p>	<p>3 o mas hijos 2 hijos 1 hijo Ningún hijo</p>	<p>2.5 2 1 0</p>	<p>25%</p>
<p>ESCOLARIDAD MATERNA</p>	<p>Sin instrucción Primaria incompleta Primaria completa Pos primaria</p>	<p>2.5 2 1 0</p>	<p>25%</p>
<p>HACINAMIENTO (NUMERO DE PERSONAS POR DORMITORIO)</p>	<p>3 o más personas 1 a 2 personas</p>	<p>1 0</p>	<p>10%</p>

0 – 3 SIN POBREZA
4 – 6 POBREZA BAJA
7 - MÁS POBREZA ALTA

HOJA DE RECOLECCION DE DATOS

Fecha:

Folio.

1.- Nombre del paciente:

Número de afiliación:

Consultorio: 1 M () 1 V ()

2.- Edad: () años Peso () Talla () IMC ()

3.- Sexo: 1) Masculino () 2) Femenino ()

4.- ¿El dolor lumbar cuanto tiempo de evolución tiene?

- Menos de 6 semanas ()
- Más de 6 semanas ()

5.- ¿Con que frecuencia fuma?

- Un cigarrillo ocasional ()
- Menos de cinco cigarrillos al día ()
- Más de cinco cigarrillos al día ()
- No fumo ()

6.- Nivel socioeconómico.

▪ Ingreso económico familiar

- Menos de 1 salario mínimo \$ 1,290 ()
- 1 a 2 salarios mínimos \$ 1,290 - \$ 2,580 ()
- 3 a 4 salarios mínimos \$ 3,870 - \$ 5,060 ()
- 5 a 6 salarios mínimos \$6,350 - \$7,640 ()
- Más de 7 salarios mínimos \$ 8,930 ()

▪ Número de hijos dependientes

- 3 o mas hijos ()
- 2 hijos ()
- 1 hijo ()
- Ningún hijo ()

▪ Hacinamiento. (Personas por dormitorio)

- 1 a 2 personas ()
- Mas de 3 personas ()

▪ Escolaridad materna

- Sin instrucción ()
- Primaria completa ()
- Primaria incompleta ()
- Post primaria ()

7.- ¿Cuántas personas viven en su casa?

- Padres e hijos ()
- Padres e hijos, abuelos, tíos ()
- Además de los anteriores, otro más ()

8.- ¿Quién aporta el gasto familiar?

- El padre y la madre ()
- Solo el padre o la madre ()
- Los ingresos económicos provienen solo del trabajo en el campo ()

9.- ¿Cómo esta la integración en su familia?

- Papá, mamá e hijos viven en casa ()
- Papá trabaja fuera del lugar de residencia, envía dinero para los gastos, lleva buena relación con la esposa e hijos, todos están de acuerdo. ()
- Vivo solo(a) separado(a) o divorciado(a) y separado de sus hijos ()

10.- ¿Cuál es la ocupación del jefe de familia?

- Profesionista ()
- Empleado u obrero ()
- Campesino ()

11.- ¿Dónde esta ubicado el domicilio de su casa?

- En el centro o colonia céntrica ()
- Alrededor de la ciudad donde sin servicio de drenaje o agua potable ()
- Vive en alguna comunidad o rancharía cercana a la ciudad ()

12.- ¿En que etapa de ciclo de la vida de la familia se encuentra?

- ¿Es casado y aún no tienen hijos? ()
- ¿Tienen hijos pequeños que aún no van a la escuela? ()
- ¿Sus hijos viven, estudian y dependen económicamente de usted ()
- ¿Sus hijos son autosuficientes, estudian fuera de la ciudad, y son independientes o están casados y viven solos? ()
- ¿Vive solo o con su cónyuge, es viudo o esta pensionado? ()

ESCALA DE EVALUACION DE LA FAMILIA FASCES III

Olson DH. Portier J. Lavée.

Nunca **(1)** Casi Nunca **(2)** Algunas Veces **(3)** Casi Siempre **(4)** Siempre **(5)**

Describe su Familia.

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

Cohesión: ()

Adaptabilidad ()

APGAR FAMILIAR.

	Casi siempre (2 puntos)	Algunas veces (1 punto)	Casi nunca (0 puntos)
1. ¿Esta satisfecho con el apoyo que recibe de su familia cuando tiene algún problema o pasa por alguna situación crítica?			
2. ¿Le satisface la manera e interés con que su familia discute sus problemas y la forma como participa con usted en la resolución de ello?			
3. ¿Encuentra que su familia respeta sus decisiones individuales y acepta sus deseos de efectuar nuevas actividades o hacer cambios en sus estilos de vida?			
4. ¿Esta satisfecho con la forma en que la familia expresa su afecto y responde a sus sentimientos ya sean de bienestar o malestar?			
5. ¿Le satisface la cantidad de tiempo que usted y su familia pasan juntos?			

0 - 3 Disfunción grave

4 – 6 Disfunción moderada

7 – 10 Familia funcional

EVALUACION DEL SUBSISTEMA CONYUGAL.

Función de comunicación	30%	Nunca	Ocasional	Siempre
Cuando quiere comunicar algo a su pareja se lo dice directamente				
La pareja expresa claramente los mensajes que intercambia				
Existe congruencia entre la comunicación verbal y analógica				
Función de adjudicación y acepción de roles	15%			
La pareja cumple los roles que mutuamente se adjudican				
Son satisfactorios los roles que asume la pareja				
Se propicia el intercambio de roles entre la pareja				
Función de satisfacción sexual	20%			
Es satisfactoria la frecuencia con que tienen relaciones sexuales				
Es satisfactoria la calidad de la actividad sexual				
Función de afecto	20%			
Existen manifestaciones físicas de afecto en la pareja				
El tiempo que le dedica a la pareja es gratificante				
Se interesa por el desarrollo y superación de la pareja				
Perciben que son queridos por su pareja				
Función de toma de decisiones	15%			
Las decisiones importantes para la pareja se toman conjuntamente				

- 40 Pareja gravemente disfuncional
- 41 – 70 Pareja moderadamente disfuncional
- 71 – 100 Pareja funcional

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Por medio del presente reconozco que me han informado sobre el presente trabajo de investigación, el cual se basa en responder un cuestionario que es confidencial, y que los datos que de el se obtengan servirán para el estudio de los pacientes con lumbalgia y su alteración en la funcionalidad funcional.

Por lo anterior es mi decisión libre contestar la encuesta y participar en dicho trabajo de investigación, y firmo este consentimiento informado por mi libre voluntad.

Firma del paciente.