



UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN NICOLÁS
DE HIDALGO DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS Y BIOLÓGICAS
“DR. IGNACIO CHÁVEZ”



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN REGIONAL EN MICHOACÁN
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N° 80

VICTOR MANUEL ALVAREZ MARTINEZ
MEDICO CIRUJANO Y PARTERO

TESIS PARA OBTENER EL GRADO DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

FUNCIONAMIENTO FAMILIAR EN EL PACIENTE CON FIBROMIALGIA.

DIRECTOR:
RAFAEL VILLA BARAJAS

MAESTRO EN EDUCACION MÉDICA

ASESORA:
DRA. MAYRA EDITH VIEYRA LOPEZ

ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

CO-ASESOR:
DR. ERIC FABIO CONTRERAS VALDOVINOS
ESPECIALISTA EN REUMATOLOGIA-PEDIATRICA

ASESOR ESTADISTICO:
CARLOS GOMEZ ALONSO

MORELIA MICHOACAN, MEXICO
FEBRERO 2015



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACION REGIONAL MICHOACAN**

DRA. WENDY LEA CHACON PIZANO
COORDINADORA AUXILIAR DE EDUCACIÓN

DRA. OLIVA MEJIA RODRIGUEZ
COORDINADORA AUXILIAR DE INVESTIGACIÓN

DR. RUBEN RICARDO GARCIA JIMENEZ
DIRECTOR UMF 80

DRA. MAYRA EDITH VIEYRA LOPEZ
COORDINADORA CLÍNICA DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD
DE LA UMF No. 80

DRA. ANA ITANDEHUI MARTINEZ PIÑON
PROFESOR TITULAR DE LA RESIDENCIA EN MEDICINA FAMILIAR DE LA
UMF No.80



UNIVERSIDAD MICHOCANA DE SAN NICOLAS DE HIDALGO

DR. DANIEL ZALAPA MARTINEZ

**JEFE DE LA DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO DE LA FACULTAD DE
CIENCIAS MÉDICAS Y BIOLÓGICAS
“DR. IGNACIO CHAVEZ”**

DR. ALAIN RAIMUNDO RODRIGUEZ OROZCO

**COORDINADOR DE LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR.
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS Y BIOLÓGICAS “DR. IGNACIO CHAVEZ”**

"2013, Año de la Lealtad Institucional y Centenario del Ejército Mexicano"

Dictamen de Autorizado

Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud 1602
H GRAL REGIONAL NUM 1, MICHOACÁN

FECHA 25/07/2013

DRA. MAYRA EDITH VIEYRA LOPEZ

P R E S E N T E

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título:

FUNCIONAMIENTO FAMILIAR EN EL PACIENTE CON FIBROMIALGIA

que usted sometió a consideración de este Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **A U T O R I Z A D O**, con el número de registro institucional:

Núm. de Registro
R-2013-1602-27

ATENTAMENTE

DR. (A). MARIO ALBERTO MARTÍNEZ LEMUS
Presidente del Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud No. 1602

IMSS

SEGURIDAD Y SOLIDARIIDAD SOCIAL

2 JUN

COLABORADORES:

DR. JAVIER RUIZ

ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

DRA. CORALIA ROMANA GUZMAN

ESPECIALISTA EN REUMATOLOGIA HGR No. 1

AGRADECIMIENTOS

Al matemático **Carlos Gómez Alonso**, por brindarme su apoyo y su tiempo para poder realizar este trabajo.

A la **Dra. Coralia Romana Guzmán** adscrita al HGR No. 1. Profesora de reumatología de la Residencia de Medicina Familiar por su apoyo para realizar este estudio.

DEDICATORIA

A mi esposa **Brenda**, que también ha vivido esta residencia, gracias por darme tu apoyo total e incondicional, por estar siempre a mi lado en los buenos y sobre todo en los malos momentos, sin ti no hubiera logrado llegar a la meta, te amo muñeca.

A mi hija **Valeria**, el amor de mi vida y el motor que me da impulso para seguir adelante cada día, te amo vale.

A mis padres **María de los Ángeles y Manuel** por haberme dado la vida, y haberme dado las herramientas para salir adelante siempre, por su apoyo durante estos 3 años.

A Amador, a quien considero un hermano y gran amigo, ya que hemos compartido grandes momentos dentro y fuera de la residencia.

A mis amigos de la residencia Toño, Beto y Migue gracias por su amistad, me divertí mucho con su compañía.

GRACIAS....

INDICE

	Paginas
I. Resumen.....	1
II. Abstract.....	2
III. Abreviaturas.....	3
IV. Relación de Tablas.....	4
V. Introducción.....	5
VI. Antecedentes.....	6
VII. Planteamiento del Problema.....	18
VIII. Pregunta de Investigación.....	19
IX. Justificación.....	20
X. Hipótesis.....	21
XI. Objetivos.....	21
XII. Material y Métodos	22
XIII. Análisis Estadístico.....	30
XIV. Consideraciones Éticas.....	31
XV. Resultados.....	32
XVI. Discusión.....	45
XVII. Conclusiones.....	49
XVIII. Sugerencias.....	50
XIX. Bibliografía.....	51
XX. Relación de Anexos.....	56

I RESUMEN.

Funcionamiento Familiar en el paciente con Fibromialgia

Antecedentes.- La fibromialgia es un síndrome doloroso, no articular, crónico e idiopático caracterizado por dolor musculoesquelético e hipersensibilidad en sitios anatómicos específicos. El funcionamiento Familiar consiste en la capacidad del sistema familiar para cumplir con sus funciones esenciales enfrentando y superando cada una de las etapas del ciclo vital; el análisis de la funcionalidad de la relación de pareja es de trascendental importancia para todo el grupo familiar; es un elemento que el médico familiar debe tener en cuenta para detectarla en forma integral y sencilla en su consulta diaria.

Objetivo.- El objetivo de este estudio fue valorar la funcionalidad familiar de los pacientes con Fibromialgia de nuestra unidad médica.

Material y Métodos.- Se realizó estudio descriptivo mediante encuestas, se analizó a 42 pacientes de ambos sexos de la consulta externa de medicina familiar de la unidad, a quienes se les aplicó La Escala (FACES III) y La Escala de Evaluación del Subsistema Conyugal, se empleó media y desviación estándar para variables cuantitativas, así como estadístico no paramétrico Chi-cuadrado, para las variables cualitativas.

Resultados.- Se encontró predominio de edad entre 40 a 60 años y una media de 48.8 ± 8.6 años; casados, empleados-amas de casa, escolaridad secundaria y con 2-3 hijos; el 64.3% de los pacientes fueron funcionales; en comparación entre pacientes y familiares los pacientes se perciben funcionales el 64.2% y el familiar en un 76.2%; las familias funcionales tienen relación conyugal moderadamente disfuncional siendo esta condición predominante en las parejas con un 55.5%.

Conclusiones.- Los pacientes se perciben con funcionalidad familiar; estos en menor medida que los familiares, en ambos sexos predominó la familia funcional, en el subsistema conyugal predominaron las parejas moderadamente disfuncionales y al relacionarlo con FACES III predominó la familia funcional; el nivel de funcionalidad conyugal es mejor para la pareja que para el paciente.

Palabras Clave.- Fibromialgia – Funcionamiento Familiar – Subsistema conyugal.

II SUMMARY

Family Functioning in Patients With Fibromyalgia

Background. - Fibromyalgia is a pain syndrome, not articulate, characterized by chronic, idiopathic musculoskeletal pain and tenderness at specific anatomical sites. The Family functioning is the ability of the family system to fulfill its essential functions facing and overcoming each of the stages of the life cycle; analysis of the functionality of the relationship is of paramount importance for the whole family group; It is an element that the family physician should consider for them in a comprehensive and easily into your daily practice.

Objective. - The objective of this study was to assess family functioning of patients with fibromyalgia in our medical unit.

Material and Methods.- descriptive study was conducted through surveys, 42 patients of both sexes of the family medicine outpatient unit, who were applied Scale (FACES III) and the Rating Scale of Marital Subsystem analyzed mean and standard deviation for quantitative variables was used and statistical nonparametric Chi-square for qualitative variables.

Results. - prevalence was found between age 40-60 years, mean 48.8 + 8.6 years; married employees-housewives, high school, with 2-3 children; 64.3% of patients were functional; compared between patients and family members of patients perceive functional 64.2% and 76.2% in family; functional families have moderately dysfunctional marital relationship being this dominant status in couples with 55.5%.

Conclusions. - Patients are perceived family functioning; these lesser extent that family, in both sexes predominant functional family in the marital subsystem predominated moderately dysfunctional couples and FACES III relate predominantly functional family; the level of marital functionality is best for the couple to the patient.

Words key. - Fibromyalgia - Family Run - Marital Subsystem.

III ABREVIATURAS

ACR. COLEGIO AMERICANO DE REUMATOLOGIA

DDP. DIPEPTIDIL PEPTIDASA

FACES. ESCALA DE EVALUACION DE COHESION Y ADAPTABILIDAD FAMILIAR

FM. FIBROMIALGIA

IASP. ASOCIACION INTERNACIONAL PARA EL ESTUDIO DEL DOLOR

ISRS. INHIBIDORES SELECTIVOS DE LA RECAPTURA DE SEROTONINA

OMS. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD

PEP. PROLILILENDOPEPTIDASA

SIAIS. SISTEMA DE INFORMACION DE ATENCION INTEGRAL A LA SALUD

UMF. UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR

IV RELACION DE TABLAS

Tabla I.	Fiabilidad del Instrumento FACES III.....	32
Tabla II y III.	Fiabilidad de la Escala de evaluación del subsistema conyugal.....	33
Tabla IV.	Características Sociodemográficas por sexo.....	34
Tabla V.	Tipología Familiar por Sexo.....	35
Tabla VI.	Ciclo Vital Familiar por Sexo.....	36
Tabla VII.	Asociación del FACES III por Sexo.....	37
Tabla VIII.	Modelo Circunflejo de Olson por Sexo.....	38
Tabla IX.	Asociación del Instrumento FACES III entre Paciente y Familiar.....	39
Tabla X.	Modelo Circunflejo de Olson entre Paciente y Familiar.....	40
Tabla XI.	Asociación del FACES III con el Subsistema Conyugal.....	41
Tabla XII	Asociación del Subsistema Conyugal con los tipos de familias (Modelo Circunflejo de Olson).....	42
Tabla XIII.	Evaluación del Subsistema Conyugal por Sexo.....	43
Tabla XIV.	Asociación de Escala de Evaluación del Subsistema Conyugal entre Paciente y Pareja.	44

V INTRODUCCION.

La fibromialgia constituye una enfermedad crónica cuyas características principales son el dolor, la fatiga y las alteraciones tanto emocionales como del sueño; al grado de ser una condición limitante e incapacitante, con deterioro progresivo en la calidad de vida de quien la padece.

La aparición de la enfermedad aguda, crónica o terminal en alguno de los miembros de la familia puede representar un serio problema en su funcionamiento como en su composición.

Durante este proceso de enfermedad, la familia sufre al igual que el paciente y se pueden generar cambios catastróficos dentro del seno familiar; ante esto el medico de primer contacto dentro de sus objetivos se encuentran el prevenir, diagnosticar e intervenir ya sea directamente o a través del equipo multidisciplinario de salud.

La falta de una adecuada orientación de información hacia los pacientes sobre su enfermedad puede hacer difícil el control de su sintomatología aunado a las limitadas redes de apoyo familiar así como de las instituciones médicas para desarrollar programas específicos destinados al manejo integral de los afectados.

La Fibromialgia constituye una patología no muy estudiada en nuestro país y mucho menos en pacientes del sexo masculino, así mismo no se encuentran estudios sobre el impacto que tiene en la dinámica familiar y en las alteraciones que se pueden presentar en el núcleo familiar.

El objetivo de este estudio es valorar la funcionalidad familiar que existe en los pacientes diagnosticados con FM por medio de dos escalas: de evaluación de cohesión y adaptabilidad familiar así como la escala de evaluación del subsistema conyugal; y si las alteraciones encontradas en esta pueden influir en las manifestaciones clínicas de los pacientes en la población atendida en el primer nivel de atención de la UMF No.80 de Morelia Michoacán.

VI ANTECEDENTES

La fibromialgia es un síndrome doloroso, no articular, crónico e idiopático caracterizado por dolor musculoesquelético e hipersensibilidad en sitios anatómicos específicos. Se caracteriza por dolor crónico generalizado por más de 3 meses de duración y presencia de puntos hipersensibles en el examen físico. Se acompaña por otros síntomas tales como: fatiga, trastornos del sueño, cefalea, parestesias, síndrome de colon irritable, trastornos conductuales, neuroendocrinos y del sistema nervioso autónomo¹.

Es una enfermedad crónica de importancia social tanto por su prevalencia como por el impacto que produce en la calidad de vida relacionada con la salud; puede producir importantes limitaciones en la realización de las actividades de la vida diaria².

En 1815, William Balfour, describió nódulos en el “músculo reumático”, atribuyéndolo a un proceso inflamatorio del tejido conectivo, y Forriep en 1843, determinó la existencia de unos lugares “duros” en los músculos de la mayoría de los pacientes con reumatismo de partes blandas y que eran dolorosos a la presión; William Gowers en 1904 introdujo el término fibrositis, Ralph Stockman, publicó diversos estudios combinando el concepto alemán (nódulos) con el concepto británico (tejido conectivo inflamado). El “síndrome doloroso miofascial”, fue introducido por Steindler (1938). En 1952, Travell JG (Herch, 1989) terminaría de describir clínicamente el cuadro de dolor miofascial. En 1945, Kelly y colaboradores (Herch, 1989), trataron de explicar las características de la fibrositis, 1947, Boland introdujo el concepto de «reumatismo psicógeno o reumatismo tensional», en 1975, Hench utilizó por primera vez el término fibromialgia para resaltar la ausencia de signos inflamatorios en esta enfermedad³.

Esta enfermedad no fue oficialmente reconocida como tal por la Organización Mundial de la Salud hasta 1992 y por la Asociación Internacional para el estudio del Dolor (IASP) hasta 1994⁴. La prevalencia de la FM varía según la población estudiada, oscilando en la población general a nivel mundial entre el 2 y el 4%. En España se estima una prevalencia en la población mayor de 20 años de entre un 1 y un 4%, con un pico de prevalencia entre los 40 y los 49 años de edad⁵. La afectación en mujeres es muy superior a la afectación en hombres, siendo la relación de 20/1⁶. En México se estima que en la población en general varía de 4% en personas entre la 3a y 4ª década de la vida⁷.

Se han encontrado varios factores de riesgo relacionados con esta enfermedad como la ocupación, el estrés, el tabaquismo; y los factores socio-demográficos, además de la edad, empleo, nivel de ingresos y nivel educativo, ya que según el autor de éstas depende la aparición y la severidad de la Fibromialgia. Se plantea también la relación del trauma y la fibromialgia. Se ha visto también que la Hepatitis C (se desencadenan crio precipitados específicos que contienen inmunoglobulinas policlonales de tipo II, que secretan Inmunoglobulina G y M que a su vez actúan a nivel hepático) favorece la aparición de FM⁸.

Dentro de la fisiopatología a pesar del gran desconocimiento de ésta, la teoría más aceptada es que se trata de un trastorno de la modulación del dolor que ocasiona hipersensibilidad al dolor. No existe acuerdo, en el papel que juega el componente psicológico en la enfermedad. Se ha hallado niveles elevados de los neurotransmisores aspartato y glutamato, así como el neuropéptido SP en el líquido cefalorraquídeo de los pacientes afectados con FM éstas participan en las vías nociceptivas excitadoras ascendentes por lo que su elevación en los pacientes con FM apoyaría la existencia de una sensibilización central. Otro posible mecanismo relacionado con la fisiopatología de la FM podría consistir en la disminución de la actividad inhibitoria de la vía descendente, que se explicaría por: la disminución de la actividad de la vía noradrenergica y/o disminución de la liberación de péptidos opioides endógenos⁹.

El nivel de serotonina guarda una fuerte relación con el número de puntos gatillo o tender points, la sensación de dolor sin causa aparente y las alteraciones del sueño; este es un neurotransmisor involucrado en el inicio y perpetuación de la fase de sueño profundo, es un producto metabólico del aminoácido esencial triptófano, es un regulador de la percepción de dolor a través de su actividad en el tálamo y mediador de impulsos inhibitorios descendentes. Se han encontrado niveles bajos de serotonina y del 5-OH-indol acético en el suero y en el líquido cefalorraquídeo de pacientes con fibromialgia. Estos hallazgos señalan la posible implicación de la afectación de la formación de serotonina a nivel central en la patogenia de la fibromialgia. Además las alteraciones del triptófano ocasionarían una limitación en la producción de serotonina necesaria tanto para el control del dolor como para la facilitación del sueño reparador¹⁰.

Estos pacientes además tienen un nivel de secreción de melatonina disminuido durante la noche, en comparación con sujetos sanos lo cual puede contribuir al deterioro del sueño durante la noche, la fatiga durante el día y las alteraciones de la percepción del dolor. También se ha visto que la percepción aberrante del dolor (hiperalgesia) y los síntomas de depresión están relacionados con disminución en los niveles séricos de peptidasas (prolililendopeptidasa – PEP- y dipeptidil peptidasa – DDP IV-) dando lugar a una disminución en la inactivación de los péptidos relacionados a depresión y algesia¹¹.

Belenguer y cols. Propusieron la siguiente clasificación de la fibromialgia:

Tipo I FM idiopática (sin enfermedad psiquiátrica)

Tipo II FM relacionada con enfermedad crónica (con depresión)

Tipo III FM secundaria a enfermedad Psiquiátrica (Depresión con FM)

Tipo IV FM simulada (Debida a somatización).

En el primer subgrupo de pacientes con FM no se identifican procesos sistémicos o locales concomitantes ni enfermedades psiquiátricas y, por lo tanto se desconoce por completo la etiopatogenia del proceso.

En la FM tipo II la principal hipótesis de su etiopatogenia sería la aparición de la FM como consecuencia del carácter crónico de sus enfermedades de base.

En el tercer subgrupo, la FM puede considerarse como una manifestación somática de un grave proceso psicopatológico subyacente, tanto de tipo afectivo como de personalidad; y en la FM tipo IV, los pacientes son simuladores de su padecimiento¹².

Dentro de las manifestaciones clínicas los pacientes suelen referir dolor sordo y rigidez, que suelen afectar todo el cuerpo pero con mayor intensidad el entorno del cuello, los hombros, la parte dorsal baja y las caderas. Son frecuentes la fatiga, los trastornos del sueño, el entumecimiento subjetivo, la cefalea crónica y los síntomas de intestino irritable. Incluso el ejercicio menor agrava el dolor y aumenta la fatiga así como los síntomas ansioso- depresivos¹³. Pueden referir que sienten como si hubieran recibido una paliza, pero no tienen signos visibles. La localización del dolor puede ser migratoria y varía de intensidad. Así mismo pueden tener sensación de edema, adormecimiento y hormigueo en las extremidades, más común en las superiores, dolor torácico, palpitaciones, dolor pélvico y dismenorrea en las mujeres¹⁴. Los pacientes describen una sintomatología muy diversa. Afirman que su enfermedad les resta calidad de vida e, incluso, les llega a resultar incapacitante y difícil de sobrellevar. Cuando experimentan crisis, cualquier actividad se puede convertir en un esfuerzo ímprobo, incluso aquellas sencillas como lavarse los dientes o calzarse. Afecta a su capacidad para realizar actividades cotidianas, tareas domésticas o trabajo remunerado. En estos momentos dejan de salir, de divertirse, se sienten "sin ganas de nada". La experiencia del dolor y otros síntomas también los conduce a cambios de humor y de carácter, a experimentar tensión y nerviosismo, lo que hace aún más difícil su día a día y reduce sus círculos de apoyo; este estado se ve agravado por la incompreensión que reciben de las personas de su entorno, especialmente mientras carecen de diagnóstico, y por la incompreensión de sus

profesionales sanitarios, especialmente cuando afirman que sus dolencias son “producto de su imaginación”, que “están locas”, “mal de los nervios”, que “somatizan” o que son unas “histéricas”¹⁵.

Se ha determinado en varios estudios que existe una asociación negativa entre el estado de salud con la sintomatología de ansiedad, depresión y la intensidad del dolor. De tal manera que cuando disminuye el dolor también disminuyen los niveles de ansiedad y depresión y a su vez mejoran aspectos del estado de salud del individuo¹⁶.

En el 2007 (Ruiz Pérez y cols.) realizaron en España uno de los primeros estudios donde analizaron las diferencias socio-demográficas, clínicas y psicológicas entre hombres y mujeres diagnosticados con Fibromialgia, y examinar el impacto diferencial de los síntomas en las actividades habituales en donde las características socio-demográficas fueron muy similares en ambos sexos, con una mayor proporción de hombre en situación de baja laboral, peor percepción del estado de salud, mayor porcentaje de antecedentes psiquiátricos y patología mental; significativamente mayores síntomas como cansancio y dolor osteomuscular en comparación a la mujer¹⁷.

Miró, Diener, Martínez, Sánchez y Valenza (2011) compararon los principales síntomas clínicos de la Fibromialgia entre hombres y mujeres encontraron menor tolerancia al dolor por parte de la mujeres y peor funcionamiento en relaciona a los hombres a los cuales se asoció con mayor somnolencia, fatiga y posibles malestares afectivos¹⁸.

El diagnóstico de la fibromialgia es clínico; tiene una menor relevancia la exploración física de estos pacientes, que suele ser inespecífica, no identificándose alteraciones estructurales, de la movilidad articular, de la fuerza muscular, ni signos de artritis, a menos que coexista con otra patología osteo-articular. Las pruebas complementarias solo tienen interés para descartar patologías asociadas. No existen pruebas de laboratorio ni hallazgos radiológicos específicos de fibromialgia, y su indicación será

individualizada en función del cuadro clínico, la exploración física y la sospecha de enfermedad concomitante¹⁹.

Los criterios diagnósticos de la American Collage of Rheumatology (ACR) han sido mundialmente aceptados como la definición que prevalece de síndrome de fibromialgia. Estos criterios definen al síndrome de fibromialgia como dolor crónico (por más de 3 meses) en múltiples partes del cuerpo:

- Dolor en el esqueleto axial (columna cervical o tórax anterior o columna torácica o dolor lumbar)
- Dolor en los lados derecho o izquierdo del cuerpo
- Dolor por arriba o por debajo de la cintura, y dolor a la palpación de por lo menos 11 de 18 puntos dolorosos: se localizan en pares en la porción inferior del cuello, en el occipucio, en el trapecio y en el supra-espinoso, en la segunda costilla, en el epicóndilo externo, sobre la parte superior de los glúteos, las rodillas y el trocánter mayor²⁰.

Dada la complejidad de la FM, se requiere del manejo interdisciplinario entre las diferentes especialidades en cada caso en particular. Los objetivos del tratamiento en la fibromialgia son aliviar el dolor, mantener o restablecer el equilibrio emocional, mejorar la calidad del sueño y la capacidad física²¹.

Existen varias estrategias en el tratamiento no farmacológico de la fibromialgia en las que se pueden encontrar: La Educación hacia el paciente ya que una vez que se haga un diagnóstico de la FM y la condición se le explica debidamente a los miembros de la familia del paciente, muchas veces se disminuye la intensidad de los síntomas. La Terapia Física en donde se refiere que la postura correcta, el equilibrio, el tono muscular y el acondicionamiento físico son muy necesarios para muchos pacientes con FM²². Los programas de actividad física son eficaces en el tratamiento de la fibromialgia, tanto en la reducción de las características definitorias (dolor y números de puntos dolorosos), como en la reducción de síntomas asociados como la depresión y el trastorno del sueño²³.

Las técnicas de relajación permiten alcanzar efectos psicológicos y fisiológicos mediante la disminución de la tensión, estrés, ansiedad que presenta el individuo con fibromialgia que le impide o dificulta el desarrollo de sus actividades de la vida diaria²⁴.

Los tratamientos con la Terapia Mente-Cuerpo y la psicoterapia cognitivo-conductual reducen el impacto global que la FM produce en la vida de los pacientes siempre y cuando se combinen con la realización de ejercicio físico²⁵.

Los inhibidores de la recaptura de serotonina (ISRS) la Fluoxetina, la paroxetina y el citalopram también han demostrado su eficacia en el tratamiento de estos pacientes²⁶.

Los denominados antidepresivos duales, como la duloxetina y la venlafaxina, han venido mostrando importante alivio en los síntomas de la fibromialgia. El tramadol, analgésico atípico de acción central, es parcialmente efectivo en pacientes que padecen dolor calificado como de moderado a severo; la mezcla de este medicamento con paracetamol ha demostrado ser efectiva para el alivio del dolor asociado a fibromialgia²⁷. La amitriptilina, eficaz hasta en la mitad de los pacientes tratados, los efectos benéficos incluyen el control del dolor y la mejoría en la calidad del sueño. La pregabalina controla el dolor en casi el 50% de los pacientes tratados, mejora la fatiga, el sueño y la calidad de vida a corto y largo plazo. La Gabapentina relacionada con el ácido gamma –amino-butírico es eficaz para el control del dolor²⁸.

La OMS define a la familia como “los miembros del hogar emparentados entre sí, hasta un grado determinado por sangre, adopción y matrimonio.”

La familia se puede considerar un sistema que a su vez se compone de subsistemas como el subsistema conyugal (papá y mamá) , un subsistema paterno-filial (padres e hijos) y subsistema fraternal (hermanos); toda la familia tiene características que las pueden hacer parecer distintas o similares a otras, estas son las características

tipológicas como son: la Composición (Nuclear, extensa o compuesta), el Desarrollo (tradicional o moderna), la demografía (urbana, suburbana o rural), la Ocupación (campesino, empleado o profesionalista), la Integración (integrada, semi-integrada o desintegrada)²⁹.

Las familias funcionales son aquellas en las cuales se considera que cumplan todas sus funciones. El funcionamiento familiar consiste en la capacidad del sistema familiar para cumplir con sus funciones esenciales enfrentando y superando cada una de las etapas del ciclo vital, las crisis por las que atraviesa, dando lugar a patrones que permiten ver la dinámica interna en función del medio en que ella se desenvuelve. Por otro lado las familias Disfuncionales son las que en mayor o menor grado no actúan según lo que de ellas se espera en relación con las funciones que se le tienen asignadas.

Al respecto, debemos decir que para poder clasificar a una familia como disfuncional hay que tener en claro el estudio de la dinámica familiar y la aplicación de instrumentos para valorar la funcionalidad familiar³⁰.

Existen varios Instrumentos de Evaluación de la función familiar entre los más utilizados se encuentran:

La Escala de Evaluación de la cohesión y Adaptabilidad Familiar (FACES III de Olson, Portner y Levee, 1985 Olson, 1992)

Escala de Comunicación Padres- Adolescente ----- Barnes y Olson (1982)

Escala de Puntuación Clínica ----- Thomas y Olson (1993)

Recursos de Evaluación Familiar ----- Epstein, Bishop y Baldwin (1993)

Inventario Familiar de Autoreporte ----- Beavers, Hampson y Hughs (1985)

Medida de Evaluación Familiar----- Skinner, Steinhauer y Santa-Bárbara (1983)

Escala de Clima Familiar ----- Moos y Moos (1984)

Índice de Funcionamiento Familiar ----- Pless y Satterwhite (1973)

Índice de Funcionamiento Familiar----- Linder-Pelz, Levy, Tamir, Spencer y Epstein (1984).

APGAR Familiar----- Smilkstein (1978)
Escala Máster de valoración clínica-----Miller, Ryan, Keitner, Bishop y Epstein (2000)
Escala de Adaptación Familiar -----Antonovsky y Sourani (1988)
Encuesta de Relación Padre-Hijo----- Fine y Schwebe(1983)
Escala de Funcionamiento Familiar -----Palomar (1998)
Escala de Funcionamiento Familiar García Méndez, Rivera-Aragón, Reyes-Lagunes
y Díaz-Loving (2006).
Escala de Evaluación del Subsistema conyugal-----Chávez-Aguilar (1989)

La Escala de Evaluación de la cohesión y Adaptabilidad Familiar (FACES III de Olson, Portner y Levee, 1985 Olson, 1992) es una de las escalas desarrolladas para evaluar las dos dimensiones del Modelo Circunflejo de Sistemas Familiares y Maritales: la cohesión y la flexibilidad familiar que en conjunto con la comunicación son las 3 dimensiones que principalmente definen el constructo funcionamiento familiar³¹.

La cohesión se puede definir como los lazos emocionales que los miembros de la familia tienen entre sí. Sus indicadores específicos incluyen: cercanía emocional, límites, fronteras, coaliciones, tiempo, espacio, amistades, toma de decisiones, intereses y recreación. Existen 4 niveles de cohesión en los grupos familiares, pudiéndose identificar: familias desligadas o no relacionadas, familias separadas o Semirrelacionadas, familias conectadas o relacionadas y enmarañadas o aglutinadas.

Por otro lado la adaptabilidad es definida como la calidad y expresión del liderazgo, organización, roles, reglas y negociaciones existentes en la familia; Sus indicadores específicos incluyen: liderazgo, asertividad, control, disciplina, estilos de negociación, relaciones de rol y reglas relacionales y también se encuentran 4 niveles de flexibilidad identificándose familias rígidas, estructuradas, flexibles y caóticas.

Por último, la *comunicación* es considerada como una dimensión facilitadora dado que permitiría la movilidad del sistema en las dos dimensiones anteriores. Se define como la capacidad de escucharse, de hablar, de tener respeto por las opiniones de los demás y de compartir los sentimientos³².

FACES III en español es fiable y válido (70% con el índice alfa de Cronbach). Contiene 20 preguntas planteadas como actitudes con una escala de puntuación tipo Likert (10 para evaluar la cohesión familiar, y 10 para la adaptabilidad familiar), distribuidas en forma alterna en preguntas numeradas como nones que evalúan la cohesión y pares que evalúan la flexibilidad; la respuesta a cada reactivo tiene un valor asignado del 1 al 5; y en donde se clasifican a las familias según su cohesión: No relacionadas con un valor entre 10 y 34 puntos; Semirrelacionadas con valor entre 35 y 40, Relacionada entre 45 y 50 y Aglutinada entre 46 y 50 puntos. Según su adaptabilidad o Flexibilidad: Rígida con un valor entre 10 y 19 puntos, Estructurada entre 20 y 24, Flexible entre 25 y 28, y Caótica entre los 29 y 50 puntos; los puntajes obtenidos se cotejan con el modelo circunflejo de Olson y se clasifican en 3 categorías: Equilibradas, medias y extremas.

La evaluación de la funcionalidad familiar es una de las características que más distingue al médico de familia, de otras disciplinas generalistas; la utilidad que brindan los instrumentos que evalúan la funcionalidad familiar, tiene gran importancia, ya que ayudan y apoyan al médico de familia a cumplir con sus funciones sustanciales como es la de conocer y saber cómo funciona una familia en el continuo salud - enfermedad fundamental para otorgar una atención médica integral, que incluya no solo los aspectos biológicos, sino también los psicológicos, sociales, legales y espirituales³³.

La funcionalidad conyugal es un elemento que el médico familiar debe de tener en cuenta para detectarla en forma integral y sencilla en su consulta diaria³⁴. El análisis de la funcionalidad de la relación de pareja es de trascendental importancia para todo el grupo familiar, se sabe que gran parte de los problemas familiares pueden ser

ubicados como disfunciones del subsistema conyugal el cual funciona como modelo para los demás subsistemas de la familia. Las principales funciones del subsistema conyugal que se deben de considerar para su evaluación son: la comunicación, adjudicación y asunción de roles, satisfacción sexual, afecto y toma de decisiones. Para la evaluación del subsistema conyugal se propone un modelo de evaluación que aborda las principales funciones de dicho subsistema: Escala de evaluación del subsistema conyugal (Chávez-Aguilar y Velasco Orellana) validado en 1989, que evalúa los siguientes criterios: Comunicación (3 ítems), Satisfacción sexual (2 ítems), afecto (4 ítems) y Toma de decisiones (1 ítem). A cada ítem se le da un valor: 0-nunca, 2.5-7.5 - Ocasional y 5-15 – siempre; a mayor puntaje mayor funcionalidad conyugal³⁵.

Salazar-colín y cols. (2005) en un estudio en el ISSSTE donde utilizaron la escala de evaluación del subsistema conyugal (Chávez) para relacionar la disfunción conyugal con los motivos de consulta de pacientes hiperutilizadores encontraron: 47 parejas funcionales, 32 parejas moderada disfuncionales y solo 1 pareja severamente disfuncional siendo estadísticamente significativo la disfuncionalidad conyugal en relación a las patologías mentales³⁶.

En el 2011 se realizó un trabajo con pacientes diabéticos en donde se relacionaba la cohesión y la flexibilidad familiar con la hemoglobina glucosilada, en donde se encontró que en relación a la cohesión se dio el mayor porcentaje en las familias unidas (40%), seguido de las familias aglutinadas (25.4%), en relación a la adaptabilidad familiar fueron más frecuentes las familias caóticas con una (46.3%) en comparación con el (3.4%) de las familias rígidas, 89 familias correspondieron a categoría media, mientras que 49 fueron a familias extremas³⁷

En un estudio de cohorte del 2012 en donde se aplicó FACES III, para funcionamiento familiar, y con el objetivo de conocer la asociación de ésta con la disminución de peso corporal; se encontró que predominó la familia nuclear, el ciclo vital más frecuente fue el de dispersión (acorde con el grupo de edad estudiado), las

familias de 23.2 % de los sujetos se encontraban en crisis no normativa, probablemente por el ciclo vital por el que atravesaban; la cohesión fue mayor que la adaptabilidad. La frecuencia de disfunción familiar fue de 56.6 %: las familias relacionadas caóticas y caóticas aglutinadas fueron las más afectadas³⁸.

VII PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La fibromialgia es una enfermedad osteo-muscular compleja en la que se encuentran asociados diversos factores como son: el dolor crónico, patología mental, y en la gran mayoría de la ocasiones otras comorbilidades relacionadas; lo que repercute con un gran impacto sobre la calidad de vida de los pacientes portadores de esta patología.

El impacto que tiene sobre quien la padece es muy variable de una persona a otra y depende en gran manera de la forma del afrontamiento de la enfermedad, de su adaptación y del apoyo social, psicológico y familiar recibido, siendo determinante la competencia del equipo asistencial médico para llevar a cabo una adecuada educación base del inicio en el tratamiento de la enfermedad orientada al bienestar del paciente.

Los pacientes con fibromialgia presentan múltiples manifestaciones clínicas que afectan sus actividades diarias así como sus relaciones personales repercutiendo tanto en el subsistema conyugal como en general en las funciones de la familia, alterando su dinámica familiar y el equilibrio dentro de ella lo que podría repercutir en disfunción familiar.

Un individuo con FM se encuentra todos los días ante sus propias necesidades, dirigiéndose casi siempre a los integrantes de la familia en busca de apoyo y consejos para solucionar sus problemas de salud; la respuesta que le brinden influirá positiva o negativamente sobre el apego al tratamiento y en el control de su enfermedad.

La familia es parte importante para el paciente con enfermedad crónica y en este caso para los pacientes con FM, al presentarse una enfermedad crónica y por lo tanto alteración en su funcionamiento familiar esto pudiera condicionar agudizaciones en la sintomatología de estos pacientes, volviéndose de difícil control con mayor demanda de la atención médica y mayor gasto institucional.

VIII PREGUNTA DE INVESTIGACION

Por lo anterior se plantea la siguiente pregunta:

- **¿Cómo se encuentra el Funcionamiento Familiar en los pacientes portadores de fibromialgia de nuestra unidad de medicina familiar?**

IX JUSTIFICACION

Según el sistema de información de atención integral a la salud de la delegación de prestaciones médicas en la UMF No.80 del 2007 al 2012 se reportaron 740 casos de pacientes diagnosticados con fibromialgia en ambos sexos.

Podemos decir que la fibromialgia es un trastorno que va en aumento de la demanda en atención medica tanto en las unidades de medicina familiar como en las unidades de segundo nivel debido a la persistencia de la manifestaciones clínicas sobre todo el dolor que conduce a los pacientes a cambios de humor y carácter, a experimentar tensión y nerviosismo, produciendo mala calidad de vida, reduciendo sus redes de apoyo y afectando directamente al entorno familiar. La aparición de esta enfermedad podría considerarse como una crisis, dada la gran desorganización que produce y el gran impacto que produce en los diferentes miembros de la familia.

No se han realizado estudios de fibromialgia en nuestra unidad médica en el sexo masculino ni mucho menos de que manera y en qué grado la fibromialgia afecta la funcionalidad familiar, por lo que creemos necesario abordar si esta enfermedad produce disfunción familiar y de qué manera repercute este desequilibrio familiar en la enfermedad tanto en los pacientes masculinos como femeninos.

Una forma de realizarlo es conocer, como se encuentra la funcionalidad familiar en estos pacientes, conocer si hay diferencias entre hombres y mujeres y otorgar un manejo integral y mantener el adecuado control de sus síntomas repercutiendo esto en el equilibrio y dinámica familiar lo cual ayudaría a disminuir el número de consultas por esta enfermedad, disminuir costos de atención médica a nuestro instituto así como a la familia siendo estas las metas para la realización de esta investigación.

X HIPOTESIS

La funcionalidad familiar se encuentra alterada en los pacientes con Fibromialgia adscritos a nuestra unidad.

XI OBJETIVO GENERAL

Valorar la funcionalidad familiar de los pacientes con Fibromialgia de nuestra unidad médica.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Conocer las características socio-demográficas de cada paciente como son Edad, Género, Estado civil, ocupación, escolaridad y número de hijos.
- Identificar su tipología familiar.
- Identificar en qué etapa del ciclo vital familiar se encuentran.
- Asociar los dominios del FACES III por sexo, así como entre el paciente y su familiar.
- Asociar los dominios del FACES III con el Subsistema conyugal.
- Evaluar el subsistema conyugal por sexo, así como entre el paciente y su pareja.

XII MATERIAL Y METODOS

DISEÑO DEL ESTUDIO

Es un estudio Observacional, Descriptivo, transversal y retrospectivo

METODOLOGIA Y PROCEDIMIENTOS

POBLACION DE ESTUDIO

Se realizó en la Unidad de Medicina Familiar No.80 del IMSS en Morelia Michoacán, en donde se reporta según el SIAIS (Sistema de Información de Atención Integral a la Salud) una población de 740 pacientes derechohabientes hombres y mujeres diagnosticados con fibromialgia en el periodo comprendido de Enero del 2007 a Diciembre del 2012 del turno matutino y vespertino, tanto de primera vez y subsecuentes de la consulta externa de medicina familiar.

ESTIMACION DEL TAMAÑO DE LA MUESTRA

Se tomaron en cuenta pacientes del sexo femenino y masculino de 18 a 60 años diagnosticados con fibromialgia en la Unidad de Medicina Familiar No.80 con una muestra de 42 pacientes mediante la fórmula para obtener el tamaño de muestra para población finita.

TAMAÑO DE MUESTRA PARA POBLACION FINITA

$$n = \frac{N}{1 + N e^2}$$

Donde:

n : Es el tamaño de la muestra a obtener

N : Población finita o número de casos

e : Error de estimación que está en condiciones de aceptar

Para el caso que nos importa el total de Derechohabientes según censo de Población Adscrita a Médico Familiar es de 740

El error que estamos dispuestos a tolerar es de un 15 % (0.15) en error de muestreo entre entrevistar a los 740 derechohabientes y el tamaño que arroje la fórmula de cálculo.

Sustituyendo en la fórmula queda:

$$n = \frac{740}{1 + 740(0.15)^2}$$

$$n = \frac{740}{1 + 16.65}$$

$$n = \frac{740}{17.65}$$

$$n = 41.9263$$

$$n = 42$$

CRITERIOS DE SELECCION

Criterios de Inclusión.-

- Pacientes del sexo masculino y femenino, de edad entre 18 a 60 años diagnosticados con Fibromialgia tipo I o idiopática confirmados por el medico Reumatólogo afiliados a la Unidad de Medicina familiar No.80
- Personas casadas, solteras, en unión libre, separados y viudos.
- Pacientes que sepan leer y escribir.

Criterios de No Inclusión.

- Personas que no desean participar voluntariamente en el estudio.
- Personas solteras que vivan solos.
- Personas con patología crónica degenerativa o psiquiátrica agregada.

Criterios de Exclusión.

- Encuestas en las que se hayan omitido reactivos al contestar.

DESCRIPCION DE VARIABLES

VARIABLE INDEPENDIENTE: La Fibromialgia

VARIABLE DEPENDIENTE: Funcionamiento Familiar.

OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES

VARIABLE	DESCRIPCION CONCEPTUAL	TIPO DE VARIABLE	UNIDAD DE MEDICION
FIBROMIALGIA	Síndrome doloroso, no articular, crónico e idiopático caracterizado por dolor musculoesquelético e hipersensibilidad en sitios anatómicos específicos.	CUALITATIVA	Según criterios de la American Collage of Rheumatology; Dolor crónico de más de 3 meses de evolución y 11 de los 18 puntos sensibles.
Funcionamiento Familiar	Consiste en la capacidad del sistema familiar para cumplir con sus funciones esenciales enfrentando y superando cada una de las etapas del ciclo vital, las crisis por las que atraviesa, dando lugar a patrones que permiten ver la dinámica interna en función del medio en que ella se desenvuelve.	CUANTITATIVA	Escala de Evaluación de la cohesión y Adaptabilidad Familiar (FACES III de Olson, Portner y Levee, 1985 Olson, 1992)
Cohesión Familiar	Se puede definir como los lazos emocionales que los miembros de la familia tienen entre sí	CUANTITATIVA	FAMILIAS: -No relacionadas -Semirrelacionadas -Relacionadas -Aglutinadas

Adaptabilidad Familiar	Es definida como la calidad y expresión del liderazgo, organización, roles, reglas y negociaciones existentes en la familia.	CUANTITATIVA	FAMILIAS: -Rígidas -Estructuradas -Flexibles -Caóticas
Subsistema Conyugal	El "subsistema conyugal" se forma cuando dos adultos se unen con la intención explícita de formar una familia, compartiendo intereses, metas y objetivos.	CUANTITATIVA	Parejas: -Severamente disfuncional 0-40 puntos -Moderadamente disfuncional 41-70 puntos -Funcional 71-100 puntos
Etapa del Ciclo Vital Familiar	Es una secuencia ordenada y universal, predecible en dónde la solución de las tareas de una fase anterior, facilita la superación de una fase posterior.	CUALITATIVA	Según la Clasificación de Geyman: -Matrimonio -Expansión -Dispersión -Independencia -Retiro y Muerte
Tipología familiar	Son las determinadas composiciones que permiten identificar los miembros de una familia según sus lazos de filiación, parentesco, afinidad y afecto	CUALITATIVA	Según Irigoyen: <u>Desarrollo:</u> Tradicional, Moderna. <u>Ocupación:</u> Campesina, Obrera y Profesional. <u>Composición:</u> Nuclear, Nuclear

			simple, Extensa, Extensa compuesta, Monoparental. <u>Demografía</u> : Rural y Urbana <u>Integración</u> : Desintegrada, semi- integrada e integrada.
Edad	Años de vida del paciente	CUANTITATIVA	Años
Sexo	Masculino y femenino	CUALITATIVA	Masculino y Femenino
Estado civil	Situación de las personas físicas determinada por sus relaciones de familia provenientes del matrimonio o del parentesco, que estable ciertos derechos y deberes	CUALITATIVA	Soltero Casado Viudo Unión Libre Divorciado Separado
Escolaridad	Periodo de tiempo durante el cual asisten a la escuela	CUALITATIVA	Nivel básico Nivel Medio superior Nivel superior.
Ocupación	Trabajo que una persona realiza a cambio de dinero y de manera más o menos continuada. Empleo.	CAULITATIVA	Empleado Desempleado

DESCRIPCION OPERATIVA DEL ESTUDIO

Se realizó en la Unidad de Medicina Familiar No.80 de Morelia Michoacán, se localizaron a pacientes derechohabientes hombres y mujeres con diagnóstico de Fibromialgia Tipo I, de la consulta externa de medicina familiar tanto del turno matutino como del vespertino que fueron diagnosticados en el periodo comprendido de Enero del 2007 a Diciembre del 2012.

Acudimos al archivo clínico al Sistema de información de Atención Integral a la Salud (SIAIS) para la selección de los pacientes diagnosticados para obtener: Numero de afiliación y consultorio para localizar a los pacientes candidatos a los cuales se les citó en el aula de la UMF No. 80, se les informó ampliamente sobre el estudio a realizar y sobre los beneficios que resultan de su participación, aquellos que aceptaron y cumplieron con los criterios de selección se les proporcionó carta de consentimiento informado (Anexo 1) para que autorizara y firmara por cada paciente. Se tomaron datos generales personales de cada uno de los pacientes con una hoja de recolección de datos (Anexo 2) para conocer las características socio-demográficas de cada uno de ellos tales como la edad, sexo, estado civil, ocupación, escolaridad, y número de hijos; se identificó tipos de familias y etapa de ciclo vital en que se encuentran; y en la misma aula de la UMF 80 se les aplicó el instrumento FACES III (Anexo 3) el cual evalúa la cohesión y adaptabilidad con sus 20 ítems; mediante la cohesión se calificó como familia no relacionada con un puntaje entre 10 y 34, semi-rrelacionada su puntaje entre 35 y 40 puntos, aglutinada con un puntaje de 46 a 50 puntos, para la adaptabilidad la puntuación es: de 10 a 19 como familia rígida, estructurada de 20 a 24 puntos, flexible de 25 a 28 puntos y caótica de 29 a 50 puntos, ambos extremos de ambas dimensiones se consideran disfuncionales, una vez calificado se realizó la clasificación de las familias en Balanceadas, de rango medio y Extremas mediante el Modelo Circunflejo de Olson (Anexo 4); con estos dos instrumentos se realizó asociación por sexo así como entre el paciente y aun integrante de su familia; también se hizo asociación entre el FACES III y la Escala de Evaluación del Subsistema Conyugal (Anexo 5) en el cual se valoran las funciones conyugales como son:

La comunicación, la adjudicación y asunción de roles, la satisfacción sexual, el afecto y la función de toma de decisiones y que las califica como pareja severamente disfuncionales, moderadamente disfuncionales y funcionales. Esta última también se asoció por sexo y entre el paciente y a su pareja

XIII ANALISIS ESTADISTICO

Se empleó estadística descriptiva según el tipo de variables; para las cuantitativas continuas media \pm error estándar; y para las variables discretas cualitativas en frecuencia con su respectivo porcentaje.

Para determinar la funcionalidad familiar se utilizó FACES III, se evaluó la muestra con la finalidad de darle validez, de manera total global y por cada uno de sus componentes, ya que es un instrumento genérico. Obteniéndose una fiabilidad global por Alpha de Cronbach de .650 y por el método de mitades (Spearman-Brown) de .670 para el paciente y .660 por Alpha de Cronbach así como de .812 por el método de mitades esto para el familiar; para la evaluación del subsistema conyugal en el paciente se obtuvo en Alpha de Cronbach de .701 y de Spearman-Brown de .713; en la pareja Alpha de Cronbach de .825 y con Spearman-Brown de .866.

Para la asociación de variables se utilizó el estadístico de contraste no paramétrico Chi cuadrado. Las cifras estadísticamente significativas fueron aquellas que asociaron a un *P-valor* $<.05$.

Para el procesamiento de los datos se utilizó el paquete estadístico para las ciencias sociales (SPSS Ver. 18.0).

XIV CONSIDERACIONES ETICAS

Los procedimientos propuestos están de acuerdo con las normas éticas, el reglamento de la ley general de salud en materia de investigación para la salud y de la declaración de Helsinki de 1975 y sus enmiendas, así como códigos y normas internacionales vigentes para las buenas prácticas en la investigación clínica. Además de todos los aspectos en cuanto al cuidado que se debe tener con la seguridad y bienestar de los pacientes por lo que se respetan los contenidos en el Código de Núremberg, la Declaración de Helsinki y el informe Belmont.

De acuerdo al reglamento de la ley en materia de investigación general de salud en su título segundo, capítulo 1, artículo 13.- en toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberá prevalecer el criterio a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar.

Artículo 14.- La investigación que se realice en seres humanos deberá desarrollarse conforme a las siguientes bases: se ajustara a los principios científicos y éticos que lo justifiquen, contara con el consentimiento informado y por escrito del sujeto de investigación o su representante legal.

Artículo 16.- En las investigaciones en seres humanos se protegerá la privacidad del individuo sujeto de investigación, identificándolo solo cuando los resultados lo requieran y este lo autorice.

Artículo 17.- Se considera como riesgo de la investigación a la probabilidad de que el sujeto de investigación sufra algún daño como consecuencia inmediata o tardía del estudio. Para efectos de este reglamento, la investigación se clasifica en la siguiente categoría:

I.- 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 que 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.

XV RESULTADOS.

En la presente investigación la muestra quedó integrada por 42 pacientes, de los cuales 36 correspondieron al sexo femenino y 6 al masculino, con un rango de edad de 30 a 60 años y una media de 48.8 ± 8.6 años.

Se utilizó para el funcionamiento familiar FACES III, obteniéndose una fiabilidad global por Alpha de Cronbach de .650 y por el método de mitades (Spearman-Brown) de .670 para el paciente y .660 por Alpha de Cronbach así como de .812 por el método de mitades esto para el familiar; para la evaluación del subsistema conyugal en los pacientes se obtuvo en Alpha de Cronbach de .701 y de Spearman-Brown de .713; en la pareja Alpha de Cronbach de .825 y con Spearman-Brown de .866. Cuadro No I, II y III.

TABLA No. I Fiabilidad del Instrumento FACES III de Funcionamiento Familiar

FACTOR	REACTIVOS	Alpha de Cronbach	Método de mitades
PACIENTE			
Cohesión	Nones	.657	.791
Adaptabilidad	Pares	.716	.567
GLOBAL	20	.650	.670
FAMILIAR			
Cohesion	Nones	.682	.833
Adaptabilidad	Pares	.658	.813
GLOBAL	20	.660	.812

TABLA No. II Fiabilidad de la Escala de evaluación del subsistema conyugal (Paciente)

F U N C I O N	REACTIVOS	Alpha de Cronbach	Método de mitades
Comunicación	Ia, Ib y Ic	.525	.687
Adjudicación y Asunción de Roles	Ila, Ilb y Ilc	.716	.707
Satisfacción Sexual	IIla	-	-
Afecto	IVa, IVb, IVc y IVd	.373	.418
Toma de Decisiones	Va	-	-
G L O B A L	12	.701	.713

TABLA No. III Fiabilidad de la escala de Evaluación del Subsistema Conyugal (Pareja)

F U N C I O N	REACTIVOS	Alpha de Cronbach	Método de mitades
Comunicación	Ia, Ib y Ic	.679	.707
Adjudicación y Asunción de Roles	Ila, Ilb y Ilc	.781	.701
Satisfacción Sexual	IIla	-	-
Afecto	IVa, IVb, IVc y IVd	.742	.785
Toma de Decisiones	Va	-	-
G L O B A L	12	.825	.866

TABLA No. IV Características Sociodemográficas por sexo.

CARACTERISTICAS SOCIO-DEMOGRAFICAS	Hombres n = 6 F (%)	Mujeres n = 36 F (%)	Ch ²	Sig.
Edad			1.545	.455
30-39 Años	-	7(16.8)		
40-49 Años	3(7.2)	12(28.6)		
50-60 Años	3(7.2)	17(40.5)		
Estado Civil			1.64	.800
Casada/o	6(14.3)	28(66.7)		
Soltera	-	1(2.4)		
Unión libre	-	2(4.8)		
Separada/o	-	3(7.1)		
Viuda/o	-	2(4.8)		
Ocupación			11.9	.003*
Desempleada/o	1(2.4)	-		
Ama de casa	-	22(52.4)		
Empleada	5(11.9)	14(33.3)		
Escolaridad			3.19	.525
Ninguna	-	2(4.8)		
Primaria	2(4.8)	11(26.2)		
Secundaria	4(9.5)	13(31)		
Bachillerato	-	7(16.7)		
Licenciatura	-	3(7.1)		
No. De Hijos			2.80	.730
Ninguno	-	3(7.1)		
Uno	1(2.4)	3(7.1)		
Dos	3(7.1)	11(26.2)		
Tres	2(4.8)	11(26.2)		
Cuatro	-	6(14.3)		
Cinco	-	2(4.8)		

* Cifra estadísticamente significativa (P<0.05); F (%) = Frecuencia (porcentaje)

En la tabla No. IV se muestra las características sociodemográficas por sexo, para ambos sexos predominaron en la edad de 40-60 años, para hombres estado civil casados, ocupación en empleados, escolaridad de secundaria y el número de hijos de uno. En el sexo femenino, estado civil casado, ocupación amas de casa, escolaridad de primaria y el número de hijos mismo porcentaje entre uno y dos, solamente se encontró significancia estadística en la ocupación.

TABLA No. V Tipología Familiar por Sexo.

TIPO DE FAMILIA	Hombres n = 6 F (%)	Mujeres n = 36 F (%)	<i>Ch</i> ²	<i>Sig.</i>
Desarrollo			0.17	.895
Tradicional	4(9.5)	23(54.8)		
Moderna	2(4.8)	13(31)		
Ocupación			1.09	.578
Campesino	-	1(2.4)		
Obrero	5(11.9)	33(78.6)		
Profesional	1(2.4)	2(4.8)		
Composición			2.48	.478
Nuclear	-	3(7.1)		
Nuclear simple	6(4.3)	25(59.5)		
Extensa	-	3(7.1)		
Monoparental	-	5(11.9)		
Demografía			.171	.679
Rural	-	1(2.4)		
Urbana	6(14.3)	35(83.3)		
Integración			2.46	.292
Desintegrada	-	5(11.9)		
Semi- integrada	5(11.9)	18(42.9)		
integrada	1(2.4)	13(31)		

* Cifra estadísticamente significativa (P<0.05); F (%) = Frecuencia (porcentaje)

La tipología familiar para el sexo masculino se encontró un predominio por su desarrollo familia tradicional, ocupación obrero, por su composición nuclear simple, por su demografía urbana y por su integración semi-integrada, en el sexo femenino mostro en mismo comportamiento, en la tipología y el sexo no se encontró significancia estadística.

TABLA No. VI Ciclo Vital Familiar por Sexo.

CICLO VITAL	Hombres n = 6 F (%)	Mujeres n = 36 F (%)	<i>Ch²</i>	<i>Sig.</i>
Matrimonio	-	2(4.8)	7.08	.131
Expansión	1(2.4)	-		
Dispersión	2(4.8)	10(23.8)		
Independencia	3(7.1)	20(47.6)		
Retiro y Muerte	-	4(9.5)		

* Cifra estadísticamente significativa ($P < 0.05$); F (%) = Frecuencia (porcentaje)

En la tabla No. VI Se muestra que en el sexo masculino predominó la familia en fase de independencia, seguido por la de dispersión ninguno en fase de retiro y muerte, mismo comportamiento en el sexo femenino en frecuencia pero en esta si existió en fase de retiro, no se encontró significancia estadística.

TABLA No. VII Asociación del FACES III por Sexo.

DOMINIO	Hombres n = 6 F (%)	Mujeres n = 36 F (%)	Ch ²	Sig.
Cohesión :			1.530	.675
No relacionada	1(2.4)	8(19.0)		
Semirrelacionada	3(7.1)	12(28.6)		
Relacionada	2(4.8)	10(23.8)		
Aglutinada	-	6(14.3)		
Adaptabilidad :			1.993	.574
Rígida	3(7.1)	11(26.2)		
Estructurada	2(4.8)	10(23.8)		
Flexible	1(2.4)	7(16.7)		
Caótica	-	8(19)		

* Cifra estadísticamente significativa (P<0.05); F (%) = Frecuencia (porcentaje)

En la asociación de funcionamiento familiar por sexo se encontró, en el sexo masculino un predominio de familia funcional y solamente el 2.4% (1) fue disfuncional de acuerdo a la cohesión y por la adaptabilidad la mitad de los hombres fueron familias funcionales y la otra mitad disfuncionales, en el sexo femenino por la cohesión existe un discreto predominio de la funcionalidad con el 52.4% (22) y disfuncionales el 33.3% (14), por adaptabilidad se encontró un comportamiento muy similar ya que el 45.2% (19) fueron disfuncionales y el 40.5% (17) funcionales, no se encontró significancia estadística.

TABLA No. VIII Modelo Circunflejo de Olson por sexo.

CLASIFICACION DE LAS FAMILIAS	Hombres n = 6 F (%)	Mujeres n = 36 F (%)	<i>Ch</i> ²	<i>Sig.</i>
BALANCEADO	3(7.1)	13(31)	.452	.798
RANGO MEDIO	2(4.8)	14(33.3)		
EXTREMO	1(2.4)	9(21.4)		

* Cifra estadísticamente significativa (P<0.05); F (%) = Frecuencia (porcentaje)

Al realizar la conversión con el Modelo de Olson para clasificar a las familias, en el sexo masculino predominio la familia balanceada con disminución discreta hacia el rango medio y al extremo, en el sexo femenino predominio el rango medio, el segundo lugar el balanceado y en tercer lugar el extremo, en ambos sexos el 23.8% (10) fueron familias en rango extremo.

TABLA No. IX Asociación del Instrumento FACES III entre Paciente y Familiar.

DOMINIO	Pacientes F (%)	Familiares F (%)	Ch ²	Sig.
Cohesión :			24.04	.004*
No relacionada	9(21.4)	6(14.3)		
Semirrelacionada	15(35.7)	15(35.7)		
Relacionada	12(28.5)	17(40.5)		
Aglutinada	6(14.3)	4(9.5)		
Adaptabilidad :			21.1	.012*
Rígida	14(33.3)	16(38.1)		
Estructurada	12(28.6)	12(28.6)		
Flexible	8(19)	4(9.4)		
Caótica	8(19)	10(23.8)		

* Cifra estadísticamente significativa (P<0.05); F (%) = Frecuencia (porcentaje)

En la asociación entre la percepción de la funcionalidad familiar entre pacientes y familiares encontramos que los pacientes perciben a la familia disfuncional con 35.7% (15) y los familiares el 23.8% (10), la funcionalidad en los pacientes fue del 64.2% (27) y en los familiares del 76.2%, esto mediante la Cohesión, por la adaptabilidad en los pacientes el 52.3% (22) fue disfuncional y en los familiares el 61.9% (26), la funcionalidad en los pacientes fue de 47.3% (20) y en los familiares del 38% (16), en ambas asociaciones se encontró significancia estadística.

TABLA No. X Modelo Circunflejo de Olson entre Paciente y Familiar

CLASIFICACION DE LAS FAMILIAS	PACIENTE F (%)	FAMILIAR F (%)	<i>Ch²</i>	<i>Sig.</i>
BALANCEADO	16(38.1)	13(31)	16.24	.003*
RANGO MEDIO	16(38.1)	20(47.6)		
EXTREMO	10(23.8)	9(21.4)		

* Cifra estadísticamente significativa (P<0.05); F (%) = Frecuencia (porcentaje)

En la tabla No. X Relacionada con el Modelo Circunflejo de Olson las familias quedaron clasificadas de acuerdo a los paciente mismo porcentaje para familias balanceadas y rango medio con el 38.1% (16) y con un porcentaje menor a las familias en rango extremo con el 23.8% (10), por los familiares el porcentaje más elevado correspondió a las familias en rango medio con el 47.6% (20), en segundo lugar las familias balanceadas con el 31% (13) y el 21.4% (9) las familias en rango extremo, en esta relación se encontró significancia estadística.

TABLA No. XI Asociación del FACES III con el Subsistema Conyugal.

DOMINIO	Severamente Disfuncional F (%)	Moderadamente Disfuncional F (%)	Funcional F (%)	Chi ²	Sig.
Cohesión :				14.7	.023*
No relacionada	2(5.6)	5(13.9)	-		
Semirrelacionada	-	7(19.4)	6(16.7)		
Relacionada	1(2.8)	7(19.4)	2(5.6)		
Aglutinada	-	1(2.8)	5(13.9)		
Adaptabilidad :				6.25	.396
Rígida	1(2.8)	5(13.9)	6(16.7)		
Estructurada	1(2.8)	4(11.1)	5(13.9)		
Flexible	1(2.8)	5(13.9)	1(2.8)		
Caótica	-	6(16.7)	1(2.8)		

* Cifra estadísticamente significativa (P<0.05); F (%) = Frecuencia (porcentaje)

Tabla No. XI Encontramos en el subsistema conyugal que el 8.14% (3) son portadores de disfunción conyugal severa, al asociarla con FACESIII, por el dominio de cohesión el 5.6% (2) correspondió a familia disfuncional y el 2.8% (1) a familia funcional, por la adaptabilidad mostro el mismo comportamiento, en las parejas moderadamente disfuncionales fue del 55.5% (20), de los cuales el 16.7% (6) por fueron disfuncionales y el 38.8%(14) funcionales de acuerdo a la Cohesión y por la Adaptabilidad, fueron funcionales el 25% (9) y disfuncionales el 30.6% (11), las parejas funcionales en el sistema conyugal fue de 36.2% (13), en la asociación con FACES III, el 22.3% (8), fueron funcionales y el 13.9% (5) disfuncionales por la Cohesión y por Adaptabilidad el 19.5% (7) fueron disfuncionales y el 16.7% (6) como funcionales, se encontró significancia estadística con el dominio de Cohesión.

TABLA No. XII Asociación del Subsistema Conyugal con los tipos de familias (Modelo Circunflejo de Olson)

FAMILIAS	BALANCEADO F (%)	RANGO MEDIO F (%)	EXTREMO F (%)	<i>Ch²</i>	<i>Sig.</i>
Funcionalidad				1.15	.892
Severamente Disfuncional	1(2.8)	1(2.8)	1(2.8)		
Moderadamente Disfuncional	9(25)	6(16.7)	5(13.9)		
Funcional	4(11.1)	6(16.7)	3(8.3)		

* Cifra estadísticamente significativa (P<0.05); F (%) = Frecuencia (porcentaje)

Tabla No. XII Se muestra la asociación del Subsistema Conyugal y el Modelo Circunflejo de Olson, encontrándose en las parejas severamente disfuncionales el mismo porcentaje de 2.8% (1) a familias balanceadas, rango medio y extremo, las parejas moderadamente disfuncionales predominó el modelo de familia balanceado con el 25% (9), seguido por el rango medio con el 16.7% (6) y el 13.9% (5) para el rango extremo. Para las parejas funcionales predominó el modelo de rango medio con el 16.7% (6), seguido del modelo balanceado con el 11.1% (4) y el 8.3% (3) al rango extremo.

TABLA No. XIII Evaluación del Subsistema Conyugal por Sexo.

Funcionalidad	Hombres n = 6 F (%)	Mujeres n = 30 F (%)	<i>Ch²</i>	<i>Sig.</i>
Severamente Disfuncional	1(2.8)	2(5.6)	.655	.721
Moderadamente Disfuncional	3(8.3)	17(47.2)		
Funcional	2(5.6)	11(30.6)		

* Cifra estadísticamente significativa ($P < 0.05$); F (%) = Frecuencia (porcentaje)

En la tabla No. XIII Se observó que en la evaluación del Subsistema Conyugal un comportamiento muy similar en ambos grupos con un predominio de las parejas moderadamente funcionales, seguido por la funcional y por último con la frecuencia más baja las parejas severamente disfuncionales sin significancia estadística; en el grupo de las mujeres 6 no tenían pareja.

TABLA No. XIV Asociación de Escala de Evaluación del Subsistema Conyugal entre Paciente y Pareja.

DOMINIO	Pacientes F (%)	Pareja F (%)	<i>Chi²</i>	<i>Sig.</i>
Severamente Disfuncional	3(8.3)	1(2.8)	22.3	.000*
Moderadamente Disfuncional	20(55.6)	15(41.7)		
Funcional	13(36.1)	20(55.6)		

* Cifra estadísticamente significativa (P<0.05); F (%) = Frecuencia (porcentaje)

En la asociación de la evaluación del subsistema conyugal entre el paciente y la pareja (tabla No. XIV) encontramos que en la pareja el 55.6%(20) existe funcionalidad conyugal, los pacientes se encuentran con disfuncionalidad moderada 55.6%(20) con tendencia a ser severamente disfuncional, siendo esta cifra estadísticamente significativa.

XVI DISCUSION.

Dentro de los aspectos sociodemográficos en esta población de estudio encontramos una media de 48.8 ± 8.6 años, con predominio en el estado civil de casados, actividad de empleados y en las mujeres amas de casa, escolaridad discreto predominio del nivel secundaria sobre el de primaria, y en los aspectos reproductivos fueron familias de dos hijos en ambos sexos.

La presencia de una enfermedad crónica en un miembro de la familia supone cambios en la estabilidad en su conjunto ya que deberá acomodarse a cada familia conduciendo a los cambios en el ciclo vital de la familia, en esta población de estudio las familias predominaron en la fase de independencia, de ahí la importancia del papel del acompañante para mantener la integridad y el cambio en su ciclo vital, así como es diferente el ciclo vital de la familia para el impacto que se tendrá es de relevancia la tipología familiar y cada una de ellas reaccionara en forma diferente y utilizaran los recursos de forma diferente, en nuestra muestra encontramos, de acuerdo a su desarrollo un predominio en familia tradicional, por su ocupación en obreros, de acuerdo a su composición nuclear simple, por su demografía en urbana, por su integración familia semi-integradas.

Cuando se pensó en la realización de esta investigación de la fibromialgia, el funcionamiento familiar y su vida conyugal nos llevó a la revisión de la literatura, nacional, e internacional nos enfrentamos a la no existencia de estudios publicados en este sentido, sin embargo queríamos saber con qué frecuencia aparecían los problemas conyugales y la disfuncionalidad familiar en los pacientes portadores de fibromialgia.

Al aplicar FACES III al total de la población de estudio, por el dominio de cohesión el 64.3% fueron funcionales y por adaptabilidad el 47.7%, en la comparación entre pacientes y familiares los pacientes por el dominio de cohesión se perciben funcionales en el 64.2% y el familiar con el 76.2% y por el dominio de adaptabilidad

el paciente con el 47.6% y el familiar con el 38%, la disfuncionalidad por dominio de cohesión predominó en las familias no relacionadas, por adaptabilidad las familias rígidas, en ambos grupos encontramos el mismo comportamiento.

Según la percepción de los pacientes, la mayoría de sus familias tienen a ser funcionales existiendo iguales porcentajes tanto de familias balanceadas como de rango medio siendo más funcionales los hombres que las mujeres; en contraste, según la percepción de los familiares de los pacientes se presentó una tendencia a no ser una familia tan funcional.

El subsistema conyugal encontramos un predominio de las parejas moderadamente disfuncionales 55.5% (20), el 36.2%(13) fueron funcionales, solo el 8.4% de las parejas fueron severamente disfuncional y las cuales al relacionarlas con FACES III encontramos según la cohesión que las familias funcionales tienen disfuncionalidad conyugal moderada siendo esto significativo; por la adaptabilidad predominan las familias rígidas y caóticas con funcionalidad conyugal no siendo esto significativo.

La percepción entre los pacientes y la pareja del subsistema conyugal en ambos predominó la pareja moderadamente funcional, pero la percepción de la funcionalidad conyugal es inferior en el paciente que en la pareja.

Salazar-colín y cols. en un estudio donde utilizaron la escala de evaluación del subsistema conyugal para relacionar la disfunción conyugal con los motivos de consulta de pacientes hiperutilizadores encontraron: 47 parejas funcionales, 32 parejas moderada disfuncionales y solo 1 pareja severamente disfuncional siendo estadísticamente significativo la disfuncionalidad conyugal en relación a las patologías mentales³⁶.

En el 2011 se realizó un trabajo con pacientes diabéticos en donde se relacionaba la cohesión y la flexibilidad familiar con la hemoglobina glucosilada, en donde se encontró que en relación a la cohesión se dio el mayor porcentaje en las familias unidas (40%), seguido de las familias aglutinadas (25.4%), en relación a la adaptabilidad familiar fueron más frecuentes las familias caóticas con una (46.3%) en comparación con el (3.4%) de las familias rígidas, 89 familias correspondieron a categoría media, mientras que 49 fueron a familias extremas³⁷.

En un estudio de cohorte del 2012 en donde se aplicó FACES III, para funcionamiento familiar, y con el objetivo de conocer la asociación de ésta con la disminución de peso corporal; se encontró que predominó la familia nuclear, el ciclo vital más frecuente fue el de dispersión (acorde con el grupo de edad estudiado), las familias de 23.2 % de los sujetos se encontraban en crisis no normativa, probablemente por el ciclo vital por el que atravesaban; la cohesión fue mayor que la adaptabilidad. La frecuencia de disfunción familiar fue de 56.6 %: las familias relacionadas caóticas y caóticas aglutinadas fueron las más afectadas³⁸.

En un estudio realizado por Mendoza-Solís y cols. en donde su objetivo fue determinar los factores de la dinámica familiar relacionados a la funcionalidad familiar en un grupo de familias del primer nivel de atención utilizando FACES III, se encontró que de un total de 103 diagnósticos predominaron las familias integradas, nucleares, tradicionales, urbanas y empleadas, aunque no se relaciona con patología crónica, se aplicó además la Escala de evaluación del subsistema conyugal (Chávez-Aguilar) en donde se vio predominio de las parejas funcionales³⁹. Resultados que coinciden con los encontrados en nuestro estudio con la diferencia de que en este trabajo se encontraron predominantemente familias semi-integradas.

Una de las limitaciones del presente estudio es que fue muy pequeña la muestra ya que la mayoría de los pacientes tienen fibromialgia asociada a comorbilidades crónicas-degenerativas y no contaban con los criterios de inclusión, además, en este mismo sentido la muestra de los pacientes del sexo masculino fue aún menor en relación a las mujeres.

Otra de las limitaciones es el tipo de instrumento aplicado, ya que se trata de una encuesta y las respuestas dadas por los pacientes pueden ser de manera subjetiva.

XVII CONCLUSIONES

1.- Las características sociodemográficas en los pacientes con Fibromialgia fueron: edad entre la 4ta y 5ta década de la vida, casados, amas de casa y empleados con escolaridad primaria y secundaria así como con 2 o 3 hijos.

2.- Su tipología fue: familias tradicionales, obreras, urbanas, nucleares simples y semi-integradas.

3.- En su ciclo vital encontramos a las familias en etapa de independencia.

4.- Los pacientes se perciben con mejor funcionalidad familiar que los familiares, en ambos sexos predominio la familia funcional, pero el porcentaje es mayor en los hombres que en las mujeres.

5.- En el subsistema conyugal predominaron las parejas moderadamente disfuncionales y al relacionarlo con FACES III predominio la familia funcional.

6.- En ambos sexos predominaron las parejas moderadamente disfuncionales; el nivel de funcionalidad conyugal es mejor para la pareja que para el paciente.

XVIII SUGERENCIAS.

1.- Como no existen suficientes evidencias científicas en la literatura, se sugiere continuar realizando investigaciones de esta patología, ya que se trata de un tema importante que involucra al médico del primer nivel de atención.

2.- Incrementar la muestra para poder aportar resultados que nos demuestren el papel de la familia y su impacto en el subsistema conyugal, elemento esencial en la funcionalidad familiar.

3.- Que el medio familiar utilice estos dos instrumentos en el estudio de los pacientes para conocer la funcionalidad familiar en todos los pacientes incluyendo los pacientes con FM.

XIX REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.

1. Diagnóstico y Tratamiento de la Fibromialgia en el Adulto. México, Secretaria de Salud; 2008.
- 2.- González E, Elorza J, Failde I. Comorbilidad psiquiátrica y fibromialgia. Su efecto sobre la calidad de vida de los pacientes. Actas Españolas Psiquiátricas. 2010; 38(5):295-300
- 3.- López N, Mingote JC. Fibromialgia. Clínica y Salud. 2008; 19(3):343-358
4. - Consensus Document on Fibromyalgia. The Copenhagen Declaration (1993). Journal of Musculoskeletal pain. Vol. 1. New York: Haworth Press; 1993
- 5.- García A. Fibromialgia. Revista Española de Reumatología. 2000; 27:447-9
- 6.- Valverde M, Juan A, Rivas B, Carmona L. Fibromialgia. En: Estudio EPISER. Prevalencia e impacto de las enfermedades reumáticas en la población adulta española. Madrid: Msd y Sociedad Española de Reumatología; 200:77-91.
- 7.- Frecuencia de la Fibromialgia en el Hospital General de México. Revista Mexicana de Reumatología. 2001; 16: 191-197
- 8.- Restrepo J, Ronda E, Vives C, Gil D. ¿Qué sabemos sobre los factores de riesgo de la fibromialgia? Revista de Salud pública.2009; 11(4):662-674
- 9.- Romero S, Santamaría C, Aracil A. Fibromialgia: Un reto diagnóstico y terapéutico en el siglo XXI. La revista del CNEM. 2009; 1:1-6
- 10.- Muriel C. Fibromialgia. In: Aran, editores. Dolor crónico: diagnóstico, clínica y tratamiento. Módulo 3. México. 2007; 35-60

- 11.- Hernández MA, Ramos J. Estudio Polisomnográfico en pacientes con fibromialgia primaria. *Archivo Neurociencias de México*. 2005; 10(1): 9-14
- 12.- Belenguer R, Ramos M, Siso A, Rivera J. Clasificación de la Fibromialgia. *Revisión Sistemática de la Literatura. Reumatología Clínica*. 2009; 5(2):55-62
- 13.- Papadakis M. Fibromialgia. En: *Diagnóstico Clínico y Tratamiento*. México: Editorial McGraw-Hill, 2007: 839-840
- 14.- Tovar M.A. Fibromialgia. *Colombia Médica* .2005; 36: 287-291
- 15.- Escudero MJ, García N, Prieto MA, et al. Fibromialgia: percepción de pacientes sobre su enfermedad y el sistema de salud. Estudio de investigación cualitativa. *Reumatología Clínica*. 2010; 6(1):16-22
- 16.- Torre F, Martín-Corral J, Callejo A, et al. Calidad de vida relacionada con la salud y estrategias de afrontamiento ante el dolor en pacientes atendidos por una unidad de tratamiento del dolor. *Rev. Soc. Esp. Dolor*. 2008; 2: 83-93
- 17.- Ruiz I, Ubago M.C, Bermejo M.J et al. Diferencias en características socio-demográficas, clínicas y psicológicas entre hombres y mujeres diagnosticados con fibromialgia. *Rev Clin Esp*. 2007; 207(9):133-9
- 18.- Miró E, Diener FN, Martínez MP, Sánchez AI, Valencia MC. La fibromialgia en hombres y mujeres: comparación de los principales síntomas clínicos. *Psicothema*. 2012; 24(1):10-15
- 19.- Vicente M, Terradillos M, Capdevila L, et al. Fibromialgia y Trabajo. *Revista Médica Instituto Mexicano del Seguro Social* .2011; 49 (5): 511-516

- 20.- Hauser W, et al. Classification, Diagnosis and Treatment. Fibromyalgia Syndrome. Clinical Practice Guideline. 2009; 106(23): 383-91
- 21.- Alegre de Miquel et al. Documento de Consenso Interdisciplinar para el tratamiento de la fibromialgia. Actas Españolas de Psiquiatría. 2010; 38(2):108-120
- 22.- Rothenberg R. Patofisiología y Tratamiento de la Fibromialgia. Fibromyalgia Frontiers. National Fibromyalgia Partnership. 2010; 18(1):1-10
- 23.- Casals C, et al. Prescripción de actividad física en pacientes con fibromialgia. Semergen. 2011; 11(1):1-7
- 24.- Rocha M, Benito E. La fibromialgia: fundamentos y tratamiento. Revista de la Facultad de Ciencias de la Salud. 2006; 4(1): 1-18
- 25.- Nishishinya MB, Rivera J, Alegre C, et al. Intervenciones no farmacológicas y tratamientos alternativos en la fibromialgia. Med Clin. (Barc). 2006; 127(8):295-9
- 26.- Rivera J. Tratamiento farmacológico en la fibromialgia. Semin Fund Reumatol.2011; 12(1):21-26
- 27.- Hernández J, Moreno C. Fibromialgia en la mujer. ACED. 2008: 198-214
- 28.- Cruz L, Tamayo AC, Guevara U, Bautista V. Tratamiento Farmacológico de la Fibromialgia: la experiencia de tres años. Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM. 2010; 53(3):11-17
- 29.- Gómez Clavelina FJ. Diagnostico de Salud Familiar. En Irigoyen-Coria A, Gómez Clavelina FJ. Fundamentos de Medicina Familiar. 7ª ed. México: Medicina Familiar Mexicana. 2000:103-140

- 30.- Espinosa GM. Funcionamiento Familiar: funcional/disfuncional. En Membrillo L, Fernández O, Quiroz JR, Rodríguez JL, FAMILIA: Introducción al estudio de sus elementos. 1ª ed. México. Editores de textos mexicanos. 2008:51-72
- 31.- Schmidt V, Barreyro JP, Maglio AL. Escala de evaluación del funcionamiento familiar FACES III: ¿Modelo de dos o tres factores?. Escritos de Psicología. España. 2010; 3(2):30-36
- 32.- Costa D, Lujan ML, Masjuan N, Trapaga M, Del Arca D, Scafarelli L, Feibuscheurez A. Escala de Evaluación del Funcionamiento Familiar – FACES IV - Proceso de adaptación a Montevideo Uruguay, Ciencias Psicológicas. 2009; 3(1): 43-56
- 33.- Ponce E.R, Gómez F.J, Terán M, Irigoyen A.C, Landgrave S. Validez del Constructo del Cuestionario FACES III en español (México). Aten primaria 2002. Diciembre. 30 (10): 624-630
- 34.- Díaz MJ. Prevención de conflictos de pareja. México; Olla; 1998:27-70
- 35.- Chávez AV, Velasco OR. Disfunciones familiares del subsistema conyugal. Criterios para su evaluación. Rev. IMSS.1994; 32:39-43
- 36.- Salazar CE, Boschetti FB, Monroy CC, Ponce RR, Irigoyen CA. Disfunción Conyugal y su Relación con los Motivos de Consulta de los Pacientes Hiperutilizadores. Archivos en Medicina Familiar. 2005; 7(2): 45-48
- 37.- Sánchez RA, 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):82-86

38.- Jaramillo R, Espinosa I, Espínola IA. Disminución de peso y funcionalidad familiar en sujetos con obesidad y sobrepeso. Rev. Med. Inst. Mex. Seguro Soc. 2012;50(5):487-492

39.- Mendoza-Solís LA, Soler-Huerta E, Sainz-Vázquez L, Gil-Alfaro I, Mendoza-Sánchez HF, Pérez-Hernández C. Análisis de la Dinámica y Funcionalidad Familiar en Atención Primaria. Archivos en Medicina Familiar. 2006; 8 (7): 27-32

XX ANEXO No.1

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO.

Nombre del paciente: _____ Edad: _____

ACEPTO participar en el protocolo de estudio:

Nombre del estudio: *FUNCIONAMIENTO FAMILIAR EN EL PACIENTE CON FIBROMIALGIA.*

Lugar y fecha: _____

Número de registro: _____

Justificación y objetivo del estudio: Con este estudio se pretende Valorar la funcionalidad familiar de los pacientes con Fibromialgia en forma general y desde el punto de vista de la pareja, Identificar qué tipo familia son, Redactar en qué etapa del ciclo vital familiar se encuentran. No se tiene hasta el momento evidencia dentro de nuestro entorno de qué manera afectaría la fibromialgia la funcionalidad familiar, motivo por lo que creemos necesario realizar este estudio. Se llevará a cabo en la UMF 80.

Procedimientos: Debemos responder tanto yo como todos los integrantes de mi familia, un cuestionario de 20 preguntas; así como solo yo y mi pareja a un cuestionario de 5 preguntas adicionales con información adecuada y verdadera con los cuales se evaluara la funcionalidad de mi familia.

Posibles riesgos y molestias: El estudio no lleva ningún tipo de riesgo para mi salud o la de mis familiares.

Posibles beneficios que recibirá al participaren el estudio: Los beneficios que obtendré con este estudio es conocer como mi enfermedad afecta el funcionamiento de mi familia.

Información sobre resultados y alternativas de tratamiento: Se me otorgará información de los resultados al finalizar este protocolo y en caso de alguna alteración se me informará sobre las alternativas de tratamiento más actualizadas.

Participación o retiro: Mi participación y la de mi familia son absolutamente voluntarias, por lo que puedo retirarme si así lo decido, sin que ello tenga ninguna implicación con respecto a mis derechos de atención.

Privacidad y confidencialidad: Se mantendrá el carácter confidencialidad de los datos personales y familiares, a los cuales sólo tendrá acceso el personal de salud vinculado con esta investigación.

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

Investigador Responsable: Dr. Víctor Manuel Álvarez Martínez

Nombre y firma del sujeto.

Nombre y firma de quien obtiene el Consentimiento.

Nombre, dirección, relación y firma
Testigo

Nombre, dirección, relación y firma
Testigo

ANEXO No. 2

HOJA DE RECOLECCION DE DATOS PARA PACIENTES ADSCRITOS A LA UMF
No. 80

VARIABLES SOCIO-DEMOGRAFICAS.

No. DE FOLIO: _____

Nombre: _____

No. De Afiliación: _____

Edad _____

Género: H () M ()

Estado Civil: Casada/o () Soltera/o () Unión libre ()

Separada/o () Viuda/o ()

Ocupación: _____

Escolaridad: _____

Número de Hijos: _____

Tipo de familia:

Composición _____

Desarrollo _____

Demografía _____

Ocupación _____

Integración _____

Etapa del ciclo vital de la familia:

*Matrimonio * Expansión * Dispersión *Independencia * Retiro y Muerte.

ANEXO No. 3

FACES III (Olson, Portner y Levee, 1985 Olson, 1992)

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

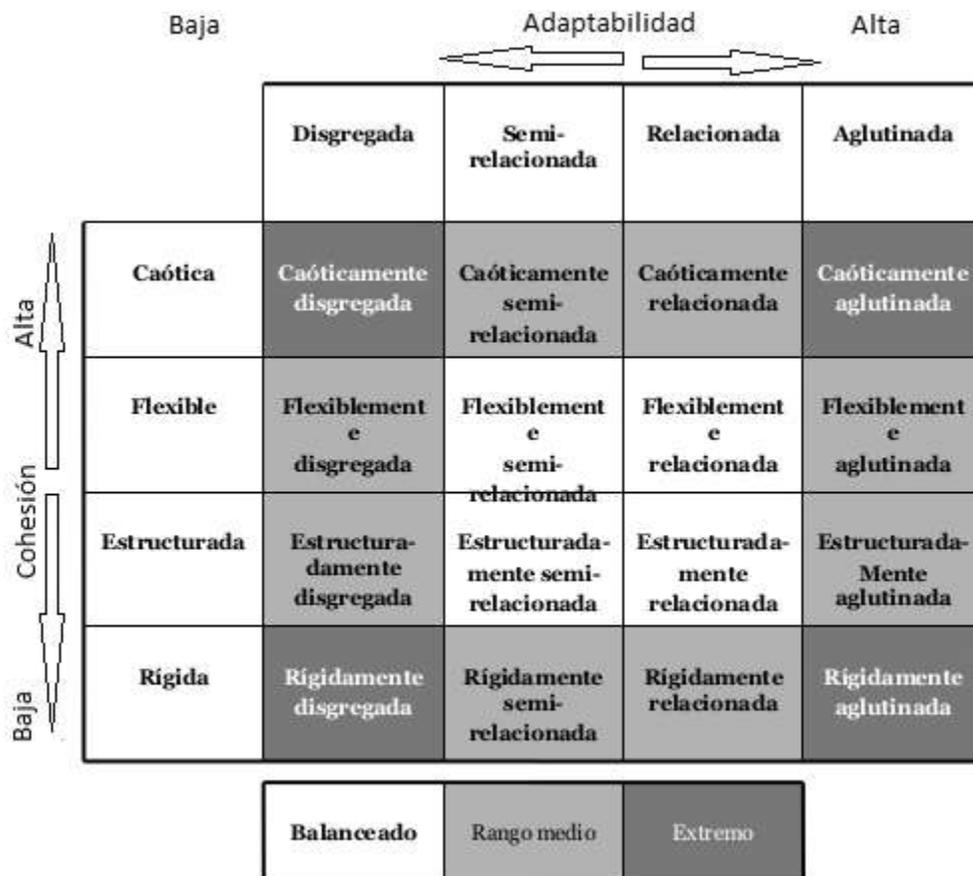
NUNCA	CASI NUNCA	ALGUNAS VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
1	2	3	4	5

Describe su familia:

- 1.- Los miembros de nuestra familia se dan apoyo entre si
- 2.- En nuestra familia se toman en cuenta las sugerencias de los hijos para resolver los problemas.
- 3.- Aceptamos las amistades de los demás miembros de la familia.
- 4.- Los hijos pueden opinar en cuanto a su disciplina.
- 5.- Nos gusta vivir solamente con los familiares más cercanos.
- 6.- Cualquier miembro de la familia puede tomar la autoridad.
- 7.- Nos sentimos más unidos entre nosotros que con personas que no son de nuestra familia.
- 8.- Nuestra familia cambia el modo de hacer sus cosas.
- 9.- Nos gusta pasar el tiempo libre en familia.
- 10.- Padres e hijos se ponen de acuerdo en relación con los castigos.
- 11.- Nos sentimos muy unidos.
- 12.- En nuestra familia los hijos toman las decisiones.
- 13.- 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 quien hace las labores del hogar.

ANEXO 4. Modelo Circunflejo de Olson, Portner y Levee, 1985 Olson, 1992.

Cohesión	Amplitud de clase	Adaptabilidad	Amplitud de clase
No relacionada	10 - 34	Rígida	10 - 19
Semirrelacionada	35 - 40	Estructurada	20 - 24
Relacionada	41 - 45	Flexible	25 - 28
Aglutinada	46 - 50	Caótica	29 - 50



ANEXO No. 5

ESCALA DE EVALUACION DEL SUBSISTEMA CONYUGAL (CHAVEZ-AGUILAR 1989)

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

CALIFICACION:

0 - 40 PAREJA SEVERAMENTE DISFUNCIONAL

41 - 70 PAREJA MODERADAMENTE DISFUNCIONAL

71 - 100 PAREJA FUNCIONAL

ANEXO No. 6

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

AÑO	2012		2013											2014
	Nov.	Dic.	Enero	Feb.	Marzo	Abri l	May	Juni o	Julio	Agosto	Sept.	Oct.	Nov.	Dic.
Búsqueda de la información Construcción del marco teórico	X	X	X	X										
Aprobación por el comité local de investigación								X	X					
Selección de la población y tamaño de muestra									X	X	X			
Recolección de datos										X	X	X	X	
Análisis estadísticos de los datos												X	X	
Presentación de los resultados (tesis)														X
Presentación de la tesis														X