



**Universidad  
Norbert Wiener**

UNIVERSIDAD PRIVADA NORBERT WIENER

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

Tesis

**“RELACION DE DISCAPACIDAD Y LA CALIDAD DE VIDA DE ADULTOS MAYORES  
CON LUMBALGIA QUE ASISTEN AL SERVICIO DE REHABILITACION DEL  
HOSPITAL III JULIACA, 2019”**

PARA OPTAR el TÍTULO DE ESPECIALISTA EN FISIOTERAPIA EN EL  
ADULTO MAYOR

**Bachiller:** FLORES RAMIREZ, LIZ CECILIA

Lima - Perú

2019

**Tesis**

**“RELACION DE DISCAPACIDAD Y LA CALIDAD DE VIDA DE ADULTOS  
MAYORES CON LUMBALGIA QUE ASISTEN AL SERVICIO DE  
REHABILITACION DEL HOSPITAL III JULIACA, 2019”**

**Línea de investigación  
DERECHO Y SALUD  
RELACION- MEDICO PACIENTE**

**Asesor(a)  
MG. JOSE ANTONIO MELGAREJO VALVERDE**

**DEDICATORIA**

A mis hijos Renato y Raffaella; y mi esposo Ronnie que son mi motor para avanzar en mi vida profesional.

Y a mis padres Hugo y Carmen por su apoyo incondicional día a día.

**AGRADECIMIENTO**

A Dios, que día a día me da las fuerzas para seguir adelante con mis sueños.  
A la Dra. Dilma y al licenciado Bryan Tito, por sus consejos y apoyo ilimitado en el desarrollo de esta investigación.

## ÍNDICE GENERAL

DEDICATORIA .....	iii
AGRADECIMIENTO .....	iv
ÍNDICE .....	v
ÍNDICE DE TABLAS .....	vii
RESUMEN .....	viii
ABSTRACT .....	iix
INTRODUCCIÓN .....	x
<b>CAPÍTULO I: EL PROBLEMA .....</b>	<b>122</b>
1.1 Planteamiento del problema .....	122
1.2 Formulación del problema .....	144
1.2.1 Problema general .....	144
1.2.2 Problemas específicos .....	144
1.3 Objetivos de la investigación .....	155
1.3.1 Objetivo general .....	155
1.3.2 Objetivos específicos .....	1515
1.4 Justificación de la investigación .....	15
1.5 Limitaciones de la investigación .....	16
<b>CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO .....</b>	<b>18</b>
2.1 Antecedentes de la investigación .....	18
2.2 Bases legales .....	22
2.2.1 Normas nacionales .....	22
2.2.2 Normas internacionales .....	23
2.3 Bases teóricas .....	233
2.4 Formulación de Hipótesis .....	288
2.4.1 Hipótesis general .....	288
2.4.2 Hipótesis específicas .....	288
2.5 Operacionalización de variables e indicadores .....	29
2.6 Definición de términos básicos .....	300
<b>CAPÍTULO III: METODOLOGÍA .....</b>	<b>311</b>
3.1 Tipo y nivel de la investigación .....	311
3.2 Diseño de la investigación .....	311
3.3 Población .....	311
3.4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos .....	322
3.4.1 Descripción de instrumentos .....	322
3.4.2 Validación de instrumentos .....	333
3.5 Procesamiento y análisis de datos .....	344

3.6 Aspectos éticos .....	355
CAPÍTULO IV: PRESENTACIÓN Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS .....	366
4.1 Procesamiento de datos: Resultados .....	3636
4.3 Discusión de resultados .....	40
CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	44
5.1 Conclusiones .....	44
5.2 Recomendaciones .....	45
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	46
Anexo 1: Matriz de consistencia.....	49
Anexo 2: Instrumento 1.....	500
Anexo 3: Instrumento 2.....	522
Anexo 4: Formato de consentimiento informado.....	55
Anexo 5: Validación por jueces expertos.....	56
Anexo 6: Confiabilidad de Instrumentos.....	59
Anexo 7: Carta de Autorización.....	61

**ÍNDICE DE TABLAS**

Tabla 1. Relación significativa entre discapacidad y la calidad de vida de adultos mayores con lumbalgia que asisten al Servicio de Rehabilitación del Hospital III Juliaca, 2019.	367
Tabla 2. Relación significativa entre discapacidad y sexo de adultos mayores con lumbalgia que asisten al Servicio de Rehabilitación del Hospital III Juliaca, 2019.	37
Tabla 3. Relación significativa entre discapacidad y edad de adultos mayores con lumbalgia que asisten al Servicio de Rehabilitación del Hospital III Juliaca, 2019.	38
Tabla 4. Relación significativa entre calidad de vida y sexo de adultos mayores con lumbalgia que asisten al Servicio de Rehabilitación del Hospital III Juliaca, 2019.	39
Tabla 5. Relación significativa inversa entre calidad de vida y edad de adultos mayores con lumbalgia que asisten al Servicio de Rehabilitación del Hospital III Juliaca, 2019.	39
Tabla 6. Análisis de relación entre discapacidad y calidad de vida	41

## RESUMEN

El **objetivo** de la investigación fue determinar la relación que existe entre la discapacidad y la calidad de vida en el adulto mayor con lumbalgia que acude al servicio de rehabilitación del Hospital III Juliaca, 2019. **Materiales y método:** Estudio correlacional, observacional, cuantitativo, transversal. Se incluyeron a 40 adultos mayores ( $\geq 60$  años) de ambos sexos, quienes respondieron el cuestionario de Discapacidad de Oswestry y el Cuestionario de Salud SF-36 (Health Survey). Se realizó el análisis de correlación de Spearman y la prueba Chi-cuadrado en el programa SPSS 25. Entre los **resultados**, se encontró limitación funcional mínima, moderada e intensa en el 25%, 57.5% y 17.5%, respectivamente. La calidad de vida fue buena en el 60% y mala en el 40%, además fue buena en las dimensiones función física (75%), dolor corporal (75%), función social (75%), rol emocional (75%) y salud mental (90%). Se evidenció relación significativa inversa entre la discapacidad y la calidad de vida ( $p < 0.001$ ,  $Rho = -0.642$ ), además la discapacidad presentó relación significativa y directa con la edad ( $p = 0.027$ ,  $Rho = 0.349$ ) pero no con el sexo ( $p = 0.317$ ). La calidad de vida no se relacionó con la edad ( $p = 0.065$ ,  $Rho = -0.295$ ) ni con el sexo ( $p = 0.436$ ) del adulto mayor. En **conclusión**, la calidad de vida disminuye con la severidad de la discapacidad del adulto mayor con lumbalgia que acude al servicio de rehabilitación del Hospital III Juliaca, 2019. Asimismo, el paso de los años influye en la discapacidad del adulto mayor.

**Palabras clave:** Discapacidad, calidad de vida, adulto mayor, lumbalgia.

## ABSTRACT

The **objective** of the research was to determine the relationship between disability and quality of life in the elderly with low back pain who attends to the rehabilitation service of Hospital III Juliaca, 2019. **Materials and method:** Correlational, observational, quantitative, cross-sectional study. 40 older adults ( $\geq 60$  years) of both sexes were included, who answered the Oswestry Disability questionnaire and the Health Survey SF-36. Spearman's correlation analysis and Chi-square test were performed in the SPSS 25 program. Among the **results**, a minimum, moderate and intense functional limitation was found in 25%, 57.5% and 17.5%, respectively. The quality of life was good in 60% and poor in 40%, in addition it was good in the dimensions: physical function (75%), body pain (75%), social function (75%), emotional role (75%) and mental health (90%). There was a significant inverse relationship between disability and quality of life ( $p < 0.001$ ,  $Rho = -0.642$ ), and disability showed a significant and direct relationship with age ( $p = 0.027$ ,  $Rho = 0.349$ ) but not with sex ( $p = 0.317$ ). The quality of life was not related to the age ( $p = 0.065$ ,  $Rho = -0.295$ ) or the sex ( $p = 0.436$ ) of the elderly. In **conclusion**, the quality of life decreases with the severity of disability of the elderly with low back pain who attends to the rehabilitation service of Hospital III Juliaca, 2019. Likewise, the passing of the years influences the disability of the elderly.

**Keywords:** Disability, quality of life, elderly, low back pain.

## INTRODUCCIÓN

La presente investigación se refiere a que tanto un dolor lumbar puede causar discapacidad y cambiar la calidad de vida en un adulto mayor.

El dolor lumbar o lumbalgia, es un problema que afecta a más del 50% de la población en general, lo cual genera incapacidad en la mayoría de los casos y es motivo de ausentismo laboral en quienes lo presentan, y a nivel nacional es considerada como un signo de alarma en la población adulta mayor, debido a que se interpone con las actividades diarias o cotidianas que realiza el anciano, generando limitaciones al vestirse, caminar, comer, etc. Pero adicionalmente la terapia física es de importancia ya que genera que dichas actividades se realicen de manera más rápida, mejorando en un aproximado de 4 a 6 semanas.

Por ende, la calidad de vida en los adultos mayores que presentan dolor lumbar es limitada, ya que se restringen en sus actividades sociales y actividades recreativas, adicionalmente para quienes trabajan les impide realizar dicha actividad, en conclusión, dichos ancianos no pueden desenvolverse con normalidad en el transcurso de los días. Por tales motivos académicos, este estudio tuvo como propósito determinar la relación existente entre la discapacidad y la calidad de vida en el adulto mayor con lumbalgia que acude al servicio de rehabilitación del Hospital III Juliaca, 2019.

La presente investigación fue de tipo observacional, realizándose con una serie de entrevistas a los pacientes, con un enfoque cuantitativo de tipo analítico, porque fue evaluado en un solo momento y la población trabajada fue de aproximadamente 46 personas adultas mayores con diagnóstico de lumbalgia.

Por motivos pedagógicos y para un mayor entendimiento de esta investigación, este estudio se dividió en las siguientes secciones:

Capítulo I: El problema, conformado por el planteamiento del problema, la formulación del problema, los objetivos de la investigación, la justificación de la investigación y las limitaciones de esta.

Capítulo II: Marco teórico, conformado por antecedentes de la investigación, bases legales, bases teóricas, formulación de hipótesis, operacionalización de variables e indicadores y definición de terminos básicos.

Capítulo III: Metodología, conformado por tipo y nivel de la investigación, diseño de la investigación, población, técnicas e instrumentos de recolección, procesamiento y análisis de datos y aspectos éticos.

Capítulo IV: Presentación y discusión análisis de los resultados, conformado por el procesamiento de datos, la prueba de hipótesis y la discusión de resultados.

Capítulo V: Conclusiones y recomendaciones.

Referencias bibliográficas.

Anexos.

## CAPÍTULO I: EL PROBLEMA

### 1.1 Planteamiento del problema

El dolor lumbar es un problema que está afectando a la población mundial entre un 70 - 80% en cualquier momento de su vida, siendo el causante de incapacidad y ausentismo laboral, provocando así un elevado costo económico y disminuyendo la calidad de vida de la persona que la padece (1).

En España, la prevalencia de morbilidad por motivos de las enfermedades crónicas como la lumbalgia y otras patologías se encuentra entre el 64,9% en adultos de 65-84 años y del 81,5% en adultos mayores de 85 años, siendo una de las enfermedades crónicas prevalentes y representativas, causando discapacidad, pérdida de movilidad, hospitalización, disminuyendo en su calidad de vida y aumentando en los cuidados de salud y costos (2).

La lumbalgia es la segunda causa de las consultas médicas, ocupa el quinto lugar en causas de admisión en hospitales y la tercera causa de cirugía. En México, la lumbalgia tiene una prevalencia de 15 a 36% en personas mayores de 65 años. A medida que avanza la edad se incrementa, el dolor se hace persistente y puede llegar a ocasionar daño neurológico. El dolor persistente ocasiona problemas en la realización de las actividades cotidianas del paciente y puede ser incapacitante (3).

En el Perú, la gran cantidad de pacientes que se atienden en atención primaria (>85%) presentan dolor lumbar, habiendo una prevalencia de la lumbalgia en diferentes encuestas, presentándose como signo de alarma en pacientes adultos mayores, ya que la limitación de la actividad por más de un día fue de 12%, y la prevalencia a un mes fue de 23% (4).

La lumbalgia se interpone con las actividades de los individuos provocando discapacidad que pueden llegar desde la limitación como vestirse, caminar, etc. hasta en su trabajo por tal motivo la evaluación de la limitación funcional de esta patología es importante. Se aconseja que la valoración del dolor por la limitación

se realice de forma multidimensional, por lo que se trata de una patología compleja ya que también dependerá de factores afectivos, cognitivos, emocionales, y socio-culturales.

La mayoría de los pacientes con lumbalgia mejoran con tratamiento tradicional como los medicamentos, terapia física y modulando sus actividades, manifestando su mejoría en 4 a 6 semanas (5).

La lumbalgia o dolor de espalda es muy frecuente en adultos mayores con datos que van del 13 al 49% en personas mayores de 65 años. Existen estudios en los cuales demuestra que los pacientes ancianos presentan dolor de espalda casi diario y que es un factor que está afectando el estado individual de salud en esta población (6).

La calidad de vida por el dolor lumbar, se manifiesta por la limitación de sus actividades sociales y de recreación en las personas que lo padecen, añadiéndole la limitación de actividades laborales y de quehaceres diarios actividades de la vida diaria, impidiéndole realizar su vida normal como lo mencionan algunos autores (7).

La lumbalgia, calidad de vida y la incapacidad que en el adulto mayor se puedan presentar debe ser considerado desde los aspectos ambientales, culturales, económicos, de servicios de salud, satisfacción, actividades de ocio, entre otros. (6).

Se ha realizado un estudio sobre la importancia de la calidad de vida en el adulto mayor; trayendo consigo indicadores en los cuales el estado de salud, participación social, el apoyo afectivo familiar, capacidad laboral, los campos culturales, emocionales, etc.; y todos estos aspectos pueden afectar al adulto mayor si presenta algún tipo de incapacidad (3).

En la ciudad de Juliaca, los adultos mayores con lumbalgia, manifiestan una baja calidad de vida, ya sea por su bajo nivel cultural, la incapacidad por el dolor que no les permita realizar una vida social más activa o por el tipo de actividad laboral que realizan ya que se dedican más a la agricultura, son comerciantes o son amas de

casa, casi no tienen estudios superiores y acuden con mayor confianza para mejorar su salud a curanderos, hueseros o tomando hierbas medicinales, salvo que se encuentren muy mal recién acuden al hospital; el resto de pacientes que se dedicaron a la minería, docencia, policías o empleados, en muy bajo porcentaje acuden al servicio y en ocasiones por otras patologías.

Los adultos mayores con diagnóstico de lumbalgia generalmente acuden solos, aproximadamente de cada 10 pacientes 1 de ellos tiene el apoyo presencial de sus familiares y cuando se les pregunta por sus hijos ellos refieren que están lejos trabajando o fuera de la ciudad y que no tienen tiempo.

Emocionalmente se encuentran cabizbajos, en la cual su vida social se encuentra limitado y una baja calidad de vida.

## **1.2 Formulación del problema**

### **1.2.1 Problema general**

¿Cuál es la relación que existe entre discapacidad y la calidad de vida de adultos mayores con lumbalgia que asisten al Servicio de Rehabilitación del Hospital III Juliaca, 2019?

### **1.2.2 Problemas específicos**

- ¿Cuál es la relación entre discapacidad y sexo de adultos mayores con lumbalgia que asisten al Servicio de Rehabilitación del Hospital III Juliaca, 2019?
- ¿Cuál es la relación entre discapacidad y edad de adultos mayores con lumbalgia que asisten al Servicio de Rehabilitación del Hospital III Juliaca, 2019?
- ¿Cuál es la relación entre calidad de vida y sexo de adultos mayores con lumbalgia que asisten al Servicio de Rehabilitación del Hospital III Juliaca, 2019?
- ¿Cuál es la relación entre calidad de vida y edad de adultos mayores con lumbalgia que asisten al Servicio de Rehabilitación del Hospital III Juliaca, 2019?

### **1.3 Objetivos de la investigación**

#### **1.3.1 Objetivo general**

Determinar la relación entre discapacidad y la calidad de vida de adultos mayores con lumbalgia que asisten al Servicio de Rehabilitación del Hospital III Juliaca, 2019.

#### **1.3.2 Objetivos específicos**

- Identificar la relación entre discapacidad y sexo de adultos mayores con lumbalgia que asisten al Servicio de Rehabilitación del Hospital III Juliaca, 2019.
- Identificar la relación entre discapacidad y edad de adultos mayores con lumbalgia que asisten al Servicio de Rehabilitación del Hospital III Juliaca, 2019.
- Identificar la relación entre calidad de vida y sexo de adultos mayores con lumbalgia que asisten al Servicio de Rehabilitación del Hospital III Juliaca, 2019.
- Identificar la relación entre calidad de vida y edad de adultos mayores con lumbalgia que asisten al Servicio de Rehabilitación del Hospital III Juliaca, 2019.

### **1.4 Justificación de la investigación**

La lumbalgia es una de las patologías más frecuentes a nivel mundial teniendo una mayor incidencia en la calidad de vida en la edad adulta, provocando una de las principales causas de sedentarismo, lo que llevaría a la sarcopenia, inmovilidad entre otros.

Uno de los puntos de importancia del estudio, es que en nuestro país se manifiesta con baja cobertura del seguro social y con gran demanda en su sistema por la inequidad y contexto presentando muchas enfermedades crónicas, exclusión social, pérdida de la funcionalidad motora, etc (8).

La calidad de vida aparece como una perspectiva simplemente económica utilizada en informes o estudios de nivel de vida social que emanan de manera subjetiva las

personas o comunidades. Otra ayuda hacia los adultos mayores en el ámbito ambiental, es mencionar, que el envejecimiento de cada persona y su vida privada, está muy ligada a cómo viven y como desarrollan su día a día, en sus viviendas y su comunidad (4).

El interés de esta investigación es saber que tanto la lumbalgia puede impedir al adulto mayor realizar de la forma habitual sus actividades básicas del autocuidado, las interacciones sociales, la función en el trabajo, las actividades de ocio, deporte o del hogar; lo que puede llevar a incapacidad y este a la vez tener un profundo impacto en el bienestar y satisfacción de sus necesidades físicas.

La limitación funcional en el desempeño de las actividades cotidianas puede causar una alta prevalencia de incapacidad y reducción de la morbilidad de la persona adulta mayor con lumbalgia. Además del gran problema social, su impacto económico debido a los elevados costos socio-sanitarios su función tanto física como psicológica y su calidad de vida de las personas, la limitación de desarrollar actividades laborales en el hogar, profesionales, incluyendo ausencia o incapacidad para en el trabajo (9).

Por ello se propone este tema, siendo necesario darle la importancia que amerita, para ver como este dolor puede incapacitar al adulto mayor, deteriorando su calidad de vida y sobre todo elevando los costos sanitarios, ya que esta población con el pasar de los años será mayor. Además, de esta forma se pretende realizar protocolos de tratamiento, programas de promoción y prevención para mejorar la condición de vida para el grupo de pacientes evaluados y de la población en general.

### **1.5 Limitaciones de la investigación**

- El instrumento que midió la calidad de vida, no fue específico para la lumbalgia.
- Los resultados no pueden generalizarse para otras investigaciones.
- No se obtuvo una muestra aleatoria.

- Los pacientes que participaron en el estudio sólo fueron del servicio de medicina física del Hospital III Juliaca.
- Este estudio giró en torno a la aceptación de los adultos mayores para participar y responder a los cuestionarios de la investigación, por lo cual la investigadora tuvo que abordar con paciencia y empatía a los adultos mayores para explicar los objetivos de la investigación, hacer firmar un consentimiento informado y aplicar los instrumentos.

## CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

### 2.1 Antecedentes de la investigación

A nivel internacional encontramos los siguientes antecedentes

Texcucano R.; Montiel A.; Vázquez E.; González A.; Barragán R.; Romero M. et al (2017). En su investigación “Funcionalidad, calidad de vida y grado de dolor en 243 pacientes con lumbalgia crónica degenerativa” México. Su fin fue presentar la calidad de vida y la limitación funcional que presentan los gerontos con lumbalgia crónica, mediante un estudio de tipo transversal. Fueron 243 pacientes mayores de 65 años, excluyendo a los que pudieran alterar la calidad de vida y la limitación funcional lumbar. Mediante el SF-36, se evaluó calidad de vida, con el instrumento de Oswestry la limitación funcional y la intensidad del dolor fue evaluada por la escala visual análoga (EVA) de dolor. El resultado SF-36, tuvieron puntuación por encima de 50 que se considera como una buena función social. Según OSWESTRY, 24 pacientes presentaron limitación mínima, 34 fue moderada, 66 se encontró severa, quedando 51 para discapacidad y 68 para máxima limitación. Para EVA los resultados fueron, 99 pacientes hubo dolor intenso y el restante de los pacientes con dolor leve y moderado. Conclusión: El dolor lumbar tiene una relación negativa con respecto a la calidad de vida y la limitación funcional (3).

Domingo S. y Navas F. (2016) “Posibles beneficios de la pinza rodada en el dolor y la incapacidad en la lumbalgia inespecífica crónica” España. Tuvieron como objetivo demostrar ventajas de la pinza rodada en la disminución del dolor y la incapacidad física de los pacientes con lumbalgia y las diferencias que existen entre ambos sexos. Se realiza un ensayo tomando 65 pacientes, valorándolo con EVA, el nivel del dolor y el cuestionario de Roland-Morris para la incapacidad funcional. Se tiene como resultado, la mejora del dolor en ambos sexos sobre todo en el grupo de pinza. Lo mismo ocurre con la incapacidad funcional. En conclusiones, el tratamiento fisioterapéutico habitual añadido a la pinza rodada nos muestra una gran mejoría en la disminución del dolor, reduciendo el grado de incapacidad (10).

Olivi, A., Fadda, G., Pizzi, M. (2015) “Evaluación de la calidad de vida de los adultos mayores en la ciudad de Valparaíso” Chile. Cuyo objetivo fue analizar la relación entre la comunidad urbana y su condición de vida de la población adulto mayor. Aplicaron instrumentos cuantitativos y cualitativos, teniendo distintas fuentes de datos primarios (como espacio y personas) y secundarios (como fuentes bibliográficas, estadísticas oficiales, cartografía), determinando si las condiciones de la comunidad urbana intervienen en la calidad de vida del grupo más longeva de la ciudad de Valparaíso por su gran índice de vejez, situación socioeconómica (por la pobreza) y su topográfica. Resultados, según la encuesta resulta que la mayor participación de los adultos mayores se encuentra en los grupos religiosos, en las reuniones sociales y las personas que viven en las zonas más vulnerables como en cerros son los que menos participan en organizaciones, por su limitación socioeconómica de construir redes sociales, siendo su principal amenaza en esta etapa de sus vidas (miedo a la muerte social, encierro, muerte biológica, el futuro menos incierto) (4).

Alfonso S., Martínez M., Gómez Ll., Gema Juncos G., Romero L., Abizanda P. (2014) En su investigación “Enfermedad crónica, mortalidad, discapacidad y pérdida de movilidad en ancianos españoles: estudio FRADEA” España. Tuvieron como objetivo analizar la relación entre las principales enfermedades crónicas del adulto mayor como la mortalidad, pérdida de la movilidad y la discapacidad que puede causar en sus actividades básicas de la vida diaria en ancianos. Material y métodos: Se tomaron 943 participantes del estudio FRADEA que tuvieron en su primera visita datos basales de enfermedades crónicas, y en la segunda visita datos de mortalidad, discapacidad y pérdida de movilidad. Realizaron un análisis sobre la asociación por edad, sexo y discapacidad previa frente a enfermedades crónicas totales, la estadística de 14 enfermedades prevalentes preseleccionadas y la presencia de 2 o más con riesgo de multimorbilidad, con los eventos adversos de salud referidos. Los resultados fueron que, de los participantes con mayor estadística de enfermedades crónicas obtuvieron un mayor riesgo de mortalidad, pero no de discapacidad ni pérdida de movilidad. Los pacientes con multimorbilidad tuvieron mayor riesgo de mortalidad, frente a los que no la tenían. En conclusión, la multimorbilidad no está asociada de manera significativa con la mortalidad, discapacidad, ni pérdida de movilidad en personas mayores de 70 años (2).

Castellano, C.; Costa, G.; Lusilla, P.; Barnola, E. (2014) En su investigación "Calidad de vida en pacientes con dolor lumbar crónico" España. Tuvo como objetivo diagnosticar la calidad de vida en relación a la salud (CVRS) de los pacientes con lumbalgia crónica, así como su conexión con sus diferentes variables médicas, socio-demográficas y psicosociales. Los materiales y métodos que utilizaron fue la evaluación a 94 pacientes con dolor lumbar mediante la escala de Oswestry. También utilizaron cuestionarios de CVRS, discapacidad, síntomas para ansioso depresivo, apoyo social. Como resultado: el aspecto físico de la CVRS fue el más dañado y éste estuvo explicado por la edad del paciente y su disfunción según la valoración de la escala de Oswestry. El aspecto mental de la CVRS, que se mostró más cercano al promedio poblacional, se explicó por la disfunción y la ansiedad-rasgo (STAI/R) de los pacientes ( $R^2 = 47.3\%$ ). Llegaron a una conclusión de que la disfunción, la edad y la ansiedad de parte de los participantes con lumbalgia crónica han demostrado ser factores principales para explicar su CVRS total. (11).

Valdés G., Scull Y., García J., González U. (2013) En su investigación "Calidad de vida en pacientes con lumbalgia crónica" Cuba. Su objetivo fue estudiar características del dolor, su impacto en la vida de los enfermos, conductas frente al dolor lumbar que puede causar un impacto en las actividades de la vida diaria como parte de la calidad de vida. El estudio fue realizado con 79 pacientes con dolor lumbar crónico musculoesquelético-degenerativo 43 fueron mujeres y 36 hombres mediante cuestionarios en los que se recogieron variables socio demográficas, intensidad del dolor por Escala Analógica Visual y afectaciones en la vida cotidiana y conductas frente al dolor. Resultados. La vida cotidiana se vio ampliamente afectada, específicamente en la relación de pareja y en las actividades sociales, trayendo como consecuencia alteraciones psicológicas en las conductas para enfrentar el dolor, teniendo una mala percepción futura con respecto a la evolución del paciente. Conclusiones. La mala percepción del futuro en los pacientes estudiados se debe a varios factores, uno de estos la escasa relación médico paciente y la falta de conocimiento del mismo sobre su dolencia, tanto por parte del paciente como del profesional (7).

Cuesta A., Rodríguez A., (2008) En su investigación “Frecuencia de uso de escalas de dolor, incapacidad física y calidad de vida en el estudio de lumbalgia con trastornos fisioterápicos” España. Su objetivo fue examinar la influencia de las diversas de escalas de dolor, incapacidad física y calidad de vida, como indicador para los documentos de preferencia a utilizar en las evaluaciones fisioterapéuticas en lumbalgias mecánicas inespecíficas. Realizaron la búsqueda en MEDLINE para observar con qué frecuencia se utilizaban en artículos, que tipos de escalas fueron las más citadas y cuáles fueron las más prevalentes al evaluar la lumbalgia, las cuales se evaluaron con la escala de PEDro para ver su validez para futuros estudios, teniendo como criterio mínimo de alta calidad 3 de 10. En los resultados, la escala visual análoga, la utilizan con más frecuencia para medir la intensidad del dolor, el cuestionario Roland Morris para el grado de incapacidad física y la SF-36 para la calidad de vida (12).

A nivel nacional encontramos los siguientes antecedentes:

Santiago C., Pérez K., Castro N. (2018). En su investigación “Dolor lumbar y su relación con el índice de discapacidad en un hospital de rehabilitación” Perú. Su objetivo fue establecer la relación del dolor lumbar y la discapacidad física en los pacientes con lumbalgia. El estudio fue descriptivo de tipo transversal y observacional. Tomando una muestra fue de 68 pacientes con dolor lumbar de ambos sexos y una edad mayor de 18 años, teniendo como instrumento a utilizar el cuestionario de Roland-Morris. Los resultados que obtuvieron fue que existe relación entre el dolor lumbar crónico, la ocupación ama de casa y el sexo femenino tienen relación con el grado de discapacidad. Además, gran parte de los pacientes presentaron dolor lumbar crónico y discapacidad física de moderado a severo en un 82.35% y la relación con la ocupación como las amas de casa sufren mayor discapacidad de forma moderada en un 43.8% y de manera severa en un 53.1%. En conclusión, lo que se encontró fue desarrollar programas preventivos para mejorar la calidad de vida y evitar alguna discapacidad física (9).

Varela L, (2016). En su investigación “Salud y calidad de vida en el adulto mayor” Perú. Su objetivo fue implementar y realizar normas para conducir el desarrollo de una cultura sobre el envejecimiento siendo el adulto mayor el factor principal. Tiene

como resultado que el concepto de salud, envejecimiento saludable, exitoso, activo y calidad de vida de las personas adultas mayores, debe ser abordado de manera integral, para considerar el bienestar personal, funcionalidad y el entorno sociofamiliar para su continuo desarrollo personal (1).

Chávez M., López M., Mayta P. (2014). En su investigación “Efecto de un programa de ejercicios fisioterapéuticos sobre el desempeño físico en adultos mayores institucionalizados” Perú. Su objetivo fue evaluar el cambio de la actividad física en los adultos mayores a través de un programa de ejercicios fisioterapéuticos. Se realizó un estudio cuasiexperimental, con 45 adultos mayores de 60 años institucionalizados en un centro de Lima - Perú; de los cuales 16 de ellos nunca realizaron el programa y se tomó como grupo control. Se realizaron 36 sesiones de 3 veces por semana, que duraron 45 minutos cada uno. Se midió con la prueba del SPPB, una semana antes y después de la intervención. Resultados se evidenció un cambio en el SPPB de  $2,6 \pm 1,8$  en el grupo intervenido frente a  $-1,4 \pm 2,0$  en el grupo control. En conclusiones, el programa de ejercicios fisioterapéuticos en adultos mayores, aumentó su desempeño físico y serviría para implementarlo en centros de cuidados de adultos mayores (13).

## **2.2 Bases legales**

### **2.2.1 Normas nacionales**

El Decreto Supremo N° 007-2018-MIMP, considerando la Ley N° 30490, que es la ley de la persona adulta mayor, establece que garantiza los mecanismos legales para el ejercicio de las personas adultas mayores, con la finalidad de mejorar su calidad de vida, propiciando su integración social, económica, política y cultural.

Dentro de las disposiciones generales en el Artículo 4, el punto 4.5 enfoque gerontológico, manifiesta que el envejecimiento es un proceso natural de la vida, por ende, se promueve una vejez digna, activa, productiva y saludable. Posteriormente en el Capítulo II, de los derechos de las personas adultas mayores, en el Artículo 6, Autonomía, manifiesta que la capacidad de las personas adultos mayores es plena conforme a las leyes y disposiciones vigentes, pues la autonomía no se puede por la edad. Y en el Título III de los servicios para la atención de la

persona adulta mayor, en el Capítulo I, Artículo 9, menciona que los 3 niveles de gobierno, implementan los mecanismos necesarios para un desarrollo de servicios diferenciados basados en la necesidad de las personas adultas mayores, dirigidos a la promoción, prevención atención integral y rehabilitación de dichas personas según sus necesidad con la finalidad de mejorar su calidad de vida, promoviendo su autonomía, independiente y participación en los ámbitos sociales, económicos, etc.(14)

### **2.2.2 Normas internacionales**

El Congreso General de los Estados Unidos Mexicanos, decreta la creación de la Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores, donde garantiza el ejercicio de sus derechos, estableciendo bases y disposiciones para su cumplimiento, de esta manera en el Artículo 3, se menciona que se considerará como persona adulta mayor aquel con 60 años o más de edad y que se encuentren domiciliadas o en tránsito en el territorio mexicano. Por otro lado, en el Título Segundo de los Principio y los Derechos, en el Capítulo I de los Principios, Artículo 4, punto I, autonomía y autorrealización, se considera a todas las acciones que realice la persona adulta mayor en su beneficio, orientadas a fortalecer su independencia, capacidad de decisión y desarrollo personal y comunitario. Posteriormente en el Capítulo II de los derechos, Artículo 5, punto VII, manifiesta que los adultos mayores tienen derechos a la participación en la planeación integral del desarrollo social, mediante la formulación y aplicaciones de decisiones que afecten directamente su bienestar, además de conformar organizaciones de personas adultas mayores para promover su desarrollo, a participar en procesos productivos, de educación, y capacitación, vida cultural, deportiva y recreacional (15).

## **2.3 Bases teóricas**

### **2.3.1 La discapacidad:**

Según la CIDD (Clasificación Internacional de las Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías) de la OMS (Organización Mundial de la Salud). Deficiencia es, según la OMS, toda pérdida o anomalía, permanente o temporal, de una estructura o función psicológica, fisiológica o anatómica.

De acuerdo con Sally French, Maureen Gillman y John Swain: No existe una teoría específica que hable de forma neutral. La discapacidad fue considerada, hasta hace poco, como problema de nacimiento, que manifestaban algunas personas, cuya área y tratamiento correspondía a especialistas del área médica o psicológica por considerarlos como características anormales.

Los grandes cambios sociales, culturales y científicos ocurridos en el siglo XX han manifestado la ciencia en general y sobre la discapacidad en particular, motivando a la aparición de nuevos enfoques sobre conceptos de discapacidad y, por consiguiente, el tratamiento de las personas con discapacidad.

En cada época, las ideologías y políticas dominantes en una determinada sociedad mantienen una relación dialéctica con las interpretaciones acerca de las diferencias humanas y las correspondientes prácticas o tratamientos dirigidos a los grupos sociales que conforman estas personas. El inicio y construcción del conocimiento científico lo encontramos en unas coordenadas espacio-temporales determinadas y está condicionado por las ideologías que, a su vez, son interdependientes con relación a la producción científica. Es a partir de esta ideología y ciencia, donde se pueden identificar tres etapas diferenciadas en la investigación y actuación práctica en el campo de la discapacidad (16).

### **2.3.2 La discapacidad según Verbrugge y Jette:**

Lo definen la discapacidad como la incapacidad para realizar tareas sociales en un entorno, Verbrugge y Jette propusieron un modelo en la cual la discapacidad, es el resultado final de un trayecto que va desde los trastornos de salud hasta las pérdidas funcionales. Su propuesta menciona los cambios desde la aparición de una enfermedad, la resultante deficiencia en algún sistema u órgano del cuerpo, las limitaciones, deficiencias en el funcionamiento que estas traen consigo y, por último, la expresión de las limitaciones funcionales como discapacidad para llevar a cabo las actividades de la vida diaria. En gerontología, la discapacidad suele clasificarse según el grado de dificultad para realizar las actividades básicas de la vida diaria necesarias para el cuidado y la higiene personal, y las actividades instrumentales para el mantenimiento del hogar (17).

### **2.3.3 Definiciones y enfoques**

“La Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF) de la Organización Mundial de la Salud, distingue entre las funciones del cuerpo (fisiológico o psicológico, visión) y las estructuras del cuerpo (piezas anatómicas, ojo y estructuras relacionadas). La debilitación en estructura o la función corporal se define como participación de la anomalía, del defecto, de la pérdida o de otra desviación significativa de ciertos estándares generalmente aceptados de la población, que pueden fluctuar en un cierto plazo. La actividad se define como la ejecución de una tarea o de una acción”.

La introducción al CIF indica que una variedad de modelos conceptuales se ha propuesto para entender y para explicar la discapacidad y el funcionamiento, que intenta integrar a ellos. Existen dos modelos de ver la discapacidad en sí. El modelo social y el modelo médico (16).

#### **Enfoque social**

El enfoque social, considera la aplicación de la discapacidad como problema social y como inclusión de los individuos en sociedad, teniendo la responsabilidad de las modificaciones ambientales necesarias para la participación completa de la persona con discapacidad (16).

#### **Enfoque del comportamiento interpersonal**

El enfoque médico ve a la discapacidad como una enfermedad, que provoca directamente una deficiencia, trauma, o condición que requiere asistencia médica proporcionada bajo la forma de tratamiento individual por los profesionales. "Es un término genérico que incluye déficits, limitaciones en la actividad y restricciones en la participación. Indica los aspectos negativos de la interacción entre un individuo con una condición de salud y sus factores contextuales" (16).

Generalmente se asocia, que la incapacidad es de forma inevitable e irreversible al proceso de envejecimiento, aunque la mayoría de los adultos mayores son independientes y activos. En comparación con los jóvenes, las personas mayores sufren proporcionalmente más enfermedades que tienden a la cronicidad y que se asocian a discapacidad funcional, de modo que a medida que se prolonga la

expectativa de vida se incrementa el número de años de dependencia e incapacidad.

La implementación del proceso de ampliación del perfil del desempeño del profesional de salud, brinda la posibilidad de identificar las necesidades de atención no conocidas en los individuos y familiares, y la forma de cómo tomar medidas.

La salud del adulto mayor está muy ligada a la funcionalidad, de modo que dentro de su evaluación es fundamental determinar en forma objetiva su capacidad para desempeñar las actividades de la vida diaria y su grado de dependencia, aspectos que constituyen indicadores del estado de salud del individuo. Por ello es importante realizar estudios que permitan determinar los riesgos y las características de la población mayor de 60 años en los aspectos descritos y según esto, establecer programas de prevención o rehabilitación con base en fundamentos científicos y protocolizados de tal forma que simplifiquen y mejoren el nivel de atención (18).

Por otra parte, la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF) incorpora la definición de Limitaciones en la actividad, entendidas como las dificultades que un individuo puede tener para realizar actividades. Una "limitación en la actividad" abarca desde una desviación leve hasta una grave en la realización de la actividad, tanto en cantidad como en calidad, comparada con la manera, extensión o intensidad en que se espera que la realizaría una persona sin esa condición de salud (19).

#### **2.3.4 Calidad de Vida:**

Después de la Segunda Guerra Mundial, el concepto de Calidad de Vida (CV) se empieza a tomar en cuenta por los investigadores en los Estados Unidos, para tener una visión, de cómo las personas empiezan a verse así mismos; si se sienten seguros a nivel económico o si sienten que tiene buena vida. Es a partir de los años sesenta, que los científicos empiezan a realizar investigaciones en la Calidad de Vida, recopilando información del estado socioeconómico, tipo de vivienda, nivel educativo, etc.; siendo estos indicadores lo que explicarían un 15% de diferencia

en la Calidad de Vida personalizada (Bognar, 2005), pero algunos psicólogos nos plantean otros indicadores como la felicidad y la satisfacción explicaban sobre un 50% de la diferencia (Campbell & Rodgers, 1976; Haas, 1999).

La razón que desde sus inicios haya sido vinculado a otras variables que tiene que ver con el concepto de bienestar, ha favorecido que, muchos autores no tengan la idea clara del concepto o lo utilicen de manera distinta. Como lo comenta Meeberg (1993), otros términos como satisfacción con la vida, felicidad, estado de salud, bienestar, salud mental, estado funcional, entre otros son usados para describir la calidad de vida, además que muchos autores no tienen un concepto claro de lo que ello significa, trayendo consigo más confusión a lo que intentan referirse.

Añadiendo a estos conceptos de CV; Gill & Feinstein (1994), encuentran que el 35% de los modelos evaluados desarrollan un concepto más complejo, el 25% de los autores no definen CV y más del 50% no diferencian entre CV y los factores que intervienen. Otros autores como Taillefer, Dupuis, Roberge & Lemay (2003) manifiestan que desde los años 60, los investigadores han empezado a incrementar rápidamente su uso, teniendo problemas en su concepto, dimensiones, medición y los factores que lo influyen.

El concepto de Calidad de Vida, actualmente incorpora tres ramas de las ciencias: economía, medicina y ciencias Sociales. Cada una de estas disciplinas ha promovido el desarrollo de un punto de vista diferente respecto a cómo debiera ser conceptualizada la Calidad de Vida (Cummins, 2004) (20).

La incidencia de dolor lumbar a lo largo de la vida tiene una frecuencia de entre el 54 y el 80%. Anualmente varía en un rango entre el 15 y el 45% con una media en torno al 30%. El 25% de estos pacientes tenía un dolor intenso que les producía discapacidad severa; en cuanto a la incidencia por edades, se estima en un 15% en los jóvenes y adultos y del 27% en los ancianos. El dolor lumbar, aunque preocupa más en edad laboral, por la pérdida económica que representa, tiene una mayor incidencia en los ancianos, produciendo dificultad para el desarrollo de las actividades diarias y es un factor de riesgo para futuras discapacidades (23).

**Características socio demográficas:**

Estas características socio demográficas vienen a ser el conjunto de caracteres biológicos, económicas, sociales y culturales que están presentes en la población a investigar, los cuales pueden ser medibles como el sexo y la edad de los pacientes y encontrando como hallazgo sus respectivas complicaciones de hipertensión, diabetes, reumatológicos, discapacidades físicas, entre otras (37).

**2.4 Formulación de Hipótesis****2.4.1 Hipótesis general**

Existe relación significativa entre discapacidad y la calidad de vida de adultos mayores con lumbalgia que asisten al Servicio de Rehabilitación del Hospital III Juliaca, 2019.

**2.4.2 Hipótesis específicas**

- Existe relación significativa entre discapacidad y sexo de adultos mayores con lumbalgia que asisten al Servicio de Rehabilitación del Hospital III Juliaca, 2019.
- Existe relación significativa entre discapacidad y edad de adultos mayores con lumbalgia que asisten al Servicio de Rehabilitación del Hospital III Juliaca, 2019.
- Existe relación significativa entre calidad de vida y sexo de adultos mayores con lumbalgia que asisten al Servicio de Rehabilitación del Hospital III Juliaca, 2019.
- Existe relación significativa entre calidad de vida y edad de adultos mayores con lumbalgia que asisten al Servicio de Rehabilitación del Hospital III Juliaca, 2019.

## 2.5 Operacionalización de variables e indicadores

Variable	Definición Operacional	Dimensiones	Tipo de Variable	Escala de Medición	Indicadores	Instrumento	Valor Final
Discapacidad	Grado de limitación funcional que tendría el grupo de estudio	-	Cualitativo	Ordinal	Actividades de la Vida Diaria	Oswestry	1: Limitación funcional mínima (0% – 20%) 2: Limitación funcional moderada (21%-40%) 3: Limitación funcional intensa (41% – 60%) 4: Discapacidad (61% – 80%) 5: Limitación funcional máxima (>81%)
Calidad de Vida	Calificación que se dará a cada persona con los 36 ítems del Cuestionario Calidad de Vida.	Físico	Cuantitativo	Continua	- Función Física - Rol Físico - Dolor Corporal - Salud General	SF-36	1: 0 – 50 (Mala Calidad de Vida) 2: 51 – 100 (Buena Calidad de Vida)
		Mental			- Vitalidad - Función Social - Rol Emocional - Salud Mental		
Características Sociodemográficas	Características propias de las personas a realizar el cuestionario	Edad	Cualitativo	Ordinal	Años de vida cumplidos	Ficha de Recolección de datos	1: 60 – 69 años 2: 70 – 79 años 3: 80 a más
		Sexo		Nominal	Órgano reproductor		1: Masculino 2: Femenino

## 2.6 Definición de términos básicos

**Discapacidad:** La discapacidad es un concepto que evoluciona y que resulta de la interacción entre las personas con deficiencias y las barreras debidas a la actitud y al entorno que evitan su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás **Convención de la ONU, 2006** (24).

Según la Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías (CIDDM) Es la objetivación de la deficiencia en el sujeto y con una repercusión directa en su capacidad de realizar actividades en los términos considerados normales para cualquier sujeto de sus características (edad, género, etc.) (25).

**Calidad de Vida:** Define en términos de satisfacción de necesidades en las esferas física, psicológica, social, de actividades, material y estructura (20).

**Lumbalgia:** Se define la lumbalgia como el dolor o malestar localizado entre el borde inferior de las últimas costillas y el pliegue inferior de la zona glútea, con o sin irradiación a una o ambas piernas, sin que esta irradiación por debajo de la rodilla deba ser considerada de origen radicular (26).

**Adulto Mayor:** Según la OMS, las personas de 60 a 74 años son consideradas de edad avanzada; de 75 a 90 viejas o ancianas, y las que sobrepasan los 90 se les denomina grandes viejos o grandes longevos. A todo individuo mayor de 60 años se le llamará de forma indistinta persona de la tercera edad (27).

## **CAPÍTULO III: METODOLOGÍA**

### **3.1 Tipo y nivel de la investigación**

Es de tipo descriptivo, porque se describen las variables medidas una sola vez y correlacional, porque se busca relación entre ambas.

Según tendencia es Cuantitativa ya que es medible y sus valores de hipótesis fueron demostrados a través de análisis estadísticos (32).

### **Ámbito de investigación**

La presente investigación se realizó en el Hospital III Juliaca – EsSalud, ubicado Av. José Santos Chocano S/N en la ciudad de Juliaca, distrito de San Román, departamento de Puno, cuyo director es el Dr. Álvaro Martín Ordoñez y el jefe del Servicio de Medicina Física es el Dr. Marvin Cutipa Zela.

### **3.2 Diseño de la investigación**

Según Argimon J., y Jiménez J., (29) esta investigación fue no experimental ya que las variables de estudio no fueron controladas por la investigadora, sino que solo las observó para posteriormente describirlas.

### **3.3 Población y Muestra**

#### **Población**

La investigación contó con una población de aproximadamente 40 participantes población objetivo adultas mayores aseguradas con diagnóstico de lumbalgia que asisten al Servicio de Medicina Física y Rehabilitación del Hospital III Juliaca.

#### **Muestra**

Debido a que la población fue de fácil acceso, se consideraron a los 40 pacientes adultos mayores con diagnóstico de lumbalgia que asistieron al Servicio de Medicina Física y Rehabilitación del Hospital III Juliaca en el mes de noviembre del 2019.

## **Criterios de Selección**

### **a. Criterios de Inclusión**

- Personas adultas mayores de ambos sexos.
- Personas adultas mayores que acepten participar en el estudio.
- Personas adultas mayores que acepten firmar el consentimiento informado.
- Personas adultas mayores de 60 años.

### **b. Criterios de Exclusión**

- Pacientes adultas mayores que tenga deterioro cognitivo.
- Pacientes adultas mayores con disminución visual.
- Pacientes adultas mayores con antecedentes psiquiátricos.
- Personas adultas mayores con compromiso cognitivo psiquiátrico y degenerativo físico.

## **3.4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos**

### **3.4.1 Descripción de instrumentos**

**Técnica:** Para la recolección de datos se recurrió a la encuesta.

**Instrumento:** Se usó un cuestionario que a su vez comprendió:

**A. Discapacidad:** Para medir esta variable se utilizó el Cuestionario de Discapacidad de Oswestry, en la cual se incluyeron datos sociodemográficos (edad, sexo) de los adultos mayores que participaron del estudio. Fue iniciada por Jhon O'Brien en 1976 en pacientes con dolor lumbar crónico, hasta 1980 se publicaron varios borradores, pero en 1981 se difundió tras la reunión de la International Society for The Study of the Lumbar Spine (ISSLS) en Paris. Fue adaptada y traducida a varios idiomas como el español, francés, griego, japonés, suevo, coreano, árabe, alemán, etc. Comprende 10 preguntas, cada una con 6 opciones de respuesta con valoración de 0 a 5, de menor a mayor limitación, respectivamente. En caso de marcarse varias respuestas, se elige la mayor, en caso de no respuesta, se excluye del cálculo. La puntuación total se expresada en porcentaje, donde: (30)

0% – 20%	Limitación funcional mínima
21% – 40%	Limitación funcional moderada
41% – 60%	Limitación funcional intensa
61% – 80%	Discapacidad
>81%	Limitación funcional máxima

**B. Calidad de vida:** Para medir esta variable se utilizó el Cuestionario de Salud SF-36 (Health Survey). De acuerdo a Vilagut G. et al., es de los más utilizados para medir la calidad de vida relacionada a la salud. Fue desarrollado para su uso en el Estudio de los Resultados Médicos (MOS, por sus siglas en inglés) para medir conceptos genéricos de salud desde el punto de vista del paciente. Comprende 35 ítems divididos en 8 dimensiones: Función Física, Rol Físico, Rol Emocional, Función Social, Salud Mental, Salud General, Dolor Corporal y Vitalidad (31). Para calcular las puntuaciones se debe realizar la homogeneización de la dirección de las respuestas mediante la recodificación de las respuestas que lo requieran, con la finalidad de que sigan la intención de “a mayor puntuación, mejor estado de salud, mejor calidad de vida”. La valoración se realiza sumando todas las puntuaciones dando valores de 0 a 100 puntos, una mejor calidad de vida corresponde a puntuaciones superiores a 51, contrariamente una peor calidad de vida corresponde a puntuaciones menores a 50 (32,33).

### 3.4.2 Validación de instrumentos

La sección A, respecto al Cuestionario de Discapacidad de Oswestry, de acuerdo a Alcántara S. et al., presenta validez en España, dado que fue adaptado al castellano mediante un análisis de contenido complementado con un análisis de la validez aparente. Además, la consistencia interna determinada por el alfa de Cronbach fue de 0.85, demostrando su fiabilidad (30). Asimismo, Payares K. et al., realizaron la validación en pacientes colombianos con dolor bajo de espalda, los resultados reflejaron una correlación de Pearson de 0.75 con la escala de Roland Morris, demostrando su validez; y el coeficiente alfa de Cronbach fue de 0.86, demostrando nuevamente su fiabilidad (34). Se realizó la validación y confiabilidad de este instrumento (ver anexo 5 y 6).

La sección B, respecto al Cuestionario de Salud SF-36, la versión en español fue originalmente adaptada en España y las propiedades psicométricas se probaron en México y en Argentina (35). Villanueva C. et al., demostraron validez en Perú a nivel nacional, la consistencia interna determinada por el Alfa de Cronbach fue superior a lo mínimo recomendado (0.70) para todas las dimensiones llegando a alcanzar valores de hasta 0.90, luego también valoraron la consistencia interna de los ítems, evidenciando que todas las correlaciones fueron superiores a 0.40, demostrando así su validez y confiabilidad (36). Se realizó la validez y confiabilidad de este instrumento (ver anexo 5 y 6).

### **3.5 Procesamiento y análisis de datos**

#### **3.5.1 . Procesamiento de los datos:**

Los datos fueron inicialmente registrados en una hoja de Excel donde se consignaron las variables, el diccionario de datos y sus valores, luego fueron transportados al SPSS 25 para su análisis descriptivo e inferencial.

#### **3.5.2 Análisis de datos:**

Las univaraibles cualitativas se registraron en una tabla de resumen y se registraron en gráficos.

Para las univaraibles cuantitativas se utilizaron las medidas de resumen media, moda y mediana; y desviación estándar.

Se inicio la parte inferencial calculando el p-valor de la normalidad a través de la prueba de Shapiro Wilk, para calcular si la distribución fue normal o no normal.

Para calcular la relación de variables se utilizó el Chi-cuadrado y para responder las hipótesis específicas se utilizaron las pruebas no paramétricas de Wilcoxon.

Datos perdidos: Durante el análisis de los datos no se presentaron datos perdidos y se procedió a utilizar la estadística no paramétrica.

Prueba de Normalidad: Como la muestra fue pequeña, se utilizó prueba de normalidad de Shapiro Wilk, donde mostró que la muestra de estudio no tiene

distribución normal ( $p < 0.05$ ) por lo tanto, se aplica la estadística no paramétrica como correlación de Spearman, Chi-cuadrado.

Análisis descriptivo: Para el análisis de las variables cualitativas como calidad de vida y discapacidad, se calculó las frecuencias absolutas y relativas (%).

Análisis inferencial: Para determinar la relación entre discapacidad y la calidad de vida se realizó el análisis de correlación de Spearman, por ser ambas cualitativas ordinales; para determinar la relación de estas variables con la edad (cualitativa ordinal) se realizó el análisis de correlación de Spearman; y para determinar la relación con el sexo se realizó la prueba Chi-cuadrado, por ser esta última variable cualitativa nominal. El análisis estadístico se realizó con un nivel de significancia del 5%.

El coeficiente de correlación de Spearman (Rho) oscila entre valores de -1.00 a 1.00. El signo indica la dirección de la relación, negativo para inversa y positivo para directa. La magnitud o fuerza de la relación se determina por su valor numérico, a continuación, se muestran los niveles:

0.00 – 0.25 = Correlación nula o escasa.

0.25 – 0.50 = Correlación débil.

0.51 – 0.75 = Correlación entre moderada y fuerte.

0.76 – 1.00 = Correlación entre fuerte y perfecta.

### **3.6 Aspectos éticos**

Por tratarse de un estudio prospectivo se tomó en cuenta los principios éticos, en la cual se solicitó la firma de un consentimiento informado a los adultos mayores con lumbalgia atendidos en el Hospital III Juliaca que aceptaron participar en el estudio (ver anexo 4). A los participantes se les explicó los objetivos, procesos y resultados esperados con la investigación. Los cuestionarios permitieron recoger datos sólo de interés analítico, es decir, no se recogieron datos personales de los adultos mayores, a cada cuestionario se le asignó un código para su respectiva identificación, y de esta manera evitar la colocación de datos sensibles como nombres y apellidos de participantes, salvaguardando así su identidad. De llegar a una futura publicación, la información solo será manipulada por personal relacionado con la investigación.

## CAPÍTULO IV: PRESENTACIÓN Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

### 4.1 Procesamiento de datos:

#### Resultados

Tabla 1. Relación significativa entre la discapacidad y la calidad de vida de adultos mayores con lumbalgia que asisten al servicio de rehabilitación del Hospital III Juliaca, 2019.

Discapacidad	Calidad de Vida				p*
	Mala		Buena		
	N	%	N	%	
Limitación funcional mínima	0	0.00%	10	41.70%	<b>&lt;0.001</b>
Limitación funcional moderada	9	56.30%	14	58.30%	
Limitación funcional intensa	7	43.80%	0	0.00%	
<b>Total</b>	<b>16</b>	<b>100%</b>	<b>24</b>	<b>100%</b>	

\* Análisis de correlación de Spearman  
Fuente: Elaboración propia

#### Interpretación

De acuerdo a la tabla 1, existe relación significativa entre la discapacidad y la calidad de vida ( $p < 0.001$ ); donde, a mayor discapacidad menor calidad de vida.

Tabla 2. Relación significativa entre discapacidad y sexo de adultos mayores con lumbalgia que asisten al servicio de rehabilitación del Hospital III Juliaca, 2019.

Discapacidad	Sexo				p*
	Masculino		Femenino		
	N	%	N	%	
Limitación funcional mínima	6	33.3%	4	18.2%	0.317
Limitación funcional moderada	8	44.4%	15	68.2%	
Limitación funcional intensa	4	22.2%	3	13.6%	
<b>Total</b>	<b>18</b>	<b>100%</b>	<b>22</b>	<b>100%</b>	

\* Prueba Chi-cuadrado  
Fuente: Elaboración propia.

### Interpretación

De acuerdo a la tabla 2, no existe relación significativa entre la discapacidad y el sexo ( $p=0.317$ ). se observa que la mayoría de adultos mayores varones y mujeres presentaron limitación funcional moderada (44.4% y 68.2%, respectivamente).

Tabla 3. Relación significativa entre discapacidad y edad de adultos mayores con lumbalgia que asisten al Servicio de Rehabilitación del Hospital III Juliaca, 2019.

Discapacidad	Edad (años)						p*
	60 – 69		70 – 79		80 a más		
	N	%	N	%	N	%	
Limitación funcional mínima	6	31.6%	4	26.7%	0	0.0%	
Limitación funcional moderada	12	63.2%	8	53.3%	3	50.0%	<b>0.027</b>
Limitación funcional intensa	1	5.3%	3	20.0%	3	50.0%	
<b>Total</b>	<b>19</b>	<b>100%</b>	<b>15</b>	<b>100%</b>	<b>6</b>	<b>100%</b>	

\* Prueba Chi-cuadrado

Fuente: Elaboración propia

### Interpretación

De acuerdo a la tabla 3, existe relación significativa débil y directa entre de discapacidad y la edad ( $p=0.027$ ); donde, a mayor edad mayor discapacidad. Se observa que los adultos mayores de 60 a 69 años presentaron principalmente limitación funcional mínima (31.6%) y moderada (63.2%), los de 70 a 79 años presentaron principalmente limitación funcional moderada (53.3%) y los de 80 a más años presentaron limitación funcional moderada (50%) e intensa (50%).

Tabla 4. Relación significativa entre calidad de vida y sexo de adultos mayores con lumbalgia que asisten al Servicio de Rehabilitación del Hospital III Juliaca, 2019.

Calidad de Vida	Sexo				p*
	Masculino		Femenino		
	N	%	N	%	
Mala	6	33.3%	10	45.5%	0.436
Buena	12	66.7%	12	54.5%	
<b>Total</b>	<b>18</b>	<b>100%</b>	<b>22</b>	<b>100%</b>	

\* Prueba Chi-cuadrado

Fuente: Elaboración propia

### Interpretación

De acuerdo a la tabla 4, no existe relación significativa inversa entre la calidad de vida y el sexo ( $p=0.436$ ). se observa que la mayoría de adultos mayores varones y mujeres presentaron buena calidad de vida (66.7% y 54.5%, respectivamente).

Tabla 5. Relación significativa entre calidad de vida y edad de adultos mayores con lumbalgia que asisten al servicio de rehabilitación del Hospital III Juliaca, 2019.

Calidad de Vida	Edad (años)						p*
	60 – 69		70 - 79		80 a más		
	N	%	N	%	N	%	
Mala	5	26.3%	7	46.7%	4	66.7%	0.065
Buena	14	73.7%	8	53.3%	2	33.3%	
<b>Total</b>	<b>19</b>	<b>100%</b>	<b>15</b>	<b>100%</b>	<b>6</b>	<b>100%</b>	

\*Análisis de correlación de Spearman

Fuente: Elaboración propia

### Interpretación

De acuerdo a la tabla 5, no existe relación significativa inversa entre la calidad de vida y la edad ( $p=0.065$ ). Sin embargo, se observa que la mayoría de los adultos mayores de 60 a 69 años y los de 70 a 79 años presentaron buena calidad de vida, pero la mayoría de los adultos mayores con 80 a más años presentaron mala calidad de vida. Es decir, se presenta una tendencia decreciente de la calidad de vida cuando se incrementa la edad.

## 4.2 Prueba de hipótesis

### Hipótesis General:

Existe relación significativa entre la calidad de vida física y mental con la discapacidad en adultos mayores con lumbalgia que asisten al Servicio de Rehabilitación del Hospital III Juliaca, 2019.

#### • Hipótesis estadística

H0: No existe relación significativa entre la calidad de vida física y mental con la discapacidad en adultos mayores con lumbalgia que asisten al Servicio de Rehabilitación del Hospital III Juliaca, 2019.

H1: Si existe relación significativa entre la calidad de vida física y mental con la discapacidad en adultos mayores con lumbalgia que asisten al Servicio de Rehabilitación del Hospital III Juliaca, 2019.

- Nivel de significancia:  $\alpha = 0.05 = 5\%$  de margen máximo de error.

Regla de decisión:

$p \geq \alpha \rightarrow$  se acepta la hipótesis nula H0

$p < \alpha \rightarrow$  se rechaza la hipótesis nula H0

- Prueba estadística de calidad de vida y discapacidad fue el Rho de Spearman

$$p \leq 0,01 \text{ y un } R = -0,356$$

- Conclusión: Existe relación significativa entre la calidad de vida físico y mental y la discapacidad y una asociación negativa de grado leve entre ambas. A menor calidad de vida mayor índice de discapacidad

### Lectura del error

El cálculo del error se realizó mediante software estadístico SPSS 25, resultando lo siguiente:

Tabla 6. Análisis de relación entre discapacidad y calidad de vida

	Análisis de correlación	Calidad de Vida
Discapacidad	Rho de Spearman	-0.356
	p-valor	0.024
	N	40

Fuente: Elaboración propia.

### Toma de decisión

En la tabla 8 el p-valor  $< 0.05$ , por ello se rechaza la hipótesis nula ( $H_0$ ) y aceptamos la hipótesis del investigador ( $H_i$ ). Es decir, con un máximo error del 5%, podemos afirmar que existe relación inversa, débil y significativa entre la discapacidad y la calidad de vida de adultos mayores con lumbalgia que asisten al Servicio de Rehabilitación del Hospital III Juliaca, 2019.

### 4.3 Discusión de resultados

Dentro de las características generales de los adultos mayores que participaron en este estudio se pudo evidenciar que predominaban los adultos mayores entre 60 a 69 años de edad, así como las mujeres. Por tratarse de características generales de la población analizada, no serán contrastados con las características de otro estudio, debido a que dichas características son propias, bajo la premisa mencionada, se evidencia que en la mayoría de los estudios que se han citado, analizan a pacientes diagnosticados con lumbalgia o dolor en la zona lumbar, así mismo la población mayormente evaluada es la adulta mayor y en todos los estos los estudios el sexo de mayor frecuencia es el femenino, pudiendo observarse una mayor aceptación de participación en las mujeres en comparación con los varones.(2, 3, 7, 9, 11, 13)

De manera descriptiva se puede mencionar que la mayoría de los adultos mayores presentaban una limitación funcional moderada, y una buena calidad de vida, predominando en la dimensión “salud mental”, seguido por “función física”, “dolor corporal”, “función social” y “rol emocional”. Estudios como el realizado por

Texcucano et al., (3) donde evaluaron la calidad de vida en los pacientes con lumbalgia crónica degenerativa, evidencian resultados casi similares sobre la calidad de vida, ya que demostraron que la mayoría de los pacientes que habían intervenido en su estudio tenían una mejor calidad de vida específicamente en la dimensión “función social”. Y sobre la discapacidad, los estudios realizados por Texcucano et al., (3) y Santiago et al., (9) pudiendo identificar en cada uno de sus estudios, que la discapacidad se encontraba presente en la mayoría de los casos evaluados, sobre todo como limitación funcional de moderada a máxima

Posteriormente al relacionar las variables de interés, se identificó la existencia de una relación inversa significativa, es decir los adultos mayores que presentan buena calidad de vida su limitación funcional es mínima, mientras que los adultos mayores que presentaban una mala calidad de vida su limitación funcional era moderada. Sobre dicha relación, se han hallado estudios en el ámbito internacional, (3, 11) que demuestran la existen de una relación significativa entre ambas variables, concordando con lo hallado en esta investigación. Dichos resultados pueden deberse a que la población en análisis en cada uno de los estudios mencionados fueron poblaciones con las mismas características poblaciones de esta investigación, es decir, adultos mayores con dolor lumbar o lumbalgia, quedando demostrado que el lugar geográfico en la cual se encuentre el adulto mayor no va a generar algún cambio para dicha relación.

Luego al relacionar la discapacidad con la edad de los adultos mayores, se evidenció una relación significativa directa, es decir, los adultos mayores que tienen mayor edad presentan limitación funcional intensa, mientras que los adultos mayores de menor edad presentan limitación funcional mínima a moderada. Esta relación no se ha evaluado en ningún estudio que se ha hallado como antecedente de esta investigación, por ende no se ha podido contrastar esta información con otros estudios realizados en otras realidades, pero se puede decir que la relación hallada en esta investigación es “lógica” ya que la capacidad funcional de un adulto en general disminuye conforme van pasando los años, es decir a mayor edad menor capacidad física, por ende las actividades diarias son realizadas de manera aletargada y con un poco de dificultad, adicionalmente se debe de considerar las características clínicas que pueda tener el individuo, como presencia de

comorbilidades, polifarmacia, antecedentes quirúrgicos, entre otros, las cuales pueden ser atributos que generen mayor discapacidad.

Pero al relacionar la discapacidad con el sexo, se evidenció la ausencia de relación entre las variables, pero se identificó que la limitación funcional moderada era la que mayormente se presentaba en los adultos mayores, habiendo mayor frecuencia en las mujeres. Estos resultados son casi semejantes a los encontrados por Domingo y Navas, (10) ya que no analizaron algún tipo de relación entre estas variables, pero identificaron que la limitación funcional se presentaba mayormente en el sexo femenino en comparación con el masculino. Por otro lado, Santiago et al., (9) si evidenció relación entre el sexo femenino con la discapacidad funcional, contrastando de manera parcial, con el resultado manifestado en este estudio.

Así mismo al relacionar la calidad de vida con la edad, se evidenció la ausencia de relación entre las variables, pero con una tendencia a ser significativa ya que, si bien la mayoría de los ancianos presentaban mala calidad de vida, este se empeoraba conforme aumentaba la edad. Castellano et al., (11) identificaron resultados totalmente opuesto a lo mencionado, ya que, si lograron evidenciar correlación entre ambas variables, esto posiblemente pudo deberse a que dicha investigación fue realizada en adultos españoles y no en adultos mayores, por ende, al ver una mayor amplitud de edades entre los pacientes en evaluación, los resultados obtenidos fueron significativos a diferencia de este estudio que solo fue realizada en adultos mayores.

Y finalmente al relacionar la calidad de vida con el sexo, se evidenció la ausencia de relación, pero quedó demostrado que las mujeres eran las que mayormente presentaban mala calidad de vida en comparación con los varones. Los estudios que han sido utilizados como antecedentes en esta investigación, no han analizado dicha relación, por ende, no se han identificado resultados que coincidan o se opongan con lo encontrado. Pero lo hallado, demuestra que son las mujeres quienes mayormente al llegar a la etapa de la vejez, son quienes tienen peor calidad de vida, esto podría deberse a que las mujeres en evaluación han podido ser solteras, sin hijos, viudas, que vivan solas, etc., y otras posibles características propias que puedan influir en los resultados hallados, otra explicación para ello es

que posiblemente sean las que frecuentemente padezcan de alguna patología y por motivos hogareños no recurran a las instalaciones sanitarias, y solo al momento de sentirse “verdaderamente mal” acuden a un establecimiento de salud.

## **CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

### **5.1 Conclusiones**

Existe relación significativa entre la discapacidad y la calidad de vida, así como con sus dimensiones función física, rol físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, función social y rol emocional de adultos mayores con lumbalgia que asisten al Servicio de Rehabilitación del Hospital III Juliaca, 2019. Se evidenció que a mayor discapacidad menor calidad de vida.

No existe relación significativa entre discapacidad y sexo de adultos mayores con lumbalgia que asisten al Servicio de Rehabilitación del Hospital III Juliaca, 2019.

Existe relación significativa entre discapacidad y edad de adultos mayores con lumbalgia que asisten al Servicio de Rehabilitación del Hospital III Juliaca, 2019. Se evidenció que a mayor edad mayor discapacidad.

No existe relación significativa entre calidad de vida y sexo de adultos mayores con lumbalgia que asisten al Servicio de Rehabilitación del Hospital III Juliaca, 2019. Se evidenció que tanto en varones como mujeres primó la limitación funcional moderada.

No existe relación significativa entre calidad de vida y edad de adultos mayores con lumbalgia que asisten al Servicio de Rehabilitación del Hospital III Juliaca, 2019. Sin embargo, se evidenció una tendencia decreciente de la calidad de vida conforme incrementa la edad.

## **5.2 Recomendaciones**

Realizar charlas en las instalaciones de la institución sanitaria de estudio sobre la etapa de vida en evaluación (adulto mayor) para crear conciencia en la población en general sobre la importancia de una buena vejez.

Identificar a todos los adultos mayores que acudan a la institución sanitaria de estudio para invitarlos a formar parte del programa del adulto mayor, donde se realizan diversas actividades dirigidas solo a esta población, en beneficio de su salud física, psicológica y social.

Realizar continuas evaluaciones a los adultos mayores sobre su calidad de vida, para así identificar posibles condiciones que estén afectando su vida actual, así mismo valorar su capacidad funcional para identificar posibles actitudes que estén limitando dicha capacidad y tomar las medidas que sean necesaria y revertirlas, así como prevenirlas posteriormente.

Fomentar la realización de estudios bajo la misma direccionalidad de esta investigación, con la finalidad de evaluar las relaciones analizadas para posteriormente realizar la contratación de información, considerando que lo identificado estará bajo la realidad nacional.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Varela L. Salud y calidad de vida en el adulto mayor. Rev. Perú Med. Exp. Salud Pública. 2016;33(2):199-201
2. Alfonso S., Martínez M., Llanos A., Martínez J., Abizanda P. Enfermedad crónica, mortalidad, discapacidad y pérdida de movilidad en ancianos españoles: estudio FRADEA. Rev. Esp. Geriatr Gerontol. 2014;49(2):51–58
3. Texcucano R. Funcionalidad, calidad de vida y grado de dolor en 243 pacientes con lumbalgia crónica degenerativa. Pren. Méd. Argent. 2017; 103(3): 149-155.
4. Olivi A y otros. Evaluación de la calidad de vida de los adultos mayores en la ciudad de Valparaíso. Pap. poblac. 2015;21(84): 227-249
5. Papa de la Rosa P. Corticoides transforaminales en la radiculopatía lumbosacra: valoración del dolor y la discapacidad. Rev Soc Esp Dolor. 2014;21(4): 219-225.
6. De Andrés J y otros. Dolor en el paciente de la tercera edad. Rev. Med. Clin. Condes.2014;25(4): 674-686
7. Valdés G y otros. Calidad de vida en pacientes con lumbalgia crónica. Centro de Investigaciones Médico Quirúrgicas, 216 y 11B, Siboney, Playa, La Habana, Cuba. 2013;5(1): 54-71
8. Villarreal G. Condición Socio familiar, asistencial y de funcionalidad del adulto mayor de 65 años en dos comunas de Sincelejo (Colombia). Revista Científica Salud Uninorte. 2012; 28(1): 75-87
9. Santiago C. y otros. Dolor lumbar y su relación con el índice de discapacidad en un hospital de rehabilitación. Rev Cient Cienc Med.2018; 21(2): 13 – 20
10. Domingo S. y otro. Posibles beneficios de la pinza rodada en el dolor y la incapacidad en la lumbalgia inespecífica crónica. Fisioterapia 2016.
11. Castellano C. Calidad de vida en pacientes con dolor lumbar crónico. Apuntes de Psicología. 2014;32(1): 77-84
12. Cuesta A. y otro. Frecuencia de uso de escalas de dolor, incapacidad física y calidad de vida en el estudio de lumbalgia con intervenciones fisioterápicas. Publicado por Elsevier España, S.L. Fisioterapia. 2008; 30(4):204–208
13. Chávez M. y otros. Efecto de un programa de ejercicios fisioterapéuticos sobre el desempeño físico en adultos mayores institucionalizados. Revista Española de Geriatria y Gerontología. 2014; 49(6): 260-265.

14. El Peruano. Normas Decreto Supremo que aprueba el Reglamento de la Ley N° 30490, ley de la Persona Adulta Mayor. Normas legales. 2018 Publicado: 26 de agosto de 2018.
15. Presidencia de la Republica Estados Unidos Mexicanos. Ley De Los Derechos De Las Personas Adultas Mayores. Últimas reformas DOF 12-07-2018. Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión 2018
16. López M. Modelos teóricos e investigación en el ámbito de la discapacidad. Hacia la incorporación de la experiencia personal. 2016. Disponible en: [https://ruidera.uclm.es/.../Modelos te ricos e investigaci n en el mbito de la a.pdf](https://ruidera.uclm.es/.../Modelos_te_ricos_e_investigaci_n_en_el_mbito_de_la.pdf).
17. Zunzunegui M. Evolución de la discapacidad y la dependencia. Una mirada internacional. Gaceta Sanitaria. 2011; 25(2): 12-20
18. González I. Incapacidad funcional en ancianos: intervención de enfermería. Medwave. 200909.4149
19. Herrero V. y otros. Incapacidad y Discapacidad. Diferencias conceptuales y legislativas. 2016. Disponible en: <http://www.aeemt.com/>
20. Urzúa A. Calidad de vida: Una revisión teórica del concepto. Ter Psicol. 2012; 30(1): 61-71
21. Rico M. Fisiopatología del dolor musculoesquelético crónico. Medwave. 2008; 8(8):1654
22. Arteaga C. y otros. Evaluación del dolor musculoesquelético en el anciano. Acta Médica Colombiana. 2011; 36(1): 30-35
23. Insausti J. Lumbalgia inespecífica: en busca del origen del dolor. Reumatología Clínica. 2009; 5(2): 19-26
24. Ministerio de Salud Colombia. Discapacidad. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/proteccion-social/Paginas/DisCAPACIDAD.aspx>.
25. Egea C. y otro. Clasificaciones de la OMS sobre discapacidad. Murcia, noviembre de 2001. [https://www.um.es/discatif/METODOLOGIA/Egea-Sarabia clasificaciones.pdf](https://www.um.es/discatif/METODOLOGIA/Egea-Sarabia_clasificaciones.pdf)
26. Carbayo J, Rodríguez J, Félix J. Lumbalgia. Rev Clín Med Fam 2012; 5 (2): 140-143
27. Organización Mundial de la Salud. Envejecimiento y Salud. Detail. Publicado: 5 de febrero de 2018. 2019. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/envejecimiento-y-salud>

28. Hernández R, Fernández C, Baptista P. Metodología de la investigación. Quinta ed. México: Editorial McGraw Hill; 2010.
29. Argimon J., y Jiménez J. Método de investigación clínica y epidemiológica. ELSEVIER. 4º edición. Barcelona – España. 2013.
30. Alcántara S, Flórez M, Echávarri C, García F. Escala de incapacidad por dolor lumbar de Oswestry. Rehabilitación. 2006; 40(3): 150-158.
31. Vilagut G, Valderas J, Ferrer M, Garin O, López-García E, Alonso J. Interpretación de los cuestionarios de salud SF-36 y SF-12 en España: componentes físico y mental. Medicina clínica. 2008; 130(19): 726-735.
32. Chávez M, Sandoval C, Calero P. Asociación entre capacidad aeróbica y calidad de vida en adultos mayores de una ciudad colombiana. Rev, Perú Med Expr Sal Pub. 2017; 34(4).
33. López, P, Miranda G, Segura N, Rivera L, Cambray C, Chávez A. Estudio de la calidad de vida en pacientes adultos con inmunodeficiencia común variable usando el Cuestionario SF-36. Rev Ale Mex. 2014; 61: 52-58.
34. Payares K, Lugo L, Morales M, Londoño A. Validación en Colombia del cuestionario de discapacidad de Oswestry en pacientes con dolor bajo de espalda. Iatreia. 2008; 21: 22.
35. Salazar FBE. The Spanish SF-36 in Perú: factor structure, construct validity, and internal consistency. Asia-Pacific Journal of Public Health. 2012: 1-9.
36. Villanueva C, Casas J, Richard S. Depresión y calidad de vida en pacientes con tratamiento de hemodiálisis en un Hospital de EsSalud en Lima-Perú, 2014. Revista de Investigación Universitaria. 2015; 4(1): 42-50.
37. Perez S y otros. Características Sociodemográficas y variabilidad geográfica relacionada con la satisfacción del paciente en atención primaria. Vol.31. Núm 5. páginas 300-308 (Septiembre-Octubre 2016).

## ANEXOS

## Anexo 1: Matriz de consistencia

Problema general	Objetivo General	Hipótesis de la investigación	Variables	Metodología	Población y muestra	Técnicas e instrumento
<p><b>Problema General:</b> ¿Cuál es la relación que existe entre la discapacidad y la calidad de vida de adultos mayores con lumbalgia que asisten al Servicio de Rehabilitación del Hospital III Juliaca, 2019?</p> <p><b>Problemas Específicos:</b></p> <p>¿Cuál es la relación entre discapacidad y sexo de adultos mayores con lumbalgia que asisten al Servicio de Rehabilitación del Hospital III Juliaca, 2019?</p> <p>¿Cuál es la relación entre discapacidad y edad de adultos mayores con lumbalgia que asisten al Servicio de Rehabilitación del Hospital III Juliaca, 2019?</p> <p>¿Cuál es la relación entre calidad de vida y sexo de adultos mayores con lumbalgia que asisten al Servicio de Rehabilitación del Hospital III Juliaca, 2019?</p> <p>¿Cuál es la relación entre calidad de vida y edad de adultos mayores con lumbalgia que asisten al Servicio de Rehabilitación del Hospital III Juliaca, 2019?</p>	<p><b>Objetivo General:</b> Determinar la relación que existe entre la discapacidad y la calidad de vida de adultos mayores con lumbalgia que asisten al Servicio de Rehabilitación del Hospital III Juliaca, 2019.</p> <p><b>Objetivos Específicos:</b></p> <p>Identificar la relación entre discapacidad y sexo de adultos mayores con lumbalgia que asisten al Servicio de Rehabilitación del Hospital III Juliaca, 2019.</p> <p>Identificar la relación entre discapacidad y edad de adultos mayores con lumbalgia que asisten al Servicio de Rehabilitación del Hospital III Juliaca, 2019.</p> <p>Identificar la relación entre calidad de vida y sexo de adultos mayores con lumbalgia que asisten al Servicio de Rehabilitación del Hospital III Juliaca, 2019.</p> <p>Identificar la relación entre calidad de vida y edad de adultos mayores con lumbalgia que asisten al Servicio de Rehabilitación del Hospital III Juliaca, 2019.</p>	<p><b>Hipótesis General:</b> Existe una relación entre la discapacidad y la calidad de vida de adultos mayores con lumbalgia que asisten al Servicio de Rehabilitación del Hospital III Juliaca, 2019.</p> <p><b>Hipótesis Específicas:</b></p> <p>Existe relación entre discapacidad y sexo de adultos mayores con lumbalgia que asisten al Servicio de Rehabilitación del Hospital III Juliaca, 2019.</p> <p>-Existe relación entre discapacidad y edad de adultos mayores con lumbalgia que asisten al Servicio de Rehabilitación del Hospital III Juliaca, 2019.</p> <p>-Existe la relación entre calidad de vida y sexo de adultos mayores con lumbalgia que asisten al Servicio de Rehabilitación del Hospital III Juliaca, 2019.</p> <p>-Existe la relación entre calidad de vida y edad de adultos mayores con lumbalgia que asisten al Servicio de Rehabilitación del Hospital III Juliaca, 2019.</p>	<p><b>Variable 1:</b> Discapacidad</p> <p><b>Variable 2:</b> Calidad de vida</p> <p>Dimensiones: -Función Física -Rol Físico -Dolor Corporal -Salud General -Vitalidad -Función Social -Rol Emocional -Salud Mental</p> <p><b>Variables socio demográficas:</b> Edad -Sexo</p>	<p><b>Enfoque:</b> Investigación cuantitativa.</p> <p><b>Tipo:</b> Correlacional</p> <p><b>Diseño:</b> No experimental</p>	<p><b>Población:</b> N = 40 adultos mayores</p> <p><b>Muestra:</b> n = 40 adultos mayores</p> <p><b>Tipo de muestreo:</b> Muestreo no probabilístico por conveniencia.</p> <p><b>Procedimiento de muestreo:</b> Se entregaron los cuestionarios a aquellos adultos mayores que asistieron al Servicio de Medicina Física y Rehabilitación del Hospital III Juliaca – EsSalud, 2019, quienes aceptaron participar del estudio firmando el consentimiento informado, además que cumplieron los criterios de inclusión.</p>	<p><b>Técnica:</b> Encuesta</p> <p><b>Instrumentos:</b> Cuestionario de Oswestry</p> <p>SF -36</p>

## Anexo 2: Instrumento 1

### “RELACION ENTRE DISCAPACIDAD Y LA CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO MAYOR CON LUMBALGIAS QUE ACUDE AL SERVICIO DE REHABILITACION DEL HOSPITAL III JULIACA, 2019”

Fecha: \_\_ / \_\_ / \_\_

Edad: \_\_\_\_\_ años

Sexo: Masculino ( ) Femenino ( )

#### A. Discapacidad: Cuestionario de Discapacidad de Oswestry

Por favor lea atentamente. Estas preguntas han sido diseñadas para conocer 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 describa 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 tomos.

##### 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 3: Instrumento 2

### B. Calidad de vida: Cuestionario de Salud SF-36

INSTRUCCIONES: Las preguntas que sigue se refieren al o que usted piensa sobre su salud. Sus respuestas permitirán saber cómo se encuentra usted y hasta qué punto es capaz de hacer sus actividades habituales. Conteste cada pregunta tal como se indica. Si no está seguro/a de cómo responder a una pregunta, por favor conteste lo que le parezca más cierto.

1. En general, usted diría que su salud es: (marque un solo número)

- Excelente ..... 1  
 Muy Buena ..... 2  
 Buena ..... 3  
 Regular ..... 4  
 Mala ..... 5

2. ¿Cómo diría usted que es su salud actual, comparada con la de hace un año? (marque un solo número)

- Mucho mejor ahora que hace un año..... 1  
 Algo mejor ahora que hace un año..... 2  
 Más o menos igual que hace un año..... 3  
 Algo peor ahora que hace un año..... 4  
 Mucho peor ahora que hace un año..... 5

3. Las siguientes preguntas se refieren a actividades o cosas que usted podría hacer en un día normal. Su salud actual. ¿le limita para hacer esas actividades o cosas? Si es así ¿cuánto?

(marque un solo número)

ACTIVIDADES	Sí, me limita mucho	Sí, me limita un poco	No, no me limita nada
a. <b>Esfuerzos intensos</b> , tales como correr, levantar objetos pesados, o participar en deportes agotadores	1	2	3
b. <b>Esfuerzos moderados</b> , como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de 1 hora	1	2	3
c. Coger o llevar la bolsa de la compra	1	2	3
d. Subir <b>varios</b> pisos por la escalera	1	2	3
e. Subir <b>un solo</b> piso por la escalera	1	2	3
f. Agacharse, arrodillarse o ponerse en cuclillas	1	2	3
g. Caminar <b>un kilómetro o más</b>	1	2	3
h. Caminar <b>varias manzanas</b> (varios centenares de metros)	1	2	3
i. Caminar <b>una sola manzana</b> (unos 100 metros)	1	2	3
j. Bañarse o vestirse por sí mismo	1	2	3

4. Durante las 4 últimas semanas ¿ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa su salud física?

(marque un solo número por cada pregunta)

	SÍ	NO
a. ¿Tuvo que <b>reducir el tiempo</b> dedicado a trabajo o a sus actividades cotidianas?	1	2
b. ¿ <b>Hizo menos</b> de lo que hubiera querido hacer?	1	2
c. ¿Tuvo que <b>dejar de hacer algunas tareas</b> en su trabajo o en sus actividades cotidianas?	1	2
d. ¿Tuvo <b>dificultad</b> para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas (por ejemplo, le costó más de lo normal)?	1	2

5. Durante las 4 últimas semanas. ¿ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?

	SÍ	NO
a. ¿Tuvo que <b>reducir el tiempo</b> dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, <b>por algún problema emocional</b> ?	1	2
b. ¿ <b>Hizo menos</b> de lo que hubiera querido hacer, <b>por algún problema emocional</b> ?	1	2
c. ¿No hizo su trabajo o sus actividades cotidianas <b>tan cuidadosamente</b> como de costumbre, <b>por algún problema emocional</b> ?	1	2

6. Durante las 4 últimas semanas ¿hasta qué punto su salud física o los problemas emocionales han dificultados sus actividades sociales habituales, los amigos, los vecinos u otras personas?

(marque un solo número)

Nada	.....	1
Un poco	.....	2
Regular	.....	3
Bastante	.....	4
Mucho	.....	5

7. ¿Tuvo dolor en alguna parte de su cuerpo durante las 4 últimas semanas?

(marque un solo número)

No, ninguno	.....	1
Sí, muy poco	.....	2
Sí, un poco	.....	3
Sí, moderado	.....	4
Sí, mucho	.....	5
Sí, muchísimo	.....	6

8. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)?

(marque un solo número)

Nada	.....	1
Un poco	.....	2
Regular	.....	3
Bastante	.....	4
Mucho	.....	5

9. Las preguntas que siguen se refieren a cómo se ha sentido y cómo le han ido las cosas durante las 4 últimas semanas. En cada pregunta responda lo que se parezca más a cómo se ha sentido usted. Durante las últimas 4 semanas ¿cuánto tiempo...

(marque un solo número por cada pregunta)

	Siempre	Casi siempre	Muchas veces	Algunas veces	Solo alguna vez	Nunca
a. se sintió lleno de vitalidad?	1	2	3	4	5	6
b. estuvo muy nervioso?	1	2	3	4	5	6
c. se sintió tan baja de moral que nada podía animarle?	1	2	3	4	5	6
d. se sintió calmado y tranquilo?	1	2	3	4	5	6
e. tuvo mucha energía?	1	2	3	4	5	6
f. se sintió desanimado y triste?	1	2	3	4	5	6
g. se sintió agotado?	1	2	3	4	5	6
h. se sintió feliz?	1	2	3	4	5	6
i. se sintió cansado?	1	2	3	4	5	6

10. Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a los amigos o familiares)?

(marque un solo número)

Siempre	.....	1
Casi siempre	.....	2
Algunas veces	.....	3
Solo alguna vez	.....	4
Nunca	.....	5

11. Por favor, diga si le parece CIERTA o FALSA cada una de las siguientes frases:

	Totalmente cierta	Bastante cierta	No lo sé	Bastante falsa	Totalmente falsa
a. Creo que me pongo enfermo más fácilmente que otras	1	2	3	4	5
b. Estoy tan sano como cualquiera	1	2	3	4	5
c. Creo que mi salud va a empeorar	1	2	3	4	5
d. Mi salud es excelente	1	2	3	4	5

## Anexo 4: Formato de consentimiento informado

### “Relación entre discapacidad y la calidad de vida del adulto mayor con lumbalgia que acude al servicio de Rehabilitación del Hospital III Juliaca, 2019”

**Propósito del Estudio:** Lo estamos invitando a participar en un estudio con la finalidad de determinar la relación entre discapacidad y la calidad de vida en adultos mayores con lumbalgia del Hospital III Juliaca, 2019. Más allá de este propósito, se obtendrá un conocimiento válido para plantear en el futuro acciones de mejora de la calidad de vida de los adultos mayores con lumbalgia atendidos en el nosocomio mencionado y mejorar el tratamiento para su discapacidad.

**Procedimientos:** Si usted acepta participar en este estudio se le entregará un cuestionario que comprende a su vez 3 secciones para recopilar datos sociodemográficos y clínicos, su nivel de discapacidad y la calidad de vida relacionada a su salud. Le tomará aproximadamente 20 minutos en ser llenado y será realizado en las instalaciones del Hospital III Juliaca.

**Riesgos y Beneficios:** No existirá riesgo alguno respecto a su participación en esta investigación, pues solo se le pedirá responder las preguntas del cuestionario. Asimismo, su participación no producirá beneficio alguno, ni remuneración y/o pago de ningún tipo.

**Confidencialidad:** No se divulgará su identidad en ninguna etapa de la investigación, dado que toda la información que Ud. brinde será usada solo con fines estrictos de estudio. En caso este estudio fuese publicado se seguirá salvaguardando su confidencialidad, ya que no se le pedirá en ningún momento sus nombres ni apellidos ni algún otro dato sensible.

Se pone en conocimiento que Ud. puede decidir retirarse de este estudio en cualquier momento del mismo, o no participar –si así lo desea– sin perjuicio alguno. Si tiene alguna duda adicional comunicarse con la Lic. Liz Cecilia Flores Ramírez al celular 984423324, o al e-mail [licececi.f.r@gmail.com](mailto:licececi.f.r@gmail.com)

-----

Acepto voluntariamente participar en este estudio luego de haber discutido los objetivos y procedimientos de la investigación con la investigadora responsable.

\_\_\_\_\_  
 Participante  
 Iniciales:

\_\_\_\_\_  
 Fecha

\_\_\_\_\_  
 Investigador

\_\_\_\_\_  
 Fecha



### Ficha de Validación por Jueces Expertos

#### ESCALA DE CALIFICACIÓN

Estimado (a):

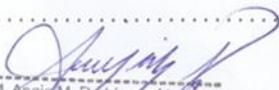
Teniendo como base los criterios que a continuación se presenta, se le solicita dar su opinión sobre el instrumento de recolección de datos que se adjunta:

Marque con una (X) en SI o NO, en cada criterio según su opinión.

CRITERIOS	SI	NO	OBSERVACIÓN
1. El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación.	✓		
2. El instrumento propuesto responde a los objetivos del estudio.	✓		
3. La estructura del instrumento es adecuado.			Ítems que no son relevantes conorbitalidad en el estudio
4. Los ítems del instrumento responde a la operacionalización de la variable.	✓		
5. La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento.	✓		
6. Los ítems son claros y entendibles.	✓		
7. El número de ítems es adecuado para su aplicación.	✓		

#### SUGERENCIAS:

- ✓ Eliminar Factores sociodemográficos que no serán considerados en el estudio (evaluarlo).
- ✓ Preguntas específicas 6, 7. redacción.

  
 Lic. TM Angie M. Rodríguez Mascardo  
 Medicina Física y Rehabilitación - Terapia Física  
 CTMP 5326

Hospital Clínica de la Universidad del Valle  
 FIRMA DEL JUEZ EXPERTO (A)

**Ficha de Validación por Jueces Expertos**

**ESCALA DE CALIFICACIÓN**

Estimado (a):

Teniendo como base los criterios que a continuación se presenta, se le solicita dar su opinión sobre el instrumento de recolección de datos que se adjunta:

Marque con una (X) en SI o NO, en cada criterio según su opinión.

CRITERIOS	SI	NO	OBSERVACIÓN
1. El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación.	X		
2. El instrumento propuesto responde a los objetivos del estudio.	X		
3. La estructura del instrumento es adecuado.	X		
4. Los ítems del instrumento responde a la operacionalización de la variable.	X		
5. La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento.	X		
6. Los ítems son claros y entendibles.	X		
7. El número de ítems es adecuado para su aplicación.	X		

**SUGERENCIAS:**

.....  
 .  
 .....  
 .  
 .....  
 .  
 .....  
 .  
 .....  
 .  
 .....

.....  
  
**FIRMA DEL JUEZ EXPERTO (A)**  
 DNI 29672680

## Anexo 6: Confiabilidad del instrumento

El Coeficiente de alfa de Cronbach sirve para medir la fiabilidad de una escala de medida. Este coeficiente puede tener valores de 0 a 1, cuando el valor esté más cercano a 1, mayor es la consistencia interna de los ítems analizados.

Coeficiente alfa de Cronbach	Nivel de consistencia
>0.9	Excelente
0.8 - 0.9	Bueno
0.7 - 0.8	Aceptable
0.6 - 0.7	Cuestionable
0.5 - 0.6	Pobre
<0.5	Inaceptable

Para el cálculo del coeficiente de confiabilidad alfa-cronbach se utiliza el siguiente procedimiento:

$$\alpha' \text{ Cronbach} = \frac{k}{(k-1)} \left( 1 - \frac{\sum_{j=1}^k s_j^2}{S_T^2} \right)$$

Unidades	Cuestionario de Discapacidad de Oswestry										Total
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
1	4	4	2	2	3	3	2	5	2	2	29
2	4	4	2	2	3	3	2	5	2	2	29
3	4	4	2	2	3	3	2	5	2	2	29
4	2	2	4	3	3	3	1	5	2	2	27
5	1	1	2	1	1	2	1	2	1	2	14
6	1	1	2	1	1	2	1	2	1	2	14
7	4	4	2	2	3	3	2	5	2	2	29
8	4	4	2	2	3	3	2	5	2	2	29
9	2	2	4	3	3	3	1	5	2	2	27
10	1	1	2	1	1	2	1	2	1	2	14
11	4	4	2	2	3	3	2	5	2	2	29
12	4	4	2	2	3	3	2	5	2	2	29
13	4	4	2	2	3	3	2	5	2	2	29
14	2	2	4	3	3	3	1	5	2	2	27
15	4	4	2	2	3	3	2	5	2	2	29
Varianza	1.71	1.71	0.69	0.43	0.69	0.17	0.26	1.54	0.17	0.00	36.69
Suma_var	7.37										

Items 10  
 Unidades 15  
 r-Alpha de Cronbach **0.89**



## Anexo 7: Carta de Autorización

### DICTAMEN DE COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN

Resolución de Conformación de Ética N°50GRAJUL-ESSALUD-2019

#### 1° Proyecto de Investigación:

1. Título: Relación de Discapacidad y la Calidad de Vida en el Adulto Mayor con Lumbalgia que acude al Servicio de Medicina de Rehabilitación del Hospital III Juliaca
2. Código de protocolo: 1299-2019-1158
3. Asesor:
  - a. Lic. Tito Mallqui, Bryan
4. Investigador Principal:
  - a. Liz Cecilia Flores Ramírez
5. Investigadores colaboradores: (si aplica)
  - a. No aplica

6. Institución: Universidad Privada Norbert Wiener

#### 2° Diseño de Estudio:

1. Observacional
  - a. Exploratorio
  - b. Descriptivo
  - c. Analítico
2. Cuasi experimental
3. Experimental

#### 3° Fuente de Datos

1. Primarios
2. Secundarios

#### 4° Del tipo de Intervención

1. Sin Intervención
2. Con Intervención

#### 5° Conclusión:

El Comité de Ética e Investigación Dictamina que el Proyecto de Investigación:

Relación de Discapacidad y la Calidad de Vida en el Adulto Mayor con Lumbalgia que acude al Servicio de Medicina de Rehabilitación del Hospital III Juliaca

Dictamina:                      APROBADO       NO APROBADO

Observaciones: \_\_\_\_\_

Juliaca, 23 de julio de 2020

  
 .....  
 Dr. OSCAR VEGA HINOJOSA  
 Especialidad Reumatología  
 CMP. 37550 - RNE 28264