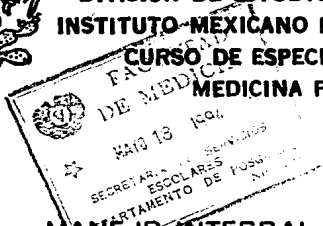


1122 N-4  
2 Ej.



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO**

**FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO  
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
CURSO DE ESPECIALIZACION DE  
MEDICINA FAMILIAR**



**MANEJO INTEGRAL DE LAS FAMILIAS  
CON LUMBALGIA DEGENERATIVA  
EN PENSIONADOS**

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

**T E S I S**

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

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

**DR. JUSTINO CALIXTO REYES**



**IMSS**

**MEXICO, D. F.**

**FEBRERO 1994**

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**



Universidad Nacional  
Autónoma de México



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

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

Todo el material contenido en esta tesis está 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.

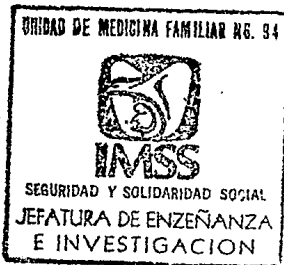
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 94.  
JEFATURA DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION

Vo. Bo.



---

DRA. PATRICIA OCAMPO BARRIOS  
MED. ESPECIALISTA EN MEDICINA  
FAMILIAR.  
JEFE DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 94  
I.M.S.S



Vo. Bo.  
ASESOR DE TESIS.



---

DRA. ELVIRA BOLAÑOS DIAZ.  
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE  
ESPECIALIZACION EN MEDICINA  
FAMILIAR.  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 94  
I.M.S.S

## INDICE

	<b>PAGINA.</b>
<b>INTRODUCCION .....</b>	<b>1</b>
<b>OBJETIVOS .....</b>	<b>2</b>
<b>MARCO TEORICO .....</b>	<b>3</b>
<b>PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....</b>	<b>12</b>
<b>HIPOTESIS .....</b>	<b>13</b>
<b>TIPO DE ESTUDIO .....</b>	<b>14</b>
<b>DISEÑO .....</b>	<b>15</b>
<b>ANALISIS ESTADISTICO .....</b>	<b>20</b>
<b>CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES .....</b>	<b>21</b>
<b>RESULTADOS .....</b>	<b>46</b>
<b>ANALISIS DE RESULTADOS Y CONCLUSIONES .....</b>	<b>48</b>
<b>BIBLIOGRAFIA .....</b>	<b>52</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>54</b>

## **INTRODUCCION:**

**EL GRAN NUMERO DE VARIANTES DEL SINDROME DOLOR BAJO DE ESPALDA SUS MULTIPLES FACTORES DESENCADENANTES Y LA DIFICULTAD PARA CONCRETAR LA ETIOLOGIA DEL MISMO, ASI COMO LA RESISTENCIA A LOS TRATAMIENTOS INSTITUIDOS HACEN DE ESTE PADECIMIENTO UNO DE LOS MAS FRECUENTES Y PROBLEMATICOS DE LA CONSULTA EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCION.**

**ES UNA CON IMPORTANTES REPERCUSSIONES A TODOS LOS NIVELES, Y ES POR ESTO QUE EN ESTE ESTUDIO SE ABORDARA ESTE PROCESO SALUD- ENFERMEDAD TOMANDO A LA FAMILIA COMO UNIDAD DE ANALISIS, ES DECIR UNA MEDICINA QUE TOMA EN CUENTA LOS ASPECTOS BIOPSIKO-SOCIALES DE MANERA INTEGRAL.**

**SE HACE LA SELECCION DE LAS FAMILIAS CON LOS CRITERIOS DE INCLUSION, SE REALIZA UNA EVALUACION DE SU CONOCIMIENTO DE SU ENFERMEDAD Y REPERCUSSIONES DE ESTA, SE ABORDAN CON UN PROCESO ENSEÑANZA-APRENDIZAJE.**

**POSTERIORMENTE EVALUACION PARA COMPARAR LOS CAMBIOS DADOS EN ESTAS FAMILIAS, EN RELACION A LAS FAMILIAS NO SOMETIDAS A ESTE PROCESO.**

## **OBJETIVOS:**

- 1.- DETERMINAR QUE EL MANEJO BIOPSICOSOCIAL DE LA FAMILIA DEL PACIENTE CON LUMBALGIA PRODUCE MEJORES RESULTADOS, QUE UN MANEJO INDIVIDUAL.**
- 2.- VERIFICAR QUE CUANDO SE REALIZA UN ABORDAJE A LA FAMILIA EN FORMA INTEGRAL Y ES SOMETIDA A UN PROCESO DE ENSEÑANZA-APRENDIZAJE, SE OBTIENEN MEJORES RESULTADOS. QUE EN LAS FAMILIAS QUE NO SE ABORDARON DE MANERA INTEGRAL Y NO SON SOMETIDAS A UN PROCESO DE ENSEÑANZA-APRENDIZAJE.**
- 3.- DETERMINAR LA IMPORTANCIA O UTILIDAD DE LOS PROCESOS CORRECTORES, EN EL MANEJO INTEGRAL DE LA FAMILIA.**
- 4.- DETERMINAR EL GRADO DE FUNCIONALIDAD EN ESTAS FAMILIAS.**

## MARCO TEORICO

EL SINDROME DOLOROSO DE LA PARTE BAJA DE LA ESPALDA PARECE SER UN CUADRO PATOLOGICO EXCLUSIVO DEL HOMBRE, QUE AFECTA LAS PARTES DEL CUERPO DE MAYOR EVOLUCION ANATOMICA Y ESTA RELACIONADA CON LA POSICION ERECTA Y LA MARCHA BIPEDA: LA CUAL FUE ALCANZADA POR EL HOMBRE COMO REFINAMIENTO QUE LO DIFERENCIA DE LOS DEMAS SERES QUE OBSEQUIA A CAMBIO EL BAJO DOLOR DE ESPALDA, PATOLOGIA QUE NO SE OBSERVA EN LOS CUADRUPEDOS.

EN 1894 EL DR. ERNEST GOLTH WAIT PIONERO Y CREADOR DE LA MEDICINA NORTEAMERICANA, ES NOMBRADO CONSULTOR DE CIRUGIA ORTOPEDICA EN EL HOSPITAL GENERAL DE MASSACHUSETTS SIENDO EL INICIADOR DEL ESTUDIO DEL DOLOR BAJO DE ESPALDA Y SUS COMPLICACIONES.

EN 1899 ORGANIZA LA ASOCIACION AMERICANA DE ORTOPEDIA.

EN 1900 JUNTO CON EL DR. ROBERT B. OSGOOD REALIZA LAS PRIMERAS DISECCIONES DE COLUMNA LUMBO-SACRA EN CADAVERES, Y DE LA ARTICULACION SACRO-ILIACA, INTENTANDO ANCLAR ALGUNOS DOLORES DE ESPALDA.

EN 1910 Y 1920 SE ESCRIBEN ARTICULOS SOBRE VARIACIONES DE LA ESTRUCTURA DE LAS FACETAS ARTICULARES LUMBO-SACRA Y MOVIMIENTOS DE SACRO-ILIACA, SUGESTIVA PARA EL TRATAMIENTO EN LA PARTE INFERIOR DE LA ESPALDA.

Y TAMBIEN ESTUDIO SOBRE DEFORMIDADES POSTURALES Y LOS MEDIOS DE EVITARLOS Y CORREGIRLOS.

LA COMBINACION DE LA MARCHA SUSPENDIDA Y DE LA PRESION DE LA GRAVEDAD PERMITE UNA GRAN LIBERTAD DE CIRCUNDUCCIONES EN LA CINTURA ESCAUPULAR, ASI COMO UNA TOTAL EXTENSION DE LA CADERA QUE AYUDA A LA POSICION ERECTA.

LA ARTICULACION LUMBO-SACRA ESTA MAL ADAPTADA A SU FUNCION POR LO QUE SE ENCUENTRA FRECUENTEMENTE LA MAYOR PARTE DE LA DOLENCIA EN RELACION A LA POSICION VERTICAL DEL CUERPO.

EL EMPUJE HACIA ADELANTE DEL CUERPO SOBRE LA ESPINA DORSAL, ES DEBIDA:

AL PESO DE HOMBROS Y BRAZOS.

A LA INSERCIÓN DEL PERICARDIO FIBROSO Y AL LIGAMENTO SUSPENSORIO. AL PESO DEL TORAX SITUADO DENTRO DE LA ESPINA.

POR CONSECUENCIA HAY UN AUMENTO DE LA LORDOSIS LUMBAR, AQUI ESTA EL ORIGEN DEL DOLOR DE LA PARTE BAJA DE LA ESPALDA EN AL HOMBRE. LA LORDOSIS LUMBAR DEL HOMBRE DE TIPO MUSCULAR ES LA DEL DOLOR BAJO DE ESPALDA, COMO DEGENERACION DEL DISCO INTERVERTEBRAL.

EL INDIVIDUO OBESO TIENE ESTE PROBLEMA, SOBRE TODO SI SU ABDOMEN SE HACE MUY PROMINENTE.

EL ORIGEN DE VARIOS TIPOS DE SINDROME DOLOROSO DE LA PARTE BAJA DE LA COLUMNA ES DEBIDA A LA COMPRESION VERTICAL DE LA MUSCULATURA DE LA ESPALDA, LO QUE ES UN FACTOR IMPORTANTE EN LA PRODUCCION DE ESPONDILOLISTESIS HERNIA DE DISCO.

LA INCIDENCIA DEL DOLOR BAJO DE ESPALDA SE HA CALCULADO EN UN RANGO DE 20% EN LOS PAISES INDUSTRIALES. ACTUALMENTE SE AFECTAN POR IGUAL HOMBRES Y MUJERES, EL HOMBRE DESARROLLA EL DOLOR BAJO DE ESPALDA MAS TEMPRANAMENTE. LA HERNIA DE DISCO INTERVERTEBRAL, UNA DE LAS CAUSAS MAS FRECUENTES SE PRESENTA EN PROMEDIO DE EDAD DE 35 AÑOS Y LA DISKECTOMIA SE REALIZA EN PROMEDIO DE LOS 42 AÑOS.

SE CALCULA QUE UN 50% DE LOS EPISODIOS OCURREN DURANTE EL TRABAJO; 27% EN EL HOGAR, EL 80% NO RELACIONADO CON ACTIVIDAD LABORAL O DOMESTICAS Y EL 15% SON DE INICIO GRADUAL SIN UN ANTECEDENTE DE ENCADENANTE.

FRECUENCIA: SE HA ESTIMADO QUE EL 80% DE LOS HABITANTES DEL MUNDO EXPERIMENTAN DOLOR LUMBAR EN ALGUNOS MOMENTOS.

DICHO DOLOR ES LA PRINCIPAL CAUSA DE PERDIDA DE TIEMPO DE TRABAJO, LA PERDIDA EN DIAS LABORALES. EN E.U. ES DE UN 1400x100 TRABAJADORES.

EN LO QUE SE REFIRE A ETIOLOGIA:

CLASIFICACION MACNAB PARA LAS CAUSAS DE LUMBALGIA.

- 1.- DOLOR DE ORIGEN VISCERAL.
- 2.- DOLOR DE ORIGEN VASCULAR.
- 3.- PROCESOS DE ORIGEN NERVIOSO.
- 4.- DOLOR DE ORIGEN OSEO.
- 5.- LESION DE TEJIDOS BLANDOS.
- 6.- PSIOGENICOS.

ESTO ES CONCERNIENTE A ESPONDILOARTROPATIAS, EN LO QUE RESPECTA EN ESTE CAPITULO.

ESPONDILOLOSTESIS:

SE HA DESCRITO QUE EXISTE UNA TENDENCIA CONSTANTE AL DESPLAZAMIENTO DEL DISCO DEBIDO A LAS FUERZAS QUE ACTUAN SOBRE EL. LA ESPONDILOLISTESIS ES UN TERMINO DESCRIPTIVO QUE IMPLICA EL DESPLAZAMIENTO DE UNA VERTEBRA SOBRE LA OTRA.

EXISTEN TRES TIPOS DE ESPONDILOLISTESIS SEGUN SU MECANISMO DE PRODUCCION, EL TIPO MAS COMUN ES EL TIPO DEGENERATIVO EN EL QUE LOS CAMBIOS POR OAD A NIVEL DE LAS FACETAS ARTICULARES COMBINADOS CON UNA DEGENERACION DEL DISCO OCASIONAN UN DESPLAZAMIENTO DE LA VERTEBRA. EL SEGUNDO TIPO DE ESPONDILOLISTESIS ES DE TIPO TRAUMATICO: CUANDO UN DAÑO ES LO SUFICIENTEMENTE INTENSO QUE PUEDE PRODUCIRSE FRACTURA DE UNA DE LAS PORCIONES DEL ARCO POSTERIOR Y CON ELLO UNA INESTABILIDAD QUE LLEVA AL DESPLAZAMIENTO



DE UNA VERTEBRA SOBRE LA OTRA. ASI MISMO UNA TERCERA FORMA ES LA DE TIPO DISPLASICO QUE ESTA CONDICIONADA POR DISMORFIA CONGENITA DEL SACRO SUPERIOR O DEL ARCO NEURAL GENTICAMENTE DETERMINADO QUE PREDISPONE AL MISMO DESPLAZAMIENTO. TODAS ELLAS PUEDEN DAR DATOS DE COMPRESION RADICULAR QUE VAN ACORDES CON EL GRADO DE DESPLAZAMIENTO.

DIAGNOSTICO: SE BASA PRINCIPALMENTE EN UNA HISTORIA CLINICA ACOMPAÑADA DE UNA BUENA EXPLORACION FISICA Y ADEMAS RX CON LA SIGUIENTES PROYECCIONES:

- A.- ANTEROPOSTERIOR
- B.- LATERAL
- C.- OBLICUAS ANTERIOR IZQUIERDA Y DERECHA
- D.- Y UN POCO LATERAL EN LA UNION L5 S1

LA TECNICA RADIOGRAFICA SIMPLE TIENE LA VENTAJA DE DAR UN PANORAMA ACERCA DE LA ALINEACION DE LAS ESTRUCTURAS OSEAS, PARA LO CUAL ES DE IMPORTANCIA Y CLAVE PARA EL DIAGNOSTICO.

2.- MIELOGRAFIA: SE BASA EN INTRODUCIR UN MEDIO DE CONTRASTE DENTRO DEL ESPACIO SUBARACNOIDEO, ESTO PERMITE LA VISUALIZACION DE LAS ESTRUCTURAS NEURALES ASI COMO LA MORFOLOGIA DEL CANAL RAQUIDEO.

3.- DISCOGRAFIA: EN ESTE METODO SE VISUALIZA LAS ESTRUCTURAS INTERNAS DEL DISCO POR LA INYECCION DE UN MEDIO DE CONTRASTE RADIOPACO ABSORBIBLE. ESTA TECNICA SE UTILIZA AUN BAJO LAS SIGUIENTES CONDICIONES:

- A.- SOSPECHA DE PROLAPSO DE DISCO.
- B.- ENFERMEDAD DEGENERATIVA DEL DISCO ASINTOMATICA.
- C.- DEMOSTRACION DE UN DISCO NORMAL ADYACENTE AL SITIO DE FUSION EN LA CIRUGIA DE LA COLUMNA.
- D.- COMO SEGUIMIENTO DE LA CIRUGIA PREVIA DEL DISCO.

LOS RESULTADOS DE LA DISCOGRAFIA DEPENDEN DE DOS FACTORES: DEL PATRON ANORMAL Y EN LA INYECCION DEL MATERIAL.

TECNICA DE CENTELLOGRAFIA OSEA CONVENCIONALES: SE BASA EN LA APLICACION DE UN MEDIO DE CONTRASTE RADIOACTIVO COMO EL DIFOSFANATO DE TECNESIO 99 Y SUS DERIVADOS. ESTE METODO DETECTA DE MANERA MAS TEMPRANA PROCESOS INFECCIOSOS: BRUCELOSIS Y TUMOR.

DENSITOMETRIA OSEA: ESTA TECNICA TIENE SU PRINCIPAL UTILIDAD EN LA OSTEOPOROSIS, YA QUE LA PRINCIPAL MEDICION OSEA LLEVA A IDENTIFICAR AQUELLOS HUESOS QUE PRESUMIBLEMENTE TIENEN UN ALTO RIESGO DE FRACTURA.

LAS TECNICAS PROPUESTAS PARA DENSITOMETRIA OSEA SON:

- 1.- ABSORTOMETRIA DE FOTON SIMPLE
- 2.- ABSORTOMETRIA DE DOBLE FOTON
- 3.- TOMOGRAFIA COMPUTADA CUANTITATIVA

**TOMOGRAFIA COMPUTARIZADA:** HA INCREMENTADO SU SENSIBILIDAD CON LOS MEDIOS DE CONTRASTE UTILIZANDO ESTO, HA SIDO DE UTILIDAD PARA DETECTAR PROCESOS DEGENERATIVOS DEL DISCO, INCLUYENDO: CALCIFICACIONES, FENOMENO DE BACUM, ESCLEROSIS DEL CUERPOVERTEBRAL SUBYACENTE, HERNIAS DEL DISCO, Y ESTA INCLUSO SUPERIOR A LA MIELOGRAFIA.

**RESONANCIA MAGNETICA:** LOS PRINCIPIOS DE LA RESONANCIA MEGNETICA SE BASAN EN LAS PROPIEDADES INHERENTES DE LOS TEJIDOS PARA EJERCER UNA FUERZA MAGNETICA QUE FORMA LA BASE DE LA IMAGEN: ALGUNAS DE LAS INDICACIONES DE LA RESONANCIA SON:

- 1.- ENFERMEDAD DEL DISCO INCLUYENDO LA ESPONDILOSIS.
- 2.- LESIONES PARENQUIMATOSAS NO NEOPLASICAS.
- 3.- NEOPLASIAS RAQUIDEAS.
- 4.- ALTERACIONES TRAUMATICAS INCLUYENDO LA COMPRESION OSEA POR FRAGMENTOS DE DISCO, Y OTROS TIPOS DE FRACTURA CON LESIONES DEL CORDON ESPINAL.
- 5.- PROCESOS INFECCIOSOS DEL ESPACIO DEL DISCO O DE LOS CUERPOS VERTEBRALES.
- 6.- LAS MALFORMACIONES VASCULARES PUEDEN SER DETECTADAS POR ESTE SISTEMA.
- 7.- LAS ALTERACIONES DEL TEJIDO BLANDO ADYACENTE QUE PUEDEN SER LA CAUSA DEL DOLOR LUMBAR.

**OTROS METODOS DE DIAGNOSTICO:**

**LA ARTERIOGRAFIA DE CORDON ESPINAL:** SE UTILIZA PARA VISUALIZAR LA VASCULARIDAD DE LA MEDULA ESPINAL, ESTA TIENE FRECUENCIA DE COMPLICACIONES DE HASTA EL 8.2% INCLUYENDO LAS COMPLICACIONES NEUROLOGICAS DE UN 23%.

**LA ELECTROMIOGRAFIA:** ES EL ESTUDIO DE ONDAS ELECTRICAS ESPONTANEAS GENERADAS EN UNA UNIDAD MOTORA Y RECOGIDAS, POR UN METODO COAXIAL QUE ES TRASPORTADA A UN OSCILOSCOPIO EN UNA COMPRESION NERVIOSA TIPICA Y LOS MUSCULOS INERVADOS POR ESTAS RAICES NERVIOSAS DEMUESTRAN POTENCIALES DE FIBRILACION. ESTA TECNICA ADEMAS DE SER DIAGNOSTICO PUEDE SER DE UTILIDAD PARA EL NIVEL DE LA LESION.

**TRATAMIENTO:**

**DROGAS ANALGESICAS Y OTRAS:**

LA GRAN MAYORIA DE LOS PACIENTES CON DOLOR BAJO DE ESPALDA RESPONDE A UN CURSO DE TRATAMIENTO MEDICO, UNA PARTE FUNDAMENTAL DE ESTE , ES EL MANEJO CON DROGAS ANTINFLAMATORIAS Y ANALGESICOS QUE HAN DEMOSTRADO DECRECER SIGNIFICATIVAMENTE EL DOLOR CON RESPECTO AL PLACEBO.

SE HAN UTILIZADO MEDICAMENTOS COMO EL DICLOFENACO, NAPROXEN, PIROXICAM, INDOMETACINA, CON RESULTADOS SATISFATORIOS EN LA DISMINUCION DEL DOLOR, ASI MISMO, SE HA COMBINADO ESTOS MEDICAMENTOS CON BENZODIACEPINAS Y OTRAS DROGAS ANSIOLITICAS. EL RESPOSO EN POSICION SUPINA, CON SOPORTE ADICIONAL EN LA PARTE INFERIOR Y COMPRESAS CALIENTES O RAYOS INFRARROJOS POR 20 SEGUNDOS, MASAJE, EJERCICIOS CORRECTIVOS; QUIRURGICOS COMO SE HA OBSERVADO EN ESTA PRIMERA PARTE DEL MARCO TEORICO ES LA FORMA HABITUAL DE ABORDAR UNA PATOLOGIA Y LA PARTE SIGUIENTE CORRESPONDIENTE ES LA FORMA INTEGRAL, DE ANALISIS QUE ES LO INTEGRAL.

#### FAMILIA:

DE TODOS LOS GRUPOS, LA FAMILIA PROBABLEMENTE EL MAS CONTROVERTIDO. HABLANDO EN SENTIDO METAFORICO, LA FAMILIA HA SIDO PESADA, MEDIDA Y CUANTIFICADA POR SOCIOLOGOS Y ECONOMISTAS; HA SIDO FRAGMENTADA Y ANALIZADA MICROCOPICAMENTE POR EL ANTROPOLOGO; HA SIDO IDEALIZADA Y ROMATIZADA POR CLERIGOS Y POETAS Y NO ES, HASTA EPOCAS RESIENTES, CUANDO LA CIENCIA MEDICA SE PROPONE ESTUDIARLA. EL INTERES DE LA MEDICINA POR EL ESTUDIO SISTEMATICO Y CIENTIFICO DE LA FAMILIA, SE DEBE, EN GRAN MEDIDA AL ENFOQUE ECOLOGICO DEL PROCESO DE SALUD Y ENFERMEDAD.

FAMILIA ES EL NOMBRE CON QUE SE HA DESIGNADO A UNA ORGANIZACIONES QUE HAN PERMITIDO ADAPTARSE A LAS EXIGENCIAS DE CADA SOCIEDAD Y CADA EPOCA. EN 1861 BACHOFEN INICIA EL ESTUDIO CIENTIFICO DE LA FAMILIA. EL DICCIONARIO DE LA LENGUA ESPAÑOLA SEÑALA QUE , POR FAMILIA, SE DEBE ENTENDER AL GRUPO DE PERSONAS QUE VIVEN JUNTAS BAJO LA AUTORIDAD DE UNA DE ELLAS. NUMERO DE CRIADOS DE UNO, AUNQUE NO VIVAN DENTRO DE LA CASA. CONJUNTO DE ASCENDIENTES, DESCENDIENTES, COLATERALES Y AFINES DE UN LINAJE. ACKERMAN LA DEFINE COMO "LA UNIDAD BASICA DEL DESARROLLO Y EXPERIENCIA. DE REALIZACION Y FRACASO".

ES TAMBIEN LA UNIDAD BASICA DE LA ENFERMEDAD Y LA SALUD. MINUCHIN LA DEFINE COMO EL "GRUPO EN EL CUAL EL INDIVIDUO DESARROLLA SUS SENTIMIENTOS DE IDENTIDAD Y DE INDEPENDENCIA, EL PRIMERO DE ELLOS FUNDAMENTALMENTE INFLUIDO POR EL HECHO DE SENTIRSE MIEMBRO DE UNA FAMILIA, Y EL SEGUNDO POR EL HECHO DE PERTENECER A DIFERENTES SUBSISTEMAS INTRAFAMILIARES Y POR SU PARTICIPACION CON GRUPOS EXTRAFAMILIARES.

CON LA MEDICINA FAMILIAR OCURRE QUE SE DEBERA, CON UNA NECESIDAD OBJETIVA LA DE HACER ABORDAJE INTEGRAL DE LA SALUD Y SE ADMITE QUE PARA LOGRARLO, ES MENESTER ADOPTAR A LA FAMILIA COMO UNIDAD DE OBSERVACION Y CUIDADO DE LA SALUD-ENFERMEDAD.

**CONSIDERACIONES GENERALES:**

**EJE DE LAS FUNCIONES DOCENTES ANTE LA NECESIDAD DE PROMOVER LA SALUD LIDERADA POR EL MEDICO FAMILIAR QUE DEBE DE SER UN EDUCADOR. ESTA INTENSIONALIDAD, IMPLICA LA REALIZACION DE PROCESOS DE ENSEÑANZA-APRENDIZAJE, RACIONALMENTE EMPLEADOS, EJECUTADOS Y EVALUADOS ASI COMO RESPALDADOS POR UNA TEORIA CONGRUENTE QUE RESPALDA CIENTIFICAMENTE EL CICLO DOCENTE.**

**EL APRENDIZAJE CONSTITUYE UNA ESTRATEGIA Y UNA TEORIA DE ENSEÑANZA-APRENDIZAJE CHOCA CON TODAS AQUELLAS ESTRATEGIAS DIDACTICAS BASADAS EN LA EXPOSICION MAGISTRAL.**

**SOPORTE TORICO: LA INTEGRALIDAD DE ESTE ABORDAJE SE DA CON 3 EJES Y TRES MOMENTOS PERFECTAMENTE IDENTIFICABLES PERO SIEMPRE EN INTERACION DIALECTICA.**

- 1.- EL EJE DE LAS ESFERAS; LA BIOLÓGICA, LA PSICOLÓGICA Y LA SOCIAL.**
- 2.- EL EJE DE LOS AMBITOS: AMITO PSICOSOCIAL (INDIVIDUAL), AMBITO SOCIODINAMICO (GRUPO) Y AMBITO INSTITUCIONAL SITUACION O CONTEXTO.**
- 3.- EL EJE DE LAS FUNCIONES: FUNCION ASISTENCIAL O DE SERVICIO FUNCION DOCENTE O EDUCADORA Y FUNCION INVESTIGATIVA.**

**EL ABORDAJE DE LA DIMENSION GRUPAL, COMO EN LA DIMENSION INDIVIDUAL, EL DIAGNOSTICO, EL PRONOSTICO Y EL MANEJO DE LAS TRES ESFERAS (BIOLÓGICA, PSICOLÓGICA Y SOCIAL).**

**EN EL BIOLÓGICO INVESTIGAREMOS: PARTICIPACION DE LA FAMILIA EN LA GENESIS DE LO PATOLÓGICO, LOS FACTORES DE RIESGO, EN ABITO DE LO GRUPAL Y EN REALACION CON EL PROCESO FISIOLÓGICO ESCOGIDO.**

**SERA IMPORTANTE INDAGAR LA PARTICIPACION FACILITADORA O ENTORPECEDORA DE LA FAMILIA CON EL MANEJO DEL PROCESO QUE NOS OCUPA DESDE EL PUNTO DE VISTA PSICOSOCIAL SE INVESTIGARA LA CAPACIDAD DE LA FAMILIA PARA CUMPLIR SUS FUNCIONES SOCIALES, DENTRO DE LAS CUALES SENTA INCLUIDA LA FORMACION DE INDIVIDUOS SANOS FISICAMENTE Y PSICAMENTE: SE IDENTIFICA LA CAPACIDAD DEL GRUPO PARA ADAPTARSE Y SUPERAR LAS CRISIS CON SUS PROPIOS RECURSOS INTERNOS MEDIR LOS INDICES DE RIGIDES O MALEABILIDAD DEL GRUPO FAMILIAR Y EN SINTESIS: OBSERVAR Y MANEJAR LAS CARACTERISTICAS DE LA INTERACCION O FUNCIONAMIENTO FAMILIAR.**

**POR SU PARTE LOS MOMENTOS ESTAN CONSTITUIDOS POR:**

- 1.- EL MOMENTO DE DIAGNOSTICO INTEGRAL, QUE ES EL PRODUCTO DE LA INDAGACION DIAGNOSTICA, EN EL CAMPO DE LA SALUD-ENFERMEDAD Y EN LOS TRES EJES IMPLICADOS.**
- 2.- UN MOMENTO DE PRONOSTICO INTEGRAL, QUE CONSISTE EN PREDECIR LA EVOLUCION DEL PROCESO SALUD-ENFERMEDAD EN CADA UNO DE LOS TRES EJES Y COMO PRODUCTO DE LA INTERACION DE ESTO CON BASE EN LA INDAGACION DIAGNOSTICA.**
- 3.- UN MOMENTO DE MANEJO INTEGRAL, QUE CONSISTE EN EL ABORDAJE DE LA SALUD-ENFERMEDAD MEDIANTE LA INTEGRACION DE LOS EJES IMPLICADOS Y TANTO CON INTENCIONES TERAPEUTICAS COMO PROFILACTICAS.**

**EL ABORDAJE DE LA DIMENSION GRUPAL COMPRENDE COMO EN LA DIMENSION INDIVIDUAL, EL DIAGNOSTICO, EL PRONOSTICO Y EL MANEJO DE LAS TRES ESFERAS (BIOLOGICA, PSICOLOGICA Y SOCIAL).**

**DE ACUERDO CON JACKSON, CADA NIVEL SUPERIOR INFLUYE SOBRE LOS INFERIORES AL REGULAR SU ACTIVIDAD: LO SOCIAL DETERMINA AL NIVEL PSICOLOGICO Y ESTE POR NECESIDAD, INFLUYE SOBRE LO SOMATICO Y EN SENTIDO INVERSO. LO SOMATICO INFLUYE EN LOS PSICOLOGICO Y ESTA SOBRE LA PROYECCION SOCIAL DEL HOMBRE.**

**KRETN Y CRUTHFIELD HAN PROPUESTO, PARA EL ABORDAJE DE LA FAMILIA COMO GRUPO PRIMARIO, TRES NIVELES DE ANALISIS CONSTITUYENDO LO QUE RECONOCE COMO ANALISIS POLIDIMENSIONAL DE LA FAMILIA.**

**A SABER: EL NIVEL SOCIAL PSICOLOGICO, SOCIODINAMICO Y EL INSTITUCIONAL. PODRIAMOS RESUMIR QUE EL APRENDIZAJE GRUPAL PERSIGUE TRES FINALIDADES BASICAS.**

- 1.- APRENDER A APRENDER MEDIANTE LA RESOLUCION DE LO GRUPAL**
- 2.- APRENDER A PENSAR MEDIANTE EL ESTIMULO DEL GRUPO PARA EL DESARROLLO DE LA CAPACIDAD DE DREFLEXIONAR CRITICAMENTE CON INTESION TRANSFORMADORA.**
- 3.- APRENDER LA TAREA MEDIANTE EL ACCIONAR PERTINENTE QUE ENCAMINA AL GRUPO DE LA CONSECUENCIA DE LOS OBJETIVOS POR LOS CUALES SE REUNIO.**

## **INSTRUMENTACION DEL ABORDAJE INTEGRAL DE LA SALUD FAMILIAR.**

**LOGICA:** ES LA APROXIMACION EXPLORATORIA AL CAMPO DEL TRABAJO QUE INTENTA LAS OPERACIONES NECESARIAS PARA EL OBJETIVO (SALUD-ENFERMEDAD) Y A LA UNIDAD DE ABORDAJE (FAMILIA).

**ESTRATEGIA:** CONSISTE EN EL DISEÑO DE UN PLAN DE ACCION SOBRE EL CAMINO A RECORRER PARA LLEGAR A NUESTRO OBJETIVO FINAL. LA ESTRATEGIA INCLUYE LA BUSQUEDA DE FAMILIAS QUE COMPARTEN UN PROCESO PATOLOGICO O DISFUNCIONAL O UN PROCESO FISIOLOGICO O FUNCIONAL Y SE DETECTA A TRAVES DE ALGUNO DE SUS MIEMBROS QUE FUNCIONAN COMO PISTA PARA INCORPORAR A LA FAMILIA.

**TACTICA.-** CONSISTE EN LA COMPRESION BASADA EN EL SENTIDO COMUN Y SE ENCUENTRA EN DOS NIVELES.

**A.- UN NIVEL GENERAL CUANDO SE SELECCIONA UN PROCESO PATOLOGICO DE GENESIS BIOLOGICA CON REPERCUSION PSICOSOCIAL.**

**B.- UN NIVEL OPERACIONAL. A QUE ALUDE DEL TACTO DE QUIEN APLICA EL PROCESO, PARA ELEGIR DE ENTRE VARIAS TECNICAS O INSTRUMENTOS DISPONIBLES, COMO UN ESTUDIO DE LABORATORIO O DE UN GANINETE, O SI UTILIZAMOS UN SOLILOQUIO O DRAMATIZACION.**

**TECNICA.-** CONSISTE EN EL DISEÑO DE INSTRUMENTOS Y DE PROCEDIMIENTOS PARA UTILIZARLOS EN UN CAMPO DE TRABAJO DADO.

CON UNA PRIMERA APROXIMACION AL AMBITO SOCIODINAMICO, UTILIZAMOS EL APGAR FAMILIAR DE GABRIEL SMILKESTEIN, QUE INDICA SOBRE LOS % COMPONENTES BASICOS DE LA SALUD FAMILIAR. Y SE APLICA A TODOS LOS MIEMBROS DE LA FAMILIA MAYORES DE 15 AÑOS, COMO SON:

**ADAPTABILIDAD.**

**PARTICIPACION.**

**GRADIENTE DE CRECIMIENTO.**

**AFECTO.**

**RESOLUCION.**

UNA VEZ TOMADA LA DECISION ACERCA DEL PROCESO PATOLOGICO O DISFUNCIONAL, EL MANEJO INTEGRAL SE DESARROLLA EN LAS SIGUIENTES INSTANCIAS.

**1.- INSTANCIA EDUCATIVA, QUE COMPRENDE DOS FACTORES:**

**A.- FASE INTENSIVA.**

**B.- FASE INTERMITENTE.**

**2.- INSTANCIA TERAPEUTICA O PROFILACTICA QUE COMPRENDE TRES NIVELES.**

**A.- NIVEL TERAPEUTICO O PROFILACTICO INDIVIDUAL: (QUE INCLUYE LAS TRES ESFERAS).**

**B.- NIVEL TERAPEUTICO O PROFILACTICO FAMILIAR: (QUE INCLUYE LAS TRES ESFERAS).**

**C.- NIVEL TERAPEUTICO O PROFILACTICO SITUACIONAL: (QUE TIENE QUE VER CON LA ECONOMIA O SOCIOCULTURA RELACIONADO CON EL PROCESO QUE SE ABORDA).**

**ESTANCIA EDUCATIVA INTENSIVA: SE REALIZA CON UN GRUPO DE FAMILIAS GENERALMENTE ENTRE 15 A 20, QUE COMPARTEN UN PROCESO PATOLOGICO O DISFUNCIONAL, O BIEN COMPARTEN UN PROCESO FISIOLÓGICO O FUNCIONAL. SE DESARROLLA CON METODOLOGIA DE APRENDIZAJE GRUPAL, Y CONSTA DE CINCO SESIONES DE HORA Y MEDIA CADA UNA DURANTE CINCO DIAS CONSECUTIVOS (DE LUNES A VIERNES).**

**AL INICIO Y AL FINAL DE LAS FASES INTENSIVAS SE APLICA UN CUESTIONARIO QUE INVESTIGA EL NIVEL DE CONOCIMIENTO ACERA DEL PROCESO QUE SE ABORDA Y QUE NOS PERMITE VERIFICAR EL AVANCE LOGRADO.**

**INSTANCIA EDUCATIVA INTERMITENTE.- SE DESARROLLA CON EL MISMO GRUPO DE FAMILIAS QUE PARTICIPA EN LA INSTANCIA INTENSIVA, LA INTERMITENCIA ES LA SIGUIENTE: CADA SEMANA DURANTE 4 SEMANAS; CADA 15 DIAS DURANTE 2 MESES Y CADA MES DURANTE DOS MESES.**

**INSTANCIA TERAPEUTICA O PROFILACTIVA.- ESTA INSTANCIA ES TERAPEUTICA CUANDO EL PROCESO QUE SE ABORDA ES PATOLOGICO O DISFUNCIONAL Y ES PROFILACTICA CUANDO EL PROCESO DE ABORDAJE ES FISIOLÓGICO O FUNCIONAL.**

**LAS UNIDADES DE HOLMES ANALIZA LA ANGUSTIA PRODUCIDA POR EVENTOS DE LA VIDA DIARIA Y SE CLASIFICA POR AREAS:**

**AREA LABORAL, ECONOMICA, PSICOLOGICA Y DE LA FAMILIA.**

**PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:**

**ES EL ABORDAJE INTEGRAL A LAS FAMILIAS CON UN PACIENTE PORTADOR DE LUMBALGIA DEGENERATIVA YA PENSIONADO, UN INSTRUMENTO CON EL QUE SE PROPICIA CAMBIOS DE ACTITUD DE LAS FAMILIAS HACIA LA PATOLOGIA, EN COMPARACION CON LAS FAMILIAS QUE NO SON ABORDADAS DE MANERA INTEGRAL.**



**HIPOTESIS:**

**EL ABORDAJE INTEGRAL DE LAS FAMILIAS CON UN PACIENTE PORTADOR DE LUMBALGIA DEGENERATIVA YA PENSIONADO EN UN INSTRUMENTO, CON EL QUE SE PROPICIA CAMBIOS DE ACTITUD HACIA LA PATOLOGIA A DIFERENCIA DE LAS FAMILIAS QUE NO SE ABORDARON DE MANERA INTEGRAL.**

**DISEÑO:**

**A.- TIPO DE ESTUDIO:**

**a.- EXPERIMENTAL.**

**b.- PROSPECTIVO.**

**c.- LONGITUDINAL.**

**d.- COMPARATIVO.**

**CRITERIOS DE INCLUSION:**

- 1.- FAMILIAS CON PACIENTE CON LUMBALGIA DEGENERATIVA CRONICA AGUDIZADA, LOS CUALES ESTEN ADSCRITOS A LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N° 94 Y QUE ESTEN PENSIONADOS SECUNDARIO A SU LUMBALGIA DEGENERATIVA.**
- 2.- QUE LA FAMILIA ACEPTA SU INGRESO AL ESTUDIO.**
- 3.- QUE AUN CUANDO SEA PORTADOR DE OTRAS PATOLOGIAS SEA PRIMORDIAL LA LUMBALGIA DEGENERATIVA.**

**C).- CRITERIOS DE NO INCLUSION:**

- 1.- FAMILIAS CON PACIENTE CON LUMBALOGIA DEGENERATIVA CRONICA LAS CUALES NO ESTEN ADSCRITAS A LA UNIDAD Y NO ESTEN PENSIONADOS AUN CUANDO PRESENTE - - LUMBALOGIA.**
- 2.- FAMILIAS QUE NO ACEPTEN SU INGRESO AL ESTUDIO.**
- 3.- QUE LAS OTRAS PATOLOGIAS PRESENTADAS SEAN PRIMORDIALES A LA LUMBALGIA DEGENERATIVA.**

**D).- CRITERIOS DE EXCLUSION:**

- 1.- QUE LA FAMILIA DEL PACIENTE CON LUMBAGIA SALGA DEL ESTUDIO, POR DEJAR DE TENER ADSCRIPCION A LA CLINICA O NO QUERER CONTINUAR EN EL ESTUDIO.**
- 2.- QUE EN ESTAS FAMILIAS SE PRESENTEN ENFERMEDADES MENTALES O PSICOTICAS. QUE NO HAYAN SIDO IDENTIFICADAS.**
- 3.- QUE LA FAMILIA ESTE RECONSTRUIDA.**
- 4.- FAMILIAS CON DIFERENTES RELIGIONES O NIVEL SOCIOECONOMICO Y CULTURAL.**

**E).- UNIVERSO DE TRABAJO:**

**FAMILIAS CON UN MIEMBRO PORTADOR DE LUMBALGIA DEGENERATIVA EL CUAL ESTE PENSIONADO POR ESTA Y ADSCRITO A LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR # 94. DELEGACION 2 NORESTE, MEDICO. D.F.**

**F).- TAMAÑO DE LA MUESTRA:**

**SE DECIDIO UNA MUESTRA PEQUEÑA PARA ESTE ESTUDIO DE ALTA COMPLEJIDAD EN SU MAJEJO, POR LO QUE UNICAMENTE SE CONSTRUYO TOMANDO LOS CRITERIOS DE INCLUSION.**

**ANALISIS ESTADISTICO:**

**COMPARACION ENTRE MUESTRAS PEQUEÑAS.**

**TAMAÑO DE LA MUESTRA. 4, N - 20**

**NUMERO DE MUESTRAS.- 1**

**NUMERO DE GRUPOS.- 2**

**TIPOR DE GRUPO: INDEPENDIENTE.**

**DISTRIBUCION ESPERADA DEL FENOMERO.**

**ES SIMETRICA BINOMIAL.**

**g<sub>L</sub> = 6**

**PRUEBA EXACTA:  $t = \frac{P_1 - P_2}{\sqrt{\frac{n_1 p_2 + n_2 p_1}{n_1 + n_2}}} (g) \left( \frac{1}{n_1} + \frac{1}{n_2} \right)$**

**EN EL PRESENTE ESTUDIO SE OBSERVO:**

**"QUE t EXPERIMENTAL ES MENOR QUE LA t CRITICA"**

**POR LO QUE SE ACEPTA HIPOTESIS DE NULIDAD Y SE RECHAZA HIPOTESIS GENERAL.**



### CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

ACTIVIDADES.	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DEC
1.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	X											
2.- ESTRUCTURACION MARCO TEORICO Y CONCEPTUAL	X	X	X									
3.- FORMULACION DE HIPOTESIS		X	X									
4.- APROBACION DEL PROYECTO					X							
5.- OPERACIONALIZACION DE VARIABLES			X	X								
6.- DISEÑO DE INSTRUMENTOS PARA RECOLECTAR INFORMACION				X	X							
7.- PRUEBA DE INSTRUMENTOS						X						
8.- DISEÑO DE LA MUESTRA					X	X						
9.- ESTRATEGIAS DEL TRABAJO DE CAMPO						X	X					
10.- LEVANTAMIENTO DE LAS ENCUESTAS								X	X			
11.- PROCESAMIENTO DE LA INFORMACION										X	X	
12.- ANALISIS DE LA INFORMACION											X	X
13.- REDACCION DEL INFORME	X										X	X
14.- PRESENTACION DEL INFORME		X										

**DISTRIBUCION DE FRECUENCIA POR EDAD DEL GRUPO DE FAMILIAS CON LUMBALGIA DEGENERATIVA, EN PENSIONADO.**

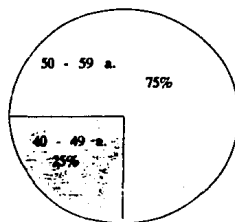
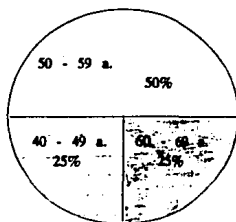
**CUADRO 1.**

**GRUPO ESTUDIO.**

OBSERVACION EDAD.	F	%
40 - 49 a.	1	25
50 - 59 a.	2	50
60 - 69 a.	1	25
<b>TOTAL</b>	<b>4</b>	<b>100</b>

**GRUPO CONTROL.**

OBSERVACION EDAD.	F	%
40 - 49 a.	1	25
50 - 59 a.	3	75
60 - 69 a.	0	0
<b>TOTAL</b>	<b>4</b>	<b>100</b>



**DISTRIBUCION DE FRECUENCIA POR SEXO.  
EN PACIENTES CON LUMBALGIA DEGENERATIVA PENSIONADOS.**

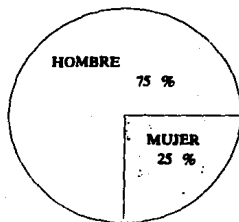
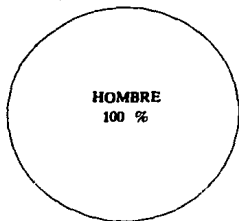
**CUADRO 2.**

**GRUPO ESTUDIO.**

SEXO	FRECUENCIA	%
HOMBRE	4	100
MUJER	0	0
TOTAL	4	100

**GRUPO CONTROL.**

SEXO	FRECUENCIA	%
HOMBRE	3	75
MUJER	1	1
TOTAL	4	100



**DISTRIBUCION DE FRECUENCIA POR ESCOLARIDAD.  
EN PACIENTES CON LUMBALGIA DEGENERATIVA PENSIONADO.**

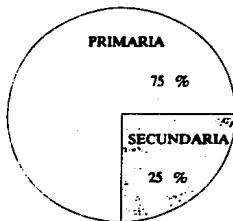
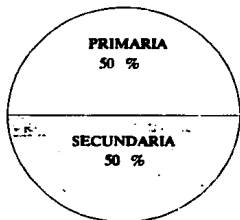
**CUADRO 3.**

**GRUPO ESTUDIO.**

ESCOLARIDAD	FRECUENCIA	%
PRIMARIA	2	50
SECUNDARIA	2	50
PREPARATORIA	0	0
PROFECCIONAL	0	0
TOTAL	4	100

**GRUPO CONTROL.**

ESCOLARIDAD	FRECUENCIA	%
PRIMARIA	3	75
SECUNDARIA	1	25
PREPARATORIA	0	0
PROFECCIONAL	0	0
TOTAL	4	100



**DISTRIBUCION DE FRECUENCIA POR ESCOLARIDAD FAMILIAR.  
DE LAS FAMILIAS DEL GRUPO ESTUDIO.**

**GRUPO ESTUDIO**

<b>FAMILIAS</b>	<b>PRIMARIAS</b>	<b>SECUNDARIA</b>	<b>PREPARATORIA</b>	<b>PROFESIONAL</b>	<b>TOTAL</b>
<b>1</b>	<b>28.6 %</b>	<b>0 %</b>	<b>14.3 %</b>	<b>57.1 %</b>	<b>100 %</b>
<b>2</b>	<b>40 %</b>	<b>20 %</b>	<b>40 %</b>	<b>0 %</b>	<b>100 %</b>
<b>3</b>	<b>25 %</b>	<b>16.7 %</b>	<b>58.3 %</b>	<b>0 %</b>	<b>100 %</b>
<b>4</b>	<b>75 %</b>	<b>25 %</b>	<b>0 %</b>	<b>0 %</b>	<b>100 %</b>

**CUADRO 4**

**DISTRIBUCION DE FRECUENCIA POR OCUPACION.  
EN PACIENTES PENSIONADOS POR LUMBALGIA DEGENERATIVA.**

**GRAFICAS CORREPONDIENTES.**

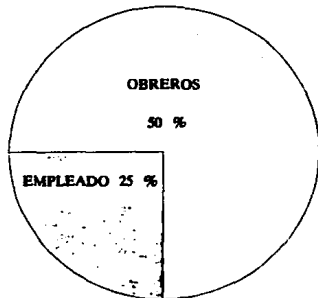
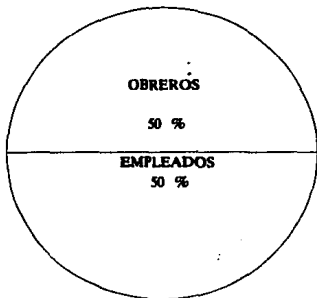
**CUADRO 5**

**GRUPO ESTUDIO**

OCUPACION	FRECUENCIA	%
OBRERO	2	50
COMERCIANTE	0	0
EMPLEADO	2	50
PROFESIONAL	0	0
TOTAL	4	100

**GRUPO CONTROL**

OCUPACION	FRECUENCIA	%
OBRERO	3	75
COMERCIANTE	0	0
EMPLEADO	1	25
PROFESIONAL	0	0
TOTAL	4	100



**DISTRIBUCION DE FRECUENCIA POR INCAPACIDAD PREVIA.**

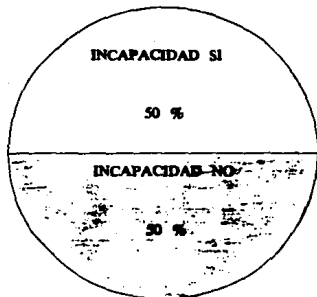
**CUADRO 6**

**GRUPO ESTUDIO**

INCAPACIDAD	FRECUENCIA	%
SI	40	100
NO	0	0
<b>TOTAL</b>	<b>40</b>	<b>100</b>

**GRUPO CONTROL**

INCAPACIDAD	FRECUENCIA	%
SI	2	50
NO	2	50
<b>TOTAL</b>	<b>4</b>	<b>100</b>



**DISTRIBUCION DE FRECUENCIA POR TIPO DE VIVIENDA.**

**DEL PACIENTE PENSIONADO POR LUMBALGIA DEGENERATIVA.**

**GRUPO DE ESTUDIO Y CONTROL.**

**CUADRO 7**

VIVIENDA	FRECUENCIA	%
CASA SOLA	3	75
DEPARTAMENTO	1	25
PROPIA	3	75
RENTADA	1	25

VIVIENDA	FRECUENCIA	%
CASA SOLA	3	75
DEPARTAMENTO	1	25
PROPIA	3	75
RENTADA	1	25



**DISTRIBUCION POR FRECUENCIA DE PESO CORPORAL  
DEL PACIENTE PENCIONADO POR LUMBALGIA DEGENERATIVA.  
GRUPO ESTUDIO Y CONTROL.**

**CUADRO 8**

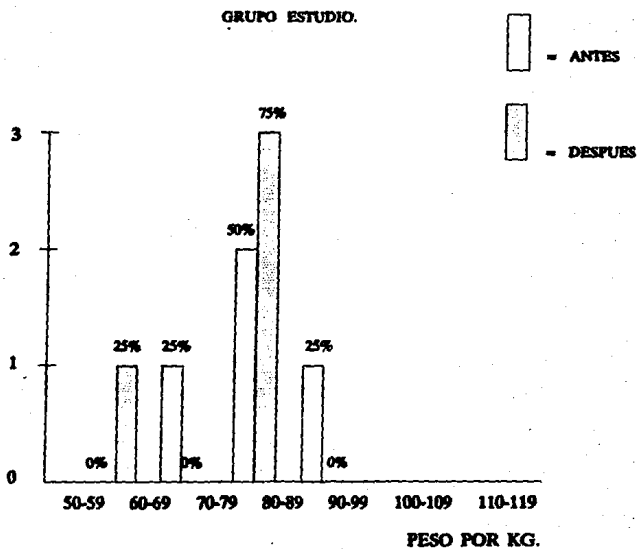
**GRUPO ESTUDIO.**

**GRUPO CONTROL.**

KG	F	%	F	%
50 - 59	--	--	1	25
60 - 69	1	25	--	--
70 - 79	2	50	3	75
80 - 89	1	25	--	--
90 - 99	--	--	--	--
100 - 109	--	--	--	--
110 - 119	--	--	--	--
<b>TOTAL</b>	<b>4</b>	<b>100</b>	<b>4</b>	<b>100</b>

KG	F	%	F	%
50 - 59	1	25	1	25
60 - 69	--	--	--	--
70 - 79	1	25	1	25
80 - 89	--	--	--	--
90 - 99	1	25	1	25
100 - 109	--	--	--	--
110 - 119	1	25	1	25
<b>TOTAL</b>	<b>4</b>	<b>100</b>	<b>4</b>	<b>100</b>

# DISTRIBUCION POR FRECUENCIA DE PESO CORPORAL.



**EXPORTACION FISICA DE AMBOS GRUPOS.**

**GRUPO ESTUDIO Y CONTROL.**

**CON UN PUNTAJE MAXIMO DE 32.**

**32 - 10**

**MALO ( 0 - 10 ) PUNTOS.**

**REGULAR DE ( 11 - 20 ) PUNTOS.**

**BUENO DE ( 21 - 32 ) PUNTOS.**

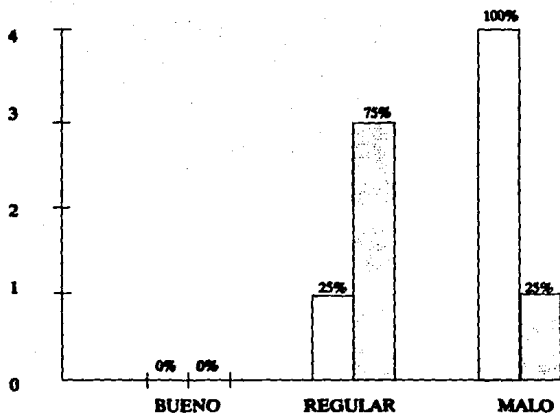
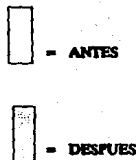
OBSERVACIONES EXPLORACION FISICA.	ANTES		DESPUES	
	F	%	F	%
BUENO	--	--	--	--
REGULAR	1	25	3	75
MALA	3	75	1	25
TOTAL	4	100	4	100

OBSERVACIONES EXPLORACION FISICA.	ANTES		DESPUES	
	F	%	F	%
BUENO	--	--	--	--
REGULAR	--	--	--	--
MALA	4	100	4	100
TOTAL	4	100	4	100

**CUADRO 9.**

# GRAFICA DE LA EXPORACION FISICA.

GRUPO DE ESTUDIO.



**EXPLORACION FISICA.****ALTERACION DE LA CURVATURA DE LA COLUMNA LUMBAR.****GRUPO ESTUDIO Y CONTROL.****CUADRO 10.**

OBSERVACION. ALTERACIONES DE LA CURVATURA DE LA COLUMNA LUMBAR.	ESTUDIO.				CONTROL.			
	ANTES		DESPUES		ANTES		DESPUES	
	F	%	F	%	F	%	F	%
ESCOLIOSIS.	3	75	3	75	2	50	2	50
XIFOSIS.	--	--	--	--	--	--	--	--
HIPERLORDOSIS.	1	25	--	--	2	50	2	50
RECTIFICACION DE LA LORDOSIS	--	--	1	25	--	--	--	--
TOTAL	4	100	4	100	4	100	4	100

DISTRIBUCION POR FRECUENCIA DE ALTERACIONES SOCIALES EN EL AMBITO INDIVIDUAL DE PACIENTE PENSIONADO POR LUMBALGIA DEGENERATIVA.  
GRUPO: ESTUDIO Y CONTROL.

CUADRO 11.

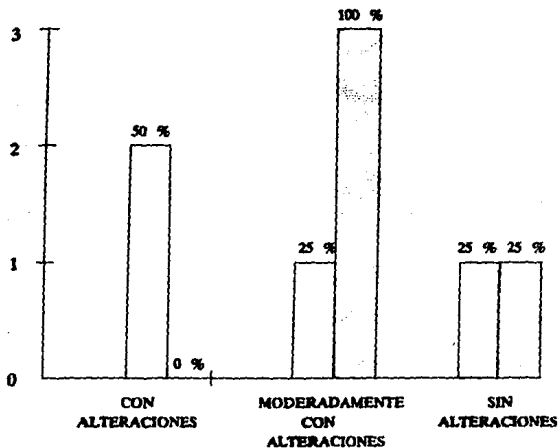
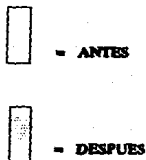
OBSERVACION.	GRUPO ESTUDIO.		DESPUES	
	ANTES		F	%
CON ALTERACIONES SOCIALES	2	50	0	0
MODERADAMENTE CON ALTERACIONES	1	25	3	75
SIN ALTERACIONES SOCIALES	1	25	1	25
TOTAL	4	100	4	100

OBSERVACION.	GRUPO CONTROL.		DESPUES	
	ANTES		F	%
CON ALTERACIONES SOCIALES	3	75	2	2
MODERADAMENTE CON ALTERACIONES	1	25	2	50
SIN ALTERACIONES SOCIALES	0	0	0	0
TOTAL	4	100	4	100

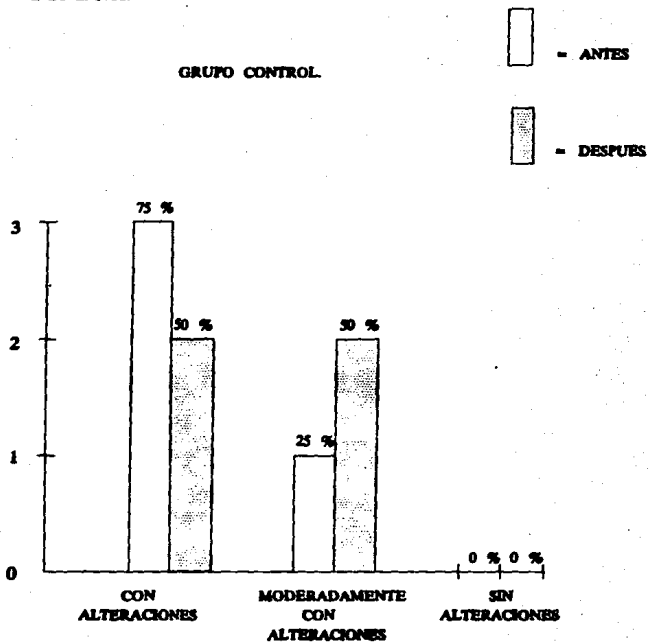
NOTA: POR PUNTAJE DE CADA UNA DE LAS FAMILIAS.  
 SIN ALTERACIONES.- ( 0 - 3 ) SI  
 MODERADAMENTE.- ( 4 - 6 ) SI

CON ALTERACIONES. ( 7 - 9 ) SI  
GRAFICA: ALTERACIONES SOCIALES EN EL AMBITO  
INDIVIDUAL.

GRUPO ESTUDIO.



**GRAFICA: ALTERACIONES SOCIALES EN EL AMBITO INDIVIDUAL.**





**DISTRIBUCION POR FRECUENCIA DE DETECCIONES Y CONDUCTAS DEFENSIVAS FAMILIARES.  
DE PACIENTES PENSINADOS POR LUMBALGIA DEGENERATIVA.**

**GRUPO: ESTUDIO Y CONTROL.**

**CUADRO 12**

**GRUPO ESTUDIO.**

OBSERVACION	ANTES		DESPUES	
	F	%	F	%
CON ALTERACIONES	3	75	0	0
MODERADAMENTE MODERADAS	0	0	3	75
SIN ALTERACIONES	1	25	1	25
TOTAL	4	100	4	100

**GRUPO CONTROL.**

OBSERVACION	ANTES		DESPUES	
	F	%	F	%
CON ALTERACIONES	1	25	2	50
MODERADAMENTE MODERADAS	3	25	2	30
SIN ALTERACIONES	0	0	0	0
TOTAL	4	100	4	100

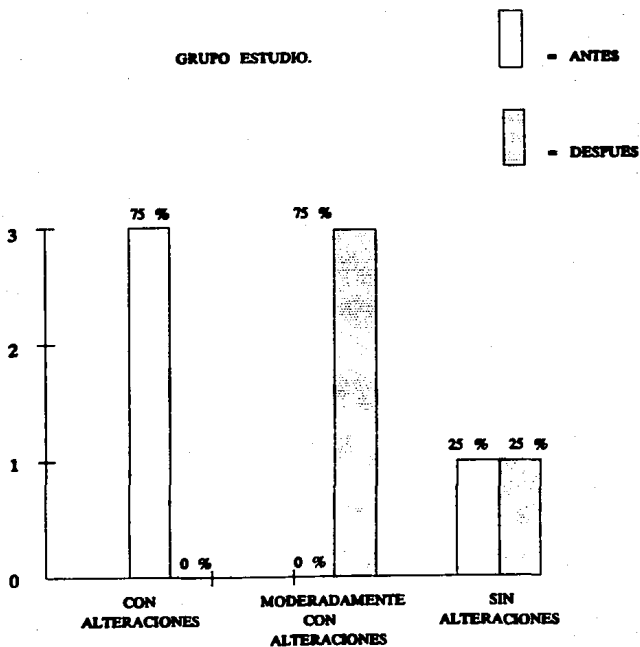
**NOTA: POR PUNTAJE EN CADA UNA DE LAS FAMILIAS ( SI )**

**SIN ALTERACIONES. / ( 0 - 2 )**

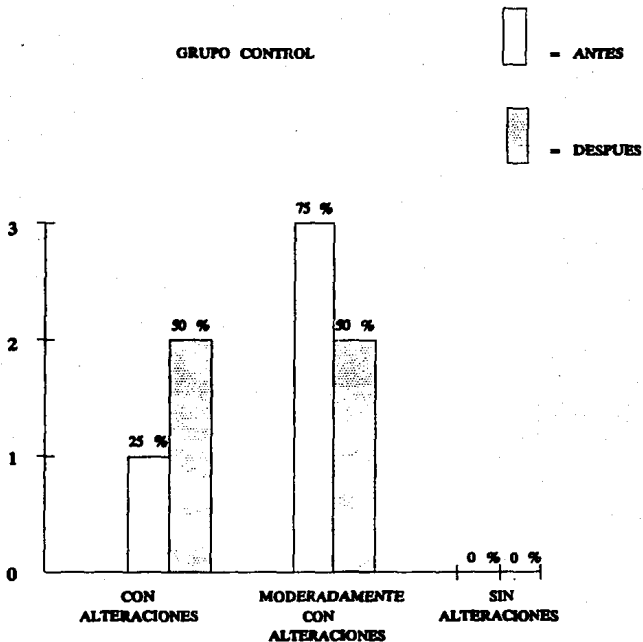
**MODERADAMENTE. / ( 3 - 5 )**

CON ALTERACIONES. / ( 6 - 8 )

GRAFICA: DETECCIONES Y CONDUCTAS DEFENSIVAS FAMILIARES.



**GRAFICA: DETECTORES Y CONDUCTAS DEFENSIVAS FAMILIARES.**



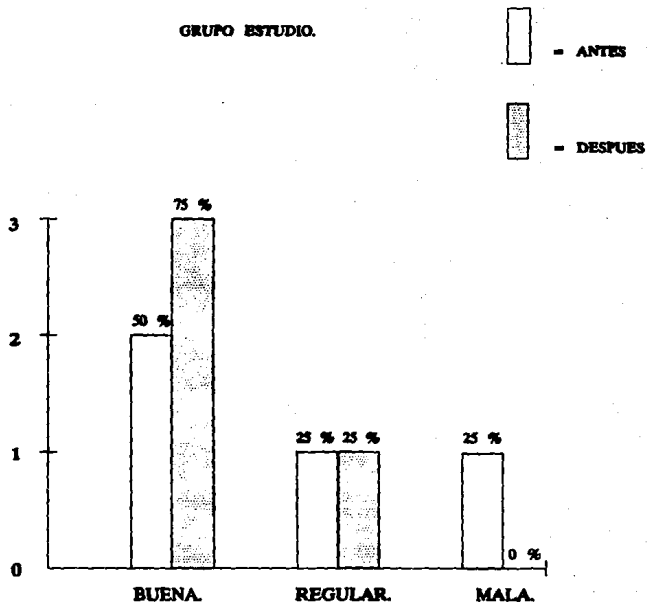
**DISTRIBUCION POR FRECUENCIA DE APGAR FAMILIAR.**

**GRUPO ESTUDIO Y CONTROL.**

**CUADRO 13.**

APGAR	ANTES		DESPUES		ANTES		DESPUES	
	F	%	F	%	F	%	F	%
BUENA	2	50	3	75	1	25	1	25
REGULAR	1	25	1	25	1	25	1	25
MALA	1	25	--	--	2	50	2	50
TOTAL	4	100	4	100	4	100	4	100

**GRAFICA: APGAR FAMILIAR**



**DISTRIBUCION POR FRECUENCIA DE CONOCIMIENTOS.**

**UNICAMENTE GRUPO DE ESTUDIO.**

**CUADRO 14.**

<b>OBSERVACION.</b>		
<b>CALIFICACION</b>	<b>F</b>	<b>%</b>
<b>APROBADO</b>	<b>3</b>	<b>75</b>
<b>REPROBADO</b>	<b>1</b>	<b>25</b>
<b>TOTAL</b>	<b>4</b>	<b>100</b>



**DISTRIBUCION DE LAS UNIDADES HOMES POR FAMILIA.****ANTES Y DESPUES.****GRUPO CONTROL.****CUADRO 15.**

<b>OBSERVACION FAMILIAS</b>	<b>LABORAL</b>	<b>ECONOMIA</b>	<b>FISIO - LOGICO</b>	<b>FAMILIAR</b>	<b>LABORAL</b>	<b>ECONOMIA</b>	<b>FISIO - LOGICO</b>	<b>FAMILIAR</b>
<b>1</b>	<b>113</b>	<b>146</b>	<b>136</b>	<b>93</b>	<b>70</b>	<b>92</b>	<b>92</b>	<b>68</b>
<b>2</b>	<b>64</b>	<b>105</b>	<b>199</b>	<b>129</b>	<b>28</b>	<b>70</b>	<b>97</b>	<b>108</b>
<b>3</b>	<b>57</b>	<b>83</b>	<b>116</b>	<b>118</b>	<b>28</b>	<b>76</b>	<b>93</b>	<b>92</b>
<b>4</b>	<b>57</b>	<b>161</b>	<b>116</b>	<b>130</b>	<b>28</b>	<b>136</b>	<b>70</b>	<b>68</b>
<b>TOTAL</b>	<b>291</b>	<b>495</b>	<b>567</b>	<b>470</b>	<b>117</b>	<b>352</b>	<b>352</b>	<b>336</b>

## DISTRIBUCION DE LAS UNIDADES HOLMES POR FAMILIA.

ANTES Y DESPUES.

## GRUPO CONTROL.

CUADRO 16.

OBSERVACION FAMILIAS	LABORAL	ECONOMIA	PSICO - LOGICO	FAMILIAR	LABORAL	ECONOMIA	PSICO - LOGICO	FAMILIAR
1	85	146	92	124	85	136	116	124
2	29	108	92	207	29	108	92	207
3	64	146	53	150	113	136	53	130
4	84	116	92	155	84	116	97	108
<b>TOTAL</b>	<b>262</b>	<b>770</b>	<b>329</b>	<b>635</b>	<b>311</b>	<b>496</b>	<b>358</b>	<b>559</b>



**FALTA PAGINA**

**No.**

**45**

## RESULTADOS.

SE OBSERVO EN LA MUESTRA OBTENIDA PARA ESTA ESTUDIO QUE LA EDAD MEDIA DEL GRUPO ESTUDIO Y CONTROL FLUCTUO EN 54 AÑOS.

(VER CUADRO 1)

POR SEXO SE ENCONTRO EN EL GRUPO ESTUDIO, UN 100% HOMBRES Y EN EL GRUPO CONTROL UN 75% HOMBRES Y UN 25% MUJERES.

(VER CUADRO 2)

EN ESCOLARIDAD GRUPO ESTUDIO, DA EN PRIMARIA UN 50% Y EN SECUNDARIA OTRO 50%. GRUPO CONTROL 75% PRIMARIA Y 25% SECUNDARIA

(VER CUADRO 3).

GRADO DE ESCOLARIDAD FAMILIAR UNICAMENTE DEL GRUPO ESTUDIO SE ENCONTRO EN UNA FAMILIA EL 57.1% DE PROFESIONAES Y EN DOS MAS DE LAS FAMILIAS UNA ESCOLARIDAD MEDIA SUPERIOR RESPECTIVAMENTE EN UN 40% Y 58.3% Y UNA ESCOLARIDAD BASICA EN UN 75%

(VER CUADRO 4).

POR OCUPACION SE OBSERVO UN 50% FR OBREROS Y EMPLEADOS EN OTRO 50% ESTO EN EL GRUPO ESTUDIO, EN EL DE CONTROL UN 75% OBREROS Y 25% EMPLEADO.

(VER CUADRO 5)

EN INCAPACIDADES SE ENCONTRO EN EL GRUPO ESTUDIO UN 100% Y EN EL DE CONTROL UN 50%.

(VER CUADRO 6)

POR TIPO DE VIVIENDA SE ENCONTRO EN CASA SOLA UN 75% ASI TAMBIEN EN UN PORCENTAJE IGUAL A PROPIA, Y RESTO COMO DEPARTAMENTO 25% Y 25% RENTADA, EN ESTA MISMA PRESENTACION EL GRUPO CONTROL.

(VER CUADRO 7)

POR PESO CORPORAL SE OBSERVO EN EL GRUPO ESTUDIO DE 70-79 KG UN 50%, EN 80-89 KG UN 25% Y EL OTRO 25% DE 50-59 KG, AL TERMINO DEL ESTUDIO SE PRESENTO UNA GANANCIA DE 4 KG EN EL GRUPO DE 70-79, KG, Y DE 3 KG EN EL RANGO DE 50-59 KG. EL GRUPO CONTROL HAY UNA DISTRIBUCION DE UN 25% POR RANGO DE 50-59 KG. DE 70-79 KG 90-99 KG, 110-119 KG. SIN PRESENTAR NINGUN CAMBIO AL TERMINO DEL ESTUDIO.

(VER CUADRO 8)

EXPLORACION FISICA SE ENCONTRO EN EL GRUPO ESTUDIO UN 75% DE MALA, Y REGULAR UN 25%, AL TERMINO DEL ESTUDIO SE ENCONTRO UN 75% EN REGULAR, Y MALO UN 25%. EL GRUPO CONTROL SE OBSERVO EN MALO UN 100% SIN CAMBIOS AL TERMINO DEL ESTUDIO.

(VER CUADRO 9).

SIGUEINDO LA EXPLORACION FISICA EN, CURVATURA DE LA COLUMNA LUMBAR SE OBSERVO ESCOLIOSIS EN UN 75% E HIPERLORDOSIS UN 25% ESTO EN EL GRUPO ESTUDIO. AL TERMINO DEL ESTUDIO CONTINUO CON UN 75% DE ESCOLIOSIS Y UN 25% DE RECTIFICACION DE LA LORDOSIS. GRUPO CONTROL UN 50% DE ESCOLIOSIS Y UN 50% DE HIPERLORDIOSIS, AL TERMINO DEL ESTUDIO SIN CAMBIOS.

(VER CUADRO 10).

EN LO QUE SE REFIERE A ALTERACIONES SOCIALES EN EL AMBITO INDIVIDUAL SE OBSERVO CON ALTERACIONES EN UN 50% Y MODERADAMENTE UN 25% AL IGUAL QUE SIN ALTERACIONES, AL TERMINO DEL ESTUDIO SE ENCONTRO MODERADAMENTE UN 75% Y SIN ALTERACIONES UN 25% EN EL GRUPO CONTROL CON ALTERACIONES DE UN 75% MODERADAMENTE UN 25% AL TERMINO DEL ESTUDIO CON ALTERACIONES UN 50% Y MODERADAMENTE UN 50%.

(VER CUADRO 11).

POR DISTRIBUCION DE DETECCION Y CONDUCTAS DEFENSIVAS FAMILIARES EN EL GRUPO ESTUDIO SE ENCONTRO CON ALTERACIONES UN 75% Y SIN ALTERACIONES UN 25%, AL TERMINO DEL ESTUDIO, MODERADAMENTE ALTERADAS UN 75%, Y SIN ALTERACIONES UN 25%. EN GRUPO CONTROL CON ALTERACIONES UN 25% Y NMODERADAMENTE UN 75%, AL TERMINO DEL ESTUDIO UN 50% CON ALTERACIONES Y OTRO 50% MODERADAMENTE.

(VER CUADRO 12).

EN EL APGAR SE ENCONTRO UN 50% EN BUENA, Y REGULAR Y MALA UN 25% CORRESPONDIENTEMENTE. DESPUES DE TERMINADO EL ESTUDIO BUENA UN 75% Y REGULAR UN 25% ESTO EN EL GRUPO ESTUDIO. EL GRUPO CONTROL MALA UN 50%, Y TANTO BUENA COMO REGULAR UN 25% CORRESPONDIENTEMENTE AL TERMINO DEL ESTUDIO SIN CAMBIOS.

(VER CUADRO 12).

POR LO QUE SE REFIERE AL AREA CONOCITIVA SE ENCONTRO UN 755 DE APROBADOS Y UN 25% DE REPROBADOS ESTO UNICAMENTE EN EL GRUPO ESTUDIO.

(VER CUADRO 14).

EN LAS UNIDADES DE HOLMES SE OBSERVO EN EL AREA LABORAL UNA MEJORIA DE 114 PUNTOS, EN LO ECONOMICO DE 143, EL PSICOLOGICO DE 215, ASI TAMBIEN EN LO FAMILIAR DE 314 PUNTOS, ESTO EN EL GRUPO ESTUDIO. EL GRUPO CONTROL EN LO LABORAL CON UNA ALTERACION MAYOR DE 49 PUNTOS, LO ECONOMICO CON UNA GANANCIA DE 459 PUNTOS Y PSICOLOGICO CON ALTERACIONES DE 29 PUNTOS MAS EN LO FAMILIAR CON UN CAMBIO DE 66 PUNTOS A FAVOR.

(VER CUADRO 15).

NOTA: (VER CUADROS DE RESULTADOS Y GRAFICAS):

## ANALISIS DE RESULTADOS.

ES UN TRABAJO EXPERIMENTAL, DEBIDO AL MANEJO DE LA VARIABLE INDEPENDIENTE, PROSPECTIVO PORQUE LA OBSERVACION DE LA EVOLUCION DEL FENOMENO FUE A PARTIR DEL INICIO DE LA INVESTIGACION, DE TIPO LONGITUDINAL, PORQUE LA OBSERVACION DEL FENOMENO SE REALIZA EN LA EVOLUCION DE COMPARATIVO PORQUE SE UTILIZO UN GRUPO DE REFERENCIA.

A LO QUE SE REFIERE EN FRECUENCIA DE EDAD ES DE UN PROMEDIO DE 54 AÑOS, EN AMBOS GRUPOS CON UNA PRESENTACION DE ESTA PATOLOGIA DE UNA EDFAD DE MAS DE 35 AÑOS, ESTO REFERIDO EN LA LITERATURA.

LA ARELACION DE SEXO EN ESTE ESTUDIO Y DADA LA MUESTRA QUE ES MUY PEQUEÑA PREDOMINA EL SEXO MASCULINO, EN LA LITERATURA REFIERE DE 2-1 EN REFERENCIA HOMBRE MUJER MAS ACTUALMENTE ESTA COMPARACION SE HA IGUALADO AUN CUANDO EN EL HOMBRE SE PRESENTA MAS TEMPRANAMENTE, ESTO ES PORQUE LA MUJER A INVADIDO ACTIVIDADES EN LAS CUALES ERAN DESTINADAS UNICAMENTE AL HOMBRE Y CON ESTO ES MAYOR LA FRECUENCIA DE ESTA PATOLOGIA EN LA MUJER.

LO QUE SE REFIERE A ESCOLARIDAD ES MUY IMPORTANTE DADO QUE A MENOR GRADO DE ESCOLARIDAD, EL TRABAJO A DESEMPEÑAR ES DE MAYOR ACTIVIDAD FISICA, Y EN ESTOS GRUPOS DE ESTUDIO PREDOMINA LA ESCOLARIDAD BASICA EN UN 75% Y SECUNDARIA UN 50%.

SE ABORDA TAMBIEN EN EL PRESENTE ESTUDIO UNICAMENTE AL GRUPO ESTUDIO EL GRADO DE ESCOLARIDAD FAMILIAR, Y CON ESTO SE SONDEA O EXPLORA QUE TANTO DE RECURSOS SE CUENTA CON LAS FAMILIAS DEL GRUPO ESTUDIO LA CUAL FUE MUY FAVORABLE DADO QUE SE OBSERVO UN GRADO DE PROFESIONALIDAD DEL 57.1% EN UNA DE LAS FAMILIAS Y EN DOS MAS UN GRADO DE ESCOLARIDAD MEDIA SUPERIOR EN UN 40% Y 58.3% EN LA ULTIMA FAMILIA UN GRADO ESCOLAR BASICO DE 75%.

COMO SE HA REFERIDO ANTERIORMENTE EN RELACION AL GRADO DE ESCOLARIDAD ES FUNDAMENTAL PARA LA ACTIVIDAD A REALIZAR COMO TRABAJO, POR LO CUAL ENCONTRAMOS EN OCUPACION UN 50% DE OBREROS Y EMPLEADOS UN 50% PERO HABIENDO LABORADO ESTOS POR LARGO TIEMPO COMO OBREROS. EN EL GRUPO ESTUDIO SE DA UN 75% DE OBREROS Y UN 25% EMPLEADO, LO CUAL CONCUERDA CON LO REFERIDO ANTERIORMENTE A ESCOLARIDAD OCUPACION. ESTA PATOLOGIA CONDICIONA UN ALTO INDICE DE INCAPACIDADES EN UNA MAYORIA DE ESTOS PACIENTES, EN ALGUNOS MOMENTOS DICHA PATOLOGIA ES CAUSA DE PERDIDA DE TIEMPO DE TRABAJO, LA PERIDA EN DIAS LABORALES POR REFERENCIA EN E.U. ES DE  $1400 \times 100$ .

## **TRABAJADORES.**

**TIPO DE VIVIENDA SE OBSERVO UNA LATA INCIDENCIA A CASA SOLA Y PROPIA, ESTO PODRIA DEBERSE A QUE LA ZONA DE INFLUENCIA EN LA CUAL ESTA UBICADA LA U.M.F. # 94. EN LA CUAL PREDOMINA ESTE TIPO DE HABITACION.**

**EN CUANTO A PESO CORPORAL ES UNO DE LOS FACTORES IMPORTANTES PARA EL DESARROLLO MAS RAPIDO DE LA PATOLOGIA EN AMBOS GRUPOS SE OBSERVO UN ELEVADO PESO CORPORAL, CON UN RANGO DE 50-59 KG UN 25%, OTRO 25% EN EL DE 80-89 KG Y UN 50% DEL 70-79 KG, AL TERMINO DEL ESTUDIO SE OBSERVO UNA GANANCIA DE 4KG. DE PERDIDA EN EL GRUPO DE 70-79 KG, Y 3 KG EN EL DE 50-59 KG.**

**LA EXPLORACION FISICA. SE OBSERVO EN LA CLASIFICACION DADA EN UN 75% A MALA Y REGULAR UN 25%, ESTOS UNICAMENTE EN EL GRUPO ESTUDIO. SE LOGRA A BASE DE LOS EJERCICIOS, CORRECCION DE POSTURA, DISMINUCION DEL DOLOR, Y SOBRE TODO EL ACEPTAR SU ENFERMEDAD COMO UN PROCESO DEGENERATIVO Y ASI TAMBIEN LA AYUDA DE SUS FAMILIARES PARA LA REALIZACION DE LOS EJERCICIOS POR TODA LA FAMILIA, REALMENTE ES POCO EL TIEMPO DE ACTIVIDAD CON EL GRUPO ESTUDIO. SE LOGRAN LOS SIGUIENTES RESULTADOS CON UN RANGO DEL 75% EN REGULAR, Y MALO DE 25%, ESTO NOS INDICA QUE SI INFLUYE EL CONOCIMIENTO DE SU PATOLOGIA, Y LA IMPORTANCIA DE LLEVAR A CABO LOS EJERCICIOS LA GANANCIA ES MINIMA O MEJOR COMO EN ESTE CASO EN EL CUAL SE GANA UN 50%, AUN CUANDO EN LA LITERATURA REFIERE MUY Poca RECUPERACION Y CON MAS FRECUENCIA A LA RECAIDA.**

**SIGUIENDO EN LA EXPLORACION FISICA LO QUE SE REFIERE A LA CURVATURA DE LA COLUMNA LUMBAR, SE OBSERVA UNA ESCOLIOSIS EN UN 75% E HIPERLORDOSIS UN 25%, LA PRIMERA ES MUY IMPORTANTE DADO QUE EN SU MAYORIA ES COMO CONSECUENCIA A LA MALA POSTURA, ESTO DADO QUE EN SUS TRABAJOS NO ESTA LA MAQUINARIA MANEJADA POR ESTOS ADECUADA A SU ESTRUCTURA ANATOMICAS, CON LO CUAL ADQUIEREN UNA POSTURA MALA Y CON ESTO SE ASENTUA LA ESCOLIOSIS.**

**EN LOS ASPECTOS DE ALTERACIONES SOCIALES EN EL AMBITO INDIVIDUAL SON INSTRUMENTOS DE DIAGNOSTICO QUE NOS PERMITE VALIDAR LO QUE OBSERVAMOS, SE LOGRO UNA GANANCIA DE EL RUBRO DE MODERADAMENTE UN 75% Y SIN ALTERACIONES UN 25% LO CUAL NOS INDICA QUE LA ENSEÑANZA ES MUY IMPORTANTE PARA LOGRAR UN CAMBIO Y EN LA DISTRIBUCION DE DETECCIONES Y CONDUCTAS DEFENSIVAS FAMILIARES. SE OBSERVO UNA GANANCIA SIMILAR A LA ANTERIOR POR LO CUAL SE CONFIRMA LA IMPORTANCIA DE LA ENSEÑANZA/ APRENDIZAJE.**

**EL APGAR FAMILIAR ES MUY IMPORTANTE, CON LO CUAL NOS INDICA QUE REALMENTE SE LOGRO LO DESEADO A MEJORAS EN ESTAS FAMILIAS.**

**EN LA GANANCIA DE CONOCIMIENTO EN SU ENFERMEDAD ENCONTRAMOS QUE EN EL GRUPO HAY UN APROBCHAMIENTO O APROBACION DE UN 75% Y REPROBACION DE UN 25% LO CUAL NO INDICA QUE LA INSTANCIA EDUCATIVA ES BUENA.**

**LAS UNIDADES DE HOLMES. EL CUAL ANALIZA LA ANGUSTIA PRODUCIDA POR EVENTOS DE LA VIDA DIARIA Y SE CLASIFICARON POR AREAS:**

**EN AREA LABORAL, ECONOMICA, PSICOLOGICA, FAMILIAR, ENCONTRAMOS QUE EN ESTE PADECIMIENTO EN PARTICULAR EL AREA MAS AFECTADA ES EL AREA PSICOLOGICA, ECONOMICA, FAMILIAR, LABORAL. ENCONTRANDOSE UNA RECUPERACION DE 215 EN AREA PSICOLOGICA, Y ECONOMICA 143, FAMILIAR DE 314, LO LABORAL DE 114 PUNTOS. MOSTRANDONOS UNA MEJORIA MUY IMPORTANTE.**

## **CONCLUSIONES:**

**EN EL PRESENTE ESTUDIO SE ENCONTRO QUE EL ABORDAJE INTEGRAL DE LAS FAMILIAS CON UN INTEGRANTE PORTADOR DE LUMBALGIA DEGENERATIVA, NO ES DE MAYOR UTILIDAD QUE EL MANEJO HABITUAL DE ESTA PATOLOGIA QUE SERIA UNICAMENTE BIOLOGICO.**

**AUN CUANDO HABRIA QUE CONSIDERAR QUE EN EL PRESENTE ESTUDIO ES UNA MUESTRA MUY PEQUEÑA, Y AL REVISAR LOS RESULTADOS SE OBSERVO UNA MEJORIA EN LAS FAMILIAS TRATADAS DE FORMA INTEGRAL, QUE LAS QUE NO FUERON TRATADAS INTEGRALMENTE.**

## BIBLIOGRAFIA:

- 1.- PICHON RIVIERE,E: CUESTIONARIO PARA GENTEMERGENTE EN: EL PROCESO AGRUPAL DE PSICOANALISIS A LA PSICOLOGIA SOCIAL (1) BUENOS AIRES, 1988.ED. NUEVA VISON P. 199.
- 2.- MINUCHIN,S.: FAMILIA Y TERAPIA FAMILIAR BARCELONA 1972 ED. GRANICA.
- 3.- LA FAMILIA: DOCUMENTO DEL DR. ISSAN AZIS ELIAS.
- 4.- FUNCIONES DE LA FAMILIA, MECANOGRAMA NO PUBLICADO, MEX.IMSS, 1979: 3-15.
- 5.- EN LA FAMILIA Y TERAPIA FAMILIAR, MEXICO ED. GEDISA. 1988; P.
- 6.- SANTOYO,S.: APUNTES PARA DIDACTICA GRUPAL EN: MOLINA, A.: DIALOGO E INTERACION EN EL PROCESO PEDAGOGICO. MEDICO, 1985. ED. EL CABALLITO SEP P. 145-55.
- 7.- BAULEO,A.: APRENDIZAJE GRUPAL EN: IDEOLOGIA, GRUPO Y FAMILIA BUENOS AIRES 1979. ED. KARGIEMAN 2°
- 8.- KESSELMAN,H.: PSICOTERAPIA BREVE. MADRIS, 1979. ED. FUNDAMENTOS 2° ED.P.39-40.
- 9.- BELTRAN,H Y COLS. INDICADORES DE ANEMIA Y DESINTEGRACION SOCIAL, EN: REVISTA DE INVESTIGACION CLINICA. INSTITUTO NACIONAL DE LA NUTRICION # 37 P. 207-17. MEXICO.1984.
- 10.- PICHON-RIVIERE,E: ESTRUCTURA DE UNA ESCUELA DESTINADA A LA FORMACION DE PSICOLOGOS SOCIALES EN: EL PROCESO GRUPAL DEL PSICOANALISIS A LA PSICOLOGIA SOCIAL. BUENOS AIRES, 1983.ED. NUEVA VISION. P.149-60.
- 11.- BORENSTEIN D. LOW BACK PAIN IN CURRE OPINION IN RHEUMATOLOGY P.233.
- 12.- GLOVER J. PROFILAXIS DEL DOLOR RAQUIDEO, EN DOLOR LUMBAR. JAYSON M. 1989. P. 1432-63.
- 13.- LUMBALGIA.DR. RENE CAILLIET. ED. MANUAL MODERNO. 1984.



- 14.- EL CICLO VITAL DE LA FAMILIA. LAURO ESTRADA INDA. ED. POSADA.
- 15.- LOCKHART. ANATOMIA HUMANA, 1981. P.61-71.
- 16.- BLEGER, I. PSICOLORIGA DE LA CONDUCTA. ED. PAIDOS Bs As. 1979.
- 17.- CERDA, O.A. 'ABORDAJE INTEGRAL DE LA SALUD FAMILIAR' EN: MEMORIAS DE XVII SIMPOSIUM NACIONAL DE MEDICINA FAMILIAR \* ANREMPAC. AGOSTO DE 1986.
- 18.- PONS, O.N. 'MANEJO INTEGRAL DE LA FAMILIA DIABETICA' TESIS. 1985. UMF No.
- 20.- DELEGACION 3 DEL VALLE DE MEXICO. IMSS.
- 19.- TAPIA, Y.M. 'ABORDAJE INTEGRAL DE LA FAMILIA HIPERTENSA' TESIS. 1986. UMF No. 20, DELEGACION 3 DEL VALLE DE MEXICO. IMSS.

FICHA DE IDENTIFICACION.

FECHA: \_\_\_\_\_

NOMBRE: \_\_\_\_\_ SEXO: \_\_\_\_\_

EDAD: AÑOS \_\_\_\_\_ ESCOLARIDAD \_\_\_\_\_

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

EDO. CIVIL: \_\_\_\_\_

OCUPACION: \_\_\_\_\_

VIVIENDA: Casa sola: ( ) ; Departamento: ( ) ; Vecindad ( )

OTROS: \_\_\_\_\_

TENENCIA: Propia: ( ) Rentada ( )

¿Cuántas personas viven en su casa? \_\_\_\_\_ ( )

¿Cuántas recámaras tiene ud en su casa? \_\_\_\_\_ ( )

¿Tiene animales en su casa? \_\_\_\_\_ ( )

¿Sabe leer y escribir? \_\_\_\_\_ ( )

¿Tiene radio? \_\_\_\_\_ ( )

¿Escucha regularmente el radio? \_\_\_\_\_ ( )

¿Tiene televisión? \_\_\_\_\_ ( )

¿Acostumbra ver diariamente la televisión? \_\_\_\_\_ ( )

¿Que religión practica usted? \_\_\_\_\_ ( )

INGRESO MENSUAL:

¿Cuanto gana a la semana? : \$ \_\_\_\_\_

¿Trabaja alguien más que usted en la semana? si o no ( )

Ingreso mensual total por familia: \$ \_\_\_\_\_

Sexo: \_\_\_\_\_

Ocupación \_\_\_\_\_

Escolaridad \_\_\_\_\_

Tipo de vivienda \_\_\_\_\_

Tenencia \_\_\_\_\_

Hacinamiento \_\_\_\_\_

Promiscuidad \_\_\_\_\_

Ingreso mensual precapital.

## HISTORIA CLÍNICA

NOMBRE \_\_\_\_\_  
 SEXO \_\_\_\_\_  
 EDAD \_\_\_\_\_  
 DIRECCION \_\_\_\_\_  
 OCUPACION \_\_\_\_\_  
 EMPRESA \_\_\_\_\_  
 PUESTO ACTUAL \_\_\_\_\_  
 ANTIGUEDAD \_\_\_\_\_  
 ANALISIS DE PUESTO \_\_\_\_\_  
 INCAPACIDAD SI \_\_\_\_\_ AÑOS \_\_\_\_\_ MESES \_\_\_\_\_ DIAS  
                   NO \_\_\_\_\_  
 ASEGURADO \_\_\_\_\_ BENEFICIARIO \_\_\_\_\_

### INTERROGATORIO:

0 ANTECEDENTES SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_ AÑOS \_\_\_\_\_  
 2 EVOLUCION BUENA \_\_\_\_\_ MALA \_\_\_\_\_

### PADECIMIENTO ACTUAL

2 DOLOR: APARICION: AGUDA \_\_\_\_\_ CRONICA \_\_\_\_\_  
 2 AUMENTA: MOVIMIENTO \_\_\_\_\_ REPOSO \_\_\_\_\_  
 1 DISMINUYE: MOVIMIENTO \_\_\_\_\_ REPOSO \_\_\_\_\_  
 2 MOVILIDAD DE COLUMNA: LIMITADA \_\_\_\_\_ NORMAL \_\_\_\_\_

### SINTOMAS AGRAVADOS:

4 SINTOMA NEUROLOGICOS SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_  
 4 IRRITACION SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

IZQUIERDA \_\_\_\_\_ DERECHA \_\_\_\_\_

EXPLORACION FISICA: NOTA: SE CALIFICA CON LOS PUNTOS QUE APARECEN A LA IZQUIERDA DEL DO UN TOTAL DE 32 PUNTOS. 32=10.  
                   PESO \_\_\_\_\_ TALLA \_\_\_\_\_ 0-10 puntos=FUJA.  
 2 POSTURA: MALA \_\_\_\_\_ BUENA \_\_\_\_\_ 11-20 " =REGULAR.  
 2 MARCHA: NORM. \_\_\_\_\_ ANORMAL \_\_\_\_\_ 21-32 puntos=BUENA. 55  
 1 ABDOMEN: NOR. \_\_\_\_\_ ANORMAL \_\_\_\_\_  
 0 TORAX: NORMAL \_\_\_\_\_ ANORMAL \_\_\_\_\_

0 COLUMNA: ESTABLE \_\_\_\_\_ INESTABLE \_\_\_\_\_

0 CURVATURAS ESCOLIOSIS \_\_\_\_\_ XIFOSIS \_\_\_\_\_

HIPERLORDOSIS \_\_\_\_\_ RECTIFICACION DE LA  
LORDOSIS \_\_\_\_\_

2 ARCOS DE MOBILIDAD NORMAL \_\_\_\_\_ LIMITADOS \_\_\_\_\_

NORMAL \_\_\_\_\_ LIMITADOS \_\_\_\_\_

0 TONO MUSCULAR NORMAL \_\_\_\_\_ LIMITADOS \_\_\_\_\_

0 FUERZA MUSCULAR CADERA NORMAL \_\_\_\_\_ DISMINUIDA \_\_\_\_\_

RODILLA NORMAL \_\_\_\_\_ DISMINUIDA \_\_\_\_\_

TOBILLO NORMAL \_\_\_\_\_ DISMINUIDA \_\_\_\_\_

MEDICION DE MIEMBROS PELVICOS

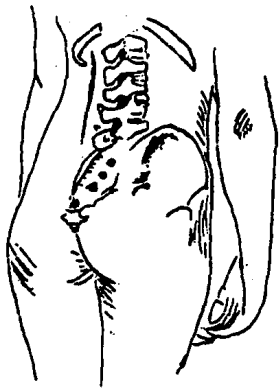
ACORTAMIENTO SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_  
CM \_\_\_\_\_

0 REFLEJOS: PATELAR NORMAL \_\_\_\_\_ DISMINUIDO \_\_\_\_\_ ABOLIDO \_\_\_\_\_

AQUILEO NORMAL \_\_\_\_\_ DISMINUIDO \_\_\_\_\_ ABOLIDO \_\_\_\_\_

4 LASSEGUE SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_ PATRICK SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_ 4

LOCALIZACION GRAFICA DEL DOLOR:



MOTOR		
REFLEJO		
SENSACION		

**DETECCION DE ALTERACIONES SOCIALES EN EL AMBITO INDIVIDUAL.  
CONTESTE CON "SI" "NO"**

- 1.- ¿ POR SU ENFERMEDAD HA TENIDO QUE DEJAR DE TRABAJAR?\_\_\_\_\_.
- 2.- ¿ HA TENIDO QUE CAMBIAR DE TRABAJO?\_\_\_\_\_.
- 3.- ¿ DESDE QUE SE SABE ENFERMO DE LUMBALGIA, LAS RELACIONES CON SUS COMPAÑEROS DE TRABAJO SE HAN MODIFICADO?\_\_\_\_\_.
- 4.- ¿ CREE QUE SU ENFERMEDAD TIENE RELACION CON SU TRABAJO?\_\_\_\_\_.
- 5.- ¿ DESDE QUE SE SABE ENFERMO DE LUMBALGIA, LAS RELACIONES CON SU PAREJA SE HAN MODIFICADO?\_\_\_\_\_.
- 6.- ¿ DESDE QUE SE SABE ENFERMO DE LUMBALGIA, HA PERDIDO INTERES POR EL PROGRESO ESCOLAR DE SUS HIJOS?\_\_\_\_\_.
- 7.- ¿ HA DISMINUIDO EL NUMERO DE RELACIONES SEXUALES A CONSECUENCIA DE SU ENFERMEDAD?\_\_\_\_\_.
- 8.- ¿ DESDE QUE SE SABE ENFERMO DE LUMBALGIA, HA DEJADO DE ASISTIR CON REGULARIDAD A LOS SITIOS DE DIVERSION QUE ANTES FRECUENTABA?\_\_\_\_\_.
- 9.- ¿ DESDE QUE SE SABE ENFERMO DE LUMBALGIA, SE LE DIFICULTAN LAS RELACIONES CON SUS VECINOS?\_\_\_\_\_.

**DETECCION DE ALTERACIONES PSICOLOGICAS Y CONDUCTAS DEFENSIVAS FAMILIARES. CONTESTE CON "SI" "NO".**

- 1.- ¿SU CARACTER CAMBIO CUANDO SE LE DIAGNOSTICO SU ENFERMEDAD?
- 2.- COMO SE SIENTE: ¿TRISTE? \_\_\_\_\_ ¿NERVIOSO? \_\_\_\_\_
- 3.- ULTIMAMENTE Y A CONSECUENCIA DE SU ENFERMEDAD USTED SE SIETE ANTE UN GRUPO DE PERSONAS: ¿TIMIDO? \_\_\_\_\_  
¿SENSIBLE A LAS CRITICAS? \_\_\_\_\_ ¿CULPABLE? \_\_\_\_\_  
¿SE AISLA? \_\_\_\_\_ ¿LE DAN GANAS DE LLORAR FACILMENTE? \_\_\_\_\_  
¿SE SIENTE MENOS QUE LOS DEMAS? \_\_\_\_\_
- 4.- DESDE QUE SE LE DIAGNOSTICO SU ENFERMEDAD, USTED ANTE UN CONFLICTO O PROBLEMA SE MUESTRA: ¿MAS ENOJADO? \_\_\_\_\_  
¿MAS NERVIOSO? \_\_\_\_\_ ¿SE DESMAYA O PARALIZA ALGUNA PARTE DE SU CUERPO? \_\_\_\_\_
- 5.- DESDE QUE SE LE DIAGNOSTICO SU ENFERMEDAD, ALGUNA VEZ: ¿HA INTENTADO SUICIDARSE? \_\_\_\_\_ O ¿SOLO LO HA PENSADO? \_\_\_\_\_
- 6.- DESDE QUE SE LE DIAGNOSTICO SU ENFERMEDAD USTED HA NOTADO CAMBIOS DE ACTITUD EN SU FAMILIA? \_\_\_\_\_
- 7.- COMO: ¿LOS NOTA EXCESIVAMENTE PREOCUPADOS POR SU ENFERMEDAD? ¿ LE AYUDAN A SEGUIR EL HORARIO DE TOMA DE SUS MEDICAMENTOS? ¿ LE EVITAN LAS TAREAS QUE PUEDEN SER PESADAS PARA USTED?
- 8.- ¿ GENERALMENTE NO LE EVITAN A PARTICIPAR EN ACTIVIDADES DE JUEGO O TRABAJO POR CONSIDERARLO INCAPAZ POR LLEVARLAS A CABO? ¿ LE VISITAN CON LA MISMA FRECUENCIA? \_\_\_\_\_  
¿ LO NEGAN ANTE LA GENTE? \_\_\_\_\_  
¿ LOS NOTA AGRESIVOS HACIA USTED? \_\_\_\_\_  
¿ PROCURAN NO ESTAR CERCA DE USTED? \_\_\_\_\_

**COMPONENTES DEL APGAR FAMILIAR.**

	BUENA (2)	REGULAR (1)	MALA (0).
A.- ADAPTABILIDAD. (ADAPTABILITY)	( )	( )	( )
B.- ASOCIACIONES. (PATERNSHIP)	( )	( )	( )
C.- CRECIMIENTO. (GROWTH)	( )	( )	( )
D.- AFECCIONES. (AFFECTIONS)	( )	( )	( )
E.- RESOLUCIONES. (RESOLVE).	( )	( )	( )

- A.- LA ADAPTACION ES LA UTILIZACION DE LOS RECURSOS INTRA Y EXTRA FAMILIARES PARA LA RESOLUCION DE LOS PROBLEMAS CUANDO EL EQUILIBRIO FAMILIAR ES FORZADO.
- B.- ES LA PARTICIPACION DE RESPONSABILIDAD EN TRABAJO Y EDUCACION POR LOS MIEMBROS DE LA FAMILIA.
- C.- ES LA MADURACION FISICA Y EMOCIONAL, PLENITUD MISMA QUE ES LLEVADA A CABO POR LOS MIEMBROS DE LA FAMILIA A TRAVES DEL APOYO MUTUO Y DIRECCION (CONDUCTA).
- D.- ES LO QUE SE REFIERE A LAS RELACIONES DE CUIDADO Y CARIÑO QUE EXISTEN ENTRE LOS MIEMBROS DE LA FAMILIA.
- E.- ES LA TAREA DE DEDICAR TIEMPO A OTROS MIEMBROS DE LA FAMILIA PARA EDUCACION FISICA Y EMOCIONAL USUALMENTE TAMBIEN INVOLUCRA UNA DECISION DE PARTICIPACION DE LA RIQUEZA Y ESPACIO.

**UNIDADES DE HOMES PARA CAMBIOS DE VIDA.**

1.- VIOLACIONES MENORES A LA LEY.	11
2.- NAVIDADES.	12
3.- VACACIONES.	13
4.- CAMBIOS DE RECREACION.	20
5.- CAMBIOS DE ESCUELA.	20
6.- CAMBIOS DE RESIDENCIA.	20
7.- PROBLEMAS CON EL JEFE.	20
8.- CAMBIOS EN EL HORARIO DE TRABAJO.	20
9.- CAMBIOS EN LAS CONDICIONES DE VIDA.	25
10.- COMIENZO O TERMINO DE LA ESCUELA.	26
11.- LA ESPOSA COMIENZA O DEJA DE TRABAJAR.	26
12.- LOGROS PERSONALES NOTABLES.	28
13.- PROBLEMAS CON PARIETES POLITICOS.	29
14.- UN HIJO O UNA HIJA ABANDONAN EL HOGAR.	29
15.- CAMBIOS DE RESPONSABILIDAD DE TRABAJO.	29
16.- JUICIO POR UNA HIPOTECA.	30
17.- HIPOTECA.	31
18.- CAMBIO EN NUMERO DE DISCUSIONES ESPOSA.	35
19.- CAMBIO A UNA LINEA DIFERENTE DE TRABAJO.	36
20.- MUERTE DE UN AMIGO INTIMO.	37
21.- REAJUSTE DE NEGOCIOS.	38
22.- CAMBIOS EN EL ESTADO FINANCIERO.	38
23.- INTRODUCCION DE UN NUEVO MIEMBRO.	39
24.- PROBLEMAS SEXUALES.	39
25.- EMBARAZO.	40
26.- CAMBIOS DE SALUD EN ALGUN FAMILIAR.	44
27.- JUBILACION.	45
28.- RECONCILIACION MATRIMONIAL.	45
29.- SER DESPEDIDO DEL TRABAJO.	47
30.- MATRIMONIO.	50
31.- LESION O ENFERMEDAD PERSONAL.	53
32.- MUERTE DE UN FAMILIAR CERCANO.	63
33.- SALIDAD DE LA CARCEL.	63
34.- SEPARACION MATRIMONIAL.	65
35.- DIVORCIO.	73
36.- MUERTE DEL CONYUGE.	100