



**Universidad
Norbert Wiener**

Powered by **Arizona State University**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE
TECNOLOGÍA MÉDICA**

TESIS

**“Discapacidad por dolor lumbar y estado psicoemocional en el personal
administrativo de una empresa de telefonía, 2022”**

**Para optar el Título Profesional de
Licenciada en Tecnología Médica en Terapia Física y Rehabilitación**

Presentado por

Autora: Camus Alva, Verónica Karen

Código Orcid: 0009-0003-9210-0200

Asesor: Mg. Vera Arriola, Juan

Código Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-8665-0543>

Lima – Perú

2022

 Universidad Norbert Wiener	DECLARACIÓN JURADA DE AUTORIA Y DE ORIGINALIDAD DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN		
	CÓDIGO: UPNW-GRA-FOR-033	VERSIÓN: 01 REVISIÓN: 01	FECHA: 08/11/2022

Yo, Veronika Karen Camus Alva, egresada de la Facultad de Ciencias de la Salud y Escuela Académica Profesional de Tecnología Médica Escuela de Posgrado de la Universidad privada Norbert Wiener declaro que el trabajo académico "Discapacidad por dolor lumbar y estado psicoemocional en el personal administrativo de una empresa de telefonía, 2022"

Asesorado por el docente: Juan Américo, Vera Arriola DNI 42714753

ORCID 0000-0002-8665-0543 Tiene un índice de similitud de 7(siete)% con código [oid:14912:259103706](https://doi.org/10.14912/259103706) verificable en el reporte de originalidad del software Turnitin.

Así mismo:

1. Se ha mencionado todas las fuentes utilizadas, identificando correctamente las citas textuales o paráfrasis provenientes de otras fuentes.
2. No he utilizado ninguna otra fuente distinta de aquella señalada en el trabajo.
3. Se autoriza que el trabajo puede ser revisado en búsqueda de plagios.
4. El porcentaje señalado es el mismo que arrojó al momento de indexar, grabar o hacer el depósito en el turnitin de la universidad y,
5. Asumimos la responsabilidad que corresponda ante cualquier falsedad, ocultamiento u omisión en la información aportada, por lo cual nos sometemos a lo dispuesto en las normas del reglamento vigente de la universidad.



.....
 Firma
 Veronika Karen Camus Alva
 DNI:45062047



.....
 Firma
 Juan Américo, Vera Arriola
 DNI: 42714753

DEDICATORIA

Este trabajo se lo dedico a mis padres, por el cariño brindado, por haberme formado con buenos sentimientos y valores lo cual me ha permitido seguir adelante con mis proyectos y ser la persona que hoy en día soy. A mi madre por su positivismo y entusiasmo y a mi padre por sus apoyos y consejos constantes.

Así mismo quiero dedicarte este trabajo, Yuri, por todo lo que hemos pasado y seguimos formando en este camino como familia, sé que juntos los tres somos un gran equipazo.

Por ello también quiero dedicárselo con todo el amor del mundo a mi hija valentina, de quien espero ser un ejemplo y motivación, te amo.

AGRADECIMIENTO

Agradezco a dios por permitirme cumplir una meta más, así mismo por todo lo que brinda a mi familia.

Agradezco a mis padres por la vida, por todo lo que me han otorgado, por ser de mi la gran persona que soy, y por permitirme tener el honor de ser su hija y ser los abuelitos más cariños para mi valentina.

Agradezco a mi familia, a ti Yuri que eres mi compañero de vida, que me has apoyado todo este tiempo, que juntos nos esforzamos a diario por dar lo mejor de nosotros para nuestra valentina, a quien le doy gracias a dios por permitirme ser su madre, te amo mi amor.

Agradezco al lic. Juan vera, por su tiempo y gran apoyo para que este proyecto pueda concretarse y ser para mí una meta más trazada.

Y gracias a todos los amigos y familiares que han creído en mí y me han apoyado con su buena vibra, entusiasmo y cariño.

RESUMEN

La discapacidad por dolor lumbar presenta una elevada prevalencia a nivel mundial; por ejemplo, el nivel de afectación es cercana al 70% de la población adulta y trabajadora. El componente psicoemocional es un factor importante en las discapacidades por dolor músculo esquelético. Así, componentes cognitivos – emocionales, como la ansiedad y depresión son, actualmente parte del estudio del fenómeno del dolor. La prevalencia de ansiedad a nivel mundial bordea el 10%, en España la cifra es de 7%. En Norteamérica la ansiedad y depresión afectan a 1 de cada 5 adultos. Además; el contexto de pandemia aumentó dichas cifras a nivel mundial. Este aumento se produjo en los trabajadores administrativos pues tuvieron que adecuarse al trabajo remoto y debido al propio contexto los problemas de dolor músculo esquelético aumentaron considerablemente. El objetivo del presente estudio fue determinar la relación entre la discapacidad por dolor lumbar y el estado psicoemocional en el personal administrativo de una empresa de telefonía, 2022. Se realizó un estudio observacional, correlacional y de corte transversal en 85 personas. Se utilizaron como instrumentos: el cuestionario de Oswestry y el cuestionario de ansiedad y depresión de Goldberg. Los resultados mostraron alto índices de depresión y ansiedad. También elevada discapacidad por dolor lumbar. Al relacionar las variables se evidenció que existe relación estadísticamente significativa entre la discapacidad por dolor lumbar y el estado psicoemocional de la muestra.

Palabras clave: dolor lumbar, discapacidad por dolor lumbar, factores psicoemocionales, ansiedad, depresión.

ABSTRACT

Disability due to low back pain has a high prevalence worldwide; for example, the level of affectation is close to 70% of the adult and working population. The psychoemotional component is an important factor in disabilities due to skeletal muscle pain. Thus, cognitive-emotional components, such as anxiety and depression, are currently part of the study of the phenomenon of pain. The prevalence of anxiety worldwide is around 10%, in Spain the figure is 7%. In North America, anxiety and depression affect 1 in 5 adults. Also; the context of the pandemic increased these figures worldwide. This increase occurred in administrative workers because they had to adapt to remote work and, due to the context itself, problems with skeletal muscle pain increased with difficulty. The objective of the present study was to determine the relationship between disability due to low back pain and the psychoemotional state in the administrative staff of a telephone company, 2022. An observational, correlational and cross-sectional study was carried out in 85 people. The instruments used were: the Oswestry questionnaire and the Goldberg anxiety and depression questionnaire. The results showed high rates of depression and anxiety. Also high disability due to lumbar pain. When relating the variables, it is evident that there is a statistically significant relationship between disability due to low back pain and the psychoemotional state of the sample.

Keywords: low back pain, low back pain disability, psychoemotional factors, anxiety, depression.

INDICE

1. EL PROBLEMA

- 1.1 Planteamiento del problema
- 1.2 Formulación del Problema
 - 1.2.1 Problema General
 - 1.2.2 Problema Específico
- 1.3 Justificación
- 1.4 Objetivos
 - 1.4.1 Objetivo General
 - 1.4.2 Objetivos Específicos

2. MARCO TEÓRICO

- 2.1. Antecedentes
- 2.2. Base teórica
- 2.3. Hipótesis
 - 2.3.1 Hipótesis General
 - 2.3.2. Hipótesis Específica
- 2.4. Variables e indicadores
- 2.5. Definición Operacional de términos

3. DISEÑO METODOLÓGICO

- 3.1 Tipo de Investigación
- 3.2 Ámbito de investigación
- 3.3 Población y Muestra
- 3.4 Técnica e Instrumento de Recolección de Datos
- 3.5 Plan de procesamiento y análisis de datos
- 3.6 Aspecto ético

4. PRESENTACIÓN Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

- 4.1. Resultados
- 4.2. Discusión

5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

- 5.1. Conclusiones
- 5.2. Recomendaciones

REFERENCIAS Y ANEXOS

1. EL PROBLEMA

1.1. Planteamiento del problema

La discapacidad por dolor lumbar presenta una elevada prevalencia a nivel mundial; por ejemplo, el nivel de afectación es cercana al 70% de la población adulta y trabajadora (1). En países desarrollados, como Alemania y los que pertenecen a la Unión Europea, la prevalencia de dolor lumbar es de 80% de la población adulta (2). Las cifras en Latinoamérica también son elevadas; así, por ejemplo, en Colombia la prevalencia de dolor lumbar llega a un máximo de 70% de la población adulta joven (3). En nuestro país, un estudio, encontró una cifra de prevalencia de dolor lumbar entre 70% y 75% (4).

El componente psicoemocional es un factor importante en las discapacidades por dolor músculo esquelético (5). Así, componentes cognitivos – emocionales, como la ansiedad y depresión son, actualmente parte del estudio del fenómeno del dolor (6). La prevalencia de ansiedad a nivel mundial bordea el 10%, en España la cifra es de 7% (7). En Norteamérica la ansiedad y depresión afectan a 1 de cada 5 adultos (8). Además; el contexto de pandemia aumentó dichas cifras a nivel mundial (9). Este aumento se produjo en los trabajadores administrativos pues tuvieron que adecuarse al trabajo remoto y debido al propio contexto los problemas de dolor músculo esquelético aumentaron considerablemente (10).

Entonces, es necesario identificar si existe relación entre la discapacidad que causa el dolor lumbar y los factores psicoemocionales, como la ansiedad y el estrés en los trabajadores administrativos. Por ello, que se plantea la siguiente pregunta de investigación:

1.2. Formulación del problema

1.2.1. Problema general

- ¿Cuál es la relación entre la discapacidad por dolor lumbar y el estado psicoemocional en el personal administrativo de una empresa de telefonía, 2022?

1.2.2. Problemas específicos

- ¿Cuál es la relación entre discapacidad por dolor lumbar y el estado psicoemocional en su dimensión de ansiedad en el personal administrativo de una empresa de telefonía, 2022?
- ¿Cuál es la relación entre discapacidad por dolor lumbar y el estado psicoemocional en su dimensión de depresión en el personal administrativo de una empresa de telefonía, 2022?
- ¿Cuál es el nivel de discapacidad por dolor lumbar en el personal administrativo de una empresa de telefonía, 2022?
- ¿Cuál es la incidencia de ansiedad en el personal administrativo de una empresa de telefonía, 2022?
- ¿Cuál es la incidencia de depresión en el personal administrativo de una empresa de telefonía, 2022?
- ¿Cuáles son las características sociodemográficas del personal administrativo de una empresa de telefonía, 2022?

1.3. Objetivos de la investigación

1.3.1. Objetivo general

Determinar la relación entre la discapacidad por dolor lumbar y el estado psicoemocional en el personal administrativo de una empresa de telefonía, 2022.

1.3.2. Objetivos específicos

- Determinar la relación entre discapacidad por dolor lumbar y el estado psicoemocional en su dimensión de ansiedad en el personal administrativo de una empresa de telefonía, 2022.
- Determinar la relación entre discapacidad por dolor lumbar y el estado psicoemocional en su dimensión de depresión en el personal administrativo de una empresa de telefonía, 2022.
- Identificar el nivel de discapacidad por dolor lumbar en el personal administrativo de una empresa de telefonía, 2022.
- Conocer la incidencia de ansiedad en el personal administrativo de una empresa de telefonía, 2022.
- Conocer la incidencia de depresión en el personal administrativo de una empresa de telefonía, 2022.
- Describir las características sociodemográficas del personal administrativo de una empresa de telefonía, 2022.

1.4. Justificación de la investigación

1.4.1. Teórica

El dolor músculo esquelético tiene un componente psicoemocional importante. De ellos, el dolor en el esqueleto axial, como el dolor lumbar presenta factores psicoemocionales como la ansiedad y la depresión que pueden producir cronificación de síntomas llegando a generar niveles importantes de discapacidad (11). El enfoque biopsicosocial del dolor recomienda identificar las banderas amarillas pues ellas determinan el pronóstico en las personas con dolor lumbar (12), por ello es necesario identificar la relación que tienen los factores psicoemocionales con la discapacidad por dolor lumbar.

1.4.2. Metodológica

Para determinar la relación de las variables de estudio se plantea un estudio de tipo observacional y correlacional, lo cual servirá de base para futuras investigaciones con metodologías diferentes.

1.4.3. Práctica

Identificar la probable relación entre los factores psicoemocionales y la discapacidad por dolor lumbar servirá para poder tomar decisiones con respecto a la prevención de la cronificación de síntomas. Además; los resultados de la presente investigación permitirán identificar a los trabajadores administrativos que presenten problemas psicoemocionales y generar procedimientos de prevención en salud mental. La identificación de dolor lumbar permitirá recomendar medidas para disminuir su incidencia.

1.5. Delimitaciones de la investigación

1.5.1. Temporal

La presente investigación se realizó durante los meses de noviembre y diciembre del 2022.

1.5.2. Espacial

La presente investigación se realizó en la empresa de telefonía celular Bitel en su sede de San Juan de Lurigancho, ubicado en Av. Las Flores 248 – Lima, Perú.

2. MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes

Marshall, P. et al (2017), realizaron un estudio que tuvo como objetivo identificar los factores psicosociales en el dolor lumbar. Realizaron un estudio observacional y de corte transversal en 218 personas con dolor lumbar. Se realizaron análisis de mediación múltiple para determinar el papel del miedo, el catastrofismo, la depresión y la ansiedad en la relación entre el dolor y la discapacidad. Como resultados obtuvieron que el miedo, el catastrofismo y la depresión mediaron significativamente la relación entre el dolor y la discapacidad ($p < 0,001$). Sin embargo, el efecto mediador del catastrofismo estaba condicionado a la actividad física semanal ($B = 1,31$, IC del 95 %: 0,44 a 2,23), en comparación con las personas que no realizaron actividad física semanal ($B = 0,21$, IC del 95%: -0,50 a 0,97). El catastrofismo también medió en la relación entre el dolor y el miedo ($B = 0,37$, IC del 95 %: 0,15 a 0,62), y las puntuaciones más altas explicaron el 53 % del efecto total del dolor sobre el miedo. Los autores concluyen que el miedo y la depresión deben abordarse en pacientes con dolor lumbar para reducir la discapacidad (13).

Trocoli, T., et al (2017), realizaron un estudio que tuvo como objetivo identificar la prevalencia de ansiedad, depresión y kinesiofobia y su asociación con los síntomas de dolor lumbar. Realizaron un estudio observacional con 65 pacientes. Utilizaron como instrumentos el Inventario de Ansiedad de Beck, el Inventario de Depresión de Beck y la Escala de Kinesiofobia de Tampa, además de la Escala análoga visual. Como resultados obtuvieron que las puntuaciones medias de ansiedad de los pacientes fueron elevadas, sin diferencia significativa entre los grupos de estudio ($p = 0,99$). Los autores concluyen que no hubo

asociación entre los grupos y la ansiedad y la depresión. Sin embargo, hubo una correlación positiva entre la kinesiofobia y el dolor lumbar (14).

Borys, C., et al. (2018), realizaron un estudio que tuvo como objetivo determinar la asociación de características psicológicas con el uso de servicios de salud en pacientes con dolor lumbar. Realizaron un estudio observacional de corte transversal con una muestra de 88 personas con dolor lumbar. Utilizaron el índice de discapacidad de Oswestry e instrumentos de atención clínica para medir la depresión y el catastrofismo. Como resultados obtuvieron que existe una diferencia significativa en los problemas interpersonales del grupo de lumbalgia. Además; las personas con dolor lumbar presentaron altos de intensidad de dolor, discapacidad funcional, depresión, catastrofismo y utilización de atención médica. Los autores concluyen que el aumento de los problemas interpersonales generales se asocia con una carga elevada de variables relacionadas con el dolor, psicológicas y relacionadas con la atención de la salud (15).

LaRowe, L., et al (2020), realizaron un estudio que tuvo como objetivo determinar la relación entre la ansiedad con el consumo de alcohol y el uso de opioides en personas con dolor lumbar. Realizaron un estudio observacional, correlacional de corte transversal con 1812 personas con dolor lumbar. Utilizaron una encuesta autoinformada que incluyó el índice de discapacidad de Oswestry. Como resultados obtuvieron una media de edad de 43,95 años y mayor cantidad de mujeres (69%). Además; la ansiedad en personas con dolor se asoció positivamente con los índices de alcohol (es decir, las consecuencias relacionadas con el alcohol) y el uso de opiáceos (es decir, uso/abuso de opiáceos recetados, consumo diario de opiáceos). Es de destacar que el sexo

moderó las asociaciones entre la ansiedad relacionada con el dolor y las consecuencias relacionadas con el alcohol y el uso indebido de opioides recetados. Además de estar asociada con el consumo de alcohol y opioides recetados, de forma independiente, la ansiedad relacionada con el dolor también se asoció con una mayor probabilidad de respaldar el consumo conjunto de alcohol y opioides y participar en el consumo peligroso de alcohol y el uso indebido de opioides recetados al mismo tiempo. Los autores concluyen que la ansiedad se relaciona con el dolor y es un factor importante en el dolor junto con el uso de alcohol y opioides, con mayor incidencia en los varones (16).

Ranger, T. A., et al. (2020), realizaron un estudio que tuvo como objetivo determinar la relación entre la catastrofización, la depresión, el miedo al movimiento y la ansiedad con la discapacidad por dolor lumbar. Realizaron un estudio observacional, de cohorte con una muestra de 952. Como instrumentos utilizaron el Cuestionario de discapacidad de Roland-Morris de 23 ítems. Como resultados obtuvieron que aproximadamente la mitad de los participantes presentan dolor lumbar grave ($n = 299$, 47,2 %, intervalo de confianza [IC] del 95 %: 43,3 % -51,2 %) o discapacidad ($n = 315$, 57,6 %, IC del 95 %: 53,3 % - 61,8 %). La regresión multivariable de Poisson mostró una relación entre catastrofización, depresión, miedo al movimiento y ansiedad y mayor discapacidad. Sin embargo, cuando se agregaron todos los factores psicológicos al modelo de regresión, solo la catastrofización y la depresión permanecieron significativamente asociadas. Los autores concluyen que el dolor lumbar severo persistente y la discapacidad están asociados con una variedad de factores de riesgo psicológicos, en particular catastrofización y depresión (17).

Hallegraeff, J., et al. (2020), realizaron un estudio que tuvo como objetivo determinar si la ansiedad en personas con dolor lumbar predice el riesgo de discapacidad a largo plazo. Realizaron un estudio observacional de cohortes, con 204 personas entre los 18 a 60 años. Utilizaron como instrumentos el cuestionario de Oswestry y la escala de Golberg. Como resultados se obtuvo que el estado de ansiedad fue un predictor de dolor lumbar. Los niveles bajos de ansiedad tuvieron mejor predicción de mejora (IC del 95 %: 0,56 a 0,71) a 0,75 (IC del 95 %: 0,68 a 0,82). Los autores concluyen que el estado de ansiedad es un factor de predicción en la mejora de los pacientes con dolor lumbar (18).

Babińska, A., et al (2019), realizaron un estudio que tuvo como objetivo evaluar las correlaciones entre los hallazgos de resonancia magnética de la columna lumbar y la intensidad del dolor, los síntomas depresivos, de ansiedad y la calidad de vida en pacientes con dolor lumbar. Participaron 200 sujetos (93 hombres y 107 mujeres; edad media $51,42 \pm 13,21$ años) con dolor lumbar. Como instrumentos utilizaron: la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión, las Escalas de Calidad de Vida (EQ-5D, EQ-VAS) y la Escala Visual Analógica (EVA). Las resonancias magnéticas se evaluaron de acuerdo con un sistema de puntuación preparado por los autores y se calculó la puntuación total de la resonancia magnética. Como resultados obtuvieron que se observó una correlación entre la puntuación total de la resonancia magnética y la edad ($p < 0,001$) y con el IMC ($p = 0,005$). Se encontró una asociación entre la puntuación total de la RM y calidad de vida ($p = 0,012$). Cuando se realizó un análisis multivariado, la puntuación total de la resonancia magnética solo se relacionó significativamente con la edad y el IMC. La disminución de la calidad de vida se asoció con una mayor intensidad del dolor y síntomas depresivos y de

ansiedad. Los autores concluyen que los cambios observados en la resonancia magnética no se correlacionan con la intensidad del dolor, los síndromes depresivos y de ansiedad o la calidad de vida en pacientes con dolor lumbar (19).

Salt, E., et al. (2020), realizaron un estudio que tuvo como objetivo evaluar la depresión, el catastrofismo del dolor, la sensibilidad al dolor y la discapacidad en personas que presentan un episodio agudo/subagudo de dolor lumbar. Realizaron un estudio observacional de cohorte en 42 pacientes que experimentaron un episodio agudo de dolor lumbar. Utilizaron como instrumentos el cuestionario de Oswestry, el cuestionario de Goldberg y una escala de catastrofismo. Como resultados obtuvieron que los síntomas depresivos varían con el tiempo. No hubo diferencia con el tiempo en el catastrofismo del dolor, la sensibilidad al dolor o la discapacidad. Aquellos que cumplieron con los criterios para el dolor lumbar crónico a los 6 meses tuvieron mayores puntajes de catastrofización del dolor y puntajes más altos de discapacidad en comparación con aquellos que no cumplieron con los criterios para el dolor lumbar crónico. Los autores concluyen que los factores psicológicos contribuyen al desarrollo de dolor lumbar crónico a lo largo del tiempo (20).

2.2. Bases teóricas

2.2.1. Discapacidad por dolor lumbar

2.2.1.1. Definición

El dolor lumbar es la quinta razón más común de visita médica. Anualmente, la prevalencia del dolor lumbar en adultos varía entre el 65-80% (21). El dolor lumbar no solo es biológico, sino que también tiene un costo significativo y carga de utilización de atención hospitalaria. El estudio Global Burden of Disease identificó el dolor lumbar como el principal contribuyente a la discapacidad y días perdidos en los trabajadores (22). Además de estratificarse por la ubicación del dolor, el problema del dolor lumbar también se puede segmentar según la cronicidad en agudo (< 6 semanas), subagudo (6 a 12 semanas) y dolor lumbar crónico (> 12 semanas) (23). Mientras que la mayoría de los pacientes agudos la mejora se da a las 6 semanas o menos, 10 a 40% de los pacientes desarrollan síntomas que duran más de 6 semanas (24).

En este tipo de pacientes, se buscan las "banderas rojas", lo que indica que los pacientes con etiología más grave necesitan una evaluación adicional (25). Si no hay banderas rojas, se puede proporcionar educación que comprende la etiología general, no específica de su dolor, pronóstico favorable, probabilidad de recurrencias similares en la mayoría de las personas y tranquilidad de esperar un resultado favorable (26).

Las "banderas amarillas" son factores de riesgo para el desarrollo de cronicidad. Los factores psicosociales y emocionales son fuertes predictores de la cronicidad del dolor lumbar. Cuando están presentes, se puede considerar una mejor

educación del paciente y enfoques de terapia cognitivo-conductual enfocados a lo siguiente: ansiedad y depresión, catastrofismo, miedo conducta de evitación (p. ej., preocupación significativa por agravar el dolor lumbar al participar en actividades normales), estrategias pasivas de afrontamiento, insatisfacción laboral, entre otros (27). El dolor lumbar crónico es de más de 12 semanas, que continúa un año después de un episodio agudo. En los pacientes con dolor lumbar crónico, lo más efectivo es un enfoque multidisciplinario (28).

2.2.1.2. Evaluación

El 85% de los pacientes son diagnosticados con dolor lumbar inespecífico tras la evaluación primaria. La duración de los síntomas se estratifica al paciente en un grupo particular de dolor lumbar: agudo, subagudo o crónico (28). Así mismo; es importante determinar la ubicación de los síntomas, ya sea axial o radicular. La gravedad del dolor se puede recoger con una escala específica (es decir, escala análoga visual o puntaje de escala de calificación numérica) y se usa para determinar las puntuaciones actuales, medias, peores y mejores. Además, son importantes los factores que alivian y provocan síntomas, como sentarse, estar de pie, caminar y acostarse (29). Esto ayuda a aclarar el diagnóstico diferencial. Asimismo, la documentación de una historia previa de episodios similares de dolor lumbar puede aclarar una naturaleza recurrente intermitente de los síntomas. Por último, se debe valorar el compromiso neurológico. Cualquier sensación de dolor y de entumecimiento, inestabilidad en la marcha o debilidad en las piernas son síntomas que pueden afectar al sistema somatosensorial (30).

2.2.1.3. Examen Físico

Una evaluación física, ya sea breve o extensa, es esencial como parte del tratamiento del dolor lumbar. Un examen físico general ofrece datos pertinentes del paciente, incluidos datos vitales, signos, estado de deambulación (dispositivos de asistencia, movilidad y marcha), apariencia, comportamiento, signos de angustia, piel, estado de ánimo y afecto, juicio y proceso de pensamiento. También se debe realizar un examen neurológico, que consiste en valorar la fuerza en el tronco y las extremidades inferiores, sensibilidad, pruebas de reflejos, etc (31).

Otras pruebas adicionales de la evaluación física son una inspección de la columna toracolumbar, palpación sobre la columna espinal y rango de movimientos. La inspección inicial a través de la evaluación de la columna toracolumbar proporciona información sobre la postura y alineación. Además, la palpación de las apófisis espinosas puede revelar sensibilidad localizada (32).

El dolor relacionado con el rango de movimiento y/o las limitaciones proporciona información adicional sobre el tipo del dolor lumbar. El rango normal de movimiento de la columna toracolumbar es de 90° de flexión, 30° de extensión, 60° de rotación y 25° de inclinación. El dolor que es provocado por la rotación y extensión de la sugiere artropatía facetaria. El dolor provocado por la flexión anterior sugiere de patología discógena o relacionada con el cuerpo vertebra (33).

El examen físico también involucra varias pruebas para determinados trastornos. La prueba de Patrick evalúa la patología de cadera y sacroilíaca, ambas asociadas con dolor lumbar. La prueba de elevación de la pierna recta para determinar cualquier compromiso del nervio lumbar o de raíces o músculos isquiotibiales. La

prueba de Gaenslen sirve para identificar el compromiso de las articulaciones sacroilíacas (34).

2.2.1.4. Tratamiento

El tratamiento del dolor lumbar varía de una persona a otra, ya que no todos los pacientes responden al mismo enfoque de tratamiento, y ninguna intervención es generalmente completamente efectiva para todos los pacientes. Estas intervenciones incluyen: tratamientos farmacológicos, tratamientos psicológicos, tratamientos físicos y de rehabilitación, enfoques de medicina complementaria y alternativa, y abordajes percutáneos mínimamente invasivos (35).

Los tratamientos farmacológicos son fundamentales tanto para los casos agudos y dolor lumbar crónico. Se ha demostrado que el paracetamol y los medicamentos antiinflamatorios no esteroideos (AINE) son efectivos para el alivio a corto plazo.

Las intervenciones psicológicas han sido muy estudiadas para el dolor lumbar crónico, aunque su aplicación en pacientes agudos con múltiples banderas amarillas es prudente para prevenir la cronicidad del dolor. Abordar los factores psicosociales y motivacionales también es importante dentro de un marco multidisciplinario para la eficacia analgésica y la reducción de la discapacidad (36). Los tipos de tratamientos psicológicos incluyen terapia cognitiva conductual, relajación progresiva, entre otros (37). Los tratamientos físicos y de rehabilitación son métodos para aumentar la funcionalidad y el control del dolor y pueden combinarse con otros. La terapia de ejercicio es una serie de movimientos específicos con el objetivo de entrenar el cuerpo para promover un buen estado físico salud. Los ejercicios están más asociados con la reducción del dolor,

mientras que el fortalecimiento produce mayores ganancias funcionales. Los programas multidisciplinarios de rehabilitación funcional también son eficaces para aliviar el dolor, reducir la discapacidad y mejorar el estado funcional (38).

Los predictores de malos resultados de los procedimientos intervencionistas incluyen factores psicológicos mal controlados como los trastornos de ansiedad, la catastrofización y comportamientos de miedo evitación del dolor (39).

2.2.2. Factores psicosociales asociados al dolor lumbar

2.2.2.1. Ansiedad

- Definición

La ansiedad se caracteriza por exceso y persistente preocupación que se extiende más allá de los 6 meses y a menudo tiene un curso fluctuante, que puede complicarse aún más por otros trastornos depresivos mayores y de salud mental (40). Los síntomas pueden manifestarse somáticamente como tensión muscular, inquietud, fatiga y dolor (incluidos dolores cervicales y lumbares, hombro y dolor de cabeza). Además; puede contribuir a menor productividad, mayor morbilidad y mortalidad, y mayor prevalencia de abuso de alcohol y drogas (41).

- Dolor lumbar y ansiedad

La compleja relación entre el dolor y la ansiedad está claramente demostrada y se cree que se exacerban mutuamente, sin embargo, los mecanismos fisiopatológicos no están claramente definidos. Se supone que ambas condiciones comparten elementos comunes de la sensibilidad a la ansiedad, por lo que los individuos

pueden interpretar las sensaciones de ansiedad como catastróficas y responder con hipervigilancia a una amenaza y un umbral de alarma más bajo (42).

Las personas con dolor y ansiedad concurrentes tienden a experimentar una mayor intensidad del dolor debido a cambios fisiológicos dentro del sistema neurológico, las emociones negativas, la hipervigilancia al dolor y la interpretación del dolor como un estímulo peligroso. La ansiedad puede promover la liberación de sustancias proinflamatorias, mediadores, que pueden dañar los tejidos y aumentar el procesamiento nervioso maladaptativo. Cuando las emociones fuertes son el resultado del dolor o una amenaza percibida, el cuerpo aumenta el procesamiento neuronal y prepara los circuitos neuronales, lo que aumenta la probabilidad de que las sensaciones seguirán siendo interpretadas como dolorosas (43).

- Importancia Clínica de la ansiedad

Aunque muchos factores psicológicos afectan el dolor, la ansiedad tiene efectos adversos independientes y aditivos. Los pacientes con ansiedad no diagnosticados son más probables que progrese de dolor subagudo a dolor crónico (44).

La evidencia orgánica de la enfermedad es a menudo ausente en pacientes con dolor lumbar inespecífico, pero los pacientes suelen buscar una causa orgánica; tienen expectativas poco razonables para la resolución de los síntomas; miedos injustificados de que la actividad física causará más daño y exacerbará dolor. Como resultado, pueden tener poca adherencia a los tratamientos, percibir estigmatización y pérdida de confianza en los médicos (45).

Los profesionales de salud pueden inadvertidamente fomentar creencias negativas sobre la enfermedad y contribuir a la estigmatización. Dado que los pacientes con dolor lumbar y ansiedad son más propensos a tener un diagnóstico ambiguo y

dolor crónico más severo. Los profesionales de salud pueden ordenar pruebas de diagnóstico innecesarias para pacientes con dolor lumbar en un intento de identificar una causa orgánica, lo que podría perpetuar la falsa creencias de que el dolor resulta únicamente del daño tisular. La ansiedad puede aumentar las percepciones de dolor de los pacientes, el nivel de discapacidad y el riesgo de resultados adversos y tratamiento inadecuado. La intensidad del dolor y la ansiedad puede ser sustancial pero no necesariamente reflexivo de la severidad o presencia de patología orgánica. La evidencia disponible para el manejo óptimo de dolor y ansiedad son limitados (46).

Los tratamientos pueden tener efectos sinérgicos y deben emplearse en el contexto de una asociación positiva entre el paciente y el profesional para lograr una reducción óptima del dolor y la ansiedad y lograr una función máxima (47).

2.2.2.2. Depresión

La depresión se caracteriza por una sensación persistente y abrumadora de tristeza, desesperanza y falta de interés en las actividades que antes resultaban placenteras. Los síntomas pueden variar en intensidad y duración, pero los más comunes incluyen cambios en el apetito y el sueño, fatiga, falta de concentración, dificultades para tomar decisiones, sentimientos de culpa o inutilidad, y en casos graves, pensamientos suicidas (48, 49).

La depresión es un trastorno complejo que puede ser causado por una combinación de factores biológicos, genéticos, psicológicos y ambientales. Los desequilibrios químicos en el cerebro, como la falta de serotonina y noradrenalina, pueden contribuir al desarrollo de la depresión. Además, eventos traumáticos, estrés

crónico, antecedentes familiares de depresión, enfermedades médicas y cambios hormonales pueden aumentar el riesgo de padecer esta condición (50).

El diagnóstico de la depresión generalmente se basa en la evaluación clínica realizada por un profesional de la salud mental. Los criterios establecidos en los manuales de diagnóstico, como el DSM-5 (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, quinta edición), ayudan a identificar los síntomas necesarios para confirmar el diagnóstico. Las escalas de evaluación, cuestionarios y entrevistas también se utilizan para determinar la gravedad y la duración de los síntomas. (51).

El tratamiento de la depresión puede variar según la gravedad de los síntomas y las necesidades individuales. Las opciones de tratamiento incluyen psicoterapia (terapia de conversación) para abordar patrones de pensamiento negativos y desarrollar habilidades de afrontamiento, y medicamentos antidepresivos que ayudan a regular los neurotransmisores en el cerebro. En algunos casos, la combinación de terapia y medicación puede ser eficaz. También se fomenta un estilo de vida saludable que incluye ejercicio regular, una dieta balanceada y suficiente descanso (52).

La depresión es una de las principales causas de discapacidad en todo el mundo y puede tener un impacto significativo en la calidad de vida de las personas. Puede afectar las relaciones interpersonales, el rendimiento laboral y académico, y aumentar el riesgo de problemas de salud física. Reconocer los síntomas y buscar ayuda temprana es esencial para un manejo efectivo y la recuperación. (53).

La función del sistema inmunológico se vería impulsada ya que hay un peligro inmediato y el cuerpo necesita manejar la situación de “lucha o huida”. Sin

embargo, si esta situación no se puede resolver de inmediato (por ejemplo, dolor crónico), este mecanismo de autoprotección podría dañar el cuerpo y volverse inadaptado en el largo plazo (54). La activación excesiva o prolongada del sistema simpático provoca tensión muscular, dolores de cabeza, presión arterial alta o incluso promueve el desarrollo de cáncer. Además; las personas que son físicamente inactivo debido a un estado de estrés podrían terminar con depresión (55).

2.3. Formulación de hipótesis

2.3.1. Hipótesis general

- Hi: Existe relación entre la discapacidad por dolor lumbar y el estado psicoemocional en el personal administrativo de una empresa de telefonía, 2022.
- Ho: No existe relación entre la discapacidad por dolor lumbar y el estado psicoemocional en el personal administrativo de una empresa de telefonía, 2022.

2.3.2. Hipótesis específicas

- Hi: Existe relación entre discapacidad por dolor lumbar y el estado psicoemocional en su dimensión de ansiedad en el personal administrativo de una empresa de telefonía, 2022.
- Ho: No existe relación entre discapacidad por dolor lumbar y el estado psicoemocional en su dimensión de ansiedad en el personal administrativo de una empresa de telefonía, 2022.
- Hi: Existe relación entre discapacidad por dolor lumbar y el estado

psicoemocional en su dimensión de depresión en el personal administrativo de una empresa de telefonía, 2022.

- Ho: No existe relación entre discapacidad por dolor lumbar y el estado psicoemocional en su dimensión de depresión en el personal administrativo de una empresa de telefonía, 2022.

3. METODOLOGÍA

3.1. Método de la investigación

- Hipotético - deductivo

3.2. Enfoque de la investigación

- Cuantitativo

3.3. Tipo de investigación

- Aplicada

3.4. Diseño de la investigación

- Observacional, correlacional y de corte transversal.

3.5. Población, muestra y muestreo

La población estuvo compuesta por todo el personal administrativo de una empresa de telefonía, conformado por 85 personas. Se realizó un muestreo no probabilístico por conveniencia considerando los criterios de selección para que la muestra pueda ser representativa.

Criterios de inclusión:

- Personal administrativo de una empresa de telefonía.
- Personal administrativo que haya firmado el consentimiento informado.
- Personal administrativo que tenga laborando 6 meses a más.

Criterios de exclusión:

- Personal administrativo con síntomas de dolor lumbar de origen no músculo esquelético.
- Personal administrativo que esté llevando tratamiento farmacológico.
- Personal administrativo que se encuentre de vacaciones.
- Personal administrativo con medicación de ansiolíticos.
- Personal administrativo en situación de embarazo.

3.6. Variables y operacionalización

- Variable 1: Discapacidad por dolor lumbar.
- Variable 2: Estado psicoemocional

Variables	Definición Operacional	Dimensiones	Indicadores	Escala de medición	Escala valorativa
Discapacidad por dolor lumbar	Nivel o grado de discapacidad de una persona a consecuencia del dolor lumbar	Intensidad de dolor Cuidados personales Levantar pesos Locomoción Mantenimiento de posturas Dormir Actividad sexual Actividad social	Puedo realizar Puedo realizar con dolor Puedo realizar con ayuda No puedo realizar Me es imposible realizar	Ordinal	Discapacidad mínima: 0-20% Discapacidad moderada: 40-60% Discapacidad intensa: 60-80% Discapacidad máxima: >80%
Estado Psicoemocional	Nivel o grado de ansiedad y/o estrés de una persona	Ansiedad Depresión	- Preguntas del 1 – 9 Preguntas de 10 - 18	Ordinal	Presenta ansiedad: + de 4 puntos Presenta depresión: + de 2 puntos

3.7. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

3.7.1. Técnica

La técnica empleada fue la encuesta, mediante la recolección de datos con los cuestionarios de Discapacidad de Oswestry y el cuestionario de Ansiedad y Depresión de Goldberg.

3.7.2. Descripción de instrumentos

- Cuestionario de Oswestry (Anexo 1)

Es un instrumento utilizado para medir el nivel de discapacidad o funcionalidad de una persona con dolor lumbar. El cuestionario presenta diez preguntas con 6 posibles respuestas cada una. Cada ítem se valora de 0 a 5, de menor a mayor limitación. Si se marca la primera opción se puntúa 0 y 5 si la señalada es la última opción. Si se marca más de una opción se tiene en cuenta la puntuación más alta. En caso de no responder a un ítem éste se excluye del cálculo final. La puntuación total, expresada en porcentaje (de 0 a 100%), se obtiene con la suma de las puntuaciones de cada ítem dividido por la máxima puntuación posible multiplicada por 100 (56).

- Cuestionario de ansiedad y depresión de Goldberg: (Anexo 2)

Es una prueba de detección, con usos asistenciales y epidemiológicos. Se trata de un cuestionario que no sólo orienta el diagnóstico hacia ansiedad o depresión (o ambas en casos mixtos), sino que discrimina entre ellos y dimensiona sus respectivas intensidades. Contiene 2 subescalas con nueve preguntas en cada una de ellas: subescala de ansiedad (preguntas 1–9) y subescala de depresión (preguntas 10–18). Las 4 primeras preguntas de cada subescala (preguntas 1–4) y (preguntas 10–13) respectivamente, actúan a modo de precondition para determinar si se deben intentar contestar el resto de las preguntas. Concretamente, si no se contestan de forma afirmativa un mínimo de 2 preguntas de entre las preguntas 1–4 no se deben contestar el resto de

las preguntas de la primera subescala, mientras que en el caso de la segunda subescala es suficiente contestar afirmativamente a una pregunta de entre las preguntas 10–13 para poder contestar el resto de las preguntas (57).

3.7.3. Confiabilidad y Validez

- El cuestionario de Oswestry fue validado obteniendo valores de fiabilidad (reproducibilidad) de $r = 0,99$. El valor del coeficiente de correlación fue 0,92. La consistencia interna se determinó mediante el coeficiente de Cronbach: los valores de las intercorrelaciones entre los ítems oscilaron entre 0,20 y 0,62, con una media de 0,38, dando lugar a un coeficiente de 0,85, dando un valor aceptable para su utilización (56).

- El Cuestionario de Goldberg. Se propone como puntos de corte ≥ 4 para la escala de ansiedad, y ≥ 2 para la de depresión. Para estos valores se ha reportado una sensibilidad del 83% y una especificidad del 82%. Se plantea que existe una mejora de la sensibilidad al aumentar la gravedad del trastorno psicopatológico, obteniéndose puntuaciones más altas que pueden proporcionar una medida dimensional de la gravedad de cada trastorno por separado (57).

3.8. Plan de procesamiento y análisis de datos

Se formuló una base de datos con el propósito de recopilar los resultados para elaborar el adecuado análisis.

El procesamiento y análisis de datos se realizó utilizando el Software Estadístico IBM SPSS Statistics Versión 21.

El análisis de datos se realizó mediante pruebas no paramétricas.

3.9. Aspectos éticos

Para el desarrollo del proyecto de investigación se obtuvo la autorización del jefe de Oficina de la empresa telefónica Bitel, así como también el consentimiento de cada uno de los trabajadores. Como es un deber ético y deontológico del Colegio Tecnólogo Médico del Perú, el desarrollo de trabajos de investigación (título X, artículo 50 del código de ética del Tecnólogo Médico), el desarrollo del presente no compromete en absoluto la salud de las personas. Por ética profesional, no podrán revelarse hechos que se han conocido en el desarrollo del proyecto de investigación y que no tienen relación directa con los objetivos de este, ni aun por mandato judicial, a excepción de que cuente para ello con autorización expresada de su colaborador (título IV, artículos 22 y 23) del código de ética del Tecnólogo Médico.

Los principios bioéticos que garantizaran este estudio son:

- No maleficencia: No se realizará ningún procedimiento que pueda hacerles daño a los participantes de este estudio y se salvaguardará su identidad.
- Autonomía: Solo se incluirán a las personas que acepten voluntariamente brindar sus datos personales.
- Confidencialidad: Los datos y los resultados obtenidos serán estrictamente confidenciales. Los nombres de las personas del estudio no serán registrados en la investigación. Por consiguiente, para la aplicación de las técnicas del estudio se usará del consentimiento informado. (Anexo 3)

El consentimiento informado consta de los datos personales de la persona participante del estudio.

CAPÍTULO IV: PRESENTACIÓN Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

4.1. Resultados

4.1.1. Análisis descriptivo de resultados

Tabla 1: Características de los adultos mayores

	Frecuencia	Porcentaje
Sexo		
Femenino	46	54,1
Masculino	39	45,9
Edad		
Media: 41,12 / Desv. Est: 8,051 / Min: 25 / Max: 58		
Estado Civil		
Soltero	33	38,8
Casado	45	52,9
Viudo	1	1,2
Divorciado	6	7,1
Tiempo laborando (años)		
Media: 8,66 / Desv. Est: 4,037 / Min: 1 / Max: 18		
TOTAL	85	100,0

Fuente propia

Interpretación: Se puede observar mayor cantidad de adultos mayores del sexo femenino con 54,1%. Con relación a la edad: la media fue de 41,12 años, con una desviación estándar de 8,051; un valor mínimo de 25 años y un valor máximo de 58 años. Se observa mayor cantidad de la muestra con estado civil casado. Con relación al tiempo en el trabajo, se observa una media de 8,66 años.

Tabla 2: Distribución de ansiedad - depresión y discapacidad por dolor lumbar

	Frecuencia	Porcentaje
Depresión		
Sin depresión	36	42,4
Con depresión	49	57,6
Ansiedad		
Sin ansiedad	35	41,2
Con ansiedad	50	58,8
Discapacidad por dolor lumbar		
Discapacidad minima	32	37,6
Discapacidad moderada	23	27,1
Discapacidad intensa	29	34,1
Discapacidad máxima	1	1,2
TOTAL	85	100,0

Fuente propia

Interpretación: Con relación a la presencia de depresión, se obtuvo mayor cantidad de la muestra con depresión (57,6%). Con relación a la presencia de ansiedad, se halló mayor cantidad de la muestra con ansiedad (58,8%). Con relación a la distribución de la discapacidad por dolor lumbar se encontró mayor cantidad con un nivel de discapacidad mínima (37,6%).

Tabla 3: Relación entre discapacidad por dolor lumbar y estado psicoemocional en su dimensión de depresión

Discapacidad por dolor lumbar	Depresión				TOTAL	
	Sin depresión		Con depresión		n	%
	n	%	n	%		
Discapacidad mínima	30	83,3	2	4,1	32	37,6
Discapacidad moderada	6	16,7	17	34,7	23	27,1
Discapacidad intensa	0	0,0	29	59,2	29	34,1
Discapacidad máxima	0	0,0	1	2,0	1	1,2
TOTAL	36	100,0	49	100,0	85	100,0

Fuente propia

Interpretación: Al realizar el cruce entre la depresión con la discapacidad por dolor lumbar, se observa mayor cantidad de personas con discapacidad mínima y a la vez sin depresión (83,3%). Y las personas con depresión tienen discapacidad intensa por dolor lumbar (59,2%).

Tabla 4: Relación entre discapacidad por dolor lumbar y estado psicoemocional en su dimensión de ansiedad

Discapacidad por dolor lumbar	Ansiedad				TOTAL	
	Sin ansiedad		Con ansiedad		n	%
	n	%	n	%		
Discapacidad mínima	28	80,0	4	8,0	32	37,6
Discapacidad moderada	7	20,0	16	32,0	23	27,1
Discapacidad intensa	0	0,0	29	58,0	29	34,1
Discapacidad máxima	0	0,0	1	2,0	1	1,2
TOTAL	35	100,0	50	100,0	85	100,0

Fuente propia

Interpretación: Al realizar el cruce entre la ansiedad con la discapacidad por dolor lumbar, se observa mayor cantidad de personas con discapacidad mínima y a la vez sin ansiedad (80,0%). Y las personas con ansiedad tienen discapacidad intensa por dolor lumbar (58,0%).

4.1.2. Prueba de hipótesis

- Hi: Existe relación entre discapacidad por dolor lumbar y el estado psicoemocional en su dimensión de ansiedad en el personal administrativo de una empresa de telefonía, 2022.
- Ho: No existe relación entre discapacidad por dolor lumbar y el estado psicoemocional en su dimensión de ansiedad en el personal administrativo de una empresa de telefonía, 2022.

Tabla 5: Prueba de Chi - Cuadrado

	Valor	df	Sig. Asint.
Pearson Chi-Square	50,446	3	0,000
Likelihood Ratio	62,794	3	0,000
Linear-by-Linear Association	47,783	1	0,000
TOTAL	85		

Fuente propia

El valor p encontrado fue menor a 0,05, por ello se rechaza la hipótesis nula. Al 95% de confianza, se puede afirmar que existe relación estadísticamente significativa entre la discapacidad por dolor lumbar y el estado psicoemocional en su dimensión de ansiedad en el personal administrativo de una empresa de telefonía, 2022.

- Hi: Existe relación entre discapacidad por dolor lumbar y el estado psicoemocional en su dimensión de depresión en el personal administrativo de una empresa de telefonía, 2022.

- Ho: No existe relación entre discapacidad por dolor lumbar y el estado psicoemocional en su dimensión de depresión en el personal administrativo de una empresa de telefonía, 2022.

Tabla 6: Prueba de Chi - Cuadrado

	Valor	df	Sig. Asint.
Pearson Chi-Square	59,156	3	0,000
Likelihood Ratio	74,474	3	0,000
Linear-by-Linear Association	54,483	1	0,000
TOTAL	85		

Fuente propia

El valor p encontrado fue menor a 0,05, por ello se rechaza la hipótesis nula. Al 95% de confianza, se puede afirmar que existe relación estadísticamente significativa entre la discapacidad por dolor lumbar y el estado psicoemocional en su dimensión de depresión en el personal administrativo de una empresa de telefonía, 2022.

4.1.3. Discusión de resultados

El presente estudio mostró mayor cantidad de personal administrativo del sexo femenino (54,1%). Trocoli T. (14) tuvo una muestra de 65 con mayor frecuencia del sexo femenino. Así mismo; LaRowe L. (16) encontró 69% de la muestra del sexo femenino. El promedio de la edad de la muestra fue de 41,12 años y una media de 8,66 años laborando. Baninska (19), obtuvo una media de edad de 51,42 años. LaRowe L. (16) obtuvo una media de edad de 43,95 años. Se puede evidenciar que los estudios fueron realizados mayoritariamente en población económicamente activa.

Con relación a los niveles de ansiedad y depresión se pudo encontrar: mayor frecuencia de depresión (57,6%) y ansiedad (58,8%) en el personal administrativo. Resultado similar obtuvo Trocoli T. (14), en la dimensión de ansiedad, con una elevada frecuencia de este. Así mismo, Borys (15), encontró una frecuencia alta en el nivel de depresión en la muestra estudiada. En esa misma línea, Hallegraedd J. (18), sugiere que los niveles de ansiedad pueden ser predictor de dolor lumbar. Salt E. (20), encontró que los factores psicológicos, como la ansiedad y depresión, contribuyen al desarrollo de dolor lumbar. La similitud en los resultados obtenidos con los demás estudios y con la evidencia disponible actualmente fortalece el argumento de que el estado psicoemocional, que en el campo clínico se visualizan como banderas amarillas, son determinantes en la predicción de cronificación y gravedad de las condiciones que cursan con dolor lumbar.

Con relación al nivel de discapacidad por dolor lumbar, se evidenció mayor con discapacidad mínima por dolor lumbar (37,6%), seguido de discapacidad intensa por dolor lumbar (34,1%). Ranger T. (17) obtuvo niveles de discapacidad por dolor lumbar elevados en el 47,2% de su muestra. Así mismo; Salt E. (20), encontró frecuencias elevadas de discapacidad por dolor lumbar. LaRowe L. (16), halló niveles altos de

discapacidad por dolor lumbar y relacionado con la utilización de opioides. Estos estudios fueron realizados en grupos etarios donde todos ellos laboran y esto correlaciona los datos de elevada incidencia de dolor lumbar en entornos laborales diversos y sobre todo los que se relacionan con actividades administrativas, probablemente asociados a una menor actividad física.

Al realizar el cruce de las variables de estudio: estado psicoemocional y discapacidad por dolor lumbar se encontró que existe relación estadísticamente significativa. En esa misma línea, Marshall P. (13) halló que existe relación entre aspectos psicosociales, como el catastrofismo, el miedo y la depresión con la discapacidad por dolor lumbar. Trocoli T. (14), halló relación estadísticamente significativa entre la kinesiofobia, que es otro factor de índole psicoemocional, con la discapacidad por dolor lumbar. En esa misma línea, Borys C. (15), encontró asociaciones significativas entre los problemas interpersonales, como depresión, catastrofismo y ansiedad; con la discapacidad por dolor lumbar. Ranger T. (17), Salt E. (20) y Babinska A. (19) también encontraron resultados que evidencian relación entre la depresión, el miedo a moverse y la ansiedad con la discapacidad por dolor lumbar. Esto fortalece la hipótesis de que los factores psicoemocionales se correlacionan directamente con condiciones de dolor lumbar. La percepción de inseguridad sumado a estados de ansiedad y depresión hacen que este grupo de personas con dolor lumbar acrecienten sus niveles de discapacidad.

Una de las limitaciones del presente estudio que la cantidad de la muestra además que la misma no fue seleccionada de una manera aleatoria. Otra limitación es que sólo se pudo abarcar una sede y no se obtuvo resultados para todas las demás agencias. Por otro lado es importante, para futuros estudios, considerar otros factores de índole psicoemocional como el catastrofismo, la kinesiofobia y algunos factores sociales.

CAPITULO V: CONCLUSIONES Y RECOMEDACIONES

5.1. Conclusiones

- Existe relación entre la discapacidad por dolor lumbar y el estado psicoemocional en el personal administrativo de una empresa de telefonía, 2022.
- Existe relación entre discapacidad por dolor lumbar y el estado psicoemocional en su dimensión de ansiedad en el personal administrativo de una empresa de telefonía, 2022.
- Existe relación entre discapacidad por dolor lumbar y el estado psicoemocional en su dimensión de depresión en el personal administrativo de una empresa de telefonía, 2022.
- El nivel de discapacidad mínima por dolor lumbar es alta en el personal administrativo de una empresa de telefonía, 2022.
- El nivel de ansiedad y depresión el alta en el personal administrativo de una empresa de telefonía, 2022.

5.2. Recomendaciones

- En el campo clínico y en el de salud ocupacional, incluir la valoración de los estados psicoemocionales es personas con dolor lumbar.
- Realizar un seguimiento del personal con índices elevados de ansiedad y depresión.
- Promover mecanismos de control relacionados a la salud mental del personal y la población en general.
- Realizar actividades de prevención relacionadas al dolor lumbar en la muestra seleccionada, así como evaluar la posibilidad de incluir pausas activas.

REFERENCIAS

1. Casado Morales M.^a Isabel, Moix Queraltó Jenny, Vidal Fernández Julia. Etiología, cronificación y tratamiento del dolor lumbar. Clínica y Salud [Internet]. 2008 Dic [citado 2022 Jul 01] ; 19(3): 379-392. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-52742008000300007&lng=es.
2. Andersson GBJ. The epidemiology of spinal disorders. En Frymoyer JW, editor. The adult spine; principles and practice (2^a de.). Filadelfia.: Lippincott-Raven, 1997; 93-141.
3. Casas Sánchez Aminta Stella, Patiño Segura María Solange. Prevalencia y factores asociados con el dolor de espalda y cuello en estudiantes universitarios. Rev. Univ. Ind. Santander. Salud [Internet]. 2012 Dec [cited 2022 July 01] ; 44(2): 45-55. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-08072012000200007&lng=en
4. Santos-Cueva Nelly. Alta frecuencia del dolor de espalda en los escolares. Rev Med Hered [Internet]. 2019 Ene [citado 2022 Jul 01] ; 30(1): 58-59. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1018-130X2019000100012&lng=es. <http://dx.doi.org/10.20453/rmh.v30i1.3476>.
5. Truyols Taberner M.^a Magdalena, Pérez Pareja Javier, Medinas Amorós M^a Magdalena, Palmer Pol Alfonso, Sesé Abad Albert. Aspectos psicológicos relevantes en el estudio y el tratamiento del dolor crónico. Clínica y

Salud [Internet]. 2008 Dic [citado 2022 Jul 02] ; 19(3): 295-320.

Disponible en:

http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-52742008000300003&lng=es.

6. Zaneti Díaz Patricia, Martínez Triana Raúl, Castillo González Dunia. El dolor: algunos criterios desde la Psicología. Rev Cubana Hematol Inmunol Hemoter [Internet]. 2020 Jun [citado 2022 Jul 02] ; 36(2): e1042. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-02892020000200004&lng=es. Epub 01-Oct-2020.
7. Balanza Galindo Serafín, Morales Moreno Isabel, Guerrero Muñoz Joaquín. Prevalencia de Ansiedad y Depresión en una Población de Estudiantes Universitarios: Factores Académicos y Sociofamiliares Asociados. Clínica y Salud [Internet]. 2009 [citado 2022 Jul 02] ; 20(2): 177-187. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-52742009000200006&lng=es.
8. Luna M, Hamana Z L, Colmenares YC, Maestre CA. Ansiedad y Depresión. AVFT [Internet]. 2001 Abr [citado 2022 Jul 02] ; 20(2): 111-122. Disponible en: http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0798-02642001000200002&lng=es.
9. Baysan Caner, Palanbek-Yavaş Seher, Emel-Önal Ayşe. Effects of the COVID-19 pandemic on mental health (anxiety and depression symptoms) in the United States of America. rev.fac.med. [Internet]. 2021 Dec [cited 2022 July 01] ; 69(4): e209. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-

00112021000400209&lng=en.

Epub Jan 25,

2022. <https://doi.org/10.15446/revfacmed.v69n4.95387>.

10. Santiago Bazán Cristhian. DOLOR DE ESPALDA Y EL TELETRABAJO EN EL CONTEXTO DE LA CRISIS POR COVID-19. *Rev Cient Cienc Méd [Internet]*. 2021 [citado 2022 Jul 02] ; 24(1): 88-89. Disponible en: [http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1817-](http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1817-74332021000100088&lng=es)

74332021000100088&lng=es.

Epub 01-Jul-

2021. <https://doi.org/10.51581/rccm.v24i1.349>.

11. Guic S Eliana, Rebolledo M Policarpo, Galilea M Eugenio, Robles G Ignacio. Contribución de factores psicosociales a la cronicidad del dolor lumbar. *Rev. méd. Chile [Internet]*. 2002 Dic [citado 2022 Jul 02] ; 130(12): 1411-1418. Disponible en:

[http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872002001200012&lng=es)

98872002001200012&lng=es.

[http://dx.doi.org/10.4067/S0034-](http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872002001200012)

[98872002001200012](http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872002001200012).

12. Vinaccia, Stefano, & Orozco, Lina María. Aspectos psicosociales asociados con la calidad de vida de personas con enfermedades crónicas. *Diversitas*, 2055; 1(2), 125-137. Recuperado em 02 de julho de 2022, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1794-99982005000200002&lng=pt&tlng=es.

13. Marshall, P., Schabrun, S., & Knox, M. F. Physical activity and the mediating effect of fear, depression, anxiety, and catastrophizing on pain related disability in people with chronic low back pain. *PloS one*, 2017;12(7), e0180788. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0180788>

14. Trocoli, T. O., & Botelho, R. V. (2016). Prevalence of anxiety, depression and kinesiophobia in patients with low back pain and their association with the symptoms of low back spinal pain. *Revista brasileira de reumatologia*, 56(4), 330–336. <https://doi.org/10.1016/j.rbre.2016.02.010>.
15. Borys, C., Nodop, S., Anders, C., Tutzschke, R., Scholle, H. C., Thomas, A., Altmann, U., & Strauss, B. Interpersonal problem behavior and low back pain. *PloS one*, 2018; 13(11), e0207173. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0207173>
16. LaRowe, L. R., Powers, J. M., Garey, L., Rogers, A. H., Zvolensky, M. J., & Ditre, J. W. Pain-related anxiety, sex, and co-use of alcohol and prescription opioids among adults with chronic low back pain. *Drug and alcohol dependence*, 2020; 214, 108171. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2020.108171>
17. Ranger, T. A., Cicuttini, F. M., Jensen, T. S., Manniche, C., Heritier, S., & Urquhart, D. M. Catastrophization, fear of movement, anxiety, and depression are associated with persistent, severe low back pain and disability. *The spine journal : official journal of the North American Spine Society*, 2020; 20(6), 857–865. <https://doi.org/10.1016/j.spinee.2020.02.002>
18. Hallegraeff, J. M., Kan, R., van Trijffel, E., & Reneman, M. F. (2020). State anxiety improves prediction of pain and pain-related disability after 12 weeks in patients with acute low back pain: a cohort study. *Journal of physiotherapy*, 66(1), 39–44. <https://doi.org/10.1016/j.jphys.2019.11.011>
19. Babińska, A., Wawrzynek, W., Czech, E., Skupiński, J., Szczygieł, J., & Łabuz-Roszak, B. No association between MRI changes in the lumbar spine and intensity of pain, quality of life, depressive and anxiety symptoms in

patients with low back pain. *Neurologia i neurochirurgia polska*, 2019; 53(1), 74–82. <https://doi.org/10.5603/PJNNS.a2018.0006>

20. Salt, E., Wiggins, A. T., Hooker, Q., & Rayens, M. K. Clinical and Psychosocial Factors Over Time Following an Acute Low Back Pain Episode. *Orthopedic nursing*, 2020; 39(4), 248–254. <https://doi.org/10.1097/NOR.0000000000000677>
21. American Academy of Family Physicians. AT, Ogle AA. American family physician. Am. Fam. Physician. Leawood: American Academy of Family Physicians; 1970.
22. Samanta J, Kendall J, Samanta A. 10-minute consultation: chronic low back pain. *BMJ, British Medical Journal Publishing Group*. 2003;326:535.
23. Pincus T, Vlaeyen JWS, Kendall NAS, Von Korff MR, Kalauokalani DA, Reis S. Cognitive-behavioral therapy and psychosocial factors in low back pain: directions for the future. *Spine (Phila Pa 1976)*. 2002;27:E133–8.
24. Elkayam O, Ben Itzhak S, Avrahami E, Meidan Y, Doron N, Eldar I, et al. Multidisciplinary approach to chronic back pain: prognostic elements of the outcome. *Clin Exp Rheumatol*. 14:281–8.
25. Deyo RA, Weinstein JN. Low Back Pain. *N Engl J Med*. 2001;344: 363–70.
26. Deyo RA, Rainville J, Kent DL. What can the history and physical examination tell us about low back pain? *JAMA J Am Med Assoc, American Medical Association*. 1992;268:760.
27. Chou R. Low back pain. *Ann Intern Med, American College of Physicians*. 2014;160:ITC6–1. An overview of low back pain.
28. Chou R, Qaseem A, Snow V, Casey D, Cross JT, Shekelle P, et al. Diagnosis and treatment of low back pain: a joint clinical practice guideline from the

American College of Physicians and the American Pain Society. *Ann Intern Med*, American College of Physicians. 2007;147:478.

29. Van Tulder M, Becker A, Bekkering T, Breen A, Gil del Real MT, Hutchinson A, et al. Chapter 3 European guidelines for the management of acute nonspecific low back pain in primary care. *Eur Spine J*. 2006;15:s169–91.
30. Deyo RA, Diehl AK. Cancer as a cause of back pain: frequency, clinical presentation, and diagnostic strategies. *J Gen Intern Med*. 3: 230–8.
31. Rubinstein SM, van Tulder M. A best-evidence review of diagnostic procedures for neck and low-back pain. *Best Pract Res Clin Rheumatol*. 2008;22:471–82.
32. Partanen JV, Ojala TA, Arokoski JPA. Myofascial syndrome and pain: a neurophysiological approach. *Pathophysiology*. 2010;17: 19–28.
33. Todd AJ, Vaccaro AR. *Physical Examination of the Spine*. Second Edition. New York: Thieme Medical Publishers, Inc; 2016.
34. Kalichman L, Hunter DJ. Lumbar facet joint osteoarthritis: a review. *Semin Arthritis Rheum*. 2007;37:69–80. 26. Park WM, Kim K, Kim YH. Effects of degenerated intervertebral discs on intersegmental rotations, intradiscal pressures, and facet joint forces of the whole lumbar spine. *Comput Biol Med*. 2013;43:1234–40.
35. Bagwell JJ, Bauer L, Gradoz M, Grindstaff TL. The reliability of FABER test hip range of motion measurements. *Int J Sports Phys Ther*, The Sports Physical Therapy Section of the American Physical Therapy Association. 2016;11:1101–5. Use of the FABER test for diagnosis of sacroiliac joint related pain.

36. Zelle BA, Gruen GS, Brown S, George S. Sacroiliac joint dysfunction: evaluation and management. *Clin J Pain*. 21:446–55. An overview of sacroiliac joint related pain.
37. Chou R, Qaseem A, Owens DK, Shekelle P. Clinical Guidelines Committee of the American College of Physicians. Diagnostic imaging for low back pain: advice for high-value health care from the American College of Physicians. *Ann Intern Med*. 2011;154:181. *Curr Pain Headache Rep* (2019) 23:23 Page 9 of 10.
38. Wilkinson LS, Elson E, Saifuddin A, Ransford AO. Defining the use of gadolinium enhanced MRI in the assessment of the postoperative lumbar spine. *Clin Radiol*, Elsevier. 1997;52:530–4.
39. Heuch I, Foss IS. Acute low back usually resolves quickly but persistent low back pain often persists. *J Physiother*. 2013;59:127.
40. Jordan KD, Okifuji A. Anxiety disorders: differential diagnosis and their relationship to chronic pain. *J Pain Palliat Care Pharmacother*. 2011;25(3):231-245.
41. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 5th ed. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing; 2013.
42. Brandish EK, Baldwin DS. Anxiety disorders. *Medicine*. 2011;40(11):599-606.
43. Romera I, Fernández-Pérez S, Montejo AL, et. al. Generalized anxiety disorder, with or without co-morbid major depressive disorder, in primary care: prevalence of painful somatic symptoms, functioning and health status. *J Affect Disord*. 2010;127(1-3):160-168.

44. Morone NE, Belnap BH, He F, Mazumdar S, Weiner DK, Rollman BL. Pain adversely affects outcomes to a collaborative care intervention for anxiety in primary care. *J Gen Intern Med.* 2013;28(1):58-66.
45. Teh CF, Morone NE, Karp JF, et al. Pain interference impacts response to treatment for anxiety disorders. *Depress Anxiety.* 2009;26(3):222-228.
46. Pillastrini P, Gardenghi I, Bonetti F, et al. An updated overview of clinical guidelines for chronic low back pain management in primary care. *Joint Bone Spine.* 2012;79(2):176-185.
47. Airaksinen O, Brox JI, Cedraschi C, et al. Chapter. European guidelines for the management of chronic nonspecific low back pain. *Eur Spine J.* 2006;15 (suppl 2):S192-S300.
48. Melzack, R. Pain and stress: A new perspective. In *Psychosocial Factors in Pain: Critical Perspectives*; Gatchel, R.J., Turk, D.C., Eds.; The Guilford Press: New York, NY, USA, 1999; pp. 89–106.
49. Flor, H.; Turk, D.C.; Birbaumer, N. Assessment of stress-related psychophysiological reactions in chronic back pain patients. *J. Consult. Clin. Psychol.* 1985, 53, 354–364.
50. Kühl, L.K. *Effects of Stress Mechanisms on Pain Processing.* Ph.D. Thesis, University of Trier, Trier, Germany, September 2010.
51. Quartana, P.J.; Campbell, C.M.; Edwards, R.R. Pain catastrophizing: A critical review. *Expert Rev. Neurother.* 2009, 9, 745–758.
52. Tsigos, C.; Kyrou, I.; Kassi, E.; Chrousos, G.P. Stress: Endocrine physiology and pathophysiology. In *Endotext*; MDText: South Dartmouth, MA, USA, 2020.

53. Guilliams, T.G.; Edwards, L. Chronic Stress and the HPA Axis: Clinical Assessment and Therapeutic Considerations; Point Institute of Nutraceutical Research: Wilmington, NC, USA, 2010; Volume 9.
54. Dhabhar, F.S. A hassle a day may keep the pathogens away: The fight-or-flight stress response and the augmentation of immune function. *Integr. Comp. Biol.* 2009, 49, 215–236.
55. Dai, S.; Mo, Y.; Wang, Y.; Xiang, B.; Liao, Q.; Zhou, M.; Li, X.; Li, Y.; Xiong, W.; Li, G.; et al. Chronic stress promotes cancer development. *Front. Oncol.* 2020, 10, 1492.
56. Alcántara-Bumbiedro S et al. Escala de Incapacidad por Dolor Lumbar de Oswestry. *Rehabilitación (Madr)*. 2006;40(3):150-8. Disponible en: https://oml.eular.org/sysModules/obxOml/docs/ID_53/Oswestry%20Validaci%C3%B3n%20ES.pdf
57. Martín Carbonell, M. Valor diagnóstico de la Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg (EAD-G) en adultos cubanos. *Universitas Psychologica*, 2016; 15(1) 177-192. <http://dx.doi.org/10.11144/Javeriana.upsy15-1.vdea>

Anexo 1: Cuestionario de Oswestry

Por favor lea atentamente: Estas preguntas han sido diseñadas para que su médico conozca hasta qué punto su dolor de espalda le afecta en su vida diaria. Responda a todas las preguntas, señalando en cada una sólo aquella respuesta que más se aproxime a su caso. Aunque usted piense que más de una respuesta se puede aplicar a su caso, marque sólo aquella que des- criba MEJOR su problema.

1. Intensidad de dolor

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

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

- Me las puedo arreglar solo sin que me aumente el dolor
- Me las puedo arreglar solo pero esto me aumenta el dolor
- Lavarme, vestirme, etc., me produce dolor y tengo que hacerlo despacio y con cuidado
- Necesito alguna ayuda pero consigo hacer la mayoría de las cosas yo solo
- Necesito ayuda para hacer la mayoría de las cosas
- No puedo vestirme, me cuesta lavarme, y suelo quedarme en la cama

3. Levantar peso

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

4. Andar

- El dolor no me impide andar
- El dolor me impide andar más de un kilómetro
- El dolor me impide andar más de 500 metros
- El dolor me impide andar más de 250 metros
- Sólo puedo andar con bastón o muletas
- Permanezco en la cama casi todo el tiempo y tengo que ir a rastras al baño

5. Estar sentado

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

6. Estar de pie

- Puedo estar de pie tanto tiempo como quiera sin que me aumente el dolor
- Puedo estar de pie tanto tiempo como quiera pero me aumenta el dolor
- El dolor me impide estar de pie más de una hora
- El dolor me impide estar de pie más de media hora
- El dolor me impide estar de pie más de diez minutos
- El dolor me impide estar de pie

7. Dormir

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

8. Actividad sexual

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

9. Vida social

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

10. Viajar

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

Anexo 2: Cuestionario de ansiedad y depresión de Goldberg

	Subescala de Ansiedad	Si	No
1	¿Se ha sentido muy excitado, nervioso o en tensión?		
2	¿Ha estado muy preocupado por algo?		
3	¿Se ha sentido muy irritable?		
4	¿Ha tenido dificultad para relajarse?		
5	¿Ha dormido mal, ha tenido dificultades para dormir?		
6	¿Ha tenido dolores de cabeza o nuca?		
7	¿Ha tenido alguno de los siguientes síntomas: temblores, hormigueos, mareos, sudores, diarrea?		
8	¿Ha estado preocupado por su salud?		
9	¿Ha tenido alguna dificultad para conciliar el sueño, para quedarse dormido?		
	Subescala de Depresión		
10	¿Se ha sentido con poca energía?		
11	¿Ha perdido usted su interés por las cosas?		
12	¿Ha perdido la confianza en sí mismo?		
13	¿Se ha sentido usted desesperanzado, sin esperanzas?		
14	¿Ha tenido dificultades para concentrarse?		
15	¿Ha perdido peso (a causa de su falta de apetito)?		
16	¿Se ha estado despertando demasiado temprano?		
17	¿Se ha sentido usted enlentecido?		
18	¿Cree usted que ha tenido tendencia a encontrarse peor por las mañanas?		

Anexo 3

Consentimiento Informado

El propósito de esta investigación es determinar la relación que existe entre la discapacidad por dolor lumbar y el estado psicoemocional en personal administrativo de una empresa de telefonía, una clara explicación de la naturaleza de esta, así como de su rol en ella como participantes. La presente investigación es conducida por el bachiller: Veronika Karen Camus Alva, egresada de la Universidad Privada Norbert Wiener. El objetivo de este estudio es determinar la relación que pueda existir entre dichas variables.

Si usted accede a participar en este estudio, se le realizarán dos cuestionarios.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas a los cuestionarios serán codificadas usando un número de identificación y por lo tanto, serán anónimas.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación. Igualmente, puede retirarse del proyecto sin que eso lo perjudique.

Desde ya se agradece su participación.

Acepto participar voluntariamente en esta investigación.

Nombre del Participante:

Fecha:

Firma:

Anexo 4: Resolución de Aprobación del comité de ética



Universidad
Norbert Wiener

COMITÉ INSTITUCIONAL DE ÉTICA PARA LA INVESTIGACIÓN

Lima, 14 de setiembre de 2022

Investigador(a):
Veronika Karen Camus Alva
Exp. N° 2044-2022

Cordiales saludos, en conformidad con el proyecto presentado al Comité Institucional de Ética para la investigación de la Universidad Privada Norbert Wiener, titulado: **“Discapacidad por dolor lumbar y estado psicoemocional en el personal administrativo de una empresa de Telefonía, 2022”** – versión 2, el cual tiene como investigador principal **Veronika Karen Camus Alva**.

Al respecto se informa lo siguiente:

El Comité Institucional de Ética para la investigación de la Universidad Privada Norbert Wiener, en sesión virtual ha acordado la **APROBACIÓN DEL PROYECTO** de investigación, para lo cual se indica lo siguiente:

1. La vigencia de esta aprobación es de un año a partir de la emisión de este documento.
2. Toda enmienda o adenda que requiera el Protocolo debe ser presentado al CIEI y no podrá implementarla sin la debida aprobación.
3. Debe presentar 01 informe de avance cumplidos los 6 meses y el informe final debe ser presentado al año de aprobación.
4. Los trámites para su renovación deberán iniciarse 30 días antes de su vencimiento juntamente con el informe de avance correspondiente.

Sin otro particular, quedo de Ud.,

Atentamente



Yenny Marisol Bellido Fuentes
Presidenta del CIEI- UPNW

MATRIZ DE CONSISTENCIA

**TITULO:
DISCAPACIDAD POR DOLOR LUMBAR Y ESTADO PSICOEMOCIONAL EN EL PERSONAL ADMINISTRATIVO DE UNA EMPRESA DE TELEFONÍA, 2022”**

OBJETO DEL ESTUDIO	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES	METODOLOGÍA	POBLACIÓN Y MUESTRA
	O. GENERAL:	H. GENERAL:		MÉTODO:	POB
¿Existe relación entre la discapacidad por dolor lumbar y el estado psicoemocional en el personal administrativo de una empresa de telefonía, 2022?	Determinar la relación entre la discapacidad por dolor lumbar y el estado psicoemocional en el personal administrativo de una empresa de telefonía, 2022	<p>Hi: Existe relación entre la discapacidad por dolor lumbar y el estado psicoemocional en el personal administrativo de una empresa de telefonía, 2022</p> <p>Ho: No existe relación entre la discapacidad por dolor lumbar y el estado psicoemocional en el personal administrativo de una empresa de telefonía, 2022</p>	<p>Variable 1: discapacidad por dolor lumbar</p> <p>Variable 2: estado psicoemocional</p> <p>Unidad de análisis: personal administrativo</p>	Según el enfoque es cuantitativa, debido a que el valor final de la variable será cuantificado.	Está conformada por 80 administrativos
	O. ESPECIFICA:			DISEÑO DE INVESTIGACION:	MUESTRA
¿Existe relación entre la discapacidad por dolor lumbar y el estado psicoemocional en su dimensión de ansiedad en el personal administrativo de una empresa de telefonía, 2022?	Determinar la relación entre discapacidad por dolor lumbar y el estado psicoemocional en su dimensión de ansiedad en el personal administrativo de una empresa de telefonía, 2022.			Según el diseño es observacional y descriptivo, de corte transversal, correlacional.	Muestra probabilística
¿Existe relación entre la discapacidad por dolor lumbar y el estado psicoemocional en su dimensión de depresión en el personal administrativo de una empresa de telefonía, 2022?	Determinar la relación entre discapacidad por dolor lumbar y el estado psicoemocional en su dimensión de depresión en el personal administrativo de una empresa de telefonía, 2022.				
¿Cuál es el nivel de discapacidad por dolor lumbar en el personal administrativo de una empresa de telefonía, 2022?	Identificar el nivel de discapacidad por dolor lumbar en el personal administrativo de una empresa de telefonía, 2022.				
¿Cuál es la incidencia de ansiedad en el personal administrativo de una empresa de telefonía, 2022?	Conocer la incidencia de ansiedad en el personal administrativo de una empresa de telefonía, 2022.				

Reporte de similitud TURNITIN

● 7% de similitud general

Principales fuentes encontradas en las siguientes bases de datos:

- 7% Base de datos de Internet
- Base de datos de Crossref
- 1% Base de datos de trabajos entregados
- 2% Base de datos de publicaciones
- Base de datos de contenido publicado de Crossref

FUENTES PRINCIPALES

Las fuentes con el mayor número de coincidencias dentro de la entrega. Las fuentes superpuestas no se mostrarán.

1	repositorio.ucsg.edu.ec Internet	1%
2	repositorio.uwiener.edu.pe Internet	1%
3	idus.us.es Internet	<1%
4	core.ac.uk Internet	<1%
5	fdocumentos.com Internet	<1%
6	repositorio.utn.edu.ec Internet	<1%
7	Ronaldo Cristiano Prati, Elias Said-Hung. "Predicting the ideological ori..." Crossref	<1%
8	thieme-connect.de Internet	<1%