



UNIVERSIDAD AUTONOMA DE AGUASCALIENTES

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

TESIS

**“COMPARACION DE LA COHESION Y ADAPTABILIDAD FAMILIAR
ENTRE PACIENTES CON LUMBALGIA QUE TIENEN ALGUN GRADO
DE DISCAPACIDAD Y EN AQUELLOS SIN DISCAPACIDAD ATENDIDOS
EN EL SERVICIO DE REHABILITACION DEL HGZ No. 1 Y UMF 10 DE
AGUASCALIENTES”**

PRESENTA

Rosa Romero Piña

PARA OBTENER GRADO DE ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR

ASESORA

DRA. Ana Hortensia López Ramírez.

Aguascalientes, Ags., 13 de febrero del 2013



ROSA ROMERO PIÑA
ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR
P R E S E N T E

Por medio de la presente se le informa que en cumplimiento de lo establecido en el Reglamento General de Docencia en el Capítulo XVI y una vez que su trabajo de tesis titulado:

“COMPARACIÓN DE LA COHESIÓN Y ADAPTABILIDAD FAMILIAR ENTRE PACIENTES CON LUMBALGIA QUE TIENEN ALGÚN GRADO DE DISCAPACIDAD Y EN AQUELLOS SIN DISCAPACIDAD ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE REHABILITACIÓN DEL HGZ NO. 1 Y UMF 10 DE AGUASCALIENTES”

Ha sido revisado y aprobado por su tutor y consejo académico, se autoriza continuar con los trámites de titulación para obtener el grado de:
Especialista en Medicina Familiar

Sin otro particular por el momento me despido enviando a usted un cordial saludo.

ATENTAMENTE
“SE LUMEN PROFERRE”
Aguascalientes, Ags., 13 de Febrero de 2013.



DR. RAÚL FRANCO DÍAZ DE LEÓN
DECANO DEL CENTRO DE CIENCIAS DE LA SALUD

c.c.p. C. P. Ma. Esther Rangel Jiménez / Jefe de Departamento de Control Escolar
c.c.p. Archivo



AGUASCALIENTES, AGS., FEBRERO 2013

**DR. CARLOS ALBERTO PRADO AGUILAR
COORDINADOR AUXILIAR MEDICO DE INVESTIGACION EN SALUD.**

Por medio de este conducto le informo que la **DRA. ROSA ROMERO PIÑA**, Residente de Tercer Año de Medicina Familiar, cuyo proyecto de tesis

**“COMPARACION DE LA COHESION Y ADAPTABILIDAD FAMILIAR
ENTRE PACIENTES CON LUMBALGIA QUE TIENEN ALGUN GRADO
DE DISCAPACIDAD Y EN AQUELLOS SIN DISCAPACIDAD ATENDIDOS
EN EL SERVICIO DE REHABILITACION DEL HGZ No. 1 Y UMF 10 DE
AGUASCALIENTES”**

Ha concluido satisfactoriamente.

Número de registro: **R-2012-101-21** del Comité Local de Investigación No. 101

Elaborado de acuerdo a la opción de titulación: **TESIS**

El residente asistió a las asesorías correspondientes y realizó las actividades apegadas al plan de trabajo, quedando pendiente su titulación la cual depende de los tiempos y formas establecidas por la normatividad de la Universidad Autónoma de Aguascalientes.

Sin más por el momento y quedando a sus órdenes para cualquier aclaración.

ATENTAMENTE

DRA. ANA HORTENSIA LÓPEZ RAMÍREZ



AGUASCALIENTES, AGS. FEBRERO 2013.

DR. RAUL FRANCO DIAZ DE LEON.
DECANO DEL CENTRO DE CIENCIAS DE LA SALUD.

PRESENTE.

Por medio de la presente, le informo que la Residente de la Especialidad de Medicina Familiar del Hospital General de Zona No. 1 IMSS de la Delegación Aguascalientes:

ROSA ROMERO PIÑA.

Ha concluido satisfactoriamente el trabajo de titulación denominado:

**“COMPARACION DE LA COHESION Y ADAPTABILIDAD FAMILIAR ENTRE
PACIENTES CON LUMBALGIA QUE TIENEN ALGUN GRADO DE
DISCAPACIDAD Y EN AQUELLOS SIN DISCAPACIDAD ATENDIDOS EN EL
SERVICIO DE REHABILITACION DEL HGZ No. 1 Y UMF 10 DE
AGUASCALIENTES”**

No. De Registro R-2012-101-21 del Comité local de investigación en Salud No. 101

Elaborado de acuerdo a la opción de titulación: **TESIS.**

La Dra. Rosa Romero Piña asistió a las asesorías correspondientes y realizó las actividades apegadas al plan de trabajo cumpliendo con la normatividad en investigación vigente en el Instituto Mexicano del Seguro Social.

Sin otro particular, agradezco a usted su atención enviándole un cordial saludo.

ATENTAMENTE


DR. CARLOS ALBERTO PRADO AGUILAR.

COORDINADOR AUXILIAR MEDICO DE INVESTIGACION EN SALUD.

AGRADECIMIENTOS:

Primeramente a Dios por la oportunidad de existir,

A mis padres por darme la vida y en especial a mi madre por su apoyo incondicional para realizar la especialidad.

A mi esposo por su amor, su comprensión y apoyo.

A mi hija por darme el motivo de seguir adelante, y darme el tiempo que a ella le correspondía para realizar la especialidad.

A la Dra. Alicia Alanis Ocádiz por su ayuda, su empeño y sobre todo paciencia para la realización de esta tesis.

DEDICATORIA:

A MONTSERRAT POR SER MI RAZON DE SER.

A ANGEL POR ESTAR EN MI VIDA

Y PORLO TANTO HA SIDO PARTE DE MI HISTORIA,

MI ÉXITO ES EN GRAN PARTE SUYO TAMBIÉN.

INDICE GENERAL:

I. Resumen	2
II. Abstract	4
III. Introducción	6
IV. Capítulos	7
1. Planteamiento del problema	7
2. Justificación	21
3. Marco Teórico	22
4. Hipótesis	26
5. Objetivos	26
6. Metodología	27
a. Logística	27
b. Plan de análisis	28
c. Tipo de diseño	28
d. Población de estudio	28
e. Criterios para la selección de la población	29
f. Tipo de muestreo y tamaño de la muestra	30
g. Plan de recolección de la información	30
h. Aspectos éticos	32
i. Carta de consentimiento informado	33
V. Resultados	34
VI. Discusión	38
VII. Limitaciones	39
VIII. Recomendaciones	39
IX. Conclusiones	40
X. Glosario	40
XI. Bibliografía	42
XII. Anexos	45
Anexo A. Cronograma de actividades	46
Anexo B. Operacionalización	47
Anexo C. Instrumento	49
Anexo D. Carta de consentimiento informado	51

INDICE DE TABLAS

Tabla 1. Características sociodemográficas de la población estudiada	36
Tabla 2. Comparación de la cohesión y adaptabilidad de ambos grupos	38

I. RESUMEN

La familia es el contexto en el que se desarrolla gran parte de la vida de las personas, cuando un integrante padece alguna discapacidad, ésta puede afectar a uno o todos sus miembros creando situaciones de conflicto familiar. La lumbalgia puede llegar a ser incapacitante, se presenta hasta en un 70% de la población económicamente activa siendo uno de los padecimientos más frecuentes en la consulta del primer nivel de atención, ocasionando altos costos para las Instituciones de Salud y para los propios pacientes. La evaluación de la cohesión y adaptabilidad familiar mediante el FACES III, está destinada a aclarar si el conflicto familiar está controlado, compensado o descompensado y hasta dónde induce daño progresivo en la familia. Este instrumento ha sido aplicado en pacientes con diversas enfermedades físicas y psíquicas, no así en aquellos con lumbalgia con y sin discapacidad; su aplicación es de suma importancia ya que evalúa el funcionamiento familiar por medio de la cohesión y adaptabilidad, lo que es fundamental para otorgar una atención realmente integral del paciente y contribuir en la salud psíquica familiar, lo que tendría un impacto decisivo en el comportamiento de la sociedad misma.

OBJETIVO: Comparar la cohesión y adaptabilidad familiar en pacientes con lumbalgia con algún grado de discapacidad y en aquellos sin discapacidad, para determinar si hay diferencia en la funcionalidad familiar de ambos pacientes.

MATERIAL Y METODOS: Se realizó un estudio observacional, transversal comparativo, en el cual se incluyó a los pacientes de ambos sexos, pertenecientes a una familia con hijos, que tuvieron diagnóstico de lumbalgia, atendidos en el servicio de rehabilitación del HGZ No. 1 y UMF 10 del IMSS. El grado de discapacidad fue determinado con la Escala de discapacidad lumbar de Quebec y la cohesión y adaptabilidad familiar mediante el FACES III. Para el procesamiento de datos se usó el programa estadístico SPSS. Para las variables en escalas continuas se usó promedio y desviación estándar, variables con escala categórica números absolutos y porcentajes.

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

Para la comparación de las variables categóricas se usó χ^2 tomando un valor significativo con una $p < 0.05$.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES: Se encontró el tipo de cohesión separada tiene una diferencia estadísticamente significativa con un valor de $p < 0.05$, comparada entre pacientes con lumbalgia con y sin discapacidad, sin encontrar diferencia estadísticamente significativa en los otros tipos de cohesión y en los cuatro tipos de adaptabilidad.

PALABRAS CLAVE: cohesión, adaptabilidad, lumbalgia, discapacidad.

II. ABSTRACT

The family is the context in which it develops the life of people, when a member has a disability, it can affect one or all members creating conflict familiar. Low back pain can be disabling, occurring in up to 70% of the economically active population is one of the most common ailments in the office of primary care, resulting in high costs for health institutions and to those patients. The assessment of family cohesion and adaptability by FACES III, is designed to clarify whether family conflict is controlled, balanced or unbalanced and far induces progressive damage to the family. This instrument has been applied in patients with various mental and physical illnesses, but not in those with low back pain with and without disabilities, their application is critical since it assesses family functioning, it is essential to grant a truly comprehensive patient care and contribute to family mental health, which would have a decisive impact on the behavior of society same.

AIM: To compare the cohesion and family adaptability in patients with low back pain with some degree of disability and those without disabilities, to determine if there are differences in family functioning of both patients.

MATERIAL AND METHODS: We performed an observational, cross-comparison, including patients of both sexes, belonging to a family with children who have a diagnosis of low back pain treated in the rehabilitation of HGZ No. 1 and UMF No. 1 at IMSS. The degree of disability will be determined with lumbar Disability Scale Quebec and family cohesion and adaptability by FACES III. For data processing will be used SPSS statistical program. For variables on continuous scales are used mean and standard deviation, categorical variables with scale absolute numbers and percentages. For comparison of categorical variables was used χ^2 taking significant value at $p < 0.05$.

RESULTS AND CONCLUSIONS: We found the kind of cohesion has separated a statistically significant difference with a p -value < 0.05 , compared between patients with low back pain with and without disabilities, finding no statistically significant

difference in the other types of cohesion and the four types of adaptability.

KEYWORDS: cohesion, adaptability, low back pain, disability.



III. INTRODUCCION

La familia, como unidad social intermedia entre el individuo y la comunidad, se convierte en un medio que puede incidir favorable o desfavorablemente en el proceso salud-enfermedad.¹

El grado de cohesión y adaptabilidad, se engloba en el conocimiento de la dinámica familiar y obliga a conocer la jerarquía, entendiéndola como el nivel de autoridad que gobierna en la organización familiar, los límites que representan las reglas que delimitan las jerarquías y la comunicación,^{2,3} determinando la capacidad del sistema familiar para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis por las que atraviesa.⁴

La evaluación de la cohesión y adaptabilidad familiar mediante la aplicación del FACES III, está destinada a aclarar si el conflicto familiar está controlado, compensado o descompensado y hasta dónde induce daño progresivo en la relación familiar, bloquea la reciprocidad en las relaciones de roles y frustra las necesidades individuales, que permiten identificar las variables que inciden en esas rupturas, con el fin de prevenirlas cuando sea posible, definiendo que la cohesión es el vínculo emocional que los miembros de una familia tienen entre sí y la adaptabilidad es la habilidad de dicho sistema para cambiar.^{5,6} Cuando la familia se “enferma”(familia disfuncional); esta se hace ineficiente y no puede ejercer sus funciones; en ocasiones, producto de una enfermedad en uno de sus miembros.¹

La lumbalgia constituye una importante carga sanitaria en los países occidentales, así como un aumento en los gastos médicos, ausentismo laboral y discapacidad, se estima que el 60-70% de las personas adultas presentará un episodio de síndrome doloroso lumbar a lo largo de su vida, además existe evidencia de que representa una de las principales causas de limitación física presentando su máxima prevalencia entre los 35 y los 55 años de edad.⁷

IV. CAPITULOS

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Aguascalientes cuenta con una población total de 1'184,966 habitantes, de los cuales 576,638 viven en la Capital, el 48% son hombres y el 52% son mujeres. De esta población, el 32% tiene menos de 15 años, el 63% son de 15 a 64 años y sólo el 5% de habitantes con más de 65 años.⁸

En cuanto a los indicadores socioeconómicos, el grado promedio de escolaridad para la población del Estado es de 9.2 (preparatoria incompleta), contando con un 5% de analfabetismo en mayores de 15 años.⁸

La población económicamente activa es del 36% aproximadamente, trabajando en la industria manufacturera y comercial, que son las dos principales actividades económicas del Estado.⁸

En el 2010 el IMSS reportó un total de derechohabientes de 530,445 personas, de las cuales 415,917 se encuentran afiliadas en los servicios de la capital.⁹

La familia ha sido estudiada desde hace décadas ya que se ha considerado como fuente de salud o enfermedad. A finales de los años setenta, empezaron a surgir los diversos modelos de evaluación familiar en el panorama internacional. Uno de los modelos con mayor relevancia actualmente en la comprensión de los sistemas familiares es el modelo circunplejo, desarrollado por Olson, Sprenkle y Russell (1979). Teniendo como respaldo teórico este modelo, se desarrolló el *FACES (Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales)* en 1980 el cual consta de dos dimensiones: cohesión y adaptabilidad.⁶

Existen diversos instrumentos que pretenden evaluar la cohesión y adaptabilidad

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

familiar de la familia, entre ellos el FACES III, encontrando que es fiable y válido para su aplicación en población mexicana,⁵ definiendo que la cohesión es el vínculo emocional que los miembros de un sistema (la familia, en nuestro caso) tienen entre sí y la adaptabilidad sería la habilidad de dicho sistema para cambiar.⁶

En el 2002, Alarcón Delgado y cols. realizan un estudio exploratorio para conocer la cohesión y adaptabilidad en pacientes con alzheimer. Ellos determinan que si un paciente tiene bajos o altos niveles de cohesión y adaptabilidad tienen disfuncionalidad familiar, encontrando un 50% de familias funcionales, 30% parcialmente funcionales y 20% disfuncionales, sin encontrar diferencia al aplicar el instrumento 4 meses después.¹¹

En el 2003, Vázquez Nava refirió una marcada influencia de la cohesión y adaptabilidad familiar en la vida cotidiana de los pacientes asmáticos.¹³ En el mismo año, González-Pineda y cols. encuentran que la percepción que los hijos tienen sobre el grado de implicación de los padres en comportamientos característicos autorregulatorios, se encuentra escasamente relacionada con las características de adaptabilidad y cohesión.¹⁴

En Lima Perú, en el 2005 se asoció la ideación suicida en familias con baja cohesión.¹⁵ En el 2009, Camacho P. P. y cols. al aplicar el Instrumento FACES III encontraron a la familia con un funcionamiento familiar no saludable y con tendencia a la isfuncionalidad, con extrema separación emocional y poco involucramiento entre sus miembros, siendo que los roles de cada miembro no son claros, causando frecuentes cambios en las reglas y las decisiones parentales.¹⁶

Nuevamente en México en el 2011, López Jiménez y cols. describen que las familias con alta cohesión y adaptación se manifiestan como las más inteligentes emocionalmente, menos ansiosas y deprimidas y con creencias más apegadas a la realidad, siendo las menos frecuentes.¹⁷

En el mismo año, en México se aplicó el FACES III en pacientes diabéticos, encontrando que no hay relación entre la cohesión y adaptabilidad y el control metabólico.¹

A pesar de que el FACES III ya ha sido validado en el idioma español para su aplicación en México, no se encontraron estudios en los que fuera aplicado el FACES III en pacientes con lumbalgia con o sin discapacidad.

Dentro del panorama del Sistema de Atención en Salud con el que se cuenta actualmente en nuestro país y que nos guía en el ejercicio de nuestra profesión, tenemos que en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos se encuentra establecido el derecho universal a la protección de la salud.¹⁸ En la Nueva Ley del IMSS, Artículo 2 se menciona que la seguridad social tiene por finalidad garantizar el derecho a la salud, la asistencia médica, la protección de los medios de subsistencia y los servicios sociales necesarios para el bienestar individual y colectivo.¹⁹

Dentro de las Guías que integran el Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica, el cual se instrumentará a partir del Programa de Acción Específico de Guías de Práctica Clínica, de acuerdo con las estrategias y líneas de acción que considera el Programa Sectorial de Salud 2007-2012, encontramos:

- Guía de Práctica Clínica IMSS para el diagnóstico, tratamiento y prevención de la lumbalgia aguda y crónica.¹⁹
- Guía de Práctica IMSS para la atención del síndrome doloroso lumbar.²¹

NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-173-SSA1-1998, para la atención integral a personas con discapacidad.²²

En el HGZ No. 1 cuenta con un servicio de rehabilitación, donde laboran seis médicos con especialidad en medicina física y rehabilitación, dos en el turno matutino y uno en el turno vespertino, así como seis técnicos en terapia física por la mañana, y tres por la tarde que dan atención a todos aquellos pacientes que requieren de este servicio, entre los que se encuentran aquellos con diagnóstico de lumbalgia.

El HGZ No. 1 en el Estado, cuenta con el servicio de Medicina Física Rehabilitación, donde se otorgan aproximadamente 4,000 consultas anuales, de las cuales 310 son otorgadas a pacientes con diagnóstico de lumbalgia.²³

En la UMF No. 10 cuenta con 23 consultorios los cuales atienden tanto turno matutino como vespertino, así como un servicio de Medicina Física y Rehabilitación donde se otorgan 52, 346 y 317 consultas mensuales, respectivamente.²³

Evaluar la cohesión y adaptabilidad de la familia se ha convertido en una necesidad sentida y real de la práctica integral de la medicina de familia ya que nos permiten conocer cómo funciona una familia en el continuo salud-enfermedad, lo que es fundamental para otorgar una atención realmente integral, lo cual podemos lograr mediante la aplicación del FACES III, el cual fue validado como instrumento para medir la cohesión y adaptabilidad familiar para su aplicación en nuestro país en el 2002 y en España en el 2006.^{5,6} Sin embargo, a pesar de esto, aun no hay suficiente información en la literatura sobre su aplicación en pacientes con lumbalgia con o sin discapacidad, ya que este instrumento ha sido aplicado en pacientes con otras enfermedades tanto físicas como psíquicas^{1,10,13,14} o incluso en familias aparentemente sanas,¹⁷ además hay falta de claridad en los ya que algunos autores han encontrado diferencias ya sea en la cohesión o adaptabilidad, mientras que otros autores no han encontrado diferencias. Por lo anterior, mediante este estudio comparativo se espera determinar si hay diferencia en la cohesión y adaptabilidad en los pacientes con lumbalgia con y sin discapacidad.

La evaluación de la cohesión y adaptabilidad familiar está destinado a aclarar si el conflicto familiar (en este caso la lumbalgia con o sin discapacidad) está controlado, compensado o descompensado y hasta dónde induce daño progresivo en la relación, bloquea la reciprocidad en las relaciones de roles y frustra, por consiguiente, las necesidades individuales, que permiten identificar las variables que inciden en esas rupturas con el fin de poder prevenirlas cuando sea posible, contribuyendo a la salud psíquica familiar, la que en último término impactará de modo decisivo en la sociedad total.⁵

La cohesión y adaptabilidad familiar son factores que influyen en la conservación de la salud o en la aparición de una enfermedad, así como en el adecuado control de enfermedades,¹ ya que existe un vínculo muy estrecho entre las experiencias vividas en la familia y la salud o enfermedad en el desarrollo del individuo.²⁴

El ambiente familiar se convierte en el medio que influye en el individuo, ya sea inhibiendo o favoreciendo su desarrollo, fenómeno que se ha observado a través del tiempo y en diferentes grupos culturales. Cuando la familia se “enferma”, se utiliza el término de *familia disfuncional* porque ésta se hace ineficiente y no puede ejercer sus funciones, encontrando cambios en la cohesión y adaptabilidad.¹

La lumbalgia es un problema común que afecta a ambos sexos en edad productiva, su impacto está fuertemente relacionado con el status funcional de un paciente. El poder vestirse, sentarse, pararse, caminar y limpiar su casa son actividades que dependen del estado funcional y que, debido a las limitaciones e incluso a que puede ocasionar discapacidad, es un problema que puede afectar en la cohesión y adaptabilidad familiar.²⁴ Es por ello que al realizar este protocolo de investigación queremos saber qué diferencia existe en la adaptabilidad y cohesión en los pacientes con lumbalgia con y sin discapacidad, ya que como se ha visto, la adaptabilidad y cohesión familiar son factores determinantes en la superación de las dificultades

que un miembro con lumbalgia pudiera llegar a ocasionar.⁴

Las limitaciones de las actividades son definidas en la Organización Mundial de la Salud según la Clasificación Internacional de Funcionamiento, Discapacidad y la Salud como "dificultades que un individuo pueda tener en la ejecución de actividades."²⁵

La discapacidad física y funcional deben de ser valoradas en el cuidado de la salud, y la importancia de la evaluación del estado funcional es muy aceptada. Existen instrumentos para medir el estado funcional y los cambios en la condición del paciente, y así la eficacia de las maniobras terapéuticas y los programas de rehabilitación.^{26,27}

El presente proyecto de investigación se encuentra en un nivel analítico, ya que se pretende realizar una comparación de la adaptabilidad y cohesión entre los pacientes con lumbalgia con algún grado de discapacidad y en aquellos sin discapacidad.

La cohesión y adaptabilidad pueden verse afectadas en cualquier familia con un miembro portador de lumbalgia con o sin discapacidad, con un riesgo mayor en aquellos pacientes hombres o mujeres en edad productiva del Estado de Aguascalientes en el servicio de rehabilitación del HGZ No. 1 y de la UMF No. 10 del IMSS.

La familia como unidad social intermedia entre el individuo y la comunidad, se convierte en un medio que puede incidir en el proceso salud-enfermedad.¹

En las familias con un integrante enfermo, la necesidad de cohesión permanente y la habilidad para adaptarse a las cambiantes circunstancias del ciclo de vida (adaptabilidad y cohesión) son imprescindibles para que tengan un desarrollo y funcionamiento adecuado.²⁸

Se ha observado que la familia se encuentra sometida a presión interna originada por la evolución de sus miembros y subsistemas, desarrollo individual, familiar y a presión externa originada en los requerimientos para acomodarse a las instituciones

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

sociales que influyen sobre los miembros de la familia – crisis accidentales.²⁸ Cuando una familia sufre una crisis familiar accidental, como por ejemplo una enfermedad en este caso la lumbalgia, una característica importante es la temporalidad pudiendo ser transitorias o continuas. Las familias con un enfermo crónico, por su carácter de permanente provocan mayores dificultades en la respuesta adaptativa (adaptabilidad) de la familia, presentando un evento tensionante que afecta no sólo al enfermo, sino a cada uno de sus integrantes y a la familia como un todo (cohesión).^{29,30,31}

En México, las familias con alta cohesión y adaptación se manifiestan como las más inteligentes emocionalmente, menos ansiosas y deprimidas y con creencias más apegadas a la realidad. Sin embargo, este grupo es el menos frecuente.¹⁷

La familia es un sistema dinámico donde el bienestar de uno de los miembros repercute directamente en el bienestar del resto, haciendo que la familia se comporte como si fuera una unidad. Parte de los factores que impiden controlar la enfermedad son los biopsicosociales como el estrés. La fuerte relación entre la gravedad de la enfermedad y la adecuada cohesión y adaptabilidad son factores importantes en este aspecto, los pacientes que en su familia hay alteración en la adaptabilidad y cohesión, tienen casi el doble de riesgo de sufrir complicaciones de la enfermedad.¹²

También se observan los ajustes de tipo económico, en los cuales resulta indispensable considerar la pérdida de capacidad económica de la familia por concepto de consultas, medicamentos y hospitalización, además de la disminución del ingreso económico por la incapacidad del enfermo para trabajar, como en el caso del padre o algún otro miembro de la familia económicamente activo, esto sería otro factor que incide en la aparición de alteración de la cohesión y adaptabilidad.³⁴

Cuando la familia con un integrante con lumbalgia no negocia adecuadamente los nuevos roles que deberán asumirse durante esta nueva etapa en la vida familiar, existen dificultades encontrando rigidez o simplemente no existen límites bien establecidos;

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

pudiendo presentar serios problemas de adaptabilidad en el manejo de la crisis familiar además de la cohesión.³⁴

En la discapacidad algunas familias sufren un deterioro en su calidad de vida mientras otros tienen capacidad de adaptación y superan con éxito la crisis, por la necesidad de cohesión permanente y la habilidad para adaptarse a las cambiantes circunstancias del ciclo de vida.³⁵

Así mismo la lumbalgia inespecífica se relaciona frecuentemente con trabajo físico forzado, posturas inadecuadas, factores psicosociales (angustia, alteraciones del humor, insatisfacción en el trabajo) y dependiendo de la intensidad de las lesiones y de los cuidados del paciente así como su apego al tratamiento puede o no llegar a causar discapacidad.^{7,32}

Desde su creación en 1980, el FACES III ha sido aplicado en varios países en pacientes con diversas enfermedades, incluso en adolescentes con el fin de evaluar la cohesión y adaptabilidad; sin embargo, hay falta de información con respecto a su aplicación en pacientes con lumbalgia con y sin discapacidad, por lo que el campo de estudio de estas variables es muy amplio.

Mediante la realización de este protocolo se espera determinar mediante una comparación, si existe diferencia en el nivel de adaptabilidad y cohesión en pacientes con lumbalgia con y sin discapacidad.

Al realizar este protocolo, mediante la aplicación del FACES III se obtendrá información muy valiosa sobre la adaptabilidad y cohesión familiar en aquellos pacientes con lumbalgia con y sin discapacidad, lo cual nos permitirá identificar las alteraciones ya sea hacia la cohesión o la adaptabilidad, lo cual nos permitirá informar a las unidades de salud a las cuales pertenecen los pacientes, el estado en el que se encuentran estas familias con el fin de que puedan implementarse medidas de

prevención o de intervención en aquellas familias que lo requieran, lo que también dará lugar a la realización de estudios de investigación posteriores con dicho propósito.

De lo anteriormente expuesto, surge la siguiente **PREGUNTA DE INVESTIGACION:** ¿Cómo es la adaptabilidad y la cohesión en pacientes con lumbalgia que tienen algún grado de discapacidad atendidos en el servicio de rehabilitación del HGZ No. 1, comparada con la de aquellos sin discapacidad en la UMF No. 10?

ANTECEDENTES CIENTIFICOS

Sánchez R. y cols. 2011: Cohesión y adaptabilidad familiar y su relación con la hemoglobina glucosilada de los pacientes diabéticos. Objetivo: Relacionar la cohesión y adaptabilidad familiar con las concentraciones de hemoglobina glucosilada de los pacientes diabéticos de la Clínica de Medicina Familiar Dr. Ignacio Chávez. Realizaron un estudio prospectivo, transversal y analítico aplicando FACES III, incluyeron 205 pacientes mayores de 30 años, con diagnóstico de más de un año de diabetes mellitus 2. Determinaron las concentraciones de hemoglobina glucosilada, con nivel de significado de 0.05. Resultados: En cohesión familiar 40% de las familias fueron relacionadas; en adaptabilidad familiar 46.3% de las familias fueron caóticas. Por medio del modelo circunflejo se obtuvo que 22% de las familias en el límite extremo, por lo que las concentraciones de hemoglobina glucosilada no se relacionaron significativamente con los límites de cohesión y adaptabilidad familiar y el tiempo de diagnóstico y el tipo de tratamiento si se relacionaron con el control metabólico, evaluado mediante las concentraciones de hemoglobina glucosilada ($p=0.00$). Conclusión: 69% de los pacientes diabéticos ha tenido regular y mal control metabólico, lo cual no se relaciona con la cohesión y adaptabilidad familiar.¹

Camacho P. P. y cols. 2009. Funcionamiento familiar según el Modelo Circumplejo de Olson en adolescentes. Objetivo: determinar el Modelo Circumplejo de Olson a través de los componentes de cohesión y adaptabilidad que existe en el adolescente de 14 a 17 años en el Perú. Realizaron un estudio descriptivo de corte transversal en Lima. La población de estudio fue de 223 adolescentes, utilizaron el FACES III. Resultados: el 54.71% de adolescentes presentó funcionamiento familiar de rango medio; según cohesión el 50.22% presentó rango bajo y según adaptabilidad el 55.61% presentó rango alto. Conclusiones: más de la mitad representa a la familia con un funcionamiento familiar no saludable y con tendencia a la disfuncionalidad, con extrema separación emocional y poco involucramiento entre sus miembros, siendo que los roles de cada miembro no son claros, causando frecuentes cambios en las reglas y las decisiones parentales.¹⁶

Jerson M.M. y Cols. Ideación suicida y cohesión familiar en estudiantes preuniversitarios entre 15 y 24 años, Lima 2005. Objetivo: Determinar la prevalencia de ideación suicida y su asociación con el pertenecer a familias de muy bajos y muy altos niveles de cohesión y adaptabilidad en estudiantes entre 15 y 24 años del Centro Preuniversitario de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos (CEPUSM). Realizaron un estudio transversal analítico, se utilizó el FACES III y cinco preguntas sobre conducta suicida del Cuestionario de Salud Mental adaptado, seleccionando 1500 estudiantes. Resultados: Prevalencias de vida: 48% de los encuestados presentó deseos de morir, 30% ideación suicida, 15 % elaboró un plan suicida y 9% intentó suicidarse. La prevalencia de ideación suicida fue 15% en el último año y 6% en el último año y 6% en el último mes. Las familias fueron, según el nivel de cohesión familiar, desligada (22%), separada (32%), conectada (31%) y amalgamada (15%), al asociar ideación suicida y familia desligada se obtuvo un OR de 2.17 (IC95 1,26-3,74) en adolescentes y 1,35 (IC95 0.21-8.64) en adultos jóvenes, la prevalencia de vida de ideación suicida fue mayor en mujeres ($p < 0,5$), así mismo el intento suicida fue más frecuente en mujeres que en varones (10,2% y 6.6% respectivamente, $p < 0,5$). Conclusiones: Existe una prevalencia elevada de ideación suicida en estudiantes

entre 15 y 24 años del CEPUSM y está asociada, sólo en adolescentes, a pertenecer a familias con niveles muy bajos de cohesión familiar.¹⁵

Misutu G y Cols. 2007. Funcionamiento familiar, autoestima y consumo de sustancias en adolescentes: un modelo de mediación. Objetivo: Analizaron las relaciones directas e indirectas entre el funcionamiento familiar, la autoestima considerada desde una perspectiva multidimensional (autoestima familiar, escolar, social y física) y el consumo de sustancias. Los datos se recogieron durante el año escolar 2003-2004 y corresponden a dos muestras independientes de adolescentes españoles ($n_1= 414$, Castilla y León; $n_2= 625$), en la primera se utilizó la Escala de Clima Social Familiar, la segunda muestra aplicaron el FACES III para medir el funcionamiento familiar a través de la adaptabilidad y la cohesión. Los resultados indican que en el modelo mediador calculado en la muestra 1, los tres efectos de mediación observados son significativos ($z= 2.94, p < 0.01$; $z= 2.40, p < 0.05$ y $z= 2.56, p < 0.05$) y median conjuntamente 82% de la relación entre funcionamiento familiar positivo y consumo de sustancias. En la muestra 2, la autoestima de protección y riesgo son mediadores significativos ($z= 1.97, p < 0.05$; $z= 3.12, p < 0.01$) y median conjuntamente 80.7% de relación entre funcionamiento familiar positivo y consumo de sustancias. La autoestima media significativamente la influencia del funcionamiento familiar en el consumo de sustancias de los adolescentes. Además, se observa, por un lado, un efecto protector de las autoestimas familiar y escolar frente a la implicación en el consumo de sustancias y, por otro, un efecto de riesgo de las autoestimas social y física. Conclusiones. Parece necesario adoptar una perspectiva multidimensional en el estudio de la autoestima de adolescentes consumidores y prevenir la sobrevaloración en las dimensiones social y física.³⁶

Mendoza Solís LA y cols. 2006. Análisis de la Dinámica y Funcionalidad Familiar en Atención Primaria. Objetivo: Determinaron los factores de la dinámica familiar relacionados a la funcionalidad familiar en un grupo de familias del primer nivel de atención. Realizaron un estudio descriptivo, retrospectivo y transversal, a

través de estudios de diagnóstico de salud familiar y los instrumentos de evaluación del subsistema conyugal y FACES III, aplicados a familias adscritas a la Unidad de Medicina Familiar No 66 del IMSS de Xalapa, México, durante el periodo marzo 2003 diciembre 2004. Resultados: Incluyeron 103 diagnósticos de salud familiar, de acuerdo a la tipología familiar 82% fueron integradas, 82% nucleares, 51% tradicionales, 86% urbanas y 75% empleadas. Con respecto a la dinámica familiar el 65% de las familias presentó comunicación directa, el 64% límites claros y el 48% jerarquía recíproca con autoridad. De acuerdo con la evaluación del subsistema conyugal, encontraron 52% parejas funcionales, 39% parejas moderadamente disfuncionales y 9% parejas disfuncionales. Los resultados del FACES III, revelaron 43% de familias en rango medio, 41% de familias balanceadas y 16% de familias extremas. La comunicación directa predominó en las familias balanceadas, mientras que enmascarada en las de rango medio y la desplazada en las extremas ($p= 0.0001$). Los límites fueron claros en las familias balanceadas, difusos en las de rango medio y rígidos en las familias extremas ($p= 0.00251$). Conclusiones: La comunicación directa, y los límites claros predominaron en las familias funcionales y balanceadas.³⁷

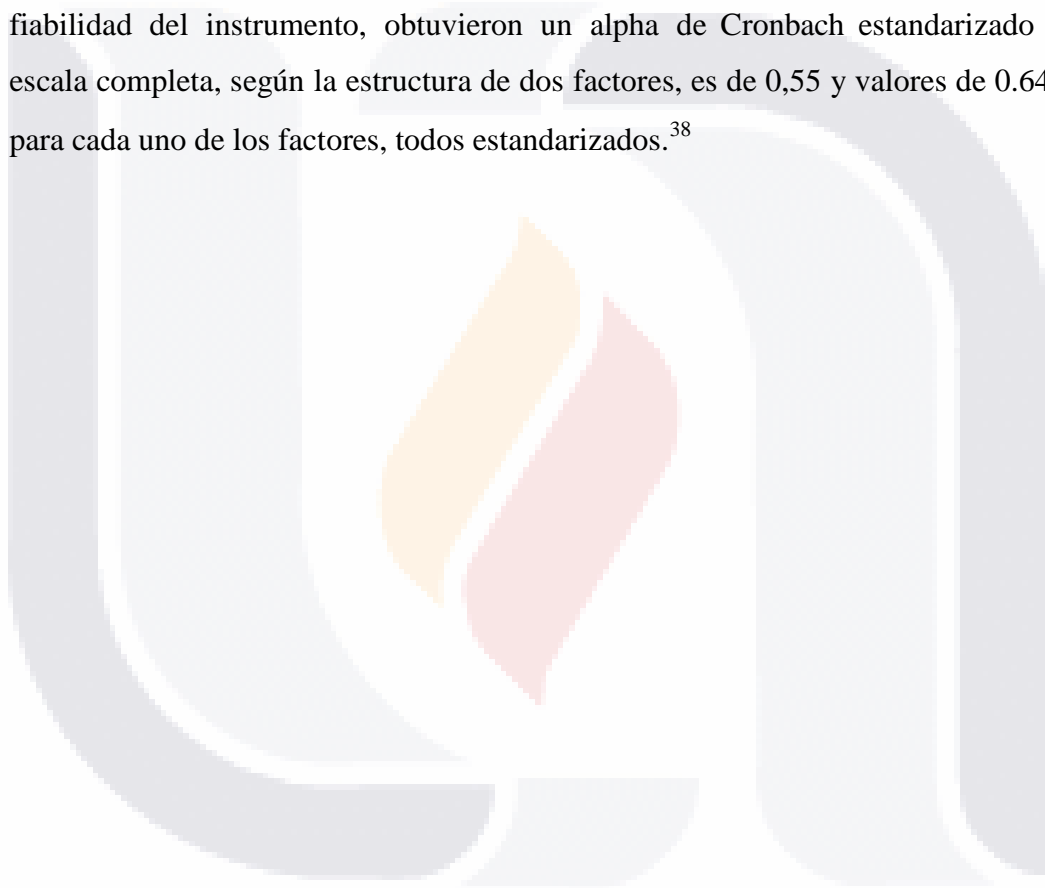
López Jiménez MT y cols. 2011. Funcionamiento familiar, creencias e inteligencia emocional en pacientes con trastorno obsesivo-compulsivo y sus familiares. Objetivo: Determinaron la tipología de las familias con un miembro identificado con trastorno obsesivo compulsivo, comparando tres aspectos: 1) El perfil de inteligencia emocional entre pacientes y familiares según el tipo de familia percibido. 2) La ansiedad y depresión entre pacientes y familiares según el tipo de familia percibido y 3) Las creencias de los familiares hacia la enfermedad según el tipo de familia percibido. Realizaron una investigación descriptiva, comparativa y transversal. Obtuvieron una muestra de pacientes y sus familiares con trastorno obsesivo compulsivo (TOC) los que fueron enviados por su médico tratante a participar en el modelo terapéutico grupal para TOC, que consiste en Teoría y Técnicas cognitivo conductuales y psicoeducativas. Durante la primera sesión los pacientes y sus familiares acompañantes contestaron los siguientes instrumentos: FACES-II, Perfil de Inteligencia Emocional (PIEMO 2000)

de Cortés et al., Inventario de Ansiedad de Beck, Inventario de depresión de Beck. Los familiares contestaron además el Cuestionario de Creencias y Atribuciones sobre la enfermedad de Salorio et al. Además recabaron datos sobre la estructura familiar. La muestra se conformó por 48 pacientes y 61 familiares. Todos los instrumentos fueron auto-aplicados. Resultados: En la escala de Cohesión mostraron mayor percepción de la cohesión en los familiares $F(1, 105)=5.18, p=0.025$. En la escala de adaptación no encontraron diferencias entre pacientes y sus familiares $F(1, 105)=1.23, p=0.269$. La comparación de los perfiles de Inteligencia emocional mostró diferencias, donde los pacientes presentaron menor inteligencia emocional $F(1, 101)=29.90, p<0.001$, las calificaciones más altas de inteligencia emocional se encontraron cuando la adaptación o la cohesión son altas $F(2, 101)=13.14, p<0.001$. La interacción paciente-familiar vs tipo de familia mostraron a la tendencia significancia $F(2,101)=2.26, p=0.10$. Conclusiones: los resultados obtenidos son coherentes con los planteamientos de Olson en relación al funcionamiento de las familias. En el caso específico del trastorno obsesivo-compulsivo estos hallazgos permiten entender la dinámica familiar que pudiera caracterizar el mantenimiento de la sintomatología en los pacientes identificados. La intervención familiar es un elemento importante a considerar para obtener mayores beneficios terapéuticos para el paciente.¹⁷

Zegers B y Cols. 2003. Validez y confiabilidad de la versión española de la escala de cohesión y Adaptabilidad Familiar (CAF) de Olson, Russell y Sprenkle para el diagnóstico del funcionamiento familiar en la población chilena. Objetivo: estimar la confiabilidad y la validez de la versión española de la escala de Cohesión y Adaptabilidad Familiar (CAF) en su versión FACES III de Olson, Russell & Sprenkle, validada por Polaino-Lorente & Martínez Cano, para el diagnóstico del funcionamiento familiar en la población chilena a fin de estimar su confiabilidad y validez, para contar con una herramienta de diagnóstico familiar que fuera aplicable a la población chilena ya que no cuentan con suficientes instrumentos válidos y confiables. La muestra estuvo constituida por 255 padres y madres pertenecientes a 151 familias seleccionadas al azar en el Gran Santiago. Resultados. El estudio muestra la validez y la

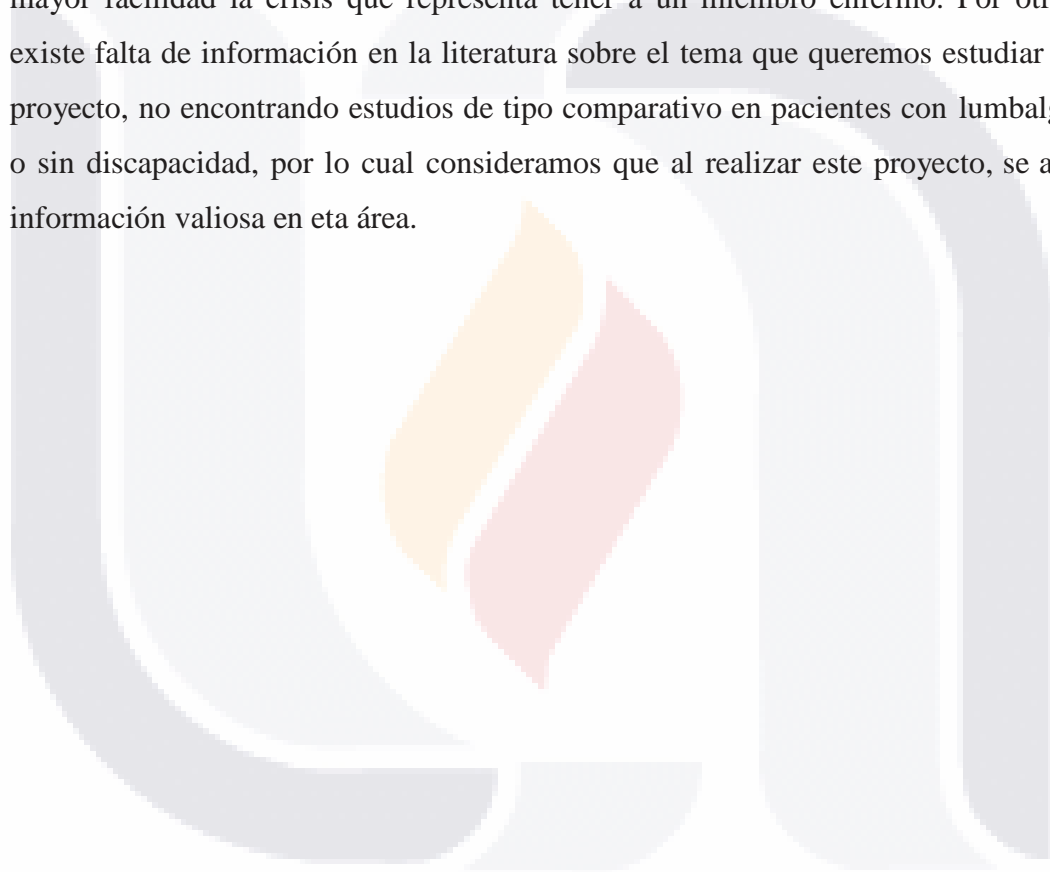
TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

confiabilidad del FACES III. El coeficiente alpha de Cronbach obtenido fue de 0,55 considerado aceptable. En la confiabilidad obtenida para cada uno de los factores derivados del análisis factorial en la FACES III obtuvieron cohesión, $r=0.77$; adaptabilidad, $r=0,62$. Conclusiones: La validez de constructo fue estimada a partir del análisis factorial de los componentes principales, encontrándose los mismos dos factores identificados en la escala original. Cuando se realiza un análisis factorial de 2° orden, se obtiene una validez explicada de 47,67%, los resultados relativos a la fiabilidad del instrumento, obtuvieron un alpha de Cronbach estandarizado para la escala completa, según la estructura de dos factores, es de 0,55 y valores de 0.64 y 0.46 para cada uno de los factores, todos estandarizados.³⁸

The image contains a large, faint watermark logo in the center. It consists of a stylized 'U' shape with a flame-like or leaf-like element inside, colored in shades of orange and red. The logo is semi-transparent and serves as a background for the text.

2. JUSTIFICACION

La familia como unidad social intermedia entre el individuo y la comunidad, convirtiéndose en un medio que puede incidir en el proceso salud-enfermedad, es por ello que consideramos de fundamental importancia el estudiar la cohesión y adaptabilidad en pacientes con lumbalgia con discapacidad y compararla con la de aquellos sin discapacidad, ya que las familias funcionales pueden superar con mucha mayor facilidad la crisis que representa tener a un miembro enfermo. Por otro lado, existe falta de información en la literatura sobre el tema que queremos estudiar en este proyecto, no encontrando estudios de tipo comparativo en pacientes con lumbalgia con o sin discapacidad, por lo cual consideramos que al realizar este proyecto, se aportará información valiosa en esta área.



3. MARCO TEORICO

Cuando una familia sufre una crisis familiar accidental, como puede ser una enfermedad, discapacidad, se pone a prueba su funcionalidad, pues algunas familias sufren un deterioro en su capacidad de vida, mientras otras tienen la capacidad de adaptación y superan con éxito la crisis.³³

A partir de la década de los 50 proliferaron los modelos de familia que intentan describir los patrones de interacción que ocurren en el sistema familiar. A finales de los 70s, se iniciaron en la Universidad de Minnesota estudios que intentaban identificar los aspectos más relevantes de la cohesión y adaptabilidad familiar. Uno de los modelos con mayor relevancia actualmente en la comprensión de los sistemas familiares es el modelo circumplejo, desarrollado por Olson, Sprenkle y Russell (1979), intentando estructurar el confuso panorama conceptual del momento. Teniendo como respaldo teórico este modelo, se desarrolló el *FACES (Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales)* en 1980, el cual constaba únicamente de dos dimensiones: cohesión y adaptabilidad.²⁴

El FACES III (La Escala de Evaluación de Cohesión y Adaptabilidad Familiar), de Olson, Portner y Lavee, 1985; Olson, 1992; es la 3ra versión de escalas FACES y ha sido desarrollada para evaluar dos de las principales dimensiones del Modelo Circumplejo: la cohesión y la adaptabilidad familiar.²⁴

Olson y Cols. Definen la cohesión familiar como el vínculo emocional que los miembros de una familia tienen entre sí; y la Adaptabilidad familiar como la capacidad de un sistema familiar o marital de cambiar su estructura de poder, sus reglas y sus roles en respuesta al estrés situacional o evolutivo. Los mismos autores elaboraron el modelo motivados por la búsqueda de criterios claros e instrumentos válidos, confiables, y fácilmente manejables en el trabajo con familias. En el modelo Circumplejo, la dimensión cohesión, tiene dos componentes: lazos emocionales que los

miembros de la familia tienen unos con otros y el grado de autonomía que a una persona experimenta en el sistema familiar o marital para cambiar su estructura de poder, sus roles y sus reglas de relación del estrés situacional y de desarrollo. El modelo Circumplejo postula que los niveles de cohesión separada y conectada y los niveles de adaptabilidad, estructurado y flexible facilitan el funcionamiento familiar, mientras que los extremos; cohesión dispersa, aglutinada, y adaptabilidad rígida y caótica resultan problemáticos para el desarrollo de sus miembros.²⁴

Martínez Pampliega y cols. en el 2006 realizaron escala breve de análisis del funcionamiento familiar a partir de la escala americana *Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale (FACES II)*, adaptada culturalmente a España. Para ello, empleó un procedimiento riguroso de análisis, tanto en lo que se refiere al diseño de retro traducción inicial como al posterior estudio empírico. Con una muestra de 243 estudiantes universitarios el estudio ha concluido con el desarrollo de una versión breve de la escala *FACES* de tan solo 20 ítems. Este instrumento ha demostrado tener unas buenas cualidades psicométricas, al haber obtenido unos índices de fiabilidad más altos que las habituales (alfa de Cronbach de 0,89 y 0,87 respectivamente para las subdimensiones de Cohesión y Adaptabilidad), y una adecuada validez convergente y divergente demostrada a través de escalas relevantes. La validez de constructo resultó respaldada a través de un análisis factorial confirmatorio, el cual arrojó índices adecuados en relación a la estructura bidimensional.⁶

Se realizó a 270 familias de población abierta en la región sur de la Ciudad de México en el 2002 el proceso de traducción y adaptación transcultural de *FACES III* su fiabilidad en su versión en el español que se habla en México. Obtuvieron un coeficiente de fiabilidad alfa de Cronbach de 0,70 y se concluyó como un valor alto y adecuado comparado con la versión anglosajona, desarrollada por Olson, que observaron una fiabilidad media en sus trabajos de 0,80. En México, se concluye que la prueba es relativamente confiable y válida, realizando un análisis factorial confirmatorio y estableciendo los coeficientes de confiabilidad para cada factor

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

FACES III en español es fiable (70%) y válido.⁵

El grado de cohesión y adaptabilidad familiar, se engloba en el conocimiento de la dinámica familiar y que obliga a conocer la jerarquía entendiéndola como el nivel de autoridad que gobierna en la organización familiar, los límites que representan las reglas que delimitan las jerarquías y la comunicación.^{2,3}

La cohesión y adaptabilidad familiar es la capacidad del sistema familiar para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis por las que atraviesa.⁴

El dolor lumbar constituye uno de los problemas más frecuentes (tras el resfriado común), por el que los pacientes acuden habitualmente a consultas médicas, sean estas urgentes o no. Por ello puede llegar a ser la patología más costosa desde el punto de vista ocupacional e industrial, por el alto número de absentismo laboral que ocasiona. De igual modo podemos asegurar que el 70-80% de la población mundial experimentará al menos un episodio de dolor lumbar significativo durante su vida.⁶

Cuando en el seno de una familia nace un niño con una discapacidad, o una discapacidad sobreviene o le es diagnosticada a un miembro de la familia, no cabe duda de que este acontecimiento afecta a cada uno de los miembros y al conjunto. Tampoco cabe duda de que el contexto familiar es, al menos durante un buen número de años, el entorno que más va a influir sobre la persona (con o sin discapacidad).²⁴

En diversos estudios realizados con pacientes con diversos grados de incapacidad por alguna lesión se ha observado que los enfermos que tienen mejores grados de cohesión y adaptabilidad y por lo tanto perciben apoyo por parte de su familia –en aspectos de rehabilitación, y régimen médico– tienen una mayor cantidad de conductas de autocuidado, asimismo, el apoyo recibido por parte del cónyuge, su participación en el tratamiento y la labor del cuidador primario resultan básicos para alcanzar un

mejor control del padecimiento y una recuperación más rápida lo cual representa una disminución en el costo de atención a estos pacientes en las instituciones de salud.^{24,25}

La Organización Mundial de la Salud, define las limitaciones de las actividades según la Clasificación Internacional de Funcionamiento, Discapacidad y la Salud como "dificultades que un individuo pueda tener en la ejecución de actividades."²⁵

La discapacidad física y funcional deben de ser valoradas en el cuidado de la salud, existen instrumentos para medir el estado funcional y los cambios en la condición del paciente, y así la eficacia de las maniobras terapéuticas y los programas de rehabilitación.^{26,27}

En 1987, un grupo de expertos en dolor lumbar acordaron una clasificación de problemas de columna (Spitzer, 1987) (Atlas, 1996), útil en la toma de decisiones clínicas, para establecer un pronóstico, para evaluar la calidad de los cuidados, y para guiar la investigación científica. El estudio fue financiado por el Instituto para la Salud y Seguridad del Trabajador de Quebec y por tanto también se conoce como la clasificación de problemas de la columna lumbar de Quebec.¹²

La escala de discapacidad de dolor lumbar de Quebec es un instrumento de auto administración que consta de 20 preguntas diseñado para evaluar el grado de discapacidad funcional en personas con lumbalgia. La escala es una medida confiable y válida utilizada para monitorear el progreso individual de los pacientes que participan en los programas de tratamiento o rehabilitación.³⁹ La transculturización y validación de la escala de discapacidad de dolor lumbar de Quebec en la población mexicana fue realizada por Villalos y Rodríguez 2012 UMAE-1 IMSS León Gto. Confiabilidad 0.964 (alfa de Cronbach), reproductibilidad 0.9804, certeza 0.9443, validez $p < 0.000$.⁴⁰

4. HIPOTESIS

H₀ La cohesión y adaptabilidad no es diferente entre pacientes con lumbalgia con algún grado de discapacidad y en aquellos sin discapacidad.

H_A La cohesión y adaptabilidad sí es diferente entre pacientes con lumbalgia con algún grado de discapacidad y en aquellos sin discapacidad.

5. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Comparar la adaptabilidad y cohesión en pacientes con lumbalgia que tienen algún grado de discapacidad atendidos en el servicio de rehabilitación del HGZ No. 1, y en aquellos sin discapacidad en la UMF No. 10.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

1. Caracterizar a la población en estudio.
2. Determinar el grado de discapacidad de los pacientes con lumbalgia.
3. Examinar la cohesión y adaptabilidad en pacientes con lumbalgia con discapacidad.
4. Examinar la cohesión y adaptabilidad en pacientes con lumbalgia sin discapacidad.

6. METODOLOGIA

Se pretende realizar el proyecto en un lapso de aproximadamente un año, desde que se inició el tema a elegir hasta la finalización del proyecto. Cada una de las etapas se encuentra plasmada en el cronograma de actividades (Anexo A) y serán supervisadas estrechamente por el asesor.

a) LOGÍSTICA

Se pretende acudir al departamento de Medicina Física y Rehabilitación del HGZ no. 1 de la delegación Aguascalientes en el periodo comprendido entre octubre del 2012 a enero 2013, con el fin de identificar los pacientes con diagnóstico de lumbalgia, sin importar la patología de base, a los cuales se les informará del motivo de la investigación y se le solicitará la adecuada lectura y posterior firma del consentimiento informado detallando los beneficios y derechos de los participantes; así como la confidencialidad de los datos proporcionados por los mismos. Los pacientes que acepten ingresar al estudio y previo a la firma del consentimiento informado se le proporcionará el cuestionario FACES III, en relación a la cohesión y adaptación familiar indicándosele al participante el adecuado llenado del mismo, posteriormente se les otorgará cuestionario de Quebec en relación al grado de discapacidad funcional causada por la patología lumbar explicando el adecuado llenado de los formularios, en la UMF no. 10 se realizará el mismo procedimiento a pacientes con diagnóstico de lumbalgia los cuales no deberán contar con ningún grado de discapacidad funcional de origen lumbar, estos serán captados en las hojas diarias de médicos, los pacientes deberán firmar el consentimiento informado y llenar ambos cuestionarios (FACES III y Quebec). Serán excluidos todos aquellos pacientes que no acepten firmar el consentimiento informado, que revoquen el mismo, pacientes de que llenen de forma incorrecta cualquiera de los dos formularios, los cuestionarios serán guardados por el encuestador para cualquier aclaración posterior. Los resultados serán vaciados en la hoja de recolección de datos para su posterior análisis estadístico.

b) PLAN DE ANÁLISIS:

Se realizará un estudio observacional, transversal comparativo, incluyendo a los pacientes de ambos sexos, pertenecientes a una familia con hijos, que tengan diagnóstico de lumbalgia, atendidos en el servicio de rehabilitación del HGZ No. 1 y UMF 10 del IMSS. El grado de discapacidad será determinado con la Escala de discapacidad lumbar de Quebec y la cohesión y adaptabilidad familiar mediante el FACES III. Para el procesamiento de datos se usará el programa estadístico SPSS. Para las variables en escalas continuas se usará promedio y desviación estándar, variables con escala categórica números absolutos y porcentajes. Para la comparación de las variables categóricas se usará χ^2 y/o prueba exacta de Fisher y para las numéricas continuas t Student o U de Mann-Whitney de acuerdo a su distribución bajo la curva.

c) TIPO DE DISEÑO

Transversal, comparativo, descriptivo.

d) POBLACIÓN DE ESTUDIO

UNIVERSO: Todos los pacientes con diagnóstico de lumbalgia con y sin algún grado de discapacidad.

UNIDAD DE OBSERVACION: pacientes con lumbalgia con algún grado de discapacidad y sin ésta.

POBLACION BLANCO: pacientes con diagnóstico de lumbalgia atendidos en el servicio de rehabilitación del HGZ No. 1 de Aguascalientes.

UNIDAD DE ANALISIS: pacientes con diagnóstico de lumbalgia atendidos en el servicio de rehabilitación del HGZ No. 1 y UMF No. 10 de Aguascalientes, que tengan o no algún grado de discapacidad.

e) CRITERIOS PARA LA SELECCIÓN DE LA POBLACIÓN

- **INCLUSION:**

- a) Pacientes con diagnóstico de lumbalgia que acudan al servicio de rehabilitación del HGZ No. 1 y a la UMF No. 10 del IMSS Aguascalientes.
- b) Pacientes mayores de 18 años
- c) Que pertenezcan a una familia donde haya padres e hijos.
- d) Aquellos que acepten participar en el estudio
- e) Que firmen la carta de consentimiento informado

- **EXCLUSION:**

- a) Pacientes que no llenen en su totalidad los cuestionarios

- **ELIMINACION:**

No habrá criterios de eliminación.

f) TIPO DE MUESTREO Y TAMAÑO DE LA MUESTRA

Se realizará un muestreo por conveniencia, no será necesario realizar cálculo del tamaño de la muestra, ya que se incluirán a todos aquellos pacientes con lumbalgia que se presenten en el servicio de rehabilitación del HGZ No. 1 y UMF No. 10 en el periodo comprendido de octubre del año 2012 a enero del 2013.

g) OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

Se encuentra detallada en la sección de anexos: Anexo B.

h) PLAN DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

Para iniciar con la recolección de la información se utilizaran dos cuestionarios validados: el cuestionario Faces III contiene 20 ítems. Todas las preguntas contenidas en esta lista serán explicadas por el investigador hacia el paciente de manera clara y sencilla para que éste pudiera responder luego de haber firmado la carta de consentimiento informado. De igual forma se realizará el mismo procedimiento con el cuestionario de Quebec el cual también contiene 20 ítems. Ambos se encuentran en el Anexo C.

INSTRUMENTOS:

FACES III:

Valora por medio de 20 reactivos, la comunicación, las jerarquías y los límites, así como la adaptabilidad y cohesión familiar. Para ello, las preguntas nones están destinadas a la cohesión, y las pares, a la adaptabilidad; para una mejor interpretación, los resultados numéricos de este instrumento se cotejan con el sistema circunflejo de Olson. Los puntajes obtenidos mediante FACES III han propiciado que las familias se clasifiquen en tres categorías: equilibradas, medias y extremas.^{39,41}

La Escala de Evaluación de Cohesión y Adaptabilidad Familiar (FACES III; de Olson, Portner y Lavee, 1985; Olson, 1992) es la 3^o versión de la serie de escalas FACES y ha sido desarrollada para evaluar dos de las principales dimensiones del Modelo Circumplejo: la cohesión y la adaptabilidad familiar. La escala logra discriminar diferentes grupos familiares (por ejemplo, clínico y no clínico), lo cual constituye una fuerte evidencia de validez de constructo de la misma. Otra de las cualidades métricas que destacan los autores es que con FACES III se ha logrado bajar la correlación que existía entre ambos factores (cohesión y flexibilidad).²⁴

Se ha descrito el proceso de traducción y adaptación transcultural del FACES III en población mexicana y su fiabilidad en su versión en el español que se habla en México. Se obtuvo un coeficiente de fiabilidad alfa de Cronbach de 0,70 y se concluyó como un valor alto y adecuado comparado con la versión anglosajona desarrollada por Olson, que observaron una fiabilidad media en sus trabajos de 0,80. En México, se concluye que la prueba es relativamente confiable y válida, realizando un análisis factorial confirmatorio y estableciendo los coeficientes de confiabilidad para cada factor FACES III en español es fiable (70%) y válido.⁵

ESCALA DE DISCAPACIDAD DE DOLOR LUMBAR DE QUEBEC.

Las preguntas finales establecidas en la escala de Quebec fueron seleccionadas de una larga muestra de preguntas sometidas a examen de confiabilidad test-retest, correlación total de ítems, sensibilidad de preguntas individuales y por el uso de técnicas de análisis de factor y por la información de la teoría de respuesta. En la descripción original de la escala de Quebec los realizadores presentan datos que indican que este método fue apropiado para producir una escala de medición con propiedades mayores a las de otras escalas más antiguas, con un enfoque más intuitivo en la selección de sus preguntas. La escala contiene 20 actividades diarias y pide al paciente que califique el grado de dificultad en la realización de cada actividad de 0 (no tan difícil) hasta 5 (imposible hacerlo). Las

calificaciones de las preguntas se suman para una puntuación total entre 0 y 100; los números más altos representan un número mayor de discapacidad.²⁶

La transculturización y validación de la escala de discapacidad de dolor lumbar de Quebec en la población mexicana fue realizada por Villalos y Rodríguez en el año 2012 en la UMAE-1 IMSS León Gto. Confiabilidad 0.964 (alfa de Cronbach), reproductibilidad 0.9804, certeza 0.9443, validez $p < 0.000$.⁴⁰

La escala de discapacidad de dolor lumbar de Quebec es un instrumento de auto administración que consta de 20 preguntas diseñado para evaluar el grado de discapacidad funcional en personas con lumbalgia.³⁹

Instrucciones para la puntuación. Se instruye al paciente para responder a cada pregunta. Sume los números seleccionados para obtener puntuación total. Interpretación de los resultados: la puntuación mínima es 20 y la puntuación máxima es de 100. Los puntajes más altos se correlacionan con una mayor discapacidad. % De la discapacidad máxima= (puntuación) -20/80x100%. Cambio mínimo detectable (90% de confianza) 15 puntos.³⁹

i) ASPECTOS ÉTICOS

De acuerdo con el reglamento de la Ley General de Salud de los Estados Unidos Mexicanos en materia de Investigación para la Salud, vigente en nuestro país, el presente trabajo se realizó conforme al Título segundo, capítulo 1, artículo 17 categoría “I” que dice: “Investigación sin riesgo: Son estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquellos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: cuestionarios, entrevistas, revisión de expedientes clínicos y otros en los que no se identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta, lo cual no provoca ningún daño. Así mismo, la investigación no viola ninguna recomendación y está de acuerdo con éstas

para guiar a los médicos en la investigación biomédica, donde participan seres humanos contenida en la declaración de Helsinki, enmendada en la 41° Asamblea Médica Mundial en Hong Kong en Septiembre de 1989 y Edimburgo, Escocia, Octubre 2000 y la nota de Clarificación del párrafo 29, agregada por la Asamblea General de la AMM, Washington 2002.

j) CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Se encuentra detallada en la sección de anexos: Anexo D.

k) RECURSOS, FINANCIAMIENTO Y FACTIBILIDAD

RECURSOS HUMANOS

Investigador principal

Asesor teórico-metodológico

RECURSOS TECNOLOGICOS

Computadora personal

Impresora

Conexión a internet

Programas de software (word, power point, programas estadísticos)

RECURSOS MATERIALES

Fotocopias

Equipo de oficina

Cartuchos de tinta para computadora

Impresora

Hojas para impresión

Lápices, plumas

PRESUPUESTO

Todos los gastos derivados de la realización del presente proyecto de investigación serán

autofinanciados por el investigador principal, sin causar gasto alguno para los pacientes o el Instituto Mexicano del Seguro Social.

V. RESULTADOS.

Se incluyó un total de 200 pacientes con diagnóstico de lumbalgia, 100 de ellos con discapacidad y los otros 100 sin discapacidad.

La edad media de los pacientes fue de 40.1 años de edad. En el grupo de lumbalgia con discapacidad la edad mínima fue de 18 años y la máxima de 69 años; en el grupo de lumbalgia sin discapacidad la edad máxima fue de 68 años y la mínima de 21 años.

El género femenino fue de 63% en pacientes con discapacidad y 59% sin discapacidad. El género masculino: 37% en pacientes con discapacidad y 41% sin discapacidad.

En el estado civil encontramos lo siguiente: casados 78% con discapacidad y 82% sin discapacidad, seguido por unión libre con 10% en lumbalgia con discapacidad y 13% en lumbalgia sin discapacidad, divorciados un 7% en pacientes en lumbalgia con discapacidad, 4% con lumbalgia sin discapacidad.

En cuanto a la ocupación se encontró que el 67% son empleados en ambos grupos, en los pacientes con discapacidad el 26% se dedican al hogar y 7% tienen otra ocupación no específica. En el grupo sin discapacidad, el 30% se dedican al hogar y 10% tienen otra ocupación no específica.

En cuanto al nivel escolaridad, el nivel profesional fue de 25% en pacientes con discapacidad y 32% sin discapacidad, seguido de ellos con secundaria 29% con discapacidad y 27% sin discapacidad; preparatoria 21% con discapacidad y 19% sin discapacidad; primaria completa 19% con discapacidad y 14% sin discapacidad; primaria incompleta 6% con discapacidad y 8% sin discapacidad.

En cuanto a la religión, prácticamente todos los pacientes pertenecen a la religión católica en ambos grupos, el 98% en lumbalgia con discapacidad y 96% en lumbalgia sin discapacidad.

Dentro de nuestra población estudiada el tipo de familia nuclear fue de 60% en pacientes con lumbalgia con discapacidad y 74% sin discapacidad; familia extensa el 25% en pacientes con discapacidad y 18% sin discapacidad; familia compuesta 15% con discapacidad y 8% en lumbalgia sin discapacidad.

Todas las características socioeconómicas y culturales estudiadas en ambos grupos de pacientes con lumbalgia, se resumen en la tabla No. 1

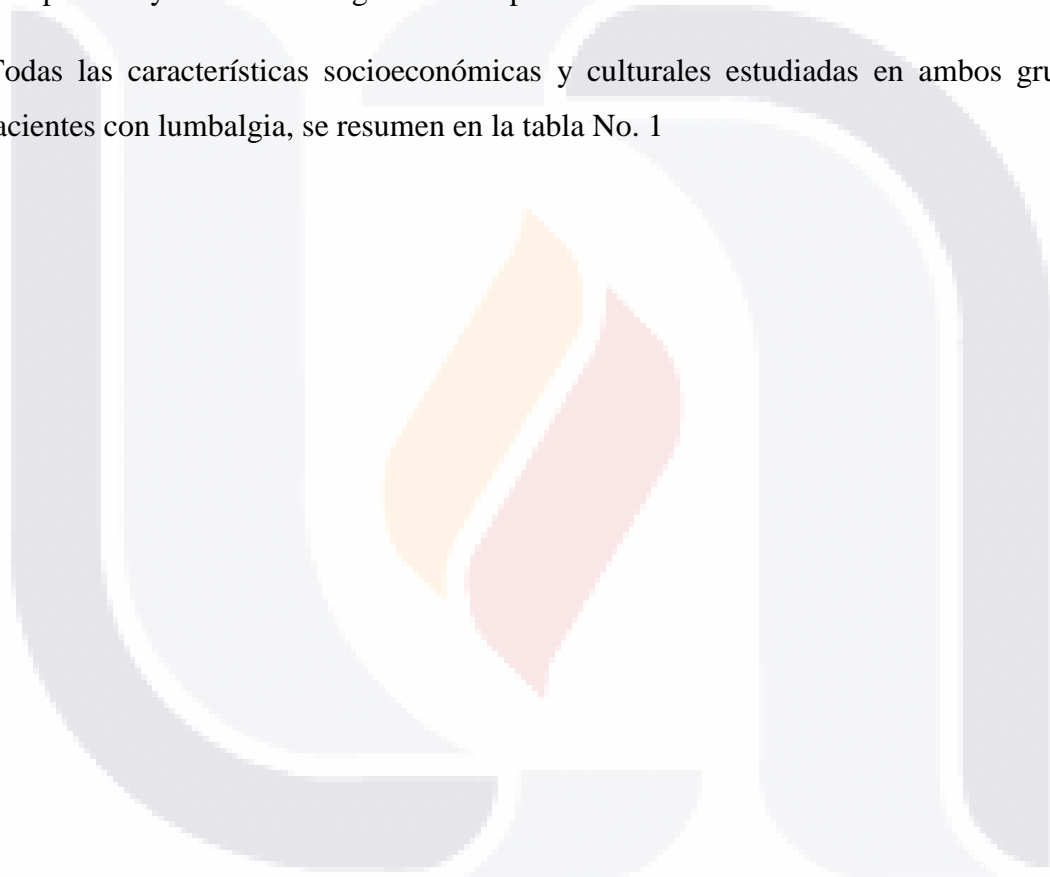


Tabla 1. CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS DE LA POBLACION ESTUDIADA		
	Lumbalgia con discapacidad n=100 (%)	Lumbalgia sin discapacidad n=100 (%)
Edad		
Mediana(min-max)	40.18 (18-69)	40.18 (21-68)
Género		
Femenino	63 (63)	59 (59)
Masculino	37 (37)	41(41)
Estado Civil		
Soltero	5(5)	1 (1)
Casado	78 (78)	82 (82)
Unión Libre	10 (10)	13 (13)
Divorciado	7 (7)	4 (4)
Ocupación		
Hogar	26 (26)	30 (30)
Empleado/Obrero	67 (67)	67 (67)
Otro	7 (7)	10 (10)
Escolaridad		
Primaria Incompleta	6 (6)	8 (8)
Primaria completa	19 (19)	14 (14)
Secundaria	29 (29)	27 (27)
Preparatoria	21 (21)	19 (19)
Profesional	25 (25)	32 (32)
Religión		
Católica	98 (98)	96 (96)
Otro	2 (2)	4 (4)
Tipo de familia		
Nuclear	60 (60)	74 (74)
Extensa	25(25)	18 (18)
Compuesta	15 (15)	8 (8)

Los resultados que obtuvimos en ambos grupos de estudio en cuanto al tipo de cohesión y adaptabilidad se muestran en la tabla N. 2, en la cual se observa también la significancia estadística que se obtuvo al comparar ambos grupos usando la χ^2 tomando un valor significativo con una $p < 0.05$.

Tabla 2. COMPARACION DE LA COHESION Y ADAPTABILIDAD DE AMBOS GRUPOS

	Lumbalgia con discapacidad n= 100 (%)	Lumbalgia sin discapacidad n= 100 (%)	P
Cohesión Desligada	10 (10)	12 (12)	NS
Cohesión Separada	30 (30)	45 (45)	0.032
Cohesión Conectada	33 (33)	28 (28)	NS
Cohesión Enmarañada	26 (26)	16 (16)	NS
Adaptabilidad caótica	62 (62)	63 (63)	NS
Adaptabilidad flexible	24 (24)	15 (15)	NS
Adaptabilidad estructurada	11 (11)	15 (15)	NS
Adaptabilidad Rígida	4 (4)	7 (7)	NS

NS= no significativo, valor significativo $p < 0.05$

Como se observa en la tabla, al comparar el tipo de cohesión separada, se obtuvo una diferencia estadísticamente significativa con un valor de p de 0.032, no así en los otros tipos de cohesión ni en la adaptabilidad.

VI. DISCUSIÓN.

El promedio de edad de los pacientes hombres y mujeres fue de 43.5 años en ambos grupos de pacientes, similar a lo encontrado por Jacob T. y cols. ya que observó que los pacientes con lumbalgia presentan su máxima prevalencia entre los 35 y los 55 años de edad,⁷ de igual forma Ordoñez y cols. que encontraron una media de 48.7 años correspondiendo a pacientes en edad productiva.⁴²

Encontramos predominio del género femenino en ambos grupos; lumbalgia con discapacidad (63%) y lumbalgia sin discapacidad (59%), similar a lo encontrado por Ordoñez y cols. ya que es la población que acude más al servicio médico.⁴²

La cohesión y adaptabilidad familiar son factores que influyen en la conservación de la salud o en la aparición de una enfermedad, así como en el adecuado control de enfermedades,¹ ya que existe un vínculo muy estrecho entre las experiencias vividas en la familia y la salud o enfermedad en el desarrollo del individuo.²⁴ Al realizar la comparación de la cohesión desligada, conectada y enmarañada en ambos grupos (pacientes con lumbalgia con discapacidad y sin discapacidad) no se encontró diferencia estadísticamente significativa. Así mismo se observó en el grupo de pacientes con lumbalgia sin discapacidad cohesión separada comparada con pacientes de lumbalgia con discapacidad (p 0.032) indicando que existe una moderada unión afectiva entre los miembros de la familia, cierta lealtad e interdependencia entre ellos, aunque con una cierta tendencia hacia la independencia.²

Al comparar la adaptabilidad familiar (caótica, flexible, estructurada y rígida) con ambos grupos, no encontramos significancia estadística, por lo que no hubo relación entre la adaptabilidad familiar en pacientes con lumbalgia con discapacidad y sin discapacidad. Al

igual que Sánchez R. y cols. aplicaron el FACES III en pacientes diabéticos, encontrando que no hay relación entre la adaptabilidad y el control metabólico,¹ y al contrario López Jiménez y cols. que describen que las familias con alta adaptación se manifiestan como las más inteligentes emocionalmente,¹⁷ Igualmente Vázquez Nava refirió una marcada influencia de la adaptabilidad familiar en la vida cotidiana de los pacientes asmáticos.¹³

VII. LIMITACIONES.

Existe falta de información en la literatura sobre el tema que se estudió en este proyecto, no encontrando estudios de tipo comparativo en pacientes con lumbalgia con o sin discapacidad.

El FACES III ha sido aplicado en varios países en pacientes con diversas enfermedades, incluso en adolescentes con el fin de evaluar la cohesión y adaptabilidad; sin embargo, hay falta de información con respecto a su aplicación en pacientes con lumbalgia con y sin discapacidad, por lo que el campo de estudio de estas variables aún es muy amplio.

VIII. RECOMENDACIONES.

1. Brindar más apoyo por parte de las instituciones de salud para la realización de los protocolos de investigación, ya que los resultados son en beneficio de los pacientes así como de la misma institución.
2. Sería conveniente aplicar el instrumento (FACES III) realizar esta encuesta a los demás integrantes de la familia para comparar la cohesión y adaptabilidad familiar en otros integrantes de la familia.
3. Como médicos familiares se recomienda realizar estudios sobre la familia, para seguir estudiándola, y así entenderla, para dar una mejor valoración integral.

IX. CONCLUSIONES.

La creación y validación del faces III en nuestro país es reciente, apenas del año 1992 por lo que no hay suficientes estudios que identifiquen el tipo de cohesión y adaptabilidad en pacientes con diversas enfermedades, en este caso con lumbalgia con y sin discapacidad. Los resultados que hemos obtenido indican que el tipo de cohesión separada tiene una diferencia estadísticamente significativa comparada entre pacientes con lumbalgia con y sin discapacidad, sin encontrar diferencia estadísticamente significativa en los otros tipos de cohesión y en los cuatro tipos de adaptabilidad. Es necesario continuar con la realización de estudios similares a este donde se aplique el mismo instrumento en diversas partes del país e incluso del mundo, para determinar si en otras regiones los resultados que hemos obtenido son similares o existen diferencias.

X. GLOSARIO.

Cohesión familiar: como la ligazón emocional que los miembros de una familia tienen entre sí.³⁸

b) Separada (baja a moderada): si bien prima el “yo” existe presencia de un “nosotros”; además se aprecia una moderada unión afectiva entre los miembros de la familia, cierta lealtad e interdependencia entre ellos, aunque con una cierta tendencia hacia la independencia.³⁸

c) Conectada (moderada a alta) o unida: prima el “nosotros” con presencia del “yo”; son familias donde se observa una considerable unión afectiva, fidelidad e interdependencia entre los miembros de la familia, aunque con una tendencia hacia la dependencia.³⁸

d) Enmarañada (muy alta) o enredada: prima el “nosotros”, apreciándose máxima unión afectiva entre los familiares, a la vez que existe una fuerte exigencia de fidelidad

y lealtad hacia la familia, junto a un alto grado de dependencia respecto de las decisiones tomadas en común.³⁸

Adaptabilidad familiar: capacidad de un sistema familiar de cambiar su estructura de poder, relaciones de roles y reglas de relación, en respuesta al estrés situacional o evolutivo.³⁸

a) Desvinculada (muy baja) o desprendida: se refiere a familias donde prima el “yo”, esto es, hay ausencia de unión afectiva entre los miembros de la familia, ausencia de lealtad a la familia y alta independencia personal.³⁸

a) Rígida (muy baja) alude a un liderazgo autoritario, roles fijos, disciplina estricta y ausencia de cambios.³⁸

b) Estructurada (baja a moderada) ha sido entendida como aquella en que el liderazgo y los roles en ocasiones son compartidos, donde existe cierto grado de disciplina democrática y los cambios ocurren cuando se solicitan.³⁸

c) Flexible (moderada a alta): liderazgo y roles compartidos, disciplina democrática y cambios cuando son necesarios.³⁸

d) Caótica (muy alta): se refiere a ausencia de liderazgo, cambios aleatorios de roles, disciplina irregular y cambios frecuentes.³⁸

Lumbalgia: dolor, en la zona lumbar, causado por un síndrome músculo-esquelético, es decir, trastornos relacionados con las vértebras lumbares y las estructuras de los tejidos blandos como músculos, ligamentos, nervios y discos intervertebrales en la que exista cualquier reducción.⁴⁰

Discapacidad: (resultado de una deficiencia), parcial o total de la capacidad de realizar una actividad de manera normal o en los límites que se consideran normales para un ser humano.⁴⁰

XI. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Sánchez Reyes A, Glz. Pedraza A. Cohesión y Adaptabilidad familiar y su relación con la hemoglobina glucosilada de los pacientes diabéticos. *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas* 2011;16(2): 82-88.
2. Irigoyen Coria A, Gómez Clavelina FJ. *Fundamentos de Medicina Familiar 7ª*. Ed. México: Medicina Familiar Mexicana. 2000. P. 103-104.
3. Huerta Mtz. N, Valadéz Rivas B, Sanchez Escobar L. Frecuencia de disfunción familiar en una clínica de Medicina Familiar del ISSSTE en la ciudad de México. *Arc.Med. Fam* 2001;3(4):95-98.
4. Huerta-González JL. Estudio de la salud familiar. En: Colegio Mexicano de Medicina Familiar, editor. Programa de actualización continua en medicina familiar. Libro 1. Distrito Federal, México:Intersistemas; 2000. p. 5-69.
5. Ponce-Rosas ER, Gómez-Clavelina FJF, Irigoyen Coria AE, et. al. Validez de constructo del cuestionario FACES III en español (México). *Aten Primaria* 2002. Diciembre. 30 (10): 624-630.
6. Place M, Hulsmeier J, Brownrigg A, Soulsby A. The family adaptability and cohesion evaluation scale (FACES): an instrument worthy of rehabilitation? *Psychiatric Bulletin* 2005, 29:215-218 10.1192/pb.29.6.215
7. Jacob T, Baras M, Zeev A, Epstein L. Low Back Pain: Reliability of a Set of Pain Measurement Tools. *Arch Phys Med Rehabil* 2001; 82: 735-742.
8. <http://sinais.salud.gob.mx/indicadores/basicos.html> Acceso el 2 de febrero del 2012
9. <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/m006ssa23.html> Acceso el 2 de febrero del 2012
10. Florenzano R. Conductas de riesgo adolescentes y factores protectores. Ediciones Universidad Católica de Chile. Tercera Edición 2005; 99-112.
11. Alarcon Delgado I, Bonilla Hernandez M., Chavez Vizuel E. y cols. Cohesión y Adaptabilidad familiar en familias con pacientes de Alzheimer de la ciudad de Mexico 2002, pp 85-95.
12. Hinojos-Gallardo LC, et al. Disfunción familiar y nivel de control de asma en pacientes pediátricos. *Acta PediatrMex* 2010;31(6):293-296.

13. Vázquez Nava F, Santos Díaz A, Mtz Burnes J. El Paciente asmático y su dinámica familiar. Revista Alergia México 2003;L(6):214-219.
14. González-Pienda JA et al. Adaptabilidad y cohesión familiar, implicación parental en conductas autorregulatorias, autoconcepto del estudiante y rendimiento académico. Psicothema 2003. Vol. 15, nº 3, pp. 471-477.
15. Jerson Muñoz M, Pinto MV, Callata CH, Napa DN, Perales CA. Ideación suicida y cohesión familiar en estudiantes preuniversitarios entre 15 y 24 años, Lima 2005. Rev Peru Med Exp Salud Publica 23(4), 2006.
16. Camacho P.P., León NC, Silvia MI. Funcionamiento familiar según el Modelo Circumplejo de Olson en adolescentes. Rev enferm erediana.2009;2(2):80-85.
17. López Jiménez MT, Barrera Villalpando MI, Cortés Sotres JF, Metzi Guines, Jaime LM. Funcionamiento Familiar, creencias e inteligencia emocional en pacientes con trastorno obsesivo-compulsivo y sus familiares. Salud Mental 2011;34:111-120.
18. <http://info4.juridicas.unam.mx/ijure/fed/9/5.htm?s> Constitución política de los Estados Unidos Mexicanos, Artículo 4, acceso el 2 de febrero del 2012.
19. IMSS. Guía de Práctica Clínica para el diagnóstico, tratamiento y prevención de la lumbalgia aguda y crónica. 2010.
20. IMSS. Guía de Práctica Clínica para el diagnóstico, tratamiento y prevención de la lumbalgia aguda y crónica. 2010.
21. IMSS. Guía de Práctica para la atención del síndrome doloroso lumbar. 2010.
22. Norma Oficial Mexicana NOM-173-SSA1-1998, para la atención integral a personas con discapacidad.
23. Población de Aguascalientes 2010. Disponible en:
http://promexico.gob.mx/Documentos/PDF/mim/FE_AGUASCALIENTES_vf.pdf. Proméxico, inversión y comercio. Aguascalientes. (tomado de censo población y vivienda de INEGI). Acceso el 2 de febrero del 2012
24. Schmidt V, Barreyro JP, Maglio AL. Family Functioning Evaluation Scale FACES III: Model of two or three factors? Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET) Universidad de Buenos Aires (U.B.A.), Escritos de Psicología, Vol. 3, nº 2, pp. 30-36.

25. Davison M, Keating JL. A Comparison of Five Low Back Disability Questionnaires: Reliability and Responsiveness. *Physical Therapy* 2002; 82(1): 8-24.
26. Fritz JM, Irrgang JJ. A Comparison of a Modified Oswestry Low Back Pain Disability Questionnaire and the Quebec Back Pain Disability Scale. *Physical Therapy* 2001; 81(2): 776- 788.
27. Sakulsriprasert P, Vachalathiti R, Vongsirinavarat M, Kantasorn J. Cross-Cultural Adaptation of Modified Oswestry Low Back Pain Disability Questionnaire to Thai and Its Reliability. *J Med Assoc Thai* 2006; 89(10): 1694-1701.
28. Rolland Jhon S. *Familias, Enfermedad y Discapacidad*. Gedisa. Barcelona. Julio 2000. pp. 95-110.
29. Garza Elizondo Teófilo Dr. *Trabajo con Familias*. Primera edición. 1997 Universidad Autónoma de Nuevo León. pp. 89-97 y 153-161.
30. Fatcher JA. *Chronic Illness and Family Dynamics, Pediatric Nursing*. Vol.14(5) 1988.
31. Kathleen A. Ph.D. *How Families Manage Chronic Conditions: An Analysis of the concept of Normalization*, *Research in Nursing Health* 1986 vol. 9 pp. 215-222.
32. Kent PM, Keating JL. The epidemiology of low back pain in primary care. *Chiropractic and Osteopathy* 2005;13:13.
33. Brook I. Matin, Judith A. Turner, Sohail K. Mirza, Michel J. Lee, Bryan A. Comstock, Richard A. Deyo. *Trends in Health Care Expenditures, Utilization, and Health Status Among US Adults with Spine Problems, 1997- 2006*. *Spine* 2009;34(19):2077-2084.
34. Fernández Ortega MA, *El impacto de la enfermedad en la familia*, Departamento de Medicina Familiar, Facultad de Medicina, UNAM. *Rev Fac Med UNAM* Vol.47 No.6 Noviembre-Diciembre, 2004.
35. Rolland Jhon S. *Familias, Enfermedad y Discapacidad*. Gedisa. Barcelona. Julio 2000. pp. 95-110.
36. Musitu G, Jiménez TI, Murgui S. *Funcionamiento familiar, autoestima y consumo de sustancias en adolescentes: un modelo de mediación*. *Salud Publica Mex* 2007;49:3-10.
37. Mendoza Solís LA et al. *Analysis of the Dynamics and Family Functionality in Primary Healthcare*, *Archivos en Medicina Familiar*, enero-abril, año/vol. 8, número

001, Asociación Latinoamericana de Profesores de Medicina Familiar AC, México, pp. 27-32, Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal.2006.

38. Zegers B, Larraín ME, Polaino-Lorente A, Trapp A, Diez I. Validity and reliability of the Olson, Russel and Sprenkle Family Cohesión and Adaptability Scale in diagnosing family functioning in the Chilean population. Rev Chil Neuro - Psiquiat 2003; 41(1):39-54
39. Thomas V, Olson DH. Problem families and the circumplexo del: observational assessment using the Clinical Rating Scale. J Marital Fam Ther 1993;19:159-175.
40. Villalos J M, Rodríguez J A. Transculturización y validación de la escala de discapacidad de dolor lumbar de Quebec en la población mexicana. Tesina UMAE-1IMSS León Guanajuato 2012
41. Olson DH. Circumplex model of marital and family systems.J Marital FamTher 2000;22(2):144-167.
42. Ordoñez Hinojos A., Durán Hernández S., Hernández López JL y cols. Asociación entre actividad laboral con gran demanda de esfuerzo físico y lumbalgia. Hospital General Tacuba ISSSTE, México, D. F., Acta ortopédica Mexicana 2012; 26(1): Ene-Feb: 21-29

ANEXO A. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES 2011-2012

La investigación se realizará en un lapso de doce meses aproximadamente desde que se inició la elección del tema a investigar, la búsqueda bibliográfica, la presentación y aceptación de este protocolo por el comité de investigación local, así como la planeación y recolección de datos para así realizar el análisis correspondiente de la información obtenida y llegar a la obtención de los resultados y el reporte final.

ACTIVIDADES	ENE	FEB	MZO	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	ENE	FEB
Elección del tema	X													
Acopio de bibliografía	X	X												
Revisión de literatura		X	X	X	X	X								
Diseño del protocolo					X	X								
Planteamiento Del problema					X	X								
Antecedentes						X								
Justificación						X								
Introducción							X							
Hipótesis							X							
Revisión del protocolo								X						
Registro del protocolo ante comité local de investigación									X					
Acopio de información										X	X	X	X	
Captura y tabulación de datos													X	X
Análisis de resultados														X
Autorización														X
Elaboración de tesis														X

ANEXO B. OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

OBJETIVO	CONCEPTO	VARIABLE	INDICADORES	TIPO DE VARIABLE	ITEM	ESCALA
<p>Comparar la adaptabilidad y cohesión en pacientes con lumbalgia que tienen algún grado de discapacidad atendidos en el servicio de rehabilitación del HGZ No. 1, y en aquellos sin discapacidad en la UMF No. 10.</p>	<p>La ligazón emocional que los miembros de una familia tienen entre sí y también de cambiar su estructura de poder, relaciones de roles y reglas de relación, en respuesta al estrés situacional o evolutivo entre pacientes que tienen dolor en la zona lumbar y que además pueden o no tener cualquier reducción (resultado de una deficiencia), parcial o total de la capacidad de realizar una actividad de manera normal o en los límites que se consideran normales para un ser humano.</p>	<p>Cohesión familiar: como la ligazón emocional que los miembros de una familia tienen entre sí.</p>	<p>a) <u>desvinculada (muy baja) o desprendida</u> se refiere a familias donde prima el “yo”, esto es, hay ausencia de unión afectiva entre los miembros de la familia, ausencia de lealtad a la familia y alta independencia personal.</p> <p>b) <u>separada (baja a moderada)</u> si bien prima el “yo” existe presencia de un “nosotros”; además se aprecia una moderada unión afectiva entre los miembros de la familia, cierta lealtad e interdependencia entre ellos, aunque con una cierta tendencia hacia la independencia.</p> <p>c) <u>conectada (moderada a alta) o unida</u>, prima el “nosotros” con presencia del “yo”; son familias donde se observa una considerable unión afectiva, fidelidad e interdependencia entre los miembros de la familia, aunque con una tendencia hacia la dependencia.</p> <p>d) <u>enmarañada (muy alta) o enredada</u>, prima el “nosotros”, apreciándose máxima unión afectiva entre los familiares, a la vez que existe una fuerte exigencia de fidelidad y lealtad hacia la familia, junto a un alto grado de dependencia respecto de las decisiones tomadas en común.</p>	<p>Cualitativa ordinal, usando una escala tipo Likert</p>	<p>1 3 5 7 9 11 13 15 17 19</p>	<p>1= nunca 2= casi nunca 3= algunas veces 4= casi siempre 5= siempre</p>

		<p>Adaptabilidad familiar: capacidad de un sistema familiar de cambiar su estructura de poder, relaciones de roles y reglas de relación, en respuesta al estrés situacional o evolutivo.</p>	<p>a) <u>rígida (muy baja)</u> alude a un liderazgo autoritario, roles fijos, disciplina estricta y usencia de cambios.</p> <p>b) <u>estructurada (baja a moderada)</u> ha sido entendida como aquella en que el liderazgo y los roles en ocasiones son compartidos, donde existe cierto grado de disciplina democrática y los cambios ocurren cuando se solicitan.</p> <p>c) <u>flexible (moderada a alta)</u> a un liderazgo y roles compartidos, disciplina democrática y cambios cuando son necesarios.</p> <p>d) <u>caótica (muy alta)</u> se refiere a ausencia de liderazgo, cambios aleatorios de roles, disciplina irregular y cambios frecuentes.</p>	<p>Cualitativa ordinal</p>	<p>2</p> <p>4</p> <p>6</p> <p>8</p> <p>10</p> <p>12</p> <p>14</p> <p>16</p> <p>18</p> <p>20</p>	
		<p>Lumbalgia con discapacidad</p>	<p><u>dolor</u>, en la <u>zona lumbar</u>, causado por un síndrome <u>músculo-esquelético</u>, es decir, trastornos relacionados con las <u>vértebras lumbares</u> y las estructuras de los tejidos blandos como <u>músculos</u>, <u>ligamentos</u>, <u>nervios</u> y discos intervertebrales en la que exista cualquier reducción (resultado de una deficiencia), parcial o total de la capacidad de realizar una actividad de manera normal o en los límites que se consideran normales para un ser humano.</p>	<p>Cualitativa ordinal</p>	<p>1-20</p>	<p>0= no tan difícil</p> <p>1= poco difícil</p> <p>2= algo difícil</p> <p>3= difícil</p> <p>4= muy difícil</p> <p>5= imposible para hacerlo</p>
				<p>Cualitativa ordinal</p>		

ANEXO C

FACES III (D. H. Olson, J. Porther e Y. Lavee).
 Version en español (México): C. Gómez y C. Irigoyen

INSTRUCCIONES: Escriba en el espacio correspondiente a cada pregunta la respuesta que usted elija según el número indicado:

1= nunca 2=casi nunca 3=algunas veces 4=casi siempre 5= siempre	
	CALIFICACIÓN
1.- Los miembros de nuestra familia se dan apoyo entre sí	
2.- En nuestra familia se toman en cuenta las sugerencias para resolver los problemas	
3.- Aceptamos las amistades de los demás miembros de la familia	
4.- Todos pueden opinar en cuanto a su disciplina	
5.- Nos gusta convivir solamente con los familiares más cercanos	
6.- Cualquier miembro de la familia puede tomar la autoridad	
7.- Nos sentimos más unidos entre nosotros que con personas que no son de nuestra familia	
8.- Nuestra familia cambia en modo de hacer las cosas	
9.- Nos gusta pasar el tiempo libre en familia	
10.- Todos se ponen de acuerdo en relación con los castigos	
11.- Nos sentimos muy unidos	
12.- En nuestra familia todos toman las decisiones	
13.- Cuando se toma una decisión importante, toda la familia está presente	
14.- En nuestra familia las reglas cambian	
15.- Con facilidad podemos planear actividades en familia	
16.- Intercambiamos los quehaceres del hogar entre nosotros	
17.- Consultamos unos con otros para tomar decisiones	
18.- En nuestra familia es difícil identificar quien tiene la autoridad	
19.- La unión familiar es muy importante	
20.- Es difícil decir quién hace las labores el hogar	
Cohesión ____ puntos / Adaptabilidad ____ puntos	

Escala de discapacidad de dolor lumbar de Quebec

Nombre _____

NSS _____

Edad _____

Este cuestionario está enfocado en la manera de cómo el dolor lumbar está afectando su vida diaria. Personas con problemas lumbares podrían encontrar difícil realizar cualquiera de sus actividades diarias. Nos gustaría saber si usted tiene dificultad para realizar cualquiera de las actividades enlistadas abajo, a causa de su dolor lumbar. Por cada actividad hay una escala del 0 al 5. Por favor escoja una respuesta para cada actividad (no se salte ninguna) y circule el número correspondiente.

Hoy, ¿Encontró difícil realizar las siguientes actividades a causa de su dolor lumbar?

		0	1	2	3	4	5
		No tan	Poco difícil	Algo difícil	difícil	Muy difícil	Imposible para
1	Levantarse de la cama	0	1	2	3	4	5
2	Dormir durante la noche	0	1	2	3	4	5
3	Girarse en la cama	0	1	2	3	4	5
4	Manejar o viajar	0	1	2	3	4	5
5	Estar parado durante 20-30 minutos	0	1	2	3	4	5
6	Estar sentado por algunas horas	0	1	2	3	4	5
7	Subir un piso por las escaleras	0	1	2	3	4	5
8	Caminar unas cuadras (300-400 pds)	0	1	2	3	4	5
9	Caminar algunos kilómetros	0	1	2	3	4	5
10	Alcanzar estantes altos	0	1	2	3	4	5
11	Lanzar una pelota	0	1	2	3	4	5
12	Correr una cuadra (100 mts)	0	1	2	3	4	5
13	Sacar comida del refrigerador	0	1	2	3	4	5
14	Tender la cama	0	1	2	3	4	5
15	Ponerse los calcetines	0	1	2	3	4	5
16	Agacharse	0	1	2	3	4	5
17	Mover una silla	0	1	2	3	4	5
18	Empujar o jalar una puerta	0	1	2	3	4	5
19	Cargar 2 bolsas del mandado	0	1	2	3	4	5
20	Levantar o cargar una maleta Pesada	0	1	2	3	4	5

Fecha _____



ANEXO D: CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO.

Nombre del estudio: COMPARACION DE LA COHESION Y ADAPTABILIDAD FAMILIAR ENTRE PACIENTES CON LUMBALGIA QUE TIENEN ALGUN GRADO DE DISCAPACIDAD Y EN AQUELLOS SIN DISCAPACIDAD ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE REHABILITACION DEL HGZ No. 1 Y UMF 10 DE AGUASCALIENTES

Lugar y Fecha: Aguascalientes, Ags. ____ de _____ 2012. Registrado ante el Comité Local de Investigación en Salud con el número: _____

Justificación y objetivo del estudio: Lo(a) estamos invitando a participar en un estudio de investigación que se lleva a cabo en el servicio de Medicina Familiar de la UMF No. 10 delegación Aguascalientes. Usted ha sido elegido a participar en un proyecto de investigación en pacientes obesos y no obesos por lo que su participación es fundamental.

Procedimiento: Responder un cuestionario sobre cohesión y adaptabilidad familiar con el cuestionario FACES III, y Quebec que mide el grado de discapacidad lumbar.

Posibles riesgos y molestias: No existen riesgos potenciales de la aplicación del cuestionario, la molestia en este caso sería únicamente proveer unos minutos para contestar las preguntas del cuestionario que se me aplicará.

Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio: Un posible beneficio es que su participación en éste estudio le proporcione información sobre su estado de salud. Si bien los beneficios directos para usted pudieran no existir, los resultados del presente estudio contribuirán al avance del conocimiento de la enfermedad y futuros programas de prevención, etc.

Información de resultados y alternativas de tratamiento: El investigador responsable se ha comprometido a darme información oportuna sobre cualquier procedimiento alternativo adecuado que pudiera ser ventajoso para mi tratamiento (en su caso), así como a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de los procedimientos que se llevarán a cabo, los riesgos, beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación o con mi tratamiento (en su caso).

Participación ó retiro: Su participación en éste estudio es completamente voluntaria. Si usted decide no participar, seguirá recibiendo la atención médica brindada por el IMSS, es decir su decisión no afecta la relación con el IMSS ni sus derechos de obtener los servicios de salud necesarios.

Privacidad y confidencialidad: Cuando los resultados de este estudio sean publicados no se dará a conocer información sobre su identidad, la cual siempre será protegida. Esto se efectuará asignándole un número para identificar sus datos en lugar de su nombre en nuestras bases de datos.

Personal de contacto para dudas y aclaraciones sobre el estudio. Investigador responsable: Dra. Ana Hortensia López Ramírez, Departamento de Coordinación de Enseñanza de la Especialidad de Medicina Familiar, Hospital General de Zona No. 1 Delegación Aguascalientes, teléfonos 449-9139050, correo electrónico: draanahortensia@hotmail.com Tesista: Dra Rosa Romero Piña, Matricula 99013186. Residente de Medicina Familiar, Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar 1, delegación Aguascalientes, Celular 4491030687, correo electrónico: rosarp_ra@hotmail.com.

Personal de contacto para dudas sobre sus derechos como participante en un estudio de investigación: Si usted tiene dudas ó preguntas sobre sus derechos al participar en un estudio de investigación , puede comunicarse con los responsables de la Comisión de ética en Investigación del IMSS a los Tel 56276900 – 21216 de 9:00 a 16:00 hrs ó al correo electrónico: conise@cis.gob.mx. La comisión de ética se encuentra ubicada en el Edificio del Bloque B, Unidad de Congresos Piso 4, Centro Médico Nacional Siglo XXI, AV Cuauhtémoc 330 Colonia Doctores, CP 06725, México D.F.

Declaración de consentimiento informado: Se me ha explicado con claridad en qué consiste este estudio. Declaro que se me ha informado sobre los posibles inconvenientes, molestias y beneficios de mi participación en el proyecto de investigación. El investigador se ha comprometido a darme información oportuna sobre la realización del cuestionario así como a responder cualquier duda sobre procedimientos que se llevaran a cabo, riesgo, beneficio o aclaración relacionada con el proyecto de investigación. Al firmar este formato estoy de acuerdo en participar en la investigación que aquí se describe.

Nombre y firma del

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

LISTA DE COTEJO

FICHA DE IDENTIFICACION

A. EDAD: _____					
B. GENERO	1. Femenino	2. Masculino			
C. ESTADO CIVIL	1. soltero	2. casado	3. unión libre	4. divorciado	5. otro
D. OCUPACION	1. hogar	2. empleado/obrero	3. campesino	4. ganadero	5. otro
E. ESCOLARIDAD	1. analfabeta	2. primaria incompleta	3. primaria completa	4. secundaria	5. preparatoria
F. RELIGION	1. católico	2. otra _____			
G. SERVICIOS DE SALUD	1. IMSS	2. otra _____			
H. NUMERO DE PERSONAS CON LAS QUE VIVE Y QUIENES SON _____					