



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E
INVESTIGACIÓN
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD MÉDICA:
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR 92



**“INCAPACIDAD FUNCIONAL Y RESILIENCIA EN ADULTOS MAYORES
CON LUMBALGIA CRÓNICA EN LA UMF 92”**

**TESIS QUE PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA:

M.C. YADIRA MIROSLAVA GÓMEZ ALEGRE

REGISTRO DE AUTORIZACIÓN: R-2022-1401-038

ASESORES:

M. EN EDUCACIÓN OLIVIA REYES JIMÉNEZ

ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR Y

COORDINADORA CLÍNICA DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD DE LA

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NÚMERO 92

E. EN MF. PABLO FLORES SOLANO

ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NÚMERO 92

ESTADO DE MÉXICO

2023





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.

**"INCAPACIDAD FUNCIONAL Y RESILIENCIA EN ADULTOS MAYORES
CON LUMBALGIA CRÓNICA EN LA UMF 92"**

TESIS QUE PARA OBTENER EL GRADO DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
PRESENTA:

M.C. YADIRA MIROSLAVA GÓMEZ ALEGRE

AUTORIZACIONES:

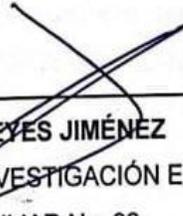


DELEG. DEL ESTADO DE MEXICO ORIENTE
COORDINACIÓN DE PLANEACIÓN
Y ENLACE INSTITUCIONAL
EDUCACIÓN EN SALUD

M. EN EDUCACIÓN PEDRO ALBERTO MUÑOZ REYNA
COORDINADOR AUXILIAR DE EDUCACIÓN EN SALUD
DELEGACIÓN ESTADO DE MÉXICO ORIENTE



E. EN MF. RODRIGO RAMÍREZ VALDEZ
DIRECTOR DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No.92, CIUDAD ZATECA
DELEGACIÓN ESTADO DE MÉXICO ORIENTE



M. EN EDUCACIÓN OLIVIA REYES JIMÉNEZ
COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD DE LA
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 92
DELEGACIÓN ESTADO DE MÉXICO ORIENTE



**"INCAPACIDAD FUNCIONAL Y RESILIENCIA EN ADULTOS MAYORES
CON LUMBALGIA CRÓNICA EN LA UMF 92"**

TESIS QUE PARA OBTENER EL GRADO DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

M.C. YADIRA MIROSLAVA GÓMEZ ALEGRE

AUTORIZACIONES:

M. EN EDUCACIÓN OLIVIA REYES JIMÉNEZ
ASESORA DE TESIS, ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR Y
COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD DE LA
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 92

E. EN MF. PABLO FLORES SOLANO
ASESOR DE TESIS, ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR DE LA
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NÚMERO 92

E. EN MF. MIREYA PÉREZ PÉREZ
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR
DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 92

M. EN EDUCACIÓN OLIVIA REYES JIMÉNEZ
COORDINADOR CLÍNICA DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD DE LA
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 92



**“INCAPACIDAD FUNCIONAL Y RESILIENCIA EN ADULTOS MAYORES
CON LUMBALGIA CRÓNICA EN LA UMF 92”**

TESIS QUE PARA OBTENER EL GRADO DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

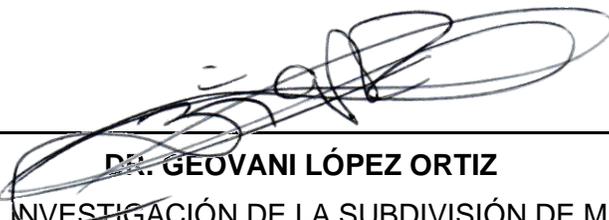
M.C. YADIRA MIROSLAVA GÓMEZ ALEGRE

AUTORIZACIONES:



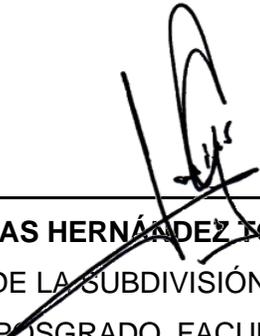
DR. JAVIER SANTA CRUZ VARELA

JEFE DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR DE LA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO, FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M



DR. GEOVANI LÓPEZ ORTIZ

COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DE LA DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO, FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M



DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES

COORDINADOR DE DOCENCIA DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR DE LA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO, FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M





INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS



Dictamen de Aprobado

Comité Local de Investigación en Salud 1401.
H. GRA. REGIONAL 146 Fidel Velázquez Sánchez

Registro COFEPRIS 17 CE 15 083 046

Registro CONSOCÉTICA CONSOCIÉTICA 15 CES 001 2087022

FECHA Maraca, 28 de junio de 2022

Lic. Yadira Miroslava Gómez Alegre

PRESENTE

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título **INCAPACIDAD FUNCIONAL Y RESILIENCIA EN ADULTOS MAYORES CON LUMBALGIA CRÓNICA EN LA UMF 92** que sometió a consideración para evaluación de este Comité, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **APROBADO**:

Numero de Registro Institucional

R-2022-1401-033

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

ATENTAMENTE

Dr. GENARO ÁNGEL GUZMÁN DELGADILLO
Presidente del Comité Local de Investigación en Salud No. 1401

Imprimir

IMSS

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

TESIS

**“INCAPACIDAD FUNCIONAL Y RESILIENCIA EN ADULTOS MAYORES
CON LUMBALGIA CRÓNICA EN LA UMF 92”**

AGRADECIMIENTOS

Esta tesis está dedicada a mi familia, quien fue mi principal fuente de apoyo y aliento cuando más lo necesitaba...

Soy la persona más afortunada del mundo por contar con ellos, mi todo, mi familia amada y unida, y que a pesar de altas y bajas somos una misma ante los peores problemas que vengan, siempre buscando una solución para todo, porque el desistir no existe aquí.

Este trabajo fue realizado a base de amor, esfuerzo, dedicación y con la ilusión de verlo terminado, para agradecer a todas aquellas personas valiosas que creyeron en este sueño, confiaron en mí y participaron en el proceso de su realización, no importando cada faceta vivida, incluyendo una fluctuación de emociones en donde se experimentó estrés, ansiedad, miedo, enojo, frustración, desesperación, desvelos y lágrimas pero que a su vez se equilibraba con sentimientos de esperanza, felicidad, alegría y ese increíble sentimiento cuando te dicen :Lo lograste. ¡A mis abuelitos, tíos, primos y amigos, gracias! Definitivamente vale la pena esta carrera y recibir unas gracias de corazón, no tiene precio.

Al Instituto Politécnico Nacional, mi Alma mater y a la Universidad Nacional Autónoma de México, por permitirme desarrollarme y alcanzar mis anhelos. Al Instituto Mexicano del Seguro Social, que me ha brindado la oportunidad de formarme integralmente. A mis asesores, por brindarme sus conocimientos y por sus exigencias para concluir este proceso con broche de oro.

Gracias a esas personas que ya no están aquí en esta vida y ahora son ángeles que me cuidan desde el cielo y sé que desde ahí me guían y están orgullosos de verme culminar una etapa más profesional en mi vida, a mi tío Raúl que fui su médico de cabecera y a ti Fredy quien fuiste una persona a quien quise demasiado, quien cambio mi vida en 360 grados en todo sentido, y que solo el universo sabe por qué pasan las cosas; y que si te viera de frente sonreirías y dirías...lo lograste bonita.

A mi mujer trabajadora e insensible, mi mamá, que con su ejemplo me ha enseñado a ser tan fuerte como ella, siempre apostando por más; a mi hombre, alentador con sus palabras, mi papá, quien siempre ha forjado en mí a luchar por mis sueños, a no darme por vencida; a mi hermana Brenda que suelo desesperar, pero siempre me ayuda en mis momentos de crisis existenciales y a ti Abril mi hermana que me obsequio mi runa de energía y por la que creo estoy aquí. Los amo.

Mi Dios, tu amor y tu bondad no tienen fin, me permites sonreír ante todos mis logros que son resultado de tu ayuda, y cuando caigo y me pones a prueba, aprendo de mis errores y me doy cuenta de lo que pones frente a mí para que mejore como ser humano, y crezca de diversas maneras.

Finalmente, me la dedico a mí, por tanta perseverancia...

“Piensa, sueña, cree y atrévete.”

ÍNDICE

1. RESUMEN ESTRUCTURADO.....	10
2. MARCO TEÓRICO.....	13
3. JUSTIFICACIÓN	18
4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	19
5. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.....	21
6. OBJETIVOS	21
7. HIPÓTESIS	22
8. MATERIAL Y MÉTODOS.....	22
9. ASPECTOS ÉTICOS.....	34
10. RECURSOS, FINANCIAMIENTO Y FACTIBILIDAD.....	41
11. METODOLOGÍA.....	44
12. RESULTADOS.....	44
13. DISCUSIÓN.....	56
14. CONCLUSIONES.....	60
15. RECOMENDACIONES	62
16. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	65
17. ANEXOS.....	71

1. RESUMEN ESTRUCTURADO

Autores: Gómez, AY.¹ Reyes, JO.² Flores, SP.³

“Incapacidad funcional y Resiliencia en adultos mayores con lumbalgia crónica en la Unidad de Medicina Familiar No. 92.”

Antecedentes: A nivel mundial, la prevalencia del dolor lumbar representa un 9.4% en la población en general. Y de acuerdo a la OMS corresponde a un 70% como causa principal de consulta. Se calcula que un 80% de la población sufre de lumbalgia en algún momento de su vida, llegando a ser incapacitante, afectando la realización de actividades en su vida diaria. Por lo que el impacto en su calidad de vida se ve afectada a nivel físico, funcional, emocional y económico. Siendo considerado un problema de Salud Pública con afectación a nivel personal, laboral y socialmente. **Objetivo:** Relacionar el grado de incapacidad funcional y la resiliencia en adultos mayores con lumbalgia crónica en la UMF No 92. **Material y métodos:** Estudio de tipo transversal, analítico y prospectivo. El cual tiene como sujetos de estudio a derechohabientes de la UMF No.92 con lumbalgia crónica en adultos mayores, hombres y mujeres de 60 a 65 años. Se les proporciono un consentimiento informado para aplicar dos instrumentos de medición, que evalúan la incapacidad funcional y la resiliencia. Para conocer la relación de las variables se empleó la prueba estadística U de Mann Whitney. **Resultados:** Se incluyo a un total de 210 sujetos que presentaran lumbalgia crónica, donde se observó una prevalencia del 61% con una limitación mínima relacionada con una resiliencia alta. Del total de los participantes el 53.8% (N=113) tienen una resiliencia alta. Al llevar a cabo un análisis estadístico de los datos obtenidos se encontró una significancia de 0.000 encontrando una correlación positiva entre las variables de estudio (Incapacidad funcional y resiliencia). **Conclusión:** La lumbalgia, al convertirse en un padecimiento crónico puede ocasionar alguna limitación e incapacidad al individuo en la realización de sus actividades de la vida diaria viéndose reflejado en la parte funcional y emocional, repercutiendo en su calidad de vida, por lo que un diagnóstico y tratamiento oportuno, pueden conllevar a un estado de salud saludable. Resultando fundamental la educación de la población con medidas dietéticas, ejercicio, higiene postural de columna como otras estrategias como psicoterapia o terapia de rehabilitación.

Palabras clave: Incapacidad funcional, resiliencia y lumbalgia.

¹Residente de Medicina Familiar UMF No. 92. ²Coordinador de Educación e Investigación en Salud UMF No. 92. ³Especialista en Medicina Familiar³

ABSTRAC:

Authors: Gómez, AY.¹ Reyes, JO.² Flores, SP.³

"Functional disability and Resilience in older adults with chronic low back pain in the Family Medicine Unit No. 92."

Background: Worldwide, the prevalence of low back pain represents 9.4% in the general population. And according to the WHO, this corresponds to 70% as the main cause of consultation. It is estimated that 80% of the population suffers from low back pain at some point in their lives, becoming disabling, affecting the performance of activities in their daily lives. So the impact on their quality of life is affected at a physical, functional, emotional, and economic levels. Being considered a problem of Public Health with affectation at a personal, labor, and social level. **Objective:** To relate the grade of functional disability and resilience in older adults with chronic low back pain in UMF No 92. **Material and methods:** Cross-sectional, analytical, and prospective study, which has as study subjects beneficiaries of UMF No.92 with chronic low back pain in older adults, men and women aged 60 to 65 years. They will be provided with informed consent to apply two measurement instruments, which evaluate functional disability and resilience. To determine the relationship between the variables, the Mann-Whitney U statistical test was used. **Results:** A total of 210 subjects with chronic low back pain were included, where a prevalence of 61% was observed with a minimal limitation related to high resilience. Of the total number of participants, 53.8% (N=113) have high resilience. When carrying out a statistical analysis of the data obtained, a significance of 0.000 was found, finding a positive correlation between the study variables (Functional disability and resilience). **Conclusion:** Low back pain, by becoming a chronic condition, can cause some limitations and inability to the individual in carrying out their activities of daily living, being reflected in the functional and emotional part, affecting their quality of life, so that a diagnosis and treatment timely, can lead to a healthy state of health. Being fundamental to the education

of the population with dietary measures, exercise, postural hygiene of the spine as well as other strategies such as psychotherapy or rehabilitation therapy.

Keywords: Functional disability, resilience, and low back pain.

¹Resident of the Specialty in Family Medicine UMF No. 92. ² Specialist in Family Medicine, Clinical Coordinator of Health Education and Research UMF No. 92. ³Specialist in Family Medicine³

INCAPACIDAD FUNCIONAL**Antecedentes**

Si bien la instauración de la discapacidad funcional se conoce en base a estudios previos demostrando ser un proceso dinámico y gradual. Conforme la edad avanza en el ser humano se van presentando una serie de problemáticas en el tema de salud, siendo acumulables a lo largo de la vida reflejándose a través de la pérdida de la capacidad para realizar tareas diarias de la vida como lo son el bañarse, comer, vestirse e ir al sanitario.

(1) Sin embargo, es poco lo que se conoce del patrón de pérdida funcional y si este tiene relación alguna con el padecimiento crónico que llegase a presentar el individuo.

Desde una perspectiva de salud pública, es fundamental determinar la carga de discapacidad funcional en la población atribuible a diferentes padecimientos crónicos coexistentes, condicionando un factor de riesgo y generando un mayor impacto en la incidencia de deterioro funcional hasta una incapacidad en el ser humano. (2)

Definición

Los conceptos de discapacidad e incapacidad están relacionados con la presencia de alguna deficiencia, lesión o enfermedad que limitan al individuo en su funcionalismo tanto en el ámbito personal, social y/o laboral. (3) Por ende dicho en otras palabras la limitación funcional implica restricciones en la habilidad de realizar actividades físicas usuales, en la vida diaria. (4) Mientras tanto las Naciones Unidas a través de la OMS: considera a una persona con discapacidad a aquella que tenga una condición física o mental permanente o mayor a seis meses. (5)

Epidemiología

Este estudio de investigación va dirigido a una población con grupo de edad mayor de 60 años considerándose el término adulto mayor. Si bien se sabe el incremento de la esperanza de vida y la disminución de las tasas de fertilidad han provocado el envejecimiento de la población a nivel mundial. En el año 2015, se supo que la población mundial de personas con edad de 60 años o más era de 900 millones y se espera que aumente a dos mil millones en el año 2050 (6). Los adultos mayores cuentan con una multimorbilidad de entre un 34% y un 61%, está definida como el riesgo de padecer dos o más enfermedades crónicas y que a mayor edad se asociada aun mayor deterioro de la función, discapacidad y riesgo de muerte. (7) Lo que refleja tasas de incidencia más altas de incapacidad funcional en personas con la presencia de algún padecimiento crónico. (8)

Factores de riesgo

Si bien existen diversos factores que afectan la capacidad funcional, y están relacionados con la reducción de densidad mineral ósea (DMO) y presencia de fracturas principalmente, viéndose afectada en primer lugar la función musculo esquelética en el adulto, generando dolor. ⁽⁹⁾ Se considera el 38% de los adultos mayores de 50 años, experimentan alguna restricción de movimiento (a su la flexión o extensión), más comúnmente en las regiones dorso lumbar, cadera, rodilla u hombro. Y un 70% son diagnosticados clínicamente con alguna afección del sistema musculo esquelético y del tejido conectivo. ⁽¹⁰⁾

Diagnóstico

Hacer el diagnóstico en base al cuadro clínico es una herramienta fundamental para el médico, pero sin embargo desde el punto de vista del paciente lo importante es lo que puede o no puede hacer en la vida diaria, teniendo un gran impacto en su salud. ⁽¹¹⁾ Afectando la funcionalidad, refiriendo subjetivamente la incapacidad para realizar tareas diarias.

Tratamiento

El adulto mayor físicamente anhela el poder sobrellevar su enfermedad y mantener su independencia. Por lo que se han desarrollado una serie de estrategias de autocuidado, así como técnicas de movilización y rehabilitación. ⁽¹²⁾ Sin olvidar la parte emocional ya que el adulto mayor es quien vive con la enfermedad crónica y existe una ambivalencia afectiva, la cual hay que dirigir con apoyo especializado por parte de psicología.

RESILIENCIA

ANTECEDENTES

Hoy en día, la resiliencia ha ido ganando auge en su área de campo alentando a investigadores a conocer más sobre el tema debido a su potencial para brindar bienestar y la capacidad de reducir la prevalencia de disfunciones mentales. ⁽¹³⁾ A ocupado un lugar importante en el discurso de la salud mundial ⁽¹⁴⁾ impulsado por el gran impacto que confiere en los sistemas de salud, reduciendo la vulnerabilidad ante las crisis y respondiendo de manera efectiva ante ellas.

DEFINICIÓN

En términos de definición de resiliencia, es de destacar que alrededor de un tercio de los estudios no presentaron ninguna definición, y casi la mitad adoptó una visión como un rasgo de personalidad. Considerando que las definiciones dadas deben cumplir con las que son la base teórica de las escalas utilizadas ⁽¹⁵⁾ como la Escala de Resiliencia de Connor-Davidson y la Escala de Resiliencia. De acuerdo a la Asociación Estadounidense de Psicología (APA) la resiliencia es definida como el proceso de adaptarse bien a la adversidad frente a una fuente de estrés, como problemas familiares, de pareja, laborales y económicos ⁽¹⁶⁾ En el área médica la resiliencia psicológica se distingue de la resiliencia física definida como la capacidad de un organismo para responder a factores estresantes que alteran agudamente la homeostasis fisiológica. ⁽¹⁷⁾

EPIDEMIOLOGÍA

La prevalencia de la resiliencia se estableció firmemente, a medida que fueron teniendo más auge las investigaciones sobre el tema del trauma considerando aspectos psicológicos y físicos. ⁽¹⁸⁾ Aunque insensatamente, no se es capaz hacer una predicción certera, siendo un aspecto subjetivo de cada ser individuo en base a su capacidad de hacer frente a las adversidades de la vida, lo que condiciona a ser débil el resultado esperado.

FACTORES DE RIESGO

El ser humano se puede ver afectado tras circunstancias propias individuales como lo son: altos niveles de estrés generados, tras presentar alguna patología crónico-degenerativa, una discapacidad y/o incapacidad funcional, alguna pérdida (muerte de un ser querido) así como estresores ambientales generados por el riesgo de estar expuestos a una serie de accidentes;⁽¹⁹⁾ todo ello implicando mortificaciones en su vida.

IMPORTANCIA DE DESARROLLAR LA RESILIENCIA

La resiliencia es el proceso que se ve favorecido por cualidades individuales como el control personal, el afecto positivo, el optimismo y el apoyo social. Protegiendo estas, de factores estresantes sobre la fisiología. ⁽²⁰⁾

MANIFESTACIONES CLINICAS

En cualquier caso, la resiliencia no es un rasgo que la gente tenga o no tenga. Implica

comportamientos, pensamientos y acciones que cualquier persona puede aprender y desarrollar. Y amortigua los efectos negativos del estrés y promueve el retorno a la salud y función de base. (21)

Las definiciones de resiliencia se vuelven importantes a la hora de medirla con escalas confiables y validadas, en Latinoamérica. Y México no es la excepción creando la Escala de Resiliencia Mexicana (RESI-M). (22).

Es preciso mencionar cuanto mayor sea la resiliencia, menor será la vulnerabilidad y el riesgo de enfermedad. Una buena resiliencia agrava y previene la aparición de enfermedades, proporciona buena salud, facilita y acelera la curación y proporciona una vida productiva y una sensación de bienestar a pesar de las enfermedades crónicas. (23)

TRATAMIENTO

El manejo e inicio del tratamiento es un proceso complejo que involucra un equipo multidisciplinario como cadena de supervivencia. La capacidad de adaptarse a cambios inesperados en las condiciones de los pacientes o en el entorno es un requisito previo para la seguridad del paciente. Necesitando redes de apoyo para enfrentar sus problemas, potenciando sus habilidades en los momentos difíciles.

LUMBALGIA

ANTECEDENTES

Desde hace tiempo atrás se le ha dado bastante importancia al tema del dolor y a su vez como se relaciona con la funcionalidad del individuo. Se considera dolor crónico aquel que persiste por más de tres meses relacionado generalmente con patologías músculo-esqueléticas, asociando una grave discapacidad funcional, problemas de salud psicológica y desempleo. Siendo la población de la tercera edad con mayor prevalencia viéndose afectada su calidad de vida. (24)

El dolor crónico implica un alto impacto social, estando frecuentemente asociado a otras enfermedades crónicas, lo que supone una carga para los sistemas de salud y la economía. Su prevalencia en la población en general varía de acuerdo al estudio realizado entre un 10.1% y un 80% y esto depende de acuerdo a los criterios utilizados para clasificar el dolor crónico (<3 meses, o > 6 meses) así como a la población de estudio. (25)

EPIDEMIOLOGÍA

El dolor lumbar es considerado como la principal causa de discapacidad a nivel mundial

presente en países de ingresos altos, medios y bajos y en todo grupo etario. Y es la segunda razón más común relacionada con los síntomas para buscar atención de un médico de atención primaria. Durante el periodo 1990 y 2015 aumentaron los casos de discapacidad en un 54% causada por dolor lumbar ⁽²⁶⁾ principalmente debido al aumento y el envejecimiento de la población, reflejando mayor incidencia en los países de ingresos bajos y medianos. En América Latina, y su prevalencia se ha estimado en 11%, lo que representa del 10% al 15% de todas las reclamaciones por discapacidad en México. ⁽²⁷⁾

DEFINICIÓN

El dolor lumbar conlleva limitación funcional afectando el desempeño en las actividades cotidianas. ⁽²⁸⁾ Definido por la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor como una experiencia sensorial y emocional desagradable generando a su vez un grado de sufrimiento en el ser humano de forma. ⁽²⁹⁾

FACTORES DE RIESGO

En las personas con dolor lumbar, no siempre es posible identificar una causa nociceptiva específica. Sin embargo, existen etiologías bien conocidas que pueden llegar desencadenarlo como: una fractura vertebral, una neoplasia maligna o una infección; personas con trabajos físicamente exigentes y que tienen datos de sobrepeso y obesidad. Sin embargo, existe el dolor lumbar inespecífico, que representa aproximadamente el 90 % de todos los dolores lumbares vistos en la atención primaria. ⁽³⁰⁾

CUADRO CLÍNICO

En forma generalizada el dolor de espalda es el signo más característico de este, como la incapacidad funcional para realizar actividades diarias de la vida. Acompañado de pérdida sensorial como datos de entumecimiento u hormigueo que con frecuencia se irradian a miembros pélvicos, glúteos, con limitación de movimientos y/o marcha claudicante. A medida que avanza la edad resulta una mayor discapacidad y una menor calidad de vida. ⁽³¹⁾

TRATAMIENTO

El manejo terapéutico en pacientes con dolor lumbar crónico va dirigido a un control neuromuscular de la columna lumbar. Se ha demostrado que la terapia a base de ejercicios de rehabilitación mejora la condición. ⁽³²⁾ La terapia cognitiva funcional (CFT), ayudar a los pacientes a auto controlar el dolor lumbar. ⁽³³⁾ Sin dejar por último y no menos importante el control de peso siendo factor condicionante ⁽³⁴⁾ para la mejora o complicación de la lumbalgia.

3. JUSTIFICACIÓN

A nivel mundial, la prevalencia del dolor lumbar representa un 9.4% en la población en general. Según la OMS se calcula que la lumbalgia afecta a un 85% de la población mundial, llegando a ser incapacitante en un 60% de estos. (35)

La lumbalgia se caracteriza por presencia de dolor, disminución de la movilidad a nivel espinal y discapacidad. Se estima que alrededor del 80% de la población experimentara dolor lumbar en algún momento de su vida. (36)

Es importante mencionar que la calidad de vida se ve afectada principalmente en la edad adulta reproductiva, y puede llegar a condicionar una discapacidad tanto física y funcional, sin olvidar la parte emocional. Por lo que su impacto económico hoy en día de esta patología es considerable. Por otra parte, el termino resiliencia es definido como: Aquella capacidad que tiene el individuo de adaptarse ante una situación adversa y/o perturbadora. (37) En donde por capacidad de adaptación entendemos la cualidad de una persona para lograr modificar su manera de actuar a fin de lograr integrarse en el medio donde se desenvuelve. En cuanto a adversidades, nos referimos al desequilibrio negativo, situaciones de alto riesgo o a la problemática con la que nos encontramos a lo largo de nuestra vida.

Resaltando la finalidad de este protocolo de investigación el conocer la realidad de un problema de salud que es muy frecuente y a la vez tiene gran implicancia personal, laboral y social, y al convertirse en un padecimiento crónico puede incapacitar al individuo en la realización de sus actividades de la vida diaria viéndose reflejado en la parte funcional y emocional del individuo, permitiendo hacer una evaluación subjetiva de salud en relación a padecer lumbalgia reflejando la carga de esta enfermedad, repercutiendo en la calidad de vida. Dentro de los beneficios esperados en este estudio por los participantes es adquirir el conocimiento a base de un tríptico mostrando datos específico de los temas de lumbalgia crónica, resiliencia e incapacidad funcional, para así saber sobre su padecimiento y tener herramientas para sobrellevarlo a lo largo de su vida, dentro de los beneficios a la comunidad es la difusión de información y finalmente los beneficios para el propio IMSS son los resultados que obtengamos de este estudio para así poder presentarlo en forma de investigación y/o carteles científicos, pudiendo llegar a tener un impacto en la sociedad.

4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

MAGNITUD

El dolor lumbar es un problema de salud pública, con mayor incidencia y prevalencia en edad adulta y/o vejez secundaria a afecciones musculoesqueléticas principalmente. Se considera problema de salud pública debido a múltiples factores ergonómicos, posturales, emocionales, entre otros. el cual podría condicionar a presentarse una limitación funcional afectando la calidad de vida del individuo, imposibilitando la realización de tareas diarias de la vida como quehaceres domésticos, actividades sociales, ausencia laboral o discapacidad de forma transitoria o permanente. Aumenta su prevalencia en la medida que avanza la edad. (38)

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) es la primera causa de consulta a nivel mundial (70%), afectando a 80 de cada 100 personas y se incrementa en aquellas que padecen de obesidad (39) En el área social la resiliencia es definida como aquella capacidad que tiene el ser humano de hacer frente a las diversas adversidades de la vida diaria, el enfrentarlas y salir airoso de estas. Además puede ser considerado un proceso dinámico en el que el hombre interactúa con su entorno permitiendo un desarrollo saludable, tanto física como mentalmente, en pacientes con enfermedades crónicas.

TRASCENDENCIA

El estudio que se realizará será trascendente, ya que debido al auge que tiene hoy en día la resiliencia en múltiples investigaciones, es considerado como un factor de protección ante circunstancias difíciles de la vida como en el diagnóstico, y en el proceso de una enfermedad siendo los adultos mayores un grupo con mayor vulnerabilidad física y psicológicamente. (40)

Esta investigación fue pensada debido al creciente número de pacientes adultos mayores con diagnóstico de lumbalgia crónica, con la finalidad de proporcionar un panorama amplio de como se ve reflejada la incapacidad funcional secundario al dolor lumbar; la prevalencia a nivel mundial se ha estimado que 1 de cada 5 adultos sufre dolor y 1 de cada 10 adultos es diagnosticado con dolor crónico cada año. (41) La resiliencia puede verse influida en el sentir del sujeto, y ser parte fundamental en su condición de vida. Siendo la personalidad del ser humano característica fundamental para responder a

factores inherentes como su capacidad cognitiva de resolver conflictos, procesos afectivos adecuados y control de su impulsividad como posibilidad de afrontamiento.

FACTIBILIDAD

Este estudio puede ser factible ya que se cuenta con los sujetos de estudio, derechohabientes de la UMF No.92, ya conocidos con el diagnóstico de lumbalgia crónica, que acuden a sus citas de seguimiento y control en los mismos consultorios de medicina familiar del turno matutino, se cuenta con el registro de pacientes por parte del servicio de ARIMAC, se hará captación de los sujetos para solicitarles su participación al proyecto de investigación y así mismo aplicarles las escalas de medición de Resiliencia Mexicana (RESI-M) y el cuestionario de Oswestry, que determinan el grado de incapacidad por dolor lumbar, para así poder estudiar estas variables con la población de estudio.

Tras aceptar su participación, se les otorgará una carta de consentimiento informado en donde se le explicará de manera entendible y sencilla el procedimiento de dicho estudio, solicitándole su firma como comprobante de aceptación de su participación en la investigación a realizar. (42)

Es importante comentar que se nos otorga una beca durante la residencia siendo esta un apoyo económico para poder realizar los gastos necesarios para la aplicación de dichos cuestionarios.

VULNERABILIDAD

El encontrarnos en contingencia sanitaria, secundaria a SARS COV-2 razón por la cual podría interferir con la captura de los sujetos de estudio para la investigación, ya que al ser un grupo vulnerable para enfermarse por sus comorbilidades ya conocidas dispondrían de menos tiempo en las instalaciones de la UMF No.92 para contestar dichos cuestionarios de aplicaciones, esto por miedo al contagio.

Además, puede existir la posibilidad de que los derechohabientes se nieguen a participar en el protocolo de investigación, y con base al informe de Belmont se menciona el respeto a la autonomía de decidir si desean o no el participar en el estudio, explicándole de forma entendible los beneficios y riesgos que se llegasen a presentar. (43)

La susceptibilidad emocional puede hacerse presente en nuestros sujetos de estudios con las preguntas de las escalas de aplicación provocando cierta labilidad emocional secundario a su padecimiento de lumbalgia crónica que puede ser incapacitante para realizar tareas diarias y básicas en su vida afectando su calidad de vida, por lo que esta investigación se deberá prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y a la protección de sus derechos y bienestar. (44)

5. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál es la relación entre la Incapacidad funcional y la resiliencia en adultos mayores con lumbalgia crónica en la Unidad de Medicina Familiar No.92?

6.

OBJETIVO

Objetivo general:

Relacionar el grado de incapacidad funcional y la resiliencia en adultos mayores con lumbalgia crónica en la UMF No 92.

Objetivos específicos:

- Conocer el grado de Incapacidad funcional por medio del Instrumento: Cuestionario de Oswestry, en adultos mayores con lumbalgia crónica en la UMF No 92.
- Identificar el grado de resiliencia por medio del Instrumento: Escala de Resiliencia Mexicana (RESI-M), en adultos mayores con lumbalgia crónica en la UMF No 92.
- Describir las variables sociodemográficas (sexo, edad, estado civil, ocupación y escolaridad) en adultos mayores con lumbalgia crónica de la UMF No. 92.
- Determinar el IMC (Índice de Masa Corporal) en adultos mayores con lumbalgia crónica en la UMF No 92.

7. HIPÓTESIS

Hipótesis de Trabajo H1: Si hay 47.8% de incapacidad ⁽⁴⁵⁾ funcional moderada, entonces se relaciona a una baja resiliencia en un 65% ⁽⁴⁶⁾ en el sujeto adulto mayor con lumbalgia crónica en la UMF No 92.

Hipótesis Nula H0: Si hay 47.8% de incapacidad funcional moderada, entonces no se relaciona a una baja resiliencia en un 65% en el sujeto adulto mayor con lumbalgia crónica UMF No 92.

VARIABLES.

-Variable dependiente: Incapacidad funcional

-Variable independiente: Resiliencia

8. MATERIALES Y MÉTODOS

8.1 . Características del lugar de estudio: El estudio de investigación se realizó en sujetos adultos mayores con lumbalgia crónica derechohabientes a la Unidad de Medicina Familiar No. 92, del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), ubicada en Avenida Central esquina con Santa Prisca, Col. Ciudad Azteca C.P. 55120 Ecatepec de Morelos, Estado de México. Tel. 5557-556674, la cual ofrece atención médica en 2 turnos matutino y vespertino. Cuenta con 32 consultorios, así como servicio de epidemiología, medicina preventiva, laboratorio, salud en el trabajo y rayos X.

Tiempo de estudio: el presente estudio se llevará a cabo durante el periodo mayo 2022 a marzo 2023.

8.2. Diseño de estudio

- **Transversal:** Se hizo en una sola medición en el tiempo de las variables en estudio (Incapacidad funcional y resiliencia). Debido a que no se dio seguimiento al grupo de estudio en los sujetos con lumbalgia crónica y las variables ya mencionadas, que fueron medias una sola vez.
- **Analítico:** Se descubrió una hipotética relación entre las variables incapacidad funcional y resiliencia. Sin intervenir en los grupos de estudio. Se aplicó estadística inferencial.

- Prospectivo: la información se recolecto mediante cuestionarios aplicados a los participantes adultos mayores con lumbalgia crónica de la UMF No.92.

8.3. Universo de trabajo

La población de estudio son adultos mayores con diagnóstico de lumbalgia crónica, de 60 a 65 años, correspondientes a ambos turnos que asisten a la UMF No. 92 a consulta externa a valoración y seguimiento sintomático. Con un tamaño total de la población de 557 sujetos, y un tamaño de muestra de 210 sujetos a estudiar.

8.4. Criterios de selección

8.4.1.-Criterios de Inclusión

- Sujetos de estudio con diagnóstico de lumbalgia crónica en relación a la base de datos que el servicio de ARIMAC proporciono.
- Derechohabientes a la UMF No. 92
- Pertenezcan a ambos turnos (matutino y vespertino)
- Edad 60 años a 65 años (Considerada la etapa de adulto mayor a partir de los 60 años de edad) ⁽⁴⁷⁾
- Que deseen participar de forma libre en el estudio, previo consentimiento informado y tengan diagnóstico de lumbalgia crónica.
- Sexo: mujeres y hombres de la UMF No.92

8.4.2. -Criterios de Exclusión

- Sujetos con enfermedades que limite el contestar la encuesta (deterioro cognitivo, enfermedad mental, disartrias).
- Presenten algún tipo de cirugía de la columna lumbar secundaria a, hernia discal lumbar, estenosis del canal lumbar, e inestabilidad lumbar.
- Que presenten algún tipo de neoplasia o metástasis como tumores raquimedulares.
- Sujetos que tengan traumatismos recientes en región lumbar.

8.4.3. -Criterios de Eliminación

- No llenar de manera completa las encuestas realizadas.

8.5. -Tamaño de muestra

El tamaño de la muestra corresponde a un total de 557 sujetos incluyendo hombres y mujeres que se encuentran registrados en la base de datos del área de información médica y archivo clínico (ARIMAC) en la Unidad de Medicina Familiar No. 92, elegidas en el periodo comprendido enero-diciembre 2021 de ambos turno matutino y vespertino.

Para determinar el tamaño de la muestra se consultó la base de datos proporcionada por ARIMAC de personas adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No.92 para conocer la población total que corresponde al diagnóstico de lumbalgia crónica, tanto hombres y mujeres con edad de 60 a 65 años y así tomar de esta población una proporción. Determinándose por medio de la fórmula de diferencia de dos proporciones de la siguiente manera: Sin olvidar hacer mención que, si la población es finita, es decir se conoce la totalidad de la población y se desea saber cuántos de este total tendremos que estudiar la respuesta sería de acuerdo a la fórmula de dos proporciones.

$$\text{Dónde: } N = \frac{p_1(1-p_1)+p_2(1-p_2)}{(p_1-p_2)^2} * (Z\alpha + Z\beta)^2$$

N= Tamaño de la muestra

Z_α= Error Alfa (95% =1.96)

Z_β=Error Beta (5%=1.645)

n₁= Proporción de grupo 1 n₁=0.65 ⁽⁴⁵⁾

n₂=Proporción de grupo 2 n₂=0.478 ⁽⁴⁶⁾

$$N = \frac{0.65(1-0.65) + 0.478(1-0.478)}{(0.65-0.478)^2} * (1.96+1.645)^2$$

$$(0.65-0.478)^2$$

$$N = \frac{0.65(0.35) + 0.478(0.522)}{(0.172)^2} * (3.605)^2$$

$$N = \frac{0.2275 + 0.2495}{0.0295} * 12.9960$$

$$N = \frac{0.477}{0.0295} * 12.9960$$

$$N = 16.1694 * 12.9960$$

$$N = 210.1375$$

Tamaño de muestra: 210

8.6.- Muestreo

La técnica de muestreo fue: Muestreo tipo probabilístico, de tipo aleatorio simple asignando un número aleatorio a cada individuo de la población de estudio generado por un ordenador, previamente extraída la información del sistema de ARIMAC a través de la base de datos de todos los derechohabientes con diagnóstico de lumbalgia. De tal forma que cada sujeto tiene una probabilidad igual de ser seleccionado para el estudio y ubicarlos en su día de consulta y poder aplicarles los instrumentos de medición. Serán incluidos sujetos que acepten participar, que padezcan lumbalgia y se encuentren en la UMF No.92

8.7.- Diseño de Análisis

La recolección de los datos se realizó con base a datos en el programa estadístico SPSS versión 22.

Se realizó un análisis univariado de las variables cualitativas (Incapacidad funcional y resiliencia) y se obtendrán medidas de tendencia central y dispersión, la información se presentará por medio de tablas, gráficas, posterior a la aplicación de encuestas. El presente estudio se realizó en la UMF 92 de la subdelegación oriente del IMSS, la cual se encuentra localizada en Av. Central esquina Santa Prisca, considerando a los sujetos que se encuentran en la sala de espera de la Unidad Médica a las cuales se les aplico los criterios de inclusión, exclusión y eliminación para aplicar el cuestionario de Oswestry para determinar la incapacidad por dolor lumbar y la escala de Resiliencia Mexicana (RESI-M).

8.8.- OPERALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN	UNIDAD DE MEDICIÓN
Dependiente: Incapacidad funcional	Dificultad para hacer las actividades en cualquier ámbito de la vida. (3)	Puntaje obtenido por los participantes en la Escala de incapacidad por dolor lumbar OSWESTRY de Flórez et al., validada en el año 1995, consta de 10 ítems. Con índice de Alfa de Cronbach de 0.85. (3,34) -Limitación funcional mínima	Cualitativa	Ordinal	<ul style="list-style-type: none"> • Limitación mínima • Limitación moderada • Limitación intensa • Discapacidad • Limitación máxima

		(Entre 0%-20 %) -Limitación funcional moderada (20%-40 %) -Limitación funcional intensa (40%-60%) -Discapacidad (60%-80%) -Limitación funcional máxima. (> 80 %)			
Independiente: Resiliencia	Un constructo dinámico que incluye una amplia clase de fenómenos implicados en las adaptaciones exitosas ante un contexto de amenazas significativas para el desarrollo. (22)	Puntaje obtenido por los participantes en el Test de Resiliencia Mexicana (RESI-M) de Palomar y Gómez, validada en el año 2010, consta de 43 ítems. Con índice de Alfa de Cronbach de 0.93. (22) -Nivel bajo (43 a 85 puntos) (0 al 50%) -Nivel medio (86 a 128	Cualitativa	Ordinal	<ul style="list-style-type: none"> • Baja • Media • Alta

		puntos) (51 al 75%) -Nivel alto (129 a 172 puntos) (76% o más)			
--	--	---	--	--	--

VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN	UNIDAD DE MEDICIÓN
Sexo	Condición orgánica que distingue al individuo. (48)	El sexo que reporte el sujeto de estudio en las encuestas.	Cualitativa	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Mujer • Hombre
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento de una persona hasta un tiempo determinado. (35)	Edad de 60 años a 65 que tienen los sujetos de estudio al momento de la encuesta.	Cuantitativa	Discreta	<ul style="list-style-type: none"> • Años
Escolaridad	Conjunto de cursos que un estudiante sigue en un establecimiento docente. (43)	Años cursados de educación formal al momento de la encuesta.	Cualitativa	Ordinal	<ul style="list-style-type: none"> • Primaria • Secundaria • Preparatoria • Carrera técnica • Licenciatura

Estado civil	Situación jurídica en la familia y la sociedad determina su capacidad para ejercer ciertos derechos y contraer ciertas obligaciones, es indivisible, indisponible e imprescriptible y su asignación corresponde a la ley. (49)	Estado civil en el que se encuentre el participante al momento de la encuesta.	Cualitativa	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Soltero • Casado • Unión libre • Separado • Divorciado • Viudo
Ocupación	Trabajo o cuidado que impide emplear el tiempo en otra cosa. (50)	Ocupación que refiere el sujeto de estudio en las encuestas.	Cualitativa	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Empleado • Desempleado • Jubilado • Hogar
Índice de masa corporal (IMC)	índice utilizado para clasificar el sobrepeso y la obesidad es un número que se calcula a partir de la talla (cm) y del peso (kg) mediante la fórmula $IMC = \frac{\text{Peso}}{(\text{Talla})^2}$ (51)	Índice de masa corporal con el que encuentre el participante al momento de la encuesta. •Peso insuficiente:< 19 •Normo peso: 19 y 24.9	Cualitativa	Ordinal	<ul style="list-style-type: none"> • Peso insuficiente • Normo peso • Sobrepeso • Obesidad Grado I • Obesidad Grado II • Obesidad Grado III

		<ul style="list-style-type: none"> •Sobrepeso: \geq 25 •Obesidad: \geq 30. •-Grado I: 30-34.9 •-Grado II: 35 - 39.9 •Grado III: \geq40 			
--	--	--	--	--	--

8.9.- DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO

Previa búsqueda y revisión de la literatura, se redactó el proyecto de investigación llamado

“Incapacidad funcional y Resiliencia en Adultos Mayores con Lumbalgia crónica en la UMF No. 92”, siendo aprobado por el comité de ética 1401-8 y comité de investigación 1401; el estudio se llevó a cabo en dicha unidad médica, en donde se buscó a los sujetos de estudio (derechohabientes) citados y que acudan a su control en la consulta externa de medicina familiar con el diagnóstico de lumbalgia crónica y estos sean adultos mayores de 60 a 65 años, tanto de turno matutino como vespertino.

Los participantes fueron previamente informados sobre el estudio, el cual se realizará de forma directa y se les explicara de manera detallada y concisa el objetivo de dicha investigación, previo consentimiento informado y firmado por ellos, se les aplicarán 2 cuestionarios: Escala de Resiliencia Mexicana (RESI-M) y Cuestionario de Oswestry, en un tiempo de 30 minutos, en donde el investigador estará presente por si se llegase a presentar alguna duda.

Este estudio tuvo un riesgo mínimo por el simple hecho de cuestionar en base a una serie de dos test, observar y medir las respuestas de los participantes y obtener resultados en relación a nuestras variables de estudio de proyecto, todo esto permitido y autorizado por

el mismo sujeto de investigación por medio de un consentimiento informado.

Las medidas de bioseguridad como practica rutinaria de la unidad médica No.92 hoy en día será mantener una distancia de 1.5 m aproximadamente entre investigador y participante para la aplicación de los cuestionarios, así como uso de cubre bocas e higiene de manos con alcohol gel, para así disminuir el riesgo de contagio de alguna enfermedad contagiosa como por ejemplo Enfermedad por SARS COVID-19, siendo considerada pandemia mundial y problema de salud Pública en México.

8.9.1- INSTRUMENTOS

Para este estudio de investigación se utilizó la aplicación de dos cuestionarios que a continuación se describen.

A. Escala de Resiliencia Mexicana (RESI-M) ⁽²²⁾

- Descrita por: Palomar y Gómez
- Validada en el año 2010, adaptado para ser aplicado a la población mexicana.
- Descripción: consiste en un cuestionario formado por cinco factores: fortaleza y confianza en sí mismo, competencia social, apoyo familiar, apoyo social y estructura. Este instrumento consiste en un cuestionario tipo Lickert de 43 ítems con recorrido de 1 a 4 puntos (de “totalmente en desacuerdo” a “totalmente de acuerdo”, conformado por las sub escalas de Fortaleza y confianza en sí mismo (ítems 1-19, $\alpha = 0.93$), competencia social (ítems 20-27, $\alpha = 0.87$), Apoyo familiar (ítems 28-33, $\alpha = 0.87$), Apoyo social (ítems 34-38, $\alpha = 0.84$) y Estructura (ítems 39-43, $\alpha = 0.79$),
- Alpha de Cronbach total de 0.93.
- Duración de aplicación de 25 min aproximadamente.
- Con una de medición de: nivel bajo (0 al 50%), nivel medio (51 al 75%) y un nivel alto (76% o más).

B. Cuestionario de Oswestry ⁽³⁴⁾

- -Descrita por: Flórez et al.
- -Validada en el año 1995, adaptada y validada en diferentes países.
- -Descripción: consiste en determinar el grado de incapacidad por dolor lumbar. A si mismo encargado de la atención de adultos mayores como indicador de discapacidad física por lumbalgia, comprende 10 ítems, de 10 puntos cada uno, con un máximo de 100, siendo este puntaje el peor estado funcional posible. La escala tiene 10 cuestiones con 6 posibles respuestas cada una. Cada ítem se valora de 0 a 5, de menor a mayor limitación. Si se marca la primera opción se puntúa 0 y 5 si la señalada es la última opción. Si se marca más de una opción se tiene en cuenta la puntuación más alta. En caso de no responder a un ítem éste se excluye del cálculo final. La puntuación total, expresada en porcentaje (de 0 a 100%), se obtiene con la suma de las puntuaciones de cada ítem dividido por la máxima puntuación posible multiplicada por 100:

$$\text{Puntuación total}^{\text{P}} = \frac{50 - (5 \times \text{número de ítem no contestados})}{\text{suma de las puntuaciones de los ítem contestados} \times 100}$$

- Con una de medición de: Valores altos describen mayor limitación funcional. Entre 0-20 %: limitación funcional mínima; 20 %-40 %: moderada; 40 %-60 %: intensa; 60 %-80 %: discapacidad, y por encima de 80 %: limitación funcional máxima.
- Alpha de Cronbach total de 0.85
- Duración de aplicación de para rellenar el cuestionario es de unos 5 minutos.

Además de una ficha de identificación con preguntas sociodemográficas como su sexo, estado civil, edad, escolaridad y ocupación.

Al termino de los cuestionarios se le pregunto a cada sujeto de estudio si tuvieron alguna duda en los cuestionarios para proceder a aclararlas, además de proporcionar un tríptico informativo sobre los temas de Incapacidad funcional, Resiliencia, y lumbalgia crónica, finalizando con el agradeciendo de su participación.

Posteriormente se llevará a cabo el análisis de información de los datos obtenidos, de dicho estudio, siendo estos codificados y capturados en el paquete estadístico IBM SPSS.

8.9.2- Análisis Estadístico

Para este estudio de investigación los datos serán procesados mediante el programa estadístico SPSS versión 22. para Windows, organizado en folio, variables sociodemográficas, IMC, variable dependiente e independiente.

La variable cuantitativa (edad) se realizó el análisis estadístico de acuerdo a la distribución a través de media, mediana, varianza y desviación estándar reportándolo mediante la representación gráfica de caja y bigotes. Mientras que las variables cualitativas como son: sexo, escolaridad, estado civil, ocupación y relación de variables dependientes e independientes, se realizaran a través del análisis estadístico a través de frecuencia y porcentaje (sexo, escolaridad, estado civil y ocupación) y la U de Mann Whitney (relación de variables dependientes e independientes, representándolas a través de grafica de barras.

Variable	Tipo de variable	Escala	Análisis Estadístico	Representación Grafica
Sexo	Cualitativa	Nominal	Frecuencia y porcentaje	Gráfica de barras
Edad	Cuantitativa	Discreta	De acuerdo a su distribución se realizará, media, mediana, varianza y desviación estándar	Caja y Bigote
Escolaridad	Cualitativa	Ordinal	Frecuencia y porcentaje	Gráfica de barras

Estado civil	Cualitativa	Nominal	Frecuencia y porcentaje	Gráfica de barras
Ocupación	Cualitativa	Nominal	Frecuencia y porcentaje	Gráfica de barras
Índice de Masa Corporal (IMC)	Cualitativa	Ordinal	Frecuencia y porcentaje	Gráfica de barras
Incapacidad funcional	Cualitativa	Ordinal	Frecuencia y porcentaje	Gráfica de barras
Resiliencia	Cualitativa	Ordinal	Frecuencia y porcentaje	Gráfica de barras
Relación de las variables dependiente e independiente incapacidad función y resiliencia en adultos mayores con lumbalgia crónica.	Cualitativa	Ordinal	U de Mann-Whitney	

9. ASPECTOS ÉTICOS

Para la elaboración de este trabajo de investigación, se siguieron las normas y lineamientos establecidos por la Ley General de Salud y los establecidos en el código de investigación en salud, así como por los estatutos establecidos por el comité de bioética de la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma del México, que en conjunto promueven el respeto a todo ser humano y contribuyen a

proteger su salud, así como los derechos individuales. El siguiente estudio tiene fines descriptivos y transversal por lo que no se realiza intervención alguna que afecte la integridad física, psicológica y/o moral de los pacientes, en base a principios de honestidad, respeto y dignidad, representando un grado de riesgo mínimo.

CODIGO DE NUREMBERG ⁽⁵²⁾

El código de Nüremberg fue publicado el 20 de agosto de 1947, planteando la obligación de solicitar el consentimiento informado y la expresión de la autonomía del paciente. En donde se plantean las siguientes recomendaciones:

1. Se le proporcione a cada sujeto de estudio un formato de consentimiento informado voluntario, explicándole en que consiste el estudio de forma clara, entendible y concisa, sin uso de violencia para su ingreso a este, además se le explicaron los beneficios, complicaciones y desventajas que pudieran presentarse a lo largo de la investigación.
2. La investigación es útil para el bien de la sociedad, ya que nos permite saber el grado que existe de resiliencia e incapacidad funcional en adultos mayores que padecen lumbalgia crónica.
3. Para esta investigación no se generó sufrimiento físico, mental ni daño necesario, ya que es un estudio de mínimo riesgo.
4. El estudio de investigación desarrollado es ético y su riesgo de exposición es mínimo, ya que la exposición es a prueba psicológica la cual podría generar cierta incomodidad emocional por parte del sujeto de estudio, en el cuestionario de Oswestry en el ítem 8. Rubro de Actividad sexual.
5. Se hará saber al sujeto que es libre de retirarse del estudio en el momento que desee y le sea imposible continuar, sin tener ninguna repercusión en su atención médica.

DECLARACIÓN DE HELSINKY ⁽⁵³⁾

1. Promulgada en el año 1975, en la 18° asamblea de la Asociación Médica Mundial (AMM), donde se enunciaron los principios éticos como propuesta para la investigación médica en seres humanos. De tal manera que en base a esta declaración el estudio de investigación fue desarrollado de la siguiente manera.
2. El estudio está sustentado en bibliografía actualizada, en conocimientos científicos, obtenidas mediante la revisión de diversas fuentes bibliográficas sobre la incapacidad funcional y resiliencia en adultos mayores con lumbalgia crónica.
3. El proyecto de investigación fue realizado por el médico residente de segundo grado de la especialidad de Medicina Familiar, con título de: “INCAPACIDAD FUNCIONAL Y RESILIENCIA EN ADULTOS MAYORES CON LUMBALGIA CRÓNICA EN LA UMF 92”, expedido por Dra. Yadira Miroslava Gómez Alegre con cedula profesional 10023159, bajo la supervisión de un asesor temático y metodológico, el cual cuenta con la experiencia necesaria para la investigación.
4. Entre los beneficios para los sujetos de estudios fueron el conocer el grado de incapacidad funcional y resiliencia que tienen en relación a su padecimiento actual “lumbalgia” y que tanto afecta esté en su vida diaria al realizar sus actividades y en su sentir emocional, ya que el dolor de espalda de larga evolución es un problema de salud muy frecuente. Donde lo primordial es concientizar a la población e iniciar cambios en el estilo de vida, trabajando principalmente en los factores de riesgo condicionantes que incrementan su malestar, recomendando una adecuada higiene postural y ejercicios aeróbicos, alimentación equilibrada y sana para la reducción de peso, acompañamiento familiar y búsqueda de otras redes de apoyo como instancias de psicología para la aceptación de su patología, y terapias de rehabilitación, para mejorar la parte mental y física respectivamente.
5. Se respetará el derecho de los participantes, salvaguardando su integridad y reduciendo al mínimo el impacto del estudio sobre su integridad física, mental y personal. De tal manera que los resultados obtenidos se informarán de

manera confidencial sin exponer datos personales del sujeto y se otorgará un número de folio para su identificación por parte del investigador. Así como también el participante tiene derecho de no participar en el estudio o retirarse en cualquier momento de la investigación respetándose su autonomía, sin que repercuta en su atención médica.

6. Se conservará la exactitud de los resultados obtenidos en la investigación, los cuales se registraron en una base de datos en Excel, los cuales solo serán manipulables por el médico investigador Dra. Yadira Miroslava Gómez Alegre.
7. El protocolo fue evaluado por un comité de ética médica 1401-8. Además, será elaborado y supervisado por personal calificado.

INFORME BELMONT ⁽⁵⁴⁾

Creado en abril de 1979, por el departamento de salud, educación y bienestar de los estados unidos, con el fin de proteger los derechos humanos dentro de alguna investigación, este informe se basa en principios éticos por lo que aplicarán en este estudio.

Dentro de los principios básicos generalmente aceptados y de mayor relevancia para la ética de la investigación con humanos son los siguientes: respeto por las personas, beneficio y justicia, los cuales serán aplicados en el estudio de investigación.

1. **Respeto.** Se actuará respetando la autonomía de los sujetos de estudio en todo momento aceptando opiniones libremente sin entrometerse en su toma de decisiones. Proporcionando de forma clara y sencilla toda la información referente al proyecto de investigación que se quiere aplicar para preservar su bienestar, haciendo énfasis en que cada momento que se respetara su decisión de participar o no en el estudio.
2. **Beneficencia.** En relación a este aspecto se le dio a conocer al participante de estudio el grado de incapacidad funcional y resiliencia en que se encuentra en base a la aplicación de las escalas de evaluación que se les

aplicará, las cuales son: Cuestionario de Oswestry y Escala de Resiliencia Mexicana (RESI-M) respectivamente. Reflejando un panorama en donde la lumbalgia crónica puede llevar a una disminución de la capacidad funcional y, en consecuencia, a tener una mala calidad de vida, teniendo un fuerte impacto negativo emocionalmente relacionado con síntomas depresivos tras presentar continuamente dolor: por lo que, si este factor es aceptado, así como su enfermedad en conjunto, puede generar resiliencia o actividades de afrontamiento y actitudes de perseverancia y/o capacidad de recuperación, esto a través de algún aditivo en la actividad física, en la dieta, educación de higiene postural, acompañamiento familiar, y si es necesario acudir a grupos de apoyo de terapia cognitiva y/o de rehabilitación, esto con la finalidad de sobrellevar su patología y aprender a vivir con ella con adaptaciones y que sea lo mejor posible.

3. **No maleficencia.** En este rubro los sujetos de investigación no sufrieron ningún daño a su persona, moral o físicamente. Considerándose como riesgo mínimo el proyecto, donde solo se llevará a cabo la aplicación de los cuestionarios de forma directa al participante respondiéndose de manera deliberada, permitiéndonos detectar el grado de incapacidad funcional, y de resiliencia que presenta en ese momento en relación a su padecimiento de lumbalgia crónica.
4. **Justicia.** En esta investigación se incluyeron mujeres y hombres de 60 años a 65 años explicándoles los riesgos y beneficios de manera equitativa, evitándose todo procedimiento que sea dañino para su integridad física o psicológica se respetará sus derechos y no se discriminara por motivos de: etnia, raza, escolaridad o preferencias sociales.

Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la salud. ⁽⁵⁵⁾

En su título segundo, trata los aspectos éticos de la investigación en seres humanos. Con fecha de publicación del 06 de enero de 1987 y su última reforma con fecha del 02 de abril del 2014.

Artículo 13.- Se prevaleció el respeto a su dignidad y protección de sus derechos y bienestar de cada sujeto que participo en la investigación.

Artículo 14.- Fue justificado el proyecto de investigación con base a principios éticos como científicos, establecidos; La investigación fue realizada por personal profesional de salud capacitado y bajo supervisión de autoridades sanitarias correspondientes.

Los beneficios obtenidos serán mayores sobre los riesgos predecibles, enfatizando que en este estudio tiene un riesgo mínimo. Cuenta con el dictamen favorable de las comisiones de investigación y ética de bioseguridad y se llevó a cabo cuando se cuente con previa autorización del titular de la Institución de atención de Salud.

Artículo 16.- Se llevó a cabo la protección de privacidad de toda la población en estudio para este proyecto, y solamente podrán ser identificados cuando los resultados o requieran y el sujeto de estudio lo autorice.

Artículo 17.- El estudio de investigación se considera con riesgo mínimo ya que los datos serán obtenidos por procedimientos comunes como fue la aplicación de dos cuestionarios uno para evaluar la escala de resiliencia mexicana (RESI-M) con 43 ítems, y el cuestionario de Oswestry con 10 ítems, para determinar el grado de incapacidad por dolor lumbar, en adultos mayores con lumbalgia crónica. Este tipo de cuestionarios aplicados a los participantes de estudio en ningún momento tendrán la intención de manipular la conducta del sujeto.

Artículo 20.- Se les proporciono un formato de consentimiento informado por escrito a cada sujeto de investigación o en su caso su representante legal, autorizando su participación en dicho estudio, con previo y pleno conocimiento de la naturaleza de los procedimientos y riesgos al que serán sometidos, con la capacidad de libre elección y sin coacción alguna.

Artículo 21.- Los sujetos de investigación recibieron de forma clara y sencilla la información respecto a la justificación, objetivos, procedimientos, molestias o riesgos esperados, beneficios o asuntos relacionados con la investigación, teniendo la libertad de retirarse en el momento que así lo deseen.

Artículo 22.- El consentimiento informado fue elaborado por la médica residente, Dra. Yadira Miroslava Gómez Alegre el cual fue revisado y aprobado por la Comisión

de Ética núm.1401-8 de la institución de atención a la salud. En donde se indicó el nombre y direcciones de dos testigos, en caso de que las pacientes no supieran firmar y a su nombre firmara otra persona que ellas designen.

NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-012-SSA3-2012⁽⁵⁶⁾

Esta norma establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos.

Apartado 6.- Se contó con un dictamen favorable de los comités de investigación y ética en la investigación, además de la carta de consentimiento informado en materia de investigación.

Apartado 8.- La Unidad de Medicina Familiar No. 92 cuenta con la infraestructura y capacidad resolutive para otorgar la atención médica adecuada ante la presencia de cualquier efecto adverso del protocolo de investigación, ofreciendo la atención médica en caso de que así lo ameritara independientemente si continua o no la investigación.

Apartado 10.-El investigador principal quien elaboro el protocolo de investigación es la Dra. Yadira Miroslava Gómez Alegre además de dirigir el mismo en apego a los aspectos metodológicos, éticos y de seguridad del sujeto de investigación.

Apartado 11.-La seguridad del participante respecto del desarrollo experimental es responsabilidad de la unidad de medicina familiar y del investigador. La población de estudio tiene derecho de retirarse en cualquier momento que así lo solicite. Queda prohibido cobrar cuotas de recuperación al grupo de investigación por participar en ella.

Apartado 12.- El investigador y los comités en materia de investigación para la salud y de ética protegerán la identidad y los datos personales del sujeto de estudio mediante la asignación de un número de folio, sin mencionar en forma explícita los datos personales de cada sujeto de investigación.

LEY FEDERAL DE PROTECCION DE DATOS PERSONALES EN POSESION DE LOS PARTICULARES ⁽⁵⁷⁾

Con fecha de publicación el 5 de Julio del 2010 en el diario de la federación, misma que tiene como objetivo el resguardo de los datos personales en posesión de los particulares con el propósito de regular su tratamiento fidedigno, controlado e informado a fin de asegurar la privacidad y el derecho a la autonomía de las personas.

Artículo 6.- Los datos personales de los pacientes recabados no se trataron de manera lícita conforme a las disposiciones establecidas por la ley y demás normatividad aplicable.

Artículo 7.- La obtención de datos personales de los pacientes no fue por medio de medios engañosos o fraudulentos.

Artículo 8 y 9.- Se manifiesta la voluntad de participar en dicho estudio en cuanto los pacientes firman el consentimiento informado.

Consentimiento Informado ⁽⁵⁸⁾

Con base en la Declaración de Helsinki en sus artículos 26 a 31, y el Reglamento de Ley General de salud en Materia de Investigación a todos los pacientes que aceptaron participar se les solicitó la firma por escrito de un consentimiento informado.

10. RECURSOS DE FINANCIAMIENTO Y FACTIBILIDAD

-Apoyo de la Coordinación de Enseñanza

Se contó con el apoyo de la coordinación de enseñanza de la UMF No. 92, para la autorización de solicitar al servicio de ARIMAC la base de datos de pacientes con diagnóstico CIE-10 de lumbalgia crónica, así como facilidades para tener acceso a la misma UMF No.92 en sus diferentes áreas para aplicar los instrumentos de evaluación y recabar la información necesaria para llevar a cabo el estudio.

-Recursos y Financiamiento

Los recursos utilizados fueron formatos de Instrumentos de evaluación (cuestionario de Oswestry y Escala de Resiliencia Mexicana (RESI-M), así como el consentimiento informado, Material de papelería (hojas de papel tamaño carta) y equipo de cómputo e impresión y fotocopiado, que por el tamaño de la muestra no fue necesario financiamiento alguno.

-Recursos humanos: Coordinador de Educación e Investigación en Salud de la Unidad, Médico Asesor Especialista de Medicina Familiar, Jefe de ARIMAC, e Investigador Residente de Medicina Familiar.

-Factibilidad

Por el tipo de estudio, contamos con todos los recursos económicos, materiales y humanos, por lo que fue posible su realización.

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES DEL ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN
“INCAPACIDAD FUNCIONAL Y RESILIENCIA EN ADULTOS MAYORES CON
LUMBALGIA CRÓNICA EN LA UMF 92

Semestre		1er. Semestre						2do. Semestre						3er. Semestre						4to.semestre					
Año		2021						2021						2022						2022					
Mes		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Elaboración del Protocolo	R																								
Registro del proyecto	R																								
Aprobación del proyecto por el comité de ética 1401-8 y metodológico 1401	R																								
Aplicación de encuestas	R																								
Elaboración de base de datos	R																								
Captura de Información	R																								
Análisis Estadístico	R																								
Presentación de resultados	P																								
Tesis	P																								

” Autores: Gómez, AY.¹ Reyes, JO.² Flores, SP.³

¹Médico Cirujano y Partero. Residente de Medicina Familiar UMF No. 92. ²Especialista en Medicina Familiar, Coordinador de Educación e Investigación en Salud UMF No. 92.³ Especialista en Medicina Familiar³

R= Realizado 

P= Programado 

11. METODOLOGÍA

El presente estudio es de tipo transversal, analítico y prospectivo, fue realizado con una población de sujetos de entre 60 a 65 años, adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No.92, mismos que cumplieron con los criterios de inclusión además de contar con su autorización, por medio del consentimiento informado, tanto para participar como para utilizar los datos arrojados de los instrumentos de medición que les fueron aplicados.

Para determinar el tamaño de la muestra se consultó la base de datos proporcionada por ARIMAC de personas adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No.92 correspondientes al diagnóstico de lumbalgia crónica, y determinándose por medio de la fórmula de diferencia de dos proporciones. Con un tamaño total de la población de 557 sujetos, y un tamaño de muestra de 210 sujetos a estudiar. Quienes fueron tomados como la población de estudio, utilizando una técnica de muestreo tipo probabilístico, de tipo aleatorio simple; a la cual se le aplicó el cuestionario de ficha de identificación para obtener datos sociodemográficos, además de los instrumentos de medición para obtener la información requerida para este estudio; dichas herramientas fueron la Escala de incapacidad por dolor lumbar OSWESTRY para medir la limitación funcional que presentaban y el Test de Resiliencia Mexicana (RESI-M) para medir el nivel de resiliencia.

12.

RESULTADOS

Variables sociodemográficas

Edad:

La media de la edad de sujetos adultos mayores con lumbalgia crónica fue de 62.79, mientras que la mediana fue de 63.00, con una desviación estándar de 1.795 y una varianza de 3.222, con una edad mínima de 60 años y una edad máxima de 65 años, el porcentaje más alto fue de 60 años con un 15.7% (n=33) y el porcentaje más bajo fue la edad de 62 años con 11% (n=23). (Tabla 1 / Gráfica 1)

Tabla 1, Análisis estadísticos de edad de la población adultos mayores con Lumbalgia crónica de la UMF 92. *

EDAD		
N	Válidos	210
	Perdidos	0
Media		62.79
Mediana		63.00
Desv. típ.		1.795
Varianza		3.222
Mínimo		60
Máximo		65

*Fuente: Ficha de identificación 2022 y paquete estadístico SPSS v.22.

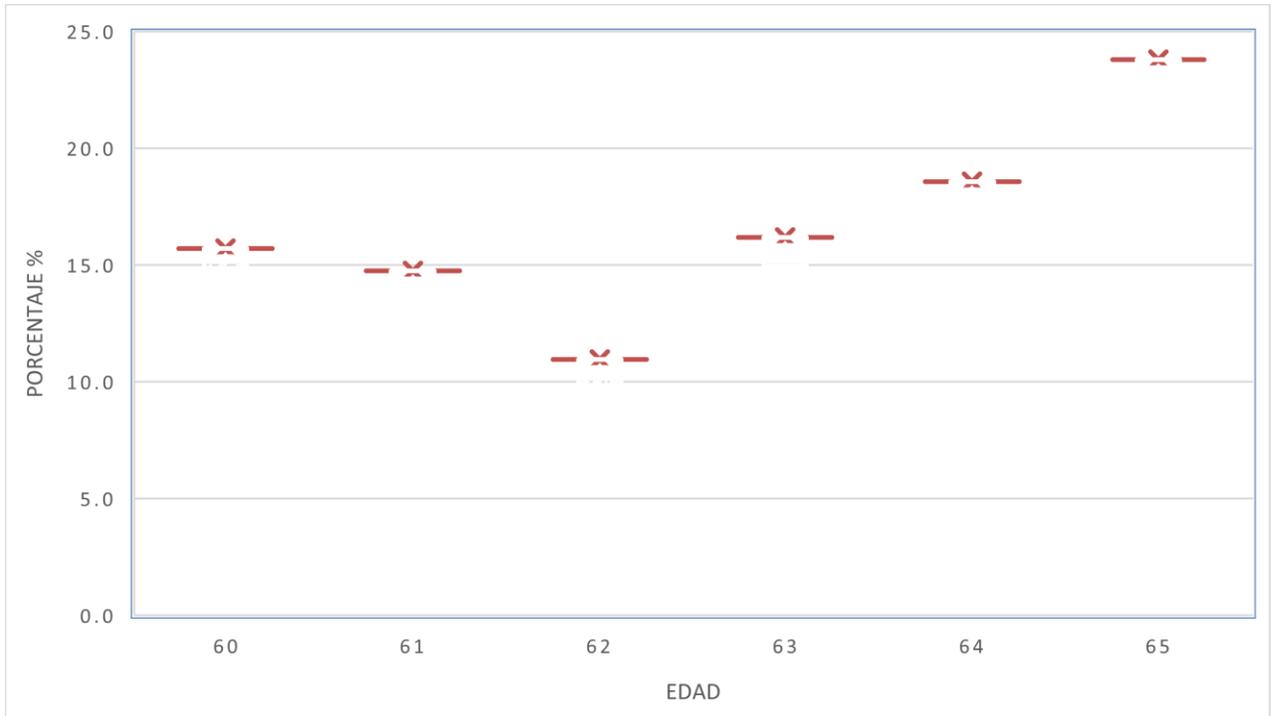
También se analizó la distribución de las edades de la población. La grafica 1 muestra la distribución de edades de los sujetos de estudio que es de entre 60 a 65 años. En la gráfica se puede apreciar que el grupo predominante de edad con un 23.8 % es el de 65años, mientras que el grupo con menor porcentaje fue el de 62 años con el 11%. (Tabla 2 / Gráfica 1)

Tabla 2, Edad de la población de adultos mayores con Lumbalgia crónica de la UMF 92. *

Edad	Frecuencia (N)	Porcentaje (%)
60	33	15.7
61	31	14.8
62	23	11.0
63	34	16.2
64	39	18.6
65	50	23.8
Total	210	100

*Fuente: Ficha de identificación 2022 y paquete estadístico SPSS v.22.

Grafica 1, Estadísticos descriptivos en sujetos adultos mayores con lumbalgia crónica de la UMF 92.



*Fuente: Ficha de identificación 2022 y tabla 1 y 2.

Sexo:

El sexo predominante respecto al porcentaje de presentación se encontró en mujeres con 55.2% (n=116), mientras que los hombres representaron el 44.8% (n=94) de la población estudiada. (Tabla 3 / Gráfica 2)

Estado civil:

El mayor porcentaje respecto al estado civil lo ocupan los sujetos de estudio casados con un 50% (n=105), en un segundo lugar se encuentran los de unión libre con un 20% (n=42), el tercer lugar lo ocupan los separados con 11% (n=23), el cuarto lugar corresponde a los divorciados con el 10.5% (n=22), el quinto lugar tenemos a los viudos con 5.2% (n=11) y en último lugar tenemos a los solteros con un 3.3% (n=7). (Tabla 3 / Gráfica 3)

Escolaridad:

En relación al grado de escolaridad el mayor porcentaje correspondió a preparatoria con un 32.4% (n=68), en segundo lugar, fue secundaria con un 24.8% (n=52), en tercer lugar, carrera técnica con un 18.1% (n=38) y en último lugar corresponde a primaria y licenciatura con un 12.4% (n=26). (Tabla 3 / Gráfica 4)

Ocupación:

La ocupación con mayor porcentaje encontrada fue la de empleado con un 54.8% (n=115), mientras que en segundo lugar se enlista hogar con un 21% (n=44), en tercer lugar, se encuentran los jubilados con un 15.7% (n=33) y en cuarto lugar se encuentran los desempleados con un 8.6% (n=18). (Tabla 3 / Gráfica 5)

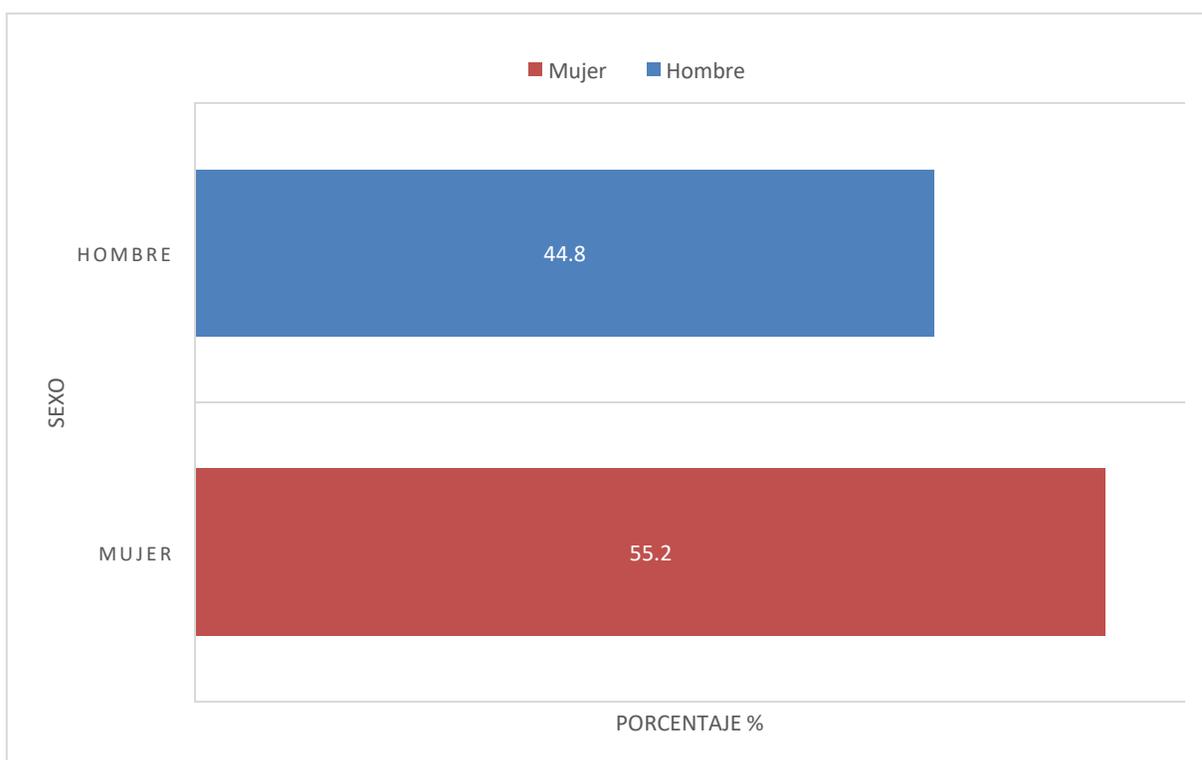
Tabla 3, Concentrado de datos sociodemográficos de los sujetos de estudio. *

Variables sociodemográficas	Frecuencia (N)	Porcentaje (%)	Porcentaje válido (%)	Porcentaje acumulado (%)
Sexo				
Mujer	116	55.2	55.2	55.2
Hombre	94	44.8	44.8	100.0
Total	210	100.0	100.0	
Estado civil				
Soltero	7	3.3	3.3	3.3
Casado	105	50.0	50.0	53.3
Unión libre	42	20.0	20.0	73.3
Separado	23	11.0	11.0	84.3
Divorciado	22	10.5	10.5	94.8
Viudo	11	5.2	5.2	100.0
Total	210	100.0	100.0	
Escolaridad				
Primaria	26	12.4	12.4	12.4
Secundaria	52	24.8	24.8	37.1
Preparatoria	68	32.4	32.4	69.5

Carrera técnica	38	18.1	18.1	87.6
Licenciatura	26	12.4	12.4	100.0
Total	210	100.0	100.0	
Ocupación				
Empleado	115	54.8	54.8	54.8
Desempleado	18	8.6	8.6	63.3
Jubilado	33	15.7	15.7	79.0
Hogar	44	21.0	21.0	100.0
Total	210	100.0	100.0	

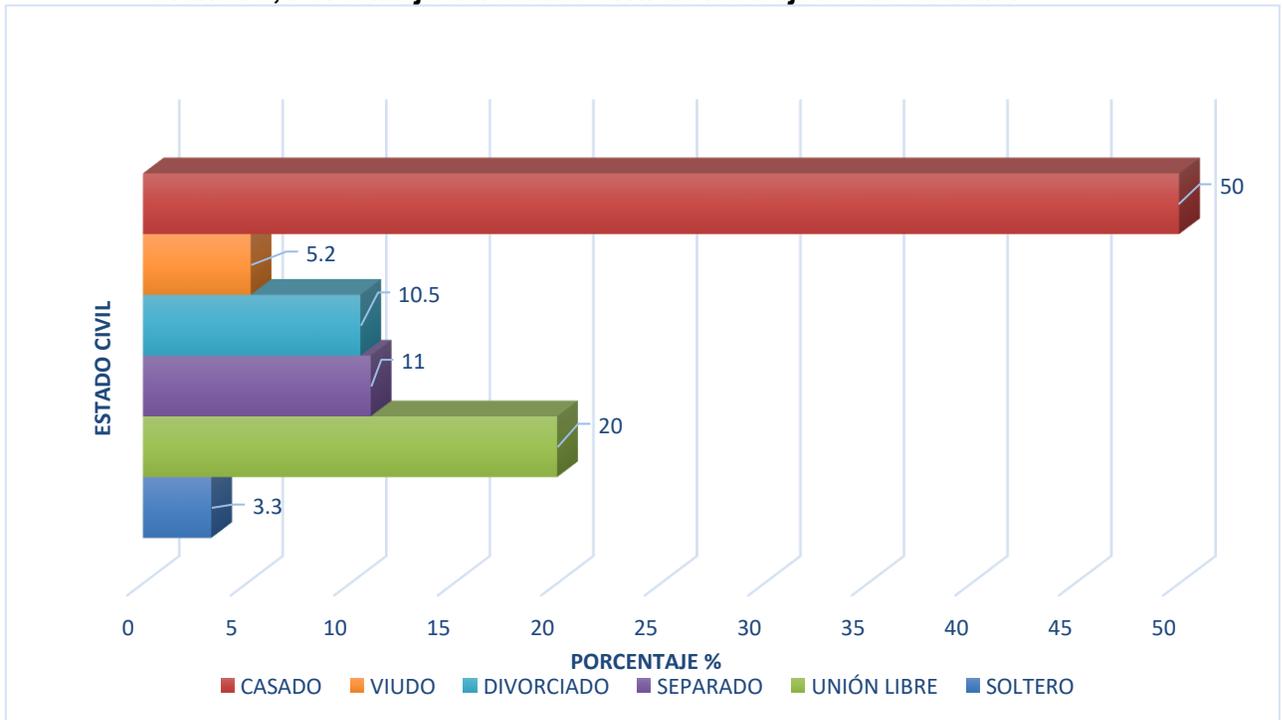
*Fuente: Ficha de identificación 2022 y paquete estadístico SPSS v.22.

Grafica 2, Porcentaje del sexo de los sujetos de estudio. *



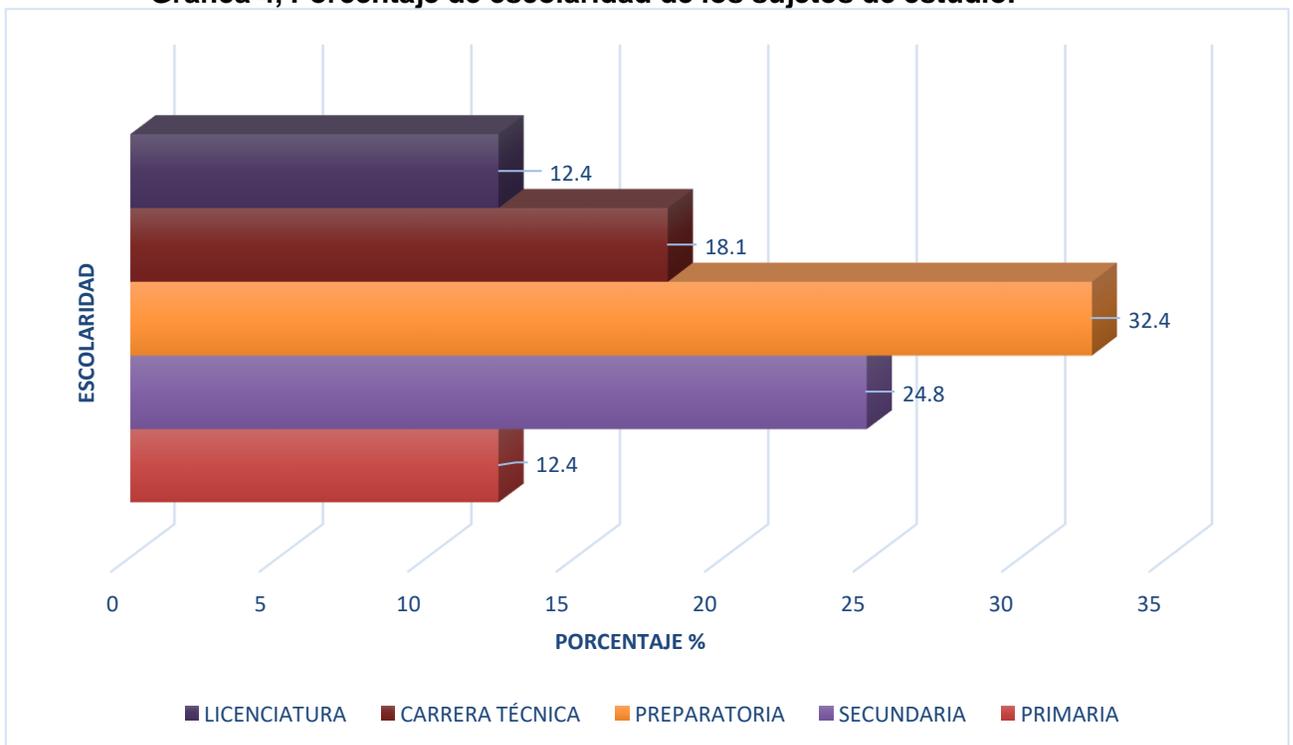
*Fuente: Tabla 3 "Variables sociodemográficos de los sujetos de estudio. *

Grafica 3, Porcentaje del estado civil de los sujetos de estudio. *



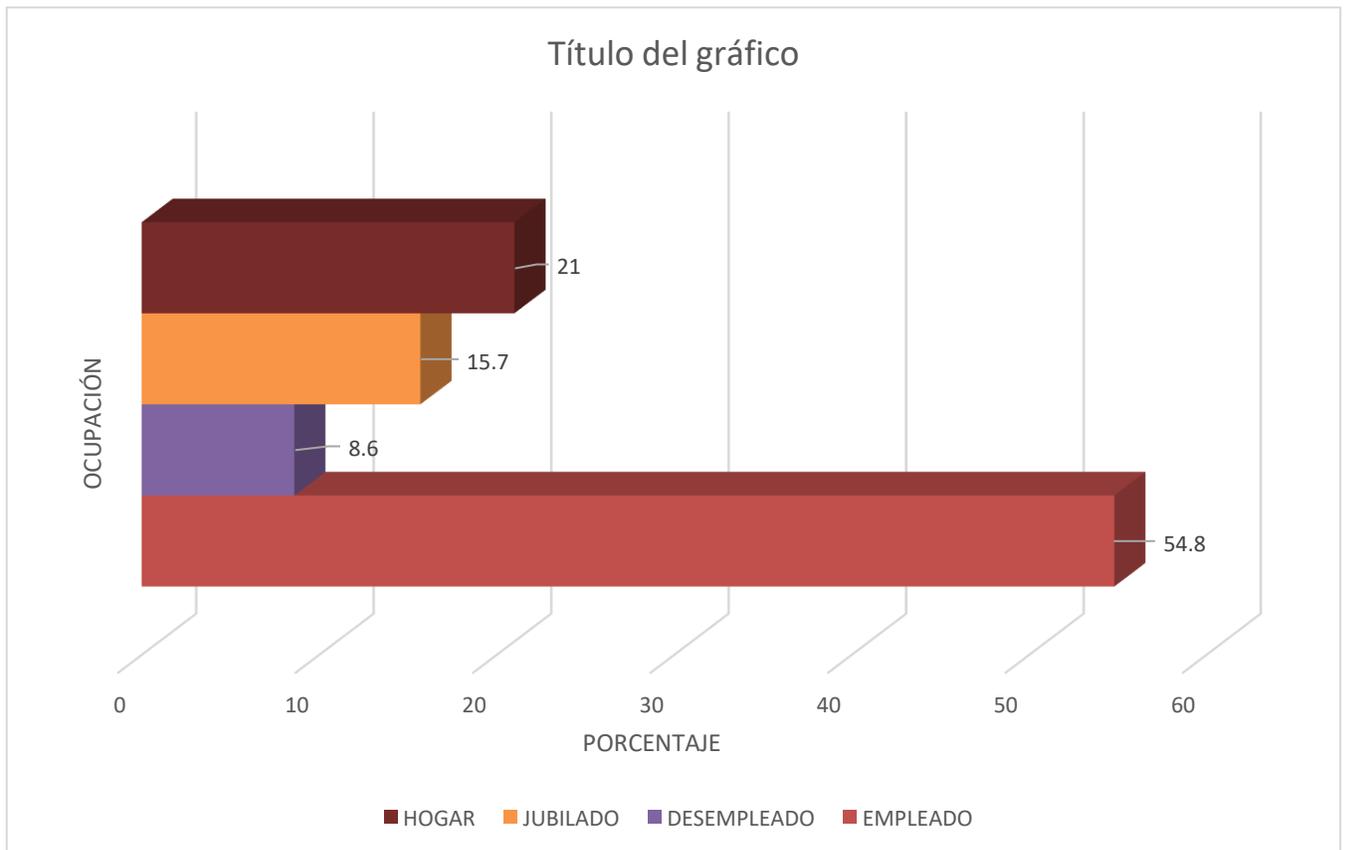
*Fuente: Tabla 3 "Variables sociodemográficos de los sujetos de estudio. *

Grafica 4, Porcentaje de escolaridad de los sujetos de estudio. *



*Fuente: Tabla 3 "Variables sociodemográficos de los sujetos de estudio. *

Grafica 5, Porcentaje de la ocupación de los sujetos de estudio. *



*Fuente: Tabla 3 "Variables sociodemográficos de los sujetos de estudio. *

Índice de Masa Corporal:

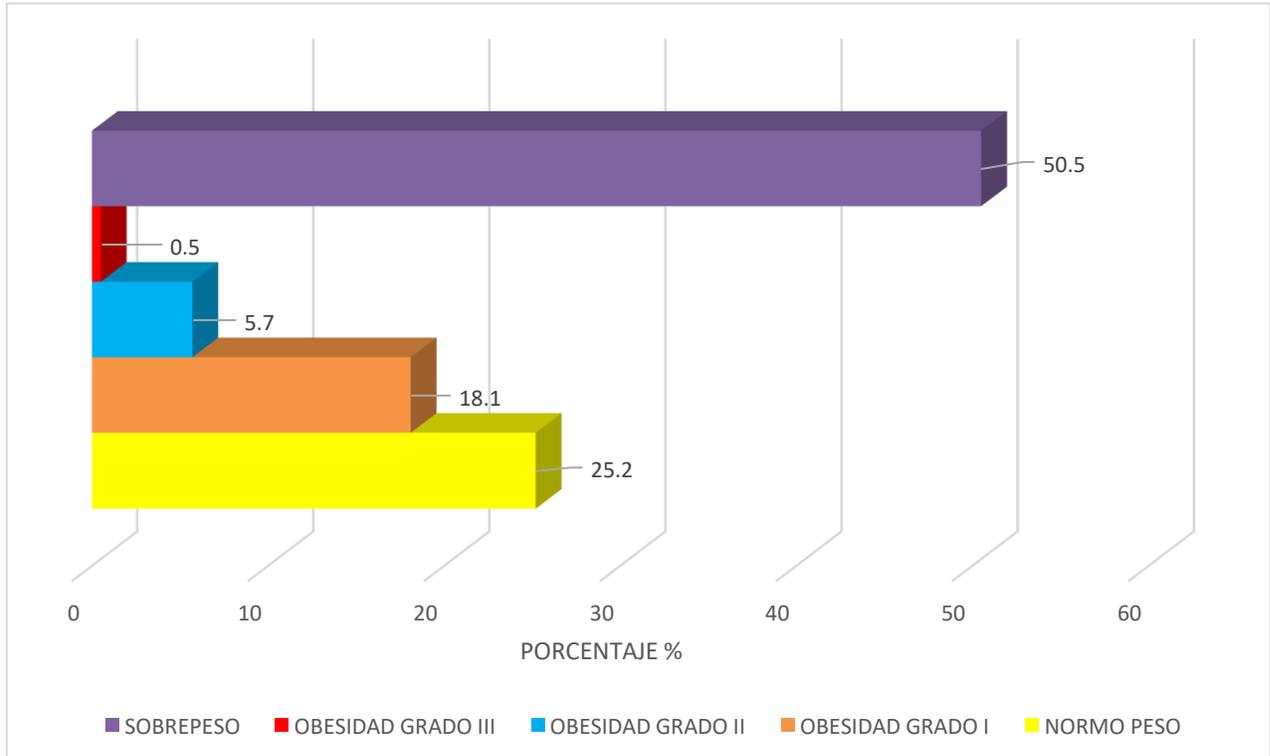
El índice de masa corporal con mayor porcentaje encontrada fue el sobrepeso con un 50.5% (n=106), mientras que en segundo lugar se enlista normo peso con un 25.2% (n=53), en tercer lugar, se encuentra obesidad grado I con un 18.1% (n=38), en cuarto lugar, se encuentra obesidad grado II con un 5.7% (n=12) y en último lugar con el 0.5% (n=1) cursando con obesidad grado III. (Tabla 4 / Gráfica 6)

Tabla 4, Variable, Índice de masa corporal de los sujetos de estudio. *

IMC	Frecuencia (N)	Porcentaje (%)	Porcentaje válido (%)	Porcentaje acumulado (%)
Normo peso	53	25.2	25.2	25.2
Sobrepeso	106	50.5	50.5	75.7
Obesidad grado I	38	18.1	18.1	93.8
Obesidad grado II	12	5.7	5.7	99.5
Obesidad grado III	1	.5	.5	100.0
Total	210	100.0	100.0	

*Fuente: Ficha de identificación 2022 y paquete estadístico SPSS v.22.

Gráfica 6, Porcentaje de Índice de Masa Corporal de los sujetos de estudio. *



*Fuente: Tabla 4 *Variable, índice de Masa Corporal de los sujetos de estudio. *

Variable dependiente

Incapacidad funcional:

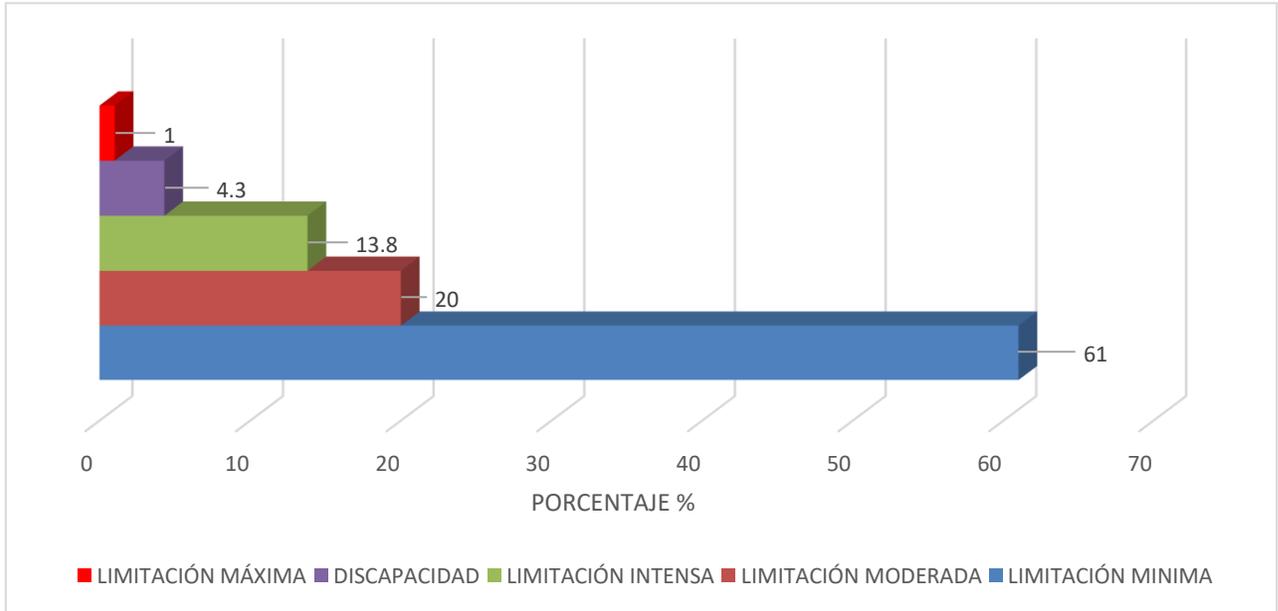
Los siguientes datos se obtuvieron mediante la aplicación a los sujetos de estudio la Escala de incapacidad por dolor lumbar OSWESTRY. En la siguiente tabla se puede observar como la mayoría de la población estudiada presento una limitación mínima con un 61% (n=128), mientras que el 20% (n=42) presento una limitación moderada, seguida del 13.8% (n=29) con una limitación intensa y sucesivamente un 4.3% (n=9) presento discapacidad, siendo la minoría el grupo que presento una limitación máxima con el 1% (n=2). (Tabla 5 / Gráfica 7)

Tabla 5, Variable dependiente, Incapacidad funcional de los sujetos de estudio. *

Limitación	Frecuencia (N)	Porcentaje (%)	Porcentaje válido (%)	Porcentaje acumulado (%)
Limitación mínima	128	61.0	61.0	61.0
Limitación moderada	42	20.0	20.0	81.0
Limitación intensa	29	13.8	13.8	94.8
Discapacidad	9	4.3	4.3	99.0
Limitación máxima	2	1.0	1.0	100.0
Total	210	100.0	100.0	

*Fuente: Cuestionario Escala de incapacidad por dolor lumbar OSWESTRY y paquete estadístico SPSS v.22.

Gráfica 7, Porcentaje de Incapacidad funcional de los sujetos de estudio. *



*Fuente: Tabla 5 “Variable dependiente, Incapacidad funcional de los sujetos de estudio. *

Variable independiente

Resiliencia:

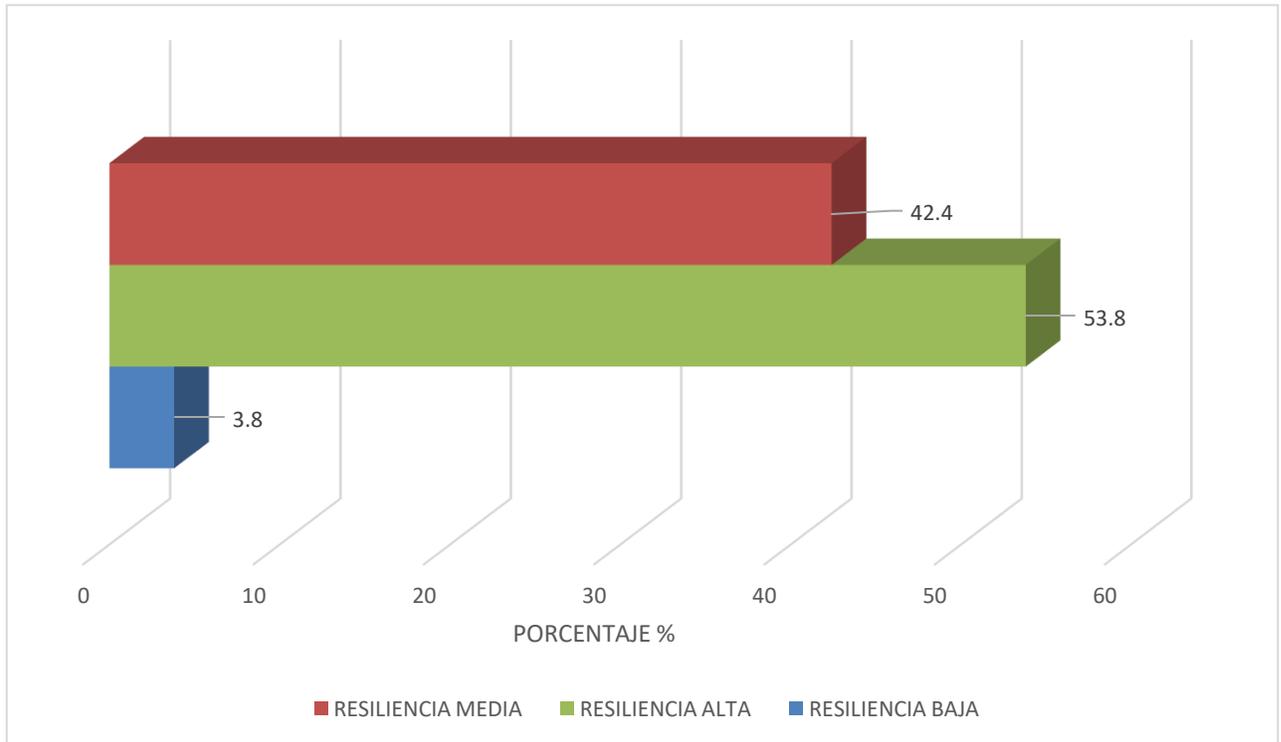
Los siguientes datos se obtuvieron mediante la aplicación a los sujetos de estudio el Test de Resiliencia Mexicana (RESI-M), para evaluar el nivel de resiliencia, arrojando los siguientes resultados: De una población total de n=210, el 53.8% (n=113) tienen una resiliencia alta, mientras que el 42.4% (n=89) corresponden a una resiliencia media y solo el 3.8% (n=8) presentan una resiliencia baja. (Tabla 6 / Gráfica 8)

Tabla 6, Variable independiente, Resiliencia de los sujetos de estudio. *

Nivel	Frecuencia (N)	Porcentaje (%)	Porcentaje válido (%)	Porcentaje acumulado (%)
Resiliencia baja	8	3.8	3.8	3.8
Resiliencia media	89	42.4	42.4	46.2
Resiliencia alta	113	53.8	53.8	100.0
Total	210	100.0	100.0	

*Fuente: Cuestionario Test de Resiliencia Mexicana (RESI-M) y paquete estadístico SPSS v.2

Gráfica 8, Porcentaje de Resiliencia de los sujetos de estudio. *



*Fuente: Tabla 6*Variable independiente, Resiliencia de los sujetos de estudio. *

Relación de variables (Incapacidad funcional y Resiliencia)

En la población estudiada (sujetos de 60 a 65 años de edad, considerados adultos mayores, con diagnóstico de lumbalgia crónica) de la UMF 92, posterior a la aplicación de los instrumentos de estudio (Escala de incapacidad por dolor lumbar OSWESTRY para medir la limitación funcional que presentan, además del Test de Resiliencia Mexicana (RESI-M) para medir su nivel de resiliencia.

Se encontró que del total de los sujetos de estudio (N=210); Corresponden a (n=128) sujetos quienes presentan una limitación mínima de los cuales 84 tienen un nivel de resiliencia alta, mientras que 43 presentan una resiliencia media y solo 1 cursa con resiliencia baja. Los sujetos con limitación moderada corresponden a un total de (n=42) sujetos, en donde 23 corresponden a una resiliencia media, 18 a una resiliencia alta y solo

1 a resiliencia baja. Los sujetos con limitación intensa corresponden a un total de (n=29) sujetos, en donde 15 corresponden a una resiliencia media, 10 a una resiliencia alta y solo 4 a resiliencia baja. Mientras que solo (n=9) sujetos de estudio tienen discapacidad y de ellos 7 presentan una resiliencia media y solo 2 resiliencia baja. Y por último se encontró que solo 2 sujetos de estudio presentan limitación extrema y solo 1 cursa con resiliencia media y el otro con resiliencia alta.

De acuerdo con la prueba no paramétrica de comparación de dos muestras independientes, U de Mann-Whitney se encontró una significancia de 0.000 encontrando una correlación positiva entre las variables de estudio. (Tabla 7 / Tabla 8)

Tabla 7, Correlación entre la incapacidad funcional y la Resiliencia en los sujetos de estudio. *

Tabla de contingencia INCAPACIDAD FUNCIONAL * RESILIENCIA

		RESILIENCIA			Total
		RESILIENCIA BAJA	RESILIENCIA MEDIA	RESILIENCIA ALTA	
INCAPACIDAD FUNCIONAL	LIMITACIÓN MINIMA	1	43	84	128
	LIMITACIÓN MODERADA	1	23	18	42
	LIMITACIÓN INTENSA	4	15	10	29
	DISCAPACIDAD	2	7	0	9
	LIMITACIÓN MÁXIMA	0	1	1	2
Total		8	89	113	210

*Fuente: Cuestionario Escala de incapacidad por dolor lumbar OSWESTRY, Cuestionario Test de Resiliencia Mexicana (RESI-M) y paquete estadístico SPSS v.22.

Tabla 8, Correlación no paramétricas entre la incapacidad funcional y la Resiliencia en los sujetos de estudio. *

Prueba de Mann-Whitney

Estadísticos de contraste^a

	INCAPACIDAD FUNCIONAL
U de Mann-Whitney	117.000
W de Wilcoxon	6558.000
Z	-4.341
Sig. asintót. (bilateral)	.000

a. Variable de agrupación:
RESILIENCIA

*Fuente: Cuestionario Escala de incapacidad por dolor lumbar OSWESTRY, Cuestionario Test de Resiliencia Mexicana (RESI-M) y paquete estadístico SPSS v.22.

13.

DISCUSIÓN

➤ **Edad:**

En la representación gráfica 1 de esta variable sociodemográfica podemos apreciar una tendencia de incremento en la frecuencia en medida en la que la edad aumenta. Lo cual corresponde con estudios anteriores como las estadísticas dadas por Mejía y colaboradores. en donde en su artículo de la revista de la facultad de ciencias médicas⁴⁵, nos dicen que la prevalencia de la incapacidad funcional aumenta con la edad, siendo mayor en la población de adultos mayores siendo más notorio en mayores de 65 años, relacionándose también con otras entidades propias de este grupo etario, lo que refleja tasas de incidencia más altas de incapacidad funcional en personas con la presencia de algún padecimiento crónico.

➤ **Sexo:**

Podemos apreciar un mayor porcentaje en el sexo femenino de la población con lumbalgia crónica, lo cual, de acuerdo a las estadísticas dadas por Mejía y colaboradores

en su artículo de la revista de la facultad de ciencias médicas⁴⁵ se da por una mayor asociación entre discapacidad y sexo relacionándose a factores como la obesidad y enfermedades crónico degenerativas, sin embargo en este estudio se asocia con el sobrepeso predominante en este sexo, aunado en cambios en el estilo de vida incluyendo malos hábitos alimenticios e inactividad física.

➤ **Estado civil:**

A pesar de que no se puede establecer una relación directa entre el estado civil y la lumbalgia crónica y hasta el momento no hay evidencia bibliográfica que marque esta relación, si se puede apreciar en la gráfica 3, que el mayor porcentaje de la población estudiada es casada en un 50%, lo cual se puede traducir a que un vínculo afectivo sólido contribuye de manera positiva al individuo pudiendo obtener una mayor adaptación de su propia enfermedad para con sus actividades en la vida diaria y mencionar que el acompañamiento por su núcleo familiar es de suma importancia para salir adelante, con mayor probabilidad de recibir apoyo para con sus actividades y lograr tener un nivel de resiliencia alta.

➤ **Escolaridad:**

Podemos apreciar en el gráfico 4, que el mayor porcentaje de la población estudiada cuenta con nivel preparatoria y en menor porcentaje se encuentran a la par con un nivel de primaria y licenciatura, lo cual, discierne a las estadísticas dadas por Mejía y colaboradores en su artículo de la revista de la facultad de ciencias médicas⁴⁵ donde la incapacidad se relaciona con menor nivel educativo y/o analfabetismo, asociándolo a mayor índice de pobreza y menores tasas de empleo.

➤ **Ocupación:**

En la gráfica 5, se aprecia una mayor tendencia de empleados y una menor frecuencia de desempleados, lo cual supone que la ocupación tiene relación directa con el nivel de escolaridad variable sociodemográfica anteriormente descrita, traducándose así a que a medida a que el nivel educativo aumente, el autoconocimiento de la salud y la búsqueda de información para su cuidado, será mejor, llevando a la población a una mejora de

hábitos y estilos de vida saludables. Pudiendo observar que los sujetos de estudio entre 60 y 65 años se encuentran económicamente activos traduciéndose a menor grado de dependencia funcional y por ende un nivel alto de resiliencia esperado por la edad productiva.

➤ **Índice de Masa Corporal:**

En la representación gráfica 6 de esta variable, podemos apreciar en la población estudiada una tendencia de incremento en la frecuencia de presentar sobrepeso y con menor porcentaje algún grado de obesidad. Siendo un factor de riesgo importante dado por los cambios en el estilo de vida en los países en vías de desarrollo (alimentos de mayor contenido graso, mayor consumo de productos de origen animal, consumo de poca fibra e inactividad física), que han contribuido al incremento de la prevalencia de enfermedades crónicas. Conociendo que, a mayor edad, aumenta la prevalencia de estas enfermedades y por consiguiente incapacidad funcional, generando dolor. El cual puede ser modificable y prevenible para mejorar la calidad de vida del ser humano.

➤ **Incapacidad funcional:**

Respecto a nuestra variable dependiente podemos apreciar en la gráfica 7, que el 61% de los sujetos estudiados presenta una limitación mínima, lo cual no se relaciona del todo con los datos estadísticos nacionales ya que la tendencia lo coloca como un fenómeno de envejecimiento poblacional contribuyendo a que la prevalencia de incapacidad en los adultos mayores vaya en aumento. Con un 54%²⁶ de los casos con discapacidad causada por dolor lumbar. En México, se reportó una prevalencia de 47.8%⁴⁵ de los adultos mayores que tenían algún grado de discapacidad y casi un tercio de ellos reportó alguna limitación para realizar sus actividades de la vida diaria. Arrojando nuestro estudio solo el 1% de la población presenta limitación máxima y un 4.3% discapacidad. Podemos inferir que los sujetos de este estudio si muestran un grado de limitación mínimo sin embargo no interfiere con las actividades básicas de la vida, ya que el grupo de estudio fueron adultos mayores de entre 60 a 65 años, edad aun productiva.

➤ **Resiliencia:**

En la gráfica 8 del presente estudio, podemos apreciar como la mayoría de nuestra población se cataloga con una resiliencia alta, la está relacionada indirectamente a variables sociodemográficas como es el estado civil y la ocupación; que dejan ver si cuentan los sujetos de estudio con un apoyo familiar y si aún son independientes para la realización de sus tareas diarias generando una buena adaptación y bienestar de los pacientes con dolor crónico de espalda baja, teniendo una limitación funcional mínima.

➤ **Incapacidad funcional y Resiliencia:**

Los datos obtenidos sobre la relación entre estas variables, apreciados en las tablas 7 y 8, nos indican que la mayoría de nuestros sujetos estudiados presentan una limitación mínima de los cuales 84 sujetos tienen un nivel de resiliencia alta, seguido de 43 sujetos que presentan una resiliencia media. Sin embargo, los sujetos que presentan limitación moderada corresponden al segundo grupo en alza de incremento, en donde 23 tienen resiliencia media y 18 una resiliencia alta. Y en menor frecuencia los sujetos con limitación intensa en donde se observa una resiliencia media en 15 sujetos y solo 4 con resiliencia baja. Y en casos con discapacidad y limitación extrema hubo una tendencia a presentar una resiliencia media y en menor de sus casos una resiliencia baja. Lo cual en estos últimos grupos representarían un incremento en la atención médica y por ende en los costes sanitarios, Por lo que es imprescindible centrarse en la promoción y protección del bienestar⁴⁶, lo cual podemos manejar desde el primer nivel de atención de forma preventiva con un mejoramiento en el estilo de vida y salud mental.

De acuerdo con la prueba no paramétrica de comparación de dos muestras independientes, U de Mann-Whitney se encontró una significancia de 0.000 representando una correlación positiva entre las variables de estudio. (Tabla 7 / Tabla 8)

Si bien la mayoría de los sujetos estudiados presentaron una limitación mínima con una resiliencia alta, en este sentido se podría concluir que la familia es vital para el desarrollo de la resiliencia de sus miembros y adaptación a las actividades diarias de la vida; ya que cuanto mayor sea la resiliencia, menor será la vulnerabilidad y el riesgo de enfermedad.

Respecto al análisis estadístico tenemos que, de acuerdo con la prueba no paramétrica de comparación de dos muestras independientes, U de Mann-Whitney se encontró una significancia de 0.000 mostrando una correlación positiva entre las variables de estudio. Lo cual de acuerdo al resultado se acepta la hipótesis de trabajo (H1) y se rechaza la hipótesis nula (H0), en base a tener como resultado un nivel de significancia menor de 0.05. Lo cual se interpreta como que los sujetos que presentan una mayor limitación funcional, presentaran un nivel de resiliencia mínima, sin embargo, en nuestro estudio el corte de edades de los sujetos fue de 60 a 65 años, adultos mayores considerados que se encuentran en edad activa laborando aún tienen una mayor resiliencia y por lo que el impacto no fue evidente.

14.

CONCLUSIONES

En base a los datos obtenidos en esta investigación podemos observar que existe una relación entre la incapacidad funcional y la resiliencia en los sujetos adultos mayores con lumbalgia crónica. Permittiéndonos estos resultados ver un panorama real de como el sujeto de estudio se encuentra ante un problema de salud que es muy frecuente hoy en día, teniendo una gran implicancia personal, laboral y social, y al convertirse en un padecimiento crónico puede ocasionar alguna limitación e incapacidad al individuo en la realización de sus actividades de la vida diaria viéndose reflejado en la parte funcional y emocional del individuo, repercutiendo en la calidad de vida.

Siendo estos resultados de gran relevancia para la atención en el primer nivel de salud, pues un diagnóstico y tratamiento oportuno de una lumbalgia, pueden conllevar a los pacientes a una mejor calidad de vida, y por ende aun estado de salud saludable.

Una incapacidad funcional conlleva el padecer algún nivel de resiliencia y que hoy es tema de salud mundial, ya que reduce la vulnerabilidad ante las crisis biopsicosociales y responde de manera efectiva ante ellas. Por ello la razón de identificarla en cada uno de nuestros pacientes en la consulta médica de atención y brindar un manejo integral contemplando medidas higiénico dietéticas encaminadas a disminuir trastorno de sobrepeso y obesidad que condicionan mayor incidencia de enfermedades crónico degenerativas , y mayor sobrecarga de peso, aunado a la realización de ejercicios

aeróbicos de bajo impacto y ejercicios de flexión (ejercicios de Williams) para el manejo del síndrome doloroso lumbar, así mismo la educación de higiene postural de columna lumbar para adquirir posturas correctas desde edades tempranas y de no ser así modificarlas, una vez identificadas a lo largo de la vida y utilizar estrategias para su manejo, por ejemplo la psicoterapia o las terapia de rehabilitación, las cuales han mostrado gran efectividad.

En este estudio fue importante tomar en cuenta las variables sociodemográficas ya que nos brindan un panorama general de comportamiento de las entidades nosológicas estudiadas, con el fin de centrar nuestra atención en ellas y enfatizar tanto las medidas preventivas como los diagnósticos oportunos. Observamos una mayor relación en el sexo femenino, percibiendo una mayor frecuencia en empleados, pues el trabajo constituye un soporte fundamental para la persona, en la medida que posibilita ubicarse en un mejor nivel socioeconómico y consecuentemente, a tener un apoyo económico estable, relacionado también con el tener un grado de escolaridad de nivel preparatoria lo cual se traduce en una población económicamente activa, siendo una característica psicosocial de las personas para facilitar el acceso a diversas comodidades, cuidados, tratamientos y paliativos; además de un estado civil en su mayoría casados lo cual indica que los vínculos afectivos positivos son de reforzamiento para una mayor atención médica, un adecuado apego al tratamiento y un apoyo familiar en comparación que con las personas solteras o con alguna separación y/o divorcio.

En México se encontró que los factores relacionados a mayor prevalencia y severidad de discapacidad fueron: mayor edad, sexo femenino, mayor pobreza y menor escolaridad. sin embargo, vemos disyuntiva en las dos últimas variables en nuestro estudio y esperado el resultado ya que nuestros sujetos estudiados tienen un corte de edad de entre 60 a 65 años colocándolos aún en edad activa, adultos mayores con trabajo remunerado y reportando menor grado de dependencia funcional, observándose una población con una mayor limitación mínima y un nivel de resiliencia alta.

Concluyendo así con esta investigación que las variables: la escolaridad, el empleo y percibir apoyo económico, y estado civil resultaron ser los mejores predictores de la resiliencia, donde la familia, su estructura y sus dinamismos tiene mayor implicancia y factor protector y potenciador de las capacidades de las personas con incapacidad y discapacidad.

En tal sentido, a pesar de las limitaciones, el presente estudio, viene a sumarse a muchos otros sobre la resiliencia que se han realizado en nuestro medio local y nacional con la salvedad, de que enfatiza la relevancia de la familia en personas con algún grado de incapacidad funcional condicionada por una lumbalgia crónica.

Que como se sabe a mayor edad, aumenta la prevalencia de estas enfermedades y, por consiguiente; de discapacidad. Por lo que se debe llevar un seguimiento de nuestros pacientes para saber si tienden o no a la mejoría y realizar acciones oportunas para la prevención de otras enfermedades que puedan agravar o disminuir su calidad de vida.

15.

RECOMENDACIONES

✓ **Paciente:**

Deberá considerar cambios en su estilo de vida, desde su alimentación equilibrada y sana para la reducción de peso, además de realizar actividad física de forma regular por medio de ejercicios aeróbicos y de bajo impacto, y llevar a cabo técnicas de relajación y meditación para su mantenimiento físico y mental día a día, contribuyendo a tener un nivel de resiliencia alto ante la vida diaria. Además de apearse a las recomendaciones de higiene de columna para conocer formas correctas de cómo sentarse, pararse, acostarse, levantar un objeto y hacer actividades cotidianas que pueden causar afectaciones; enfocadas principalmente a adoptar posturas correctas, para mantener la curvatura natural y protegerla en caso de cargar objetos pesados. Sin olvidar una parte fundamental que es el acompañamiento familiar y búsqueda de otras redes de apoyo como instancias de psicología para la aceptación de su patología, y terapias de rehabilitación, para mejorar la parte mental y física respectivamente.

✓ **Médico:**

Tratar de brindar una relación médico-paciente de forma empática, generando un entorno de confianza y respeto con la población, alentándolos a través del conocimiento, orientación y/o educación sobre los hábitos adecuados para mantener un equilibrio saludable. De igual forma esto nos permitirá indagar e identificar factores biopsicosociales que puedan estar condicionando su estado negativo de salud.

La comunicación debe ser efectiva en todo momento con nuestro paciente, ser claros, concisos, sinceros y utilizar un lenguaje sencillo, dándole a conocer su enfermedad y todo lo que concierna esta, desde sus factores condicionantes, evolución clínica, diagnóstico, tratamiento y complicaciones, siendo importante para concientizar y fomentar un apego exitoso a la misma y tengan herramientas para sobrellevarla a lo largo de su vida con la mejor calidad de vida posible; se recomienda también que proporcionemos instrumentos de diagnóstico y tratamiento sencillos para la consulta que den pauta para la detección oportuna de padecimientos que condicionen alteraciones de salud en nuestros pacientes y respectivamente un manejo integral.

Debemos apegarnos en todo momento a las guías de práctica clínica más actualizadas, utilizando los recursos que nos ofrecen, teniendo presente las recomendaciones y evidencias, además de los algoritmos institucionales, en las cuales se mencionan las pautas de manejo.

✓ **Instituto:**

Se recomienda a nivel institucional llevar a cabo difusión de información a la población en general a través de pláticas, talleres, y utilización de carteles y trípticos ; donde los temas centrales sean la salud mental (con énfasis en la resiliencia definida como la capacidad para responder a factores estresantes y el proceso de adaptación que conlleva y que se ve alterada agudamente la homeostasis fisiológica.) y hábitos para mantener una adecuada higiene de columna desde edades tempranas , siendo temas poco tratados no manejados como prioritarios que sin embargo tienen alto impacto en la calidad de vida del individuo, condicionantes como factor de riesgo para el desarrollo de diversas enfermedades mentales y/o musculoesqueléticas.

El educar a la población continuamente genera una conciencia importante en relación al mantenimiento del porque tener una buena salud mental, y la relación que puede existir al tener malos hábitos posturales detectando oportunamente alteraciones en nuestra persona física y mentalmente , dando alternativas para un tratamiento multidisciplinario, de primer instancia no farmacológico con técnicas de relajación, ejercicios de rehabilitación y aeróbicos de bajo impacto, no olvidando la red de apoyo que va desde el acompañamiento familiar hasta ser canalizado al área de psicología en las mismas unidades de medicina familiar ; todo ello con la finalidad de disminuir costeos financieros y envíos a tercer nivel.

16. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Fong J. Disability incidence and functional decline among older adults with major chronic diseases. *BMC Geriatr.* 21 de noviembre de 2019;19(1):323.
2. Parminder R, Gilsing A, Mayhew A, Soheli N, Van den Heuvel E, Griffith L. Individual and population level impact of chronic conditions on functional disability in older adults. *PLoS One.* 20 de febrero de 2020;15(2): e0229160.
3. Vicente M, Terradillos M, Aguado M, Capdevila L, Ramírez M, Aguilar E. Incapacidad y Discapacidad. Diferencias conceptuales y legislativas. [Internet]. [citado 30 de septiembre 2022] Disponible en: <http://www.aeemt.com/>
4. López M. Limitación funcional y discapacidad: conceptos, medición y diagnóstico. Una introducción a la situación en México [Internet]. Gob.mx. [citado 31 de agosto de 2021]. Disponible en: http://inger.gob.mx/pluginfile.php/1682/mod_resource/content/19/Repositorio_Cursos/Archivos/Cuidamhe/MODULO_I/UNIDAD_2/Limitaci%C3%B3n.pdf
5. Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI); Tipos de discapacidad. [Internet]. [citado 3 de septiembre de 2021]. Disponible en: https://www.inegi.org.mx/contenidos/clasificadoresycatalogos/doc/clasificacion_de_tipo_de_discapacidad.pdf
6. La Organización Mundial de la Salud. Envejecimiento y salud. En: Hojas de datos: Envejecimiento y salud [Internet]. 2018. [citado 30 de agosto de 2021]. Disponible en: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
7. Griffith L, Gilsing A, Mangin D, Patterson C, Van den Heuvel E, Soheli N, et al. Multimorbidity frameworks impact prevalence and relationships with patient-important outcomes. *J Am Geriatr Soc.* 7 de abril de 2019;67(8):1632–40.
8. Fong J. Disability incidence and functional decline among older adults with major chronic diseases. *BMC Geriatr.* 21 de noviembre de 2019;19(1):323.
9. Osipov B, Emami A, Christiansen B. Systemic bone loss after fracture. *Clin Rev Bone Miner Metab.* 6 de diciembre de 2018;16(4):116–30.
10. Stieglitz J, Hooper P, Trumble B, Kaplan H, Gurven M. Productivity loss associated with functional disability in a contemporary small-scale subsistence population. *Elife.* 1 de diciembre de 2020;9: e62883.
11. Cieza A, Sabariego C, Bickenbach J, Chatterji S. Rethinking disability. *BMC Med.* 26 de enero de 2018;16(1):14.

12. Abdi S, Spann A, Borilovic J, de Witte L, Hawley M. Understanding the care and support needs of older people: a scoping review and categorisation using the WHO international classification of functioning, disability and health framework (ICF). *BMC Geriatr.* 22 de julio 2019;19(1):195.
13. Ferreira M, Marques A, Gomes P. Individual Resilience Interventions: A Systematic Review in Adult Population Samples over the Last Decade. *Int J Environ Res Salud Pública.* 16 de julio de 2021;18(14):7564.
14. Barasa E, Cloete K, Gilson L. From bouncing back, to nurturing emergence: reframing the concept of resilience in health systems strengthening. *Health Policy Plan.* 1 de noviembre de 2017;32(suppl_3): iii91–4.
15. Chmitorz A, Kunzler A, Helmreich I, Tüscher O, Kalisch R, Kubiak T. Intervention studies to foster resilience - A systematic review and proposal for a resilience framework in future intervention studies. *Clin Psychol Rev.* 2 de febrero de 2018; 59: 78-100.
16. American Psychological Association [Internet]. *Apa.org.* [citado el 8 de diciembre de 2021]. Disponible en: <https://www.apa.org/topics/resilience>
17. Schorr A, Carter C, Ladiges W. The potential use of physical resilience to predict healthy aging. *Pathobiol Aging Age Relat Dis.* 21 de noviembre de 2018;8(1):1403844.
18. Bonanno G. The resilience GA. paradox. *Eur J Psychotraumatol.* 30 de junio de 2021;12(1):1942642.
19. Jeppesen E, Wiig S. Resilience in a prehospital setting - a new focus for future research? *Scand J Trauma Resusc Emerg Med.* 21 de octubre de 2020;28(1):104.
20. Dantzer R, Cohen S, Russo S, Dinan T. Resilience and immunity. *Brain Behav Immun.* 10 de agosto de 2018;74:28–42.
21. Kusz H, Ahmad A. Preserving engagement, nurturing resilience. *Clin Geriatr Med.* 20 de noviembre de 2020;36(4):601–12.
22. Camacho D. Propiedades Psicométricas de la Escala de Resiliencia Mexicana en población del norte de México. *Enseñanza e Investigación en Psicología.* [Internet]. 2016. [citado 22 de abril de 2022]; 21 (1): 78–83, Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/292/29248180009.pdf>
23. Babić R, Babić M, Rastović P, Ćurlin M, Simić J, Mandić K, et al. Resilience in health and illness. *Abstract- Psychiatr Danub- [Internet].* 2020. [citado 22 de abril de 2022]; 32(Suppl 2):226–32, Disponible en:

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32970640/>

24. Ubillos S, García R, Puente A. Validation of an instrument for measuring chronic pain in nursing homes. *An Sist Sanit Navar*. 2 de enero de 2019;42(1):19–30.
25. Souza I, Godoi A, Caumo W, Fontes A. Perfil de resiliência em pacientes com dor crônica. *Cad Saude Publica*. [Internet].2017. [citado 22 de abril de 2022];33(1): e00146915, Disponible en: <https://www.scielo.br/j/csp/a/CQhziqfPSZVgWRdMz6m5Rmj/?lang=pt>
26. Hartvigsen J, Hancock M, Kongsted A, Louw Q, Ferreira M, Genevay S, et al. What low back pain is and why we need to pay attention. *Lancet*. 9 de junio de 2018;391(10137):2356–67.
27. Amescua C, Colimon F, Guerrero C, Jreige A, Berenguel M, Bonilla P, et al. Most relevant neuropathic pain treatment and chronic low back pain management guidelines: A change pain Latin America advisory panel consensus. *Pain Med*. 1 de marzo de 2018;19(3):460–70.
28. Blanco J, Jurado P, Aguirre S, Aguirre J. Composición Factorial de la Escala de Resiliencia Mexicana en Universitarios Mexicanos. *Form univ*. 19 de diciembre 2018; 11(6):99–106.
29. Pomares A, Rodríguez T, Pomares J, Factores de riesgo emocionales en pacientes que sufren dolor crónico de espalda. *Revista Finlay*. [Internet]. 2018. [citado 25 de abril de 2022]; 8 (4):310-320, Disponible en: <http://www.revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/557>
30. Traeger A, Buchbinder R, Harris I, Maher C. Diagnosis and management of low-back pain in primary care. *CMAJ*. 13 de noviembre de 2017; 189(45): E1386–95.
31. Wettstein M, Eich W, Bieber C, et al. Pain intensity, disability, and quality of life in patients with chronic low back pain: Does age matter *Pain Med*. 1 de marzo de 2019;20(3):464–75.
32. Russo M, Deckers K, Eldabe S, Kiesel K, Gilligan C, Vieceli J, et al. Muscle control and non-specific chronic low back pain. *Neuromodulation*. [Internet]. 2018. [citado 25 de abril de 2022];21(1):1–9, Disponible en: [https://www.neuromodulationjournal.org/article/S1094-7159\(21\)02175-9/fulltext](https://www.neuromodulationjournal.org/article/S1094-7159(21)02175-9/fulltext)
33. O’Keeffe M, O’Sullivan P, Purtill H, Bargary N, O’Sullivan K. Cognitive functional therapy compared with a group-based exercise and education intervention for chronic low back pain: a multicentre randomised controlled trial (RCT). *Br J Sports Med*. [Internet]. 2020. [citado 25 de abril de 2022];54(13):782–9. Disponible en:

<https://bism.bmj.com/content/54/13/782>

34. Alcántara S, Flórez M, Echávarri C, Garcia F. Escala de incapacidad por dolor lumbar de Oswestry. Rehabil [Internet]. 2006. [citado 25 de abril de 2022];40(3):150–8. Disponible en: https://oml.eular.org/sysModules/obxOml/docs/ID_53/Oswestry%20Validaci%C3%B3n%20ES.pdf
35. Gutiérrez E, Ríos P. Del Conocimiento Gerontológico ESLAP. ENVEJECIMIENTO Y CAMPO DE LA EDAD: [Internet]. 2006.[citado 25 de abril de 2022];4(3):150-158, Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/udecada/v14n25/art02.pdf>
36. Santiago C, Pérez K, Castro N. Dolor lumbar y su relación con el índice de discapacidad en un hospital de rehabilitación. Rev Cient Cienc Med. 28 de diciembre de 2018;21(2):13–20.
37. *Diccionario de la lengua española* RAE.es.: Resiliencia, [versión 23.3 en línea] [citado el 30 de septiembre 2021] Disponible en: <https://dle.rae.es>
38. Lumbalgia, problema de salud pública [Internet]. Unam.mx. 2019 .[citado 26 de abril de 2022].Disponible en: <https://www.gaceta.unam.mx/lumbalgia-problema-de-salud-publica/>
39. Centro de Investigación y Desarrollo en Ciencias de la Salud (Uac-Cidics): El 30% de las personas que padecen lumbalgia en México requieren incapacidad [Internet]. 2018. [Citado 12 de enero de 2022]. Disponible en: <http://cidics.uanl.mx/nota-89/>
40. Tay K, Lim K. Psychological resilience as an emergent characteristic for well-being: A pragmatic view. Gerontology. [Internet]. 2020. [Citado 22 de abril de 2022];66(5):476–83, Disponible en: <https://www.karger.com/DOI/10.1159/000509210>
41. Hildon Z, Tan C, Shiraz F, Chong W, Deng X, Huat G, et al. The theoretical and empirical basis of a BioPsychoSocial (BPS) risk screener for detection of older people’s health related needs, planning of community programs, and targeted care interventions. BMC Geriatr. 17 de febrero de 2018;18(1):49.
42. Ley Federal de Protección de Datos Personales en posesión de los particulares. [Internet] gob.mx. [Citado 12 de enero de 2022] Disponible en: <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LFPDPPP.pdf>
43. Elaboradas por el Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS) en colaboración con la Organización Mundial de la Salud

- (OMS). [Internet] gob.mx. [Citado 12 de enero de 2022] Disponible en: https://cioms.ch/wp-content/uploads/2017/12/CIOMSEthicalGuideline_SP_INTERIOR-FINAL.pdf
44. Nuevo Reglamento Publicado en el Diario Oficial de la F el 6. de E de. Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la salud. [Internet] gob.mx. [Citado 12 de enero de 2022] Disponible en: http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regley/Reg_LGS_MIS.pdf
45. Mejía M, Rivera P, Urbina M, Alger J, Maradiaga E, Flores S, et al. Discapacidad en el Adulto Mayor: Características y Factores relevantes, Rev. Fac. Cienc. Med [Internet]. 2014. [Citado 25 de abril de 2022], Disponible en: http://www.bvs.hn/Honduras/UICFCM/Articulo2_RFCMVol11-2-2014-5.Revision.Discapacidad.Adulto.Mayor.pdf
46. Correa M, Sánchez S, Esteve R, Ruiz G, Serrano E, López A, et al. Relación entre la plenitud, la resiliencia y la adaptación de los pacientes con dolor crónico. Revista Mexicana de Psicología [Internet]. 2017 [citado 25 de abril de 2022];34(2):91-100 Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/2430/243057743002.pdf>
47. Reyes R. Adulto mayor inteligente, según la OMS [Internet] 2018. [citado 23 de abril de 2022] Disponible en: <http://www.adultomayorinteligente.com/significado-de-adulto-mayor/>
48. Diccionario de la lengua española Rae.es.: Sexo. [versión 23.3 en línea] [citado 30 de septiembre 2021]. Disponible en: <https://dle.rae.es>
49. Estado civil Economipedia.com. [Internet]. 2020 [citado 30 de septiembre de 2021]. Disponible en: <https://economipedia.com/definiciones/estado-civil.html>
50. Diccionario de la lengua española, 23 ed, [versión 23.3 en línea] [citado 22 abril 2022] Disponible en: Disponible en: <https://dle.rae.es>
51. IMSS: Calcula tu IMC [Internet] [citado el 8 de diciembre de 2021]. Disponible en: <http://www.imss.gob.mx/salud-en-linea/calculaimc>
52. Comisión Nacional de Bioética. Código de Nüremberg: [Internet] [citado 25 de marzo de 2022]. Disponible en: http://www.facmed.unam.mx/_gaceta/gaceta/nov2597/codigo.html
53. Comisión Nacional de Bioética. Declaración de Helsinky [Internet] [citado 25 de marzo de 2022]. Disponible en: <http://www.conbioetica-mexico.salud.gob.mx/descargas/pdf/helsinki.pdf>

54. Comisión Nacional de Bioética. Informe Belmont Principios y guías éticos para la protección de los sujetos humanos de investigación [Internet]. [citado 25 de marzo de 2022]. Disponible en: http://www.conbioeticamexico.salud.gob.mx/descargas/pdf/normatividad/normatinternacional/10_INTL_Informe_Belmont.pdf
55. México. Secretaria de Salud. Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la salud. Comisión Nacional de Bioética [Internet]. [citado 25 de marzo de 2022]. Disponible en: http://www.conbioeticamexico.salud.gob.mx/descargas/pdf/normatividad/normatinternacional/10_NAL_Reglamento_de_Investigacion.pdf
56. DOF- Diario Oficial de la Federación NORMA Oficial Mexicana NOM-012-SSA3-2012, Que establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos. [Publicado 5 de noviembre de 2009, citado el 25 de marzo de 2022] Disponible en: http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5284148&fecha=04/01/2013
57. Ley Federal de Protección de datos personales en posesión de los particulares. publicada en el Diario Oficial de la Federación. [Publicado el 5 de julio de 2010, citado el 25 de marzo de 2022]. Disponible en: <https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/ref/lfpdppp.htm>
58. Consentimiento informado para actos médicos e investigaciones en salud [Internet] [citado 25 de marzo de 2022]. Disponible en: <https://salud.gob.ar/dels/entradas/consentimiento-informado-para-actos-medicos-e-investigaciones-en-salud>

17. ANEXOS

ANEXO 1

Carta de consentimiento informado para participación en protocolos de investigación (Adultos).

ANEXO 2

Formato de ficha de identificación para sujetos de estudio.

ANEXO 3

Formato de cuestionario de OSWESTRY

ANEXO 4

Formato de escala de resiliencia mexicana (RESI-M)

ANEXO 5

Tríptico “¿Dolor de espalda?, Incapacidad funcional y resiliencia”.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN
Y POLITICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

Folio:

**Carta de consentimiento informado para participación
en protocolos de investigación (adultos)**

Nombre del estudio:	INCAPACIDAD FUNCIONAL Y RESILIENCIA EN ADULTOS MAYORES CON LUMBALGÍA CRÓNICA EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 92
Patrocinador externo (si aplica):	No aplica.
Lugar y fecha:	Unidad de Medicina Familiar No 92, ubicada en avenida central sin número, laderas del peñón, CP 55140, Ecatepec de Morelos, Estado de México, Ciudad Azteca, año 2022.
Número de registro institucional:	Pendiente
Justificación y objetivo del estudio:	Toda persona tiene capacidades físicas y mentales sin embargo estas se pueden ver limitadas o disminuidas a lo largo de nuestra existencia. Por ello la resiliencia es la forma en la que usted puede enfrentar los problemas difíciles de la vida. Con este estudio queremos saber cómo su enfermedad influye en su vida diaria y si esta afecta en realizar sus actividades cotidianas y en su sentir emocional, ya que el dolor de espalda de largo tiempo es un problema de salud muy frecuente.
Procedimientos:	Si desea participar en este estudio, se le darán dos cuestionarios impresos y un bolígrafo, que durara 30 min., el primero valora la capacidad que tiene usted para superar circunstancias difíciles como lo es su enfermedad y el segundo es sobre el nivel de daño que pudiese tener en la capacidad para realizar sus actividades rutinarias y se vean afectadas por su dolor de espalda y/o lumbar. Como medida sanitaria debe portar en todo momento uso de cubre bocas y realizar desinfección con alcohol-gel al

comunicarnos.

Posibles riesgos y molestias:

Este estudio representa riesgo mínimo, ya que se le aplicarán dos cuestionarios los cuales constan de 43 y 10 preguntas sencillas. Estas preguntas están relacionadas con aspectos individuales, familiares y sociales. Si usted considera que alguna pregunta le causa confusión, incomodidad o molestia al responder o leer. El investigador responsable estará presente en todo momento, ante cualquier duda.

Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:

Se le proporcionará un tríptico sobre los temas: dolor de espalda y la capacidad de hacer frente ante problemas en la vida, en caso de que se presente alguna duda el investigador del estudio la resolverá al momento. A nivel institucional esto ayudará a disminuir el número de personas que tengan esta misma enfermedad así como los gastos que producen los tratamientos.

Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:

Los resultados que tengamos en este estudio se presentarán en forma de investigación y/o carteles científicos. A demás estos resultados se darán al finalizar los cuestionarios de forma individual y confidencial a cada participante. Como recomendación hay que educar al participante para que tenga una buena postura de todo su cuerpo y evitar posibles lesiones musculares y así proteger su espalda a la hora de realizar sus actividades en su vida diaria, hacer ejercicios aeróbicos y alimentarse de manera sana y balanceada para bajar de peso lo cual ayuda a que mejore el dolor de espalda.

Participación o retiro:

Usted es libre de decidir si quiere participar en este estudio y podrá retirarse en el momento que lo desee sí que esto afecte la atención que recibe del instituto.

Privacidad y confidencialidad:

La información que usted nos dé es de forma confidencial y pueden ser utilizados por los investigadores de este estudio o en su caso de estudios futuros.

Declaración de consentimiento:

Después de haber leído y habiéndome explicado todas mis dudas acerca de este estudio:

- No acepto participar en el estudio.
- Si acepto participar y que se tome la muestra solo para este estudio.
- Si acepto participar y que se tome la muestra para este estudios y estudios futuros, conservando su sangre hasta por _____ años tras lo cual se destruirá la misma.

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:

Investigadora o Investigador Responsable: Dra. Gómez Alegre Yadira Miroslava, Médico Residente de Medicina Familiar, UMF 92
 Matricula 97157389, No Tel 5564733978, correo electrónico: kory_1690@hotmail.com

Colaboradores: Dra. Olivia Reyes Jiménez Coordinadora y Especialista en Medicina Familiar UMF 92, Tel.5557559424 Matricula:11366761 email: Olivia.reyesji@imss.gob.mx
Dr. Flores Solano Pablo, Asesor Especialista en Medicina Familiar UMF 92 Tel 5540997065 Matricula:97155289 email: pablo_flores_sol@hotmail.com

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comité Local de Ética de Investigación en Salud del CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, correo electrónico: comité.eticainv@imss.gob.mx

Nombre y firma del participante
Testigo 1

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento
Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre, dirección, relación y firma

FORMATO DE FICHA DE IDENTIFICACIÓN

Folio:

INSTRUCCIONES: Leer cuidadosamente el cuestionario y responda a lo que se pide marcando con una **X** la respuesta que usted considere correcta, si tiene alguna duda acercarse al encuestador.

El siguiente cuestionario nos ayudará a conocer algunas características personales del sujeto de estudio “adulto mayor con lumbalgia crónica” de la Unidad de Medicina Familiar No.92, es decir usted; Este documento es de carácter confidencial, de tal manera le pedimos honestidad al contestar. De antemano le agradecemos su participación.

Edad: _____

Sexo: Mujer Hombre

Estado Civil: Soltero Casado Unión Libre Separado Divorciado
Viudo

Escolaridad: Primaria Secundaria Preparatoria Carrera técnica
 Licenciatura

Ocupación: Empleado Desempleado Jubilado Hogar

Altura: _____cm.

Peso: _____kg.

FORMATO DE CUESTIONARIO DE OSWESTRY

Folio:

Instrucciones: Por favor lea atentamente estas preguntas diseñadas para conocer hasta qué punto su dolor de espalda afecta a su vida diaria. Responda a todas las preguntas marcando solo una respuesta con una “x” la que describa mejor su problema.

1. Intensidad

- Puedo soportar el dolor sin necesidad de tomar calmantes.
- El dolor es fuerte, pero me arreglo sin tomar calmantes.
- Los calmantes me alivian completamente el dolor.
- Los calmantes me alivian un poco el dolor.
- Los calmantes apenas me alivian el dolor.
- Los calmantes no me quitan el dolor y no los tomo.

2. Cuidados personales (lavarse, vestirse, etc.)

- Me las puedo arreglar solo sin que me aumente el dolor.
- Me las puedo arreglar solo, pero esto me aumenta el dolor.
- Lavarme, vestirme, etc., me produce dolor y tengo que hacerlo despacio y con cuidado.
- Necesito alguna ayuda, pero consigo hacer la mayoría de las cosas yo solo.

de

dolor

- Necesito ayuda para hacer la mayoría de las cosas
- No puedo vestirme, me cuesta levarme, y suelo quedarme en casa.

3. Levantar peso

- Puedo levantar objetos pesados sin que me aumente el dolor.
- Puedo levantar objetos pesados, pero me aumenta el dolor.
- El dolor me impide levantar objetos pesados del suelo, pero puedo hacerlo si están en un sitio cómodo (ej. En una mesa).
- El dolor me impide levantar objetos pesados, pero si puedo levantar objetos ligeros o medianos si están en un sitio cómodo.
- Sólo puedo levantar objetos muy ligeros.
- No puedo levantar ni elevar ningún objeto.

4. Andar

- El dolor no me impide andar.

- Y El dolor me impide andar más de un kilómetro.
- Y El dolor me impide andar más de 500 metros.
- Y El dolor me impide andar más de 250 metros.
- Y Sólo puedo andar con bastón o muletas.
- Y Permanezco en la cama casi todo el tiempo y tengo que ir a rastras al baño.

5. Estar sentado

- Y Puedo estar sentado en cualquier tipo de silla todo el tiempo que quiera.
- Y Puedo estar sentado en mi silla favorita todo el tiempo que quiera.
- Y El dolor me impide estar sentado más de una hora.
- Y El dolor me impide estar sentado más de media hora.
- Y El dolor me impide estar sentado más de diez minutos.
- Y El dolor me impide estar sentado.

6. Estar de pie

- Y Puedo estar de pie tanto tiempo como quiera sin que me aumente el dolor.
- Y Puedo estar de pie tanto tiempo como quiera, pero me aumenta el dolor.
- Y El dolor me impide estar de pie más de una hora.

- Y El dolor me impide estar de pie más de media hora.
- Y El dolor me impide estar de pie más de diez minutos.
- Y El dolor me impide estar de pie.

7. Dormir

- Y El dolor no me impide dormir bien.
- Y Sólo puedo dormir si tomo pastillas.
- Y Incluso tomando pastillas duermo menos de seis horas.
- Y Incluso tomando pastillas duermo menos de cuatro horas.
- Y Incluso tomando pastillas duermo menos de dos horas.
- Y El dolor me impide totalmente dormir.

8. Actividad sexual

- Y Mi actividad sexual es normal y no me aumenta el dolor.
- Y Mi actividad sexual es normal, pero me aumenta el dolor.
- Y Mi actividad sexual es casi normal, pero me aumenta mucho el dolor.
- Y Mi actividad sexual se ha visto muy limitada a causa del dolor.
- Y Mi actividad sexual es casi nula a causa del dolor.
- Y El dolor me impide todo tipo de actividad sexual.

9. Vida social

- Υ Mi vida social es normal y no me aumenta el dolor.
- Υ Mi vida social es normal, pero me aumenta el dolor.
- Υ El dolor no tiene un efecto importante en mi vida social, pero si impide mis actividades más enérgicas, como bailar, etc.
- Υ El dolor ha limitado mi vida social y no salgo tan a menudo.
- Υ El dolor ha limitado mi vida social al hogar.
- Υ No tengo vida social a causa del dolor.

10. Viajar

- Υ Puedo viajar a cualquier sitio sin que me aumente el dolor.
- Υ Puedo viajar a cualquier sitio, pero me aumenta el dolor.
- Υ El dolor es fuerte, pero aguanto viajes de más de dos horas.
- Υ El dolor me limita a viajes de menos de una hora.
- Υ El dolor me limita a viajes cortos y necesarios de menos de media hora.
- Υ El dolor me impide viajar excepto para ir al médico o al hospital.

0: 0 puntos; 1: 1 punto; 2: 2 puntos; 3: 3 puntos; 4: 4 puntos; 5: 5 puntos. Sumar el resultado de cada respuesta y multiplicar el resultado x2 y obtendremos el resultado en % de incapacidad.

FORMATO DE ESCALA DE RESILIENCIA MEXICANA (RESI-M)

Folio:

Instrucciones : Por favor lea atentamente estas afirmaciones y marque con una “x” en el recuadro de la derecha la que describa mejor su problema.No deje de contesta ninguna. Sus respuestas son confidenciales.Gracias por su participación.

Sexo:

Edad:

Escolaridad:

Ítem	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
1.-Lo que me ha ocurrido en el pasado me hace sentir confianza para enfrentar nuevos retos.				
2.-Se dónde buscar ayuda.				
3.-Soy una persona fuerte.				
4.-Se muy bien lo que quiero.				
5.-Tengo el control de mi vida.				
6.- Me gustan los retos.				
7.-Me esfuerzo por alcanzar mis metas.				
8.-Estoy orgulloso de mis logros.				
9.-Sé que tengo habilidades.				
10.-Creer en mí mismo me ayuda a superar los momentos difíciles.				
11.-Creo que voy a tener éxito.				
12.-Sé cómo lograr mis objetivos.				
13.-Pase lo que pase siempre encontrare una solución.				
14.- Mi futuro pinta bien.				
15.- Sé que puedo resolver mis problemas personales.				
16.-Estoy satisfecho conmigo mismo.				
17.-Tengo planes realistas para el futuro.				79

<p>18.- Confío en mis decisiones.</p> <p>19.- Cuando no estoy bien, sé que vendrán tiempos mejores.</p> <p>20.- Me siento cómodo con otras personas</p> <p>21.- Me es fácil establecer contacto con nuevas personas.</p> <p>22.- Me es fácil hacer nuevos amigos.</p> <p>23.- Es fácil para mí tener un buen tema de conversación.</p> <p>24.- Facilmente me adapto a situaciones nuevas.</p> <p>25.- Es fácil para mí hacer reír a otras personas.</p> <p>26.- Disfruto de estar con otras personas</p> <p>27.- Se cómo comenzar una conversación.</p> <p>28.- Tengo una buena relación con mi familia.</p> <p>29.- Disfruto de estar con mi familia.</p> <p>30.- En nuestra familia somos leales entre nosotros.</p> <p>31.- En nuestra familia disfrutamos de hacer actividades juntos.</p> <p>32.- Aún en momentos difíciles, nuestra familia tiene una actitud optimista hacia el futuro.</p> <p>33.- En nuestra familia coincidimos en relación a lo que consideramos importante en la vida.</p> <p>34.- Tengo algunos amigos/familiares que realmente se ocupan por mí.</p> <p>35.- Tengo algunos amigos/familiares que me apoyan.</p> <p>36.- Siempre tengo alguien que puede ayudarme cuando lo necesito.</p> <p>37.- Tengo algunos amigos/familiares que me</p>				
---	--	--	--	--

<p>alientan.</p> <p>38.- Tengo algunos amigos/familiares que valoran mis habilidades.</p> <p>39.- Las reglas y la rutina hacen mi vida más fácil.</p> <p>40.- Mantengo mi rutina aun en momentos difíciles.</p> <p>41.- Prefiero planear mis actividades.</p> <p>42.- Trabajo mejor cuando tengo metas.</p> <p>43.- Soy bueno para organizar mi tiempo.</p>				
---	--	--	--	--

EJEMPLOS DE UNA CORRECTA POSTURA

¿Qué es la resiliencia ?

Es la capacidad de hacer frente a las adversidades de la vida ; transformando el dolor en esa fuerza motivadora para superarse y salir a delante de ellas.

Debe desarrollarse a lo largo de la vida, cambiando nuestros hábitos y creencias ; para un mejor bienestar.

¿PORQUE ES IMPORTANTE DESARROLLAR LA RESILIENCIA?

- Permite recuperarte
- No dejarte vencer
- Enfrentar los problemas
- Manejar la presión
- Superar la tristeza
- Vivir con sentido del humor
- Potenciar habilidades en momentos difíciles
- Ser positivo
- Crear redes de apoyo

¡RECUERDA!

"El dolor es inevitable, el sufrimiento es opcional"

Fuente :
<http://www.garcia-saiz.com/la-ambigüedad-problemas-de-vida-problemas/>
<http://www.rolandoyre.com/2012/02/20/20148180-00-9-p2/>

ELABORADO POR: GÓMEZ ALEGRE VALEDA MIROSLAVA,
 RESIDENTE 2º AÑO DE MEDICINA FAMILIAR
 SEDE UJAF NO.02

Instituto Mexicano del Seguro Social
 Unidad de Medicina Familiar
 No. 92

¿DOLOR DE ESPALDA ? TAMBIÉN CONOCIDO COMO LUMBALGIA!

Incapacidad funcional y Resiliencia

DOLOR DE ESPALDA

¿Qué es?

Es el dolor que se produce en la región inferior de la espalda.



- ⇒ Es un trastorno de atención primaria que afecta a la población en general.
- ⇒ Este puede ocasionar una **limitación funcional** en el desempeño para realizar las actividades cotidianas lo que puede causar una alta **incapacidad funcional**.
- ⇒ Considerado la principal causa de discapacidad a nivel mundial.
- ⇒ Afecta a un 85% de la población mundial.



¿Cuáles son los síntomas?

- ♦ Dolor de espalda
- ♦ Entumecimiento
- ♦ Hormigueo
- ♦ Que con frecuencia se extiendan por debajo de la rodilla.
- ♦ Limitación de movimientos
- ♦ Marcha lenta



¿Cuáles son las causas?

- ♦ Envejecimiento
- ♦ Sobrepeso y obesidad
- ♦ Mal uso de la columna por posiciones inadecuadas
- ♦ Actividades sedentarias (ejemplo no hacer ejercicio) y Debilidad de los músculos espinales.
- ♦ Gran cantidad de trabajo y deportes que requieran mucha demanda de esfuerzo y carga de cosas pesadas.



¿Cómo se trata?

- ♦ Va dirigido a un control a base de:
- ♦ Terapia física con apoyo de ejercicios de rehabilitación , y de tipo aeróbicos.
- ♦ Control de peso teniendo una alimentación de manera sana y balanceada.
- ♦ Terapia cognitiva funcional que ayuda a auto controlar el dolor .
- ♦ Analgésicos

¿Se puede prevenir?

- ♦ Si, a base de una **educación postural** de todo su cuerpo por medio de **posiciones correctas** para levantarse, sentarse, caminar etc. y evitar así posibles lesiones musculares a lo largo de la vida , protegiendo su espalda a la hora de realizar sus actividades cotidianas.
- ♦ Evitar cargar cosas pesadas y hacer movimiento bruscos .
- ♦ Mantener un peso ideal. No sobrepeso. No obesidad.