



**Universidad
Norbert Wiener**

Powered by **Arizona State University**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA ACADÉMICO DE TECNOLOGÍA MÉDICA EN
TERAPIA FÍSICA Y REHABILITACIÓN**

Tesis

Trastornos psicológicos y discapacidad funcional en pacientes con lumbalgia inespecífica de un centro de terapia física de Lima, periodo 2025

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

Presentado por:

Autora: Lozano Apolinario, Marisol Juana

Código ORCID: <https://orcid.org/0009-0008-6005-252X>

Asesor: Mg. Arrieta Córdova, Andy Freud

Código ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8822-3318>

Lima – Perú

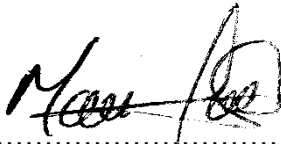
2025

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

Yo, Lozano Apolinario, Marisol. egresada de la Facultad de **Ciencias de la Salud** y Escuela Académica Profesional de **Tecnología Médica** de la Universidad privada Norbert Wiener declaro que el trabajo de investigación Trastornos Psicológicos y Discapacidad Funcional en Pacientes con Lumbalgia Inespecífica de un Centro de Terapia Física de Lima, Periodo 2025 Asesorado por el docente: Mg. Andy Arrieta Córdova. DNI: 10697600 ORCID 0000-0002-8822-3318. tiene un índice de similitud de (16) (DIECISEIS) % con código: oid14912470027043 verificable en el reporte de originalidad del software Turnitin.

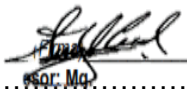
Así mismo:

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



.....
 Firma de autor 1
 Lozano Apolinario, Marisol
 DNI: 43211201.

.....
 Firma de autor 2
 Nombres y apellidos del Egresado
 DNI:



.....
 Firma
 Mg. Andy Arrieta Córdova.
 DNI: 10697600

Lima, 04 de septiembre de 2025.

DEDICATORIA

La presente tesis está dedicada principalmente a Dios por haberme brindado las fuerzas y ayuda para llegar hasta aquí. A mis padres, hermanos, sobrinos por su apoyo incondicional en todo momento. También va dedicado a mi cuñado David P.C. aunque no esté presente hoy con nosotros me animo a seguir. A mis amistades que siempre estuvieron presente.

AGRADECIMIENTO

A los docentes de la universidad por los conocimientos impartidos.

A mi asesor Mg. Andy Arrieta Córdova por el apoyo en el transcurso de este proyecto

ÍNDICE

Dedicatoria	ii
Agradecimiento.....	iii
Índice general.....	iv
Índice de tablas.....	vi
Índice de figuras.....	vii
Resumen.....	viii
Abstract.....	ix
Introducción.....	x

CAPITULO I: EL PROBLEMA

1.1 Planteamiento del problema.....	1
1.2 Formulación del problema.....	5
1.2.1 Problema general.....	5
1.2.2 Problema específico.....	5
1.3 Objetivos de la investigación.....	6
1.3.1 Objetivo general.....	6
1.3.2 Objetivos específicos.....	6
1.4 Justificación de la investigación.....	7
1.4.1 Justificación teórica.....	7
1.4.2 Justificación metodológica.....	7
1.4.3 Justificación practica.....	8
1.5 Limitaciones de la investigación.....	8

CAPITULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes.....	9
2.2 Base teórica.....	15
2.3 Formulación de hipótesis.....	24
2.3.1. Hipótesis general.....	24
2.3.2. Hipótesis específicas.....	24

CAPITULO III: METODOLOGÍA

3.1 Método de la investigación.....	26
3.2 Enfoque de la investigación	26

3.3	Tipo y nivel de investigación.....	26
3.4	Diseño de la investigación	27
3.5	Población, muestra y muestreo.....	27
3.6	VARIABLES Y OPERACIONALIZACIÓN.....	29
3.7	Técnica e instrumentos de recolección de datos.....	32
3.8	Plan de procesamiento y análisis de datos.....	37
3.9	Aspectos éticos	38

CAPITULO IV PRESENTACION Y DISCUSION DE LOS RESULTADOS

4.1	Análisis de los resultados.....	33
4.2	Discusión de los resultados.....	43

CAPITULO V CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1	Conclusiones	46
5.2	Recomendaciones	47

CAPITULO VI: REFERENCIAS

ANEXOS

Anexo 1: Matriz de consistencia

Anexo 2: Instrumento

Anexo 3: Validez del instrumento

Anexo 4: Confiabilidad

Anexo 5: Formato de consentimiento informado

Anexo 6: Carta de solicitud a la institución

Anexo 7: Carta de aceptación para la recolección de datos

Anexo 8: Aprobación del comité de ética

Anexo 9: Reporte de similitud del Turnitin

ÍNDICE DE TABLAS

1. Tabla 1. Estadísticos descriptivos de la edad de la muestra	Pag. 33
2. Tabla 2. Distribución por grupo etario de la muestra	Pag. 34
3. Tabla 3. Distribución por sexo de la muestra	Pag. 35
4. Tabla 4. Distribución por ocupación de la muestra	Pag. 36
5. Tabla 5. Distribución por estado civil de la muestra	Pag. 37
6. Tabla 6. Distribución por nivel de trastornos psicológicos	Pag. 38
7. Tabla 7. Distribución de la dimensión ansiedad de los trastornos psicológicos	Pag. 39
8. Tabla 8. Distribución de la dimensión depresión de los trastornos psicológicos	Pag. 40
9. Tabla 9. Distribución del nivel de discapacidad funcional	Pag. 41
10. Tabla 10. Prueba de normalidad de las variables y dimensiones de estudio	Pag. 42
11. Tabla 11. Relación entre trastornos psicológicos y discapacidad funcional.Pag. 43
12. Tabla 12. Relación entre la dimensión ansiedad de los trastornos psicológicos y la discapacidad funcional	Pag. 44
13. Tabla 13. Relación entre la dimensión depresión de los trastornos psicológicos y la discapacidad funcional	Pag. 45

ÍNDICE DE GRÁFICOS

1. Figura 1. Distribución por grupo etario de la muestra Pag. 34
2. Figura 2. Distribución por sexo de la muestra Pag. 35
3. Figura 3. Distribución por ocupación de la muestra Pag. 36
4. Figura 4. Distribución por estado civil de la muestra Pag. 38
5. Figura 5. Distribución por nivel de trastornos psicológicos Pag. xx
6. Figura 6. Distribución de la dimensión ansiedad de los trastornos
psicológicos Pag. 39
7. Figura 7. Distribución de la dimensión depresión de los trastornos
psicológicos Pag. 40
8. Figura 8. Distribución del nivel de discapacidad funcional Pag. 41

RESUMEN

Objetivo: Determinar la relación entre los trastornos psicológicos y discapacidad funcional en pacientes con lumbalgia inespecífica de un centro de terapia física de Lima, periodo 2025. **Materiales y Métodos:** estuvieron compuestos por los pacientes atendidos en el centro de terapia física Fisiofast Medic que fueron 87 entre 35 y 60 años de edad, se utilizaron: La Escala de ansiedad y depresión de Goldberg (EADG), la Escala de incapacidad por dolor lumbar de Oswestry. **Resultados:** La edad promedio fue de 45,78 años, con una desviación típica de 3,445, lo que indica una distribución relativamente homogénea en torno a la media, el grupo más numeroso fue el de 48 a 51 años, con el 36,8% de la muestra, se evidenció una proporción equilibrada entre ambos géneros, con una ligera mayoría de participantes masculinos (50,6%), se observó una relación significativa entre los trastornos psicológicos y la discapacidad funcional ($p = 0,000 < 0,05$), con un coeficiente de Spearman de 0,762 y se concluyó que existió una relación positiva y fuerte. **Conclusiones:** El perfil sociodemográfico de los pacientes con lumbalgia inespecífica revela una mayoría de adultos entre 44 y 51 años, en plena etapa funcional y productiva. La distribución por sexo fue casi equitativa, con ligera prevalencia masculina. Los resultados evidenciaron una relación positiva y estadísticamente significativa entre los trastornos psicológicos y la discapacidad funcional, reforzando la importancia del componente emocional en la percepción del dolor y en la limitación funcional.

Palabras Claves: Trastorno Psicológico, discapacidad funcional, lumbalgia inespecífica

ABSTRAC

Objective: To determine the relationship between psychological disorders and functional disability in patients with nonspecific low back pain at a physical therapy center in Lima during the 2025 period. **Materials and Methods:** The study population consisted of 87 patients, aged between 35 and 60 years, who received care at the Fisiofast Medic physical therapy center. The instruments used were the Goldberg Anxiety and Depression Scale (GADS) and the Oswestry Disability Index (ODI) for low back pain. **Results:** The average age was 45.78 years with a standard deviation of 3.445, indicating a relatively homogeneous distribution around the mean. The largest age group was between 48 and 51 years, comprising 36.8% of the sample. A balanced gender distribution was observed, with a slight predominance of male participants (50.6%). A statistically significant relationship was found between psychological disorders and functional disability ($p = 0.000 < 0.05$), with a Spearman correlation coefficient of 0.762, indicating a strong positive association. **Conclusions:** The sociodemographic profile of patients with nonspecific low back pain shows a predominance of adults between 44 and 51 years, a stage considered functionally and occupationally active. Gender distribution was nearly equal, with a slight male predominance. The results revealed a strong and statistically significant relationship between psychological disorders and functional disability, underscoring the importance of addressing emotional factors in the perception of pain and its impact on daily functioning.

Keywords: Psychological disorder, functional disability, nonspecific low back pain

INTRODUCCION

La lumbalgia inespecífica es una de las principales causas de discapacidad en el mundo, afectando la calidad de vida y la funcionalidad de quienes la padecen. Su origen es multifactorial, y los trastornos psicológicos, como la ansiedad y la depresión, pueden agravar el dolor y limitar la movilidad. Estudios han demostrado que la catastrofización del dolor y la kinesiofobia aumentan la percepción del malestar y reducen la capacidad para realizar actividades diarias. La discapacidad funcional en estos pacientes se manifiesta en dificultades para caminar, levantar objetos o permanecer en una misma posición. El manejo de la lumbalgia inespecífica debe ser integral, abordando tanto el dolor físico como los factores psicológicos. La combinación de fisioterapia, terapia cognitivo-conductual y educación sobre el dolor ha demostrado ser efectiva para mejorar la funcionalidad y reducir la discapacidad. El primer capítulo introduce el propósito de la investigación, exponiendo de manera precisa el problema a tratar, las interrogantes que guían el estudio y la relevancia de abordar esta temática. El segundo capítulo profundiza en el marco teórico, recopilando antecedentes, estudios previos y fundamentos conceptuales que permiten comprender el contexto y la importancia del tema. El tercer capítulo establece la ruta metodológica, detallando los procesos de recolección y análisis de datos, asegurando que los métodos empleados proporcionen resultados sólidos y verificables. En el cuarto capítulo se presentan los hallazgos, analizando los datos obtenidos y contrastándolos con la base teórica para interpretar su significado y alcance. Finalmente, el quinto capítulo concluye el estudio, sintetizando las ideas centrales, reconociendo posibles limitaciones y formulando recomendaciones que abren camino a nuevas investigaciones.

CAPITULO I: EL PROBLEMA

1.1. Planteamiento del problema

Una de las principales causas de discapacidad, la lumbalgia se ha consolidado como a nivel mundial, afectando significativamente la calidad de vida, ya que en casi todas las personas puede presentarse (1). El 80% de los individuos sufrirá al menos una vez de lumbalgia en algún momento de su existencia (2), con una tasa anual de nuevos casos que varía entre el 6,3% y el 15,4% (3). Además, se ha observado una estrecha relación entre el dolor lumbar y trastornos mentales como la ansiedad y la depresión, lo que agrava aún más la condición de los pacientes (4).

En 2021, aproximadamente 628.8 millones de personas en todo el mundo padecían dolor lumbar, representando una carga significativa para los sistemas de salud y la economía global (5). Además, se proyecta que para 2050, más de 800 millones de personas sufrirán de esta afección, siendo las regiones de Asia y África las más afectadas debido al envejecimiento poblacional (6). En América Latina, la situación no es diferente. Se estima que más de 60 millones de latinoamericanos viven con dolor lumbar crónico, y de ellos, el 10% presenta algún grado de discapacidad (7).

A nivel internacional, diversos estudios han evidenciado la alta prevalencia de trastornos mentales en pacientes con lumbalgia. Por ejemplo, en China, se encontró que el 25% de los

pacientes con lumbalgia crónica presentaban síntomas depresivos (8). Asimismo, en Arabia Saudita, se reportó que el 37.8% de los pacientes con lumbalgia experimentaban ansiedad y el 46.4% estrés (9). Estas cifras reflejan la necesidad de abordar la lumbalgia no solo desde una perspectiva física, sino también considerando los aspectos psicológicos que influyen en la experiencia del dolor y la discapacidad.

Un estudio que analizó datos de 43 países encontró que la lumbalgia está significativamente asociada con trastornos mentales como la depresión y la ansiedad (10). En India, investigaciones han mostrado que el 32% de los pacientes con lumbalgia crónica presentó alta discapacidad, el 38% presentó depresión y el 28% presentó ansiedad (11). Estos hallazgos destacan la importancia de implementar estrategias de intervención integradas que aborden tanto el dolor físico como los trastornos mentales asociados.

En Perú, aunque la información es limitada, estudios locales han comenzado a explorar esta problemática. Una investigación mostró que, en una población de estudiantes universitarios, el 76% de los participantes presentó dolor lumbar, y se observó una asociación estadísticamente significativa entre este dolor y la presencia de ansiedad y depresión (12). De igual manera, otra investigación mostró que el 75.5% de los policías padecían de dolor lumbar, y se evidenció una relación estadísticamente significativa entre el dolor lumbar y los trastornos mentales de ansiedad y depresión (13).

En un centro de terapia física y rehabilitación, se observó muchos pacientes con lumbalgia que tenían limitaciones funcionales en sus actividades diarias y laborales, y que esto podría estar influenciadas por factores psicológicos. Algunos presentaban cambios en su comportamiento, poca motivación al realizar ejercicios terapéuticos, dificultad para dormir y mayor fatiga después de un esfuerzo físico. Por lo tanto, se plantea esta investigación para determinar la relación entre los trastornos psicológicos y discapacidad funcional en pacientes con lumbalgia inespecífica.

1.2. Formulación del problema

1.2.1. Problema general

¿Cuál es la relación entre los trastornos psicológicos y discapacidad funcional en pacientes con lumbalgia inespecífica de un centro de terapia física de Lima, periodo 2025?

1.2.2. Problemas específicos

1. ¿Cuáles son los perfiles sociodemográficos de los pacientes con lumbalgia inespecífica de un centro de terapia física de Lima, periodo 2025?
2. ¿Cuál es la relación entre la dimensión ansiedad de los trastornos psicológicos y discapacidad funcional en pacientes con lumbalgia inespecífica de un centro de terapia física de Lima, periodo 2025?
3. ¿Cuál es la relación entre la dimensión depresión de los trastornos psicológicos y discapacidad funcional en pacientes con lumbalgia inespecífica de un centro de terapia física de Lima, periodo 2025?

1.3. Objetivos de la investigación

1.3.1. Objetivo general

Determinar la relación entre los trastornos psicológicos y discapacidad funcional en pacientes con lumbalgia inespecífica de un centro de terapia física de Lima, periodo 2025.

1.3.2. Objetivos específicos

1. Identificar los perfiles sociodemográficos de los pacientes con lumbalgia inespecífica de un centro de terapia física de Lima, periodo 2025.
2. Identificar la relación entre la dimensión ansiedad de los trastornos psicológicos y discapacidad funcional en pacientes con lumbalgia inespecífica de un centro de terapia física de Lima, periodo 2025.

3. Identificar la relación entre la dimensión depresión de los trastornos psicológicos y discapacidad funcional en pacientes con lumbalgia inespecífica de un centro de terapia física de Lima, periodo 2025.

1.4. Justificación de la investigación

1.4.1. Justificación teórica

La pesquisa se justificó porque permite profundizar en los modelos biopsicosociales del dolor crónico. Diversos estudios han propuesto que la percepción del dolor y la limitación funcional están moduladas por variables psicológicas como el estado anímico, la catastrofización y la autoeficacia. Por tanto, una investigación que relacione estas variables aporta evidencia para afianzar o cuestionar estos modelos teóricos desde una perspectiva clínica multidimensional.

Además, se contribuye al fortalecimiento del conocimiento sobre la comorbilidad entre trastornos musculoesqueléticos y mentales, una línea de investigación que ha cobrado creciente importancia en las últimas décadas. También se pueden generar nuevas hipótesis sobre el curso y la evolución del dolor lumbar desde un enfoque interdisciplinario, lo cual representa un aporte valioso a la literatura científica en rehabilitación, psicología clínica y medicina del dolor.

1.4.2. Justificación Metodológica

Este estudio se justificó en el uso de dos escalas diseñadas para medir el grado de limitación funcional en las actividades cotidianas, así como las restricciones en el entorno social y laboral, y detectar alteraciones clínicamente significativas en la cognición, el control emocional o el comportamiento. Se utiliza 2 escalas muy utilizadas en el campo de la salud y una ficha creada para la recolección de todos los datos sociodemográficos y los resultados de las escalas.

La ficha de recolección de datos permite contextualizar adecuadamente los resultados obtenidos, y las escalas ampliamente empleadas son: la Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg (EADG), útil para identificar estados emocionales alterados, y la Escala de Incapacidad por dolor lumbar de Oswestry, que evalúa el nivel de disfunción física. Ambos instrumentos han sido sometidos a validación por parte de especialistas, quienes verificaron su precisión y pertinencia, garantizando su fiabilidad de acuerdo con estándares respaldados por investigaciones anteriores.

1.4.3. Justificación Práctica

Analizar la conexión entre los trastornos mentales y la limitación funcional causada por el dolor lumbar en población adulta, tiene implicaciones directas para la atención clínica y la formulación de políticas de salud. Esta investigación tiene una alta relevancia clínica, ya que podría permitir la identificación temprana de signos de ansiedad o depresión en pacientes con lumbalgia, lo que facilitaría intervenciones integradas y más efectivas en centros de rehabilitación y servicios de atención primaria. Al conocer con mayor precisión el grado de asociación entre la discapacidad funcional y los síntomas psicoemocionales, los profesionales de la salud podrían adaptar sus tratamientos, incorporando estrategias de afrontamiento emocional, educación sobre el dolor y derivación oportuna a salud mental cuando sea necesario.

1.5. Limitaciones de la investigación

- La disponibilidad de estudios epidemiológicos sobre caídas en adultos mayores es limitada, lo que dificulta la comparación de datos entre regiones.
- Las condiciones del entorno, como la infraestructura urbana y el apoyo familiar, varían entre regiones, afectando el riesgo de caídas y la capacidad funcional de los adultos mayores.

CAPITULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes

2.1.1. Antecedentes internacionales

Kumar et al. (14) su propósito fue “*Describir el rango basal de la incapacidad funcional lumbar medida por el ODI en una población estadounidense*”. Este estudio tuvo un alcance descriptivo, diseño no experimental y corte transversal. La población estuvo conformada por 1214 participantes y la muestra estaba conformada por 797 participantes, los cuales se aplicó una encuesta de 10 preguntas demográficas y de 10 preguntas del Índice de discapacidad de Oswestry (ODI). Los resultados fueron: “El 48,4% eran hombres y el 51,6% eran mujeres. La puntuación media global del ODI para los grupos de edad combinados fue de 14,35 (IC del 95% [13,33, 15,37]). Las puntuaciones medias del ODI aumentaron con la edad, siendo la media más alta entre los 70 y los 79 años de 18,0 (IC del 95%: [14,76; 21,24]). Las mujeres participantes informaron de puntuaciones medias de ODI más altas que sus homólogos masculinos en los grupos de edad de 18 a 29 años ($p=0,01$), de 50 a 59 años ($p=0,01$) y de 60 a 69 años ($p=0,02$). Además, se encontró una correlación positiva débil entre el Índice de Masa Corporal (IMC) y las puntuaciones del ODI ($r = 0,22, p<.001$)”. Se concluyó que, hubo una clara tendencia al aumento de la discapacidad con la edad.

El-Hady et al. (15) en su estudio tuvieron como objetivo “*Evaluar la relación entre la evaluación clínica del dolor lumbar y la calidad de vida relacionada con la salud mediante el uso del ODI y los hallazgos de la resonancia magnética (RM) en pacientes con degeneración degenerativa del disco intervertebral prolapsado*”. Este estudio tuvo un alcance correlacional, diseño no experimental y prospectivo. La muestra estaba conformada por 100 pacientes. Se utilizó una ficha para registrar la anamnesis completa, se midió la intensidad del dolor con la escala analógica visual, se calculó el IMC y se aplicó el ODI. Los resultados fueron: La edad media fue de 44,7 años; el 79% eran mujeres y el 12% fumadores. El 69% tenía empleo físico y el 31% actividad sedentaria. El IMC promedio fue 33,6 kg/m². Se halló correlación significativa entre los grados de Pfirrmann y el índice ODI ($p < 0,0001$), al igual que con la morfología discal, principalmente la protrusión ($p < 0,0001$). No se encontró relación con la EVA ($p = 0,198$) ni con la mayoría de parámetros clínicos, aunque el ODI sí se asoció significativamente con la EVA ($p = 0,003$). Se concluyó que, los grados elevados de Pfirrmann se asociaron con mayor discapacidad según el ODI. No se evidenció relación entre los hallazgos en la RM lumbosacra y la intensidad del dolor ni con la mayoría de parámetros clínicos en casos de dolor lumbar discogénico.

Arroyo (16) en su estudio tuvo como objetivo “*Determinar la prevalencia de dolor lumbar, el grado de discapacidad y establecer la relación entre el dolor lumbar, parámetros antropométricos y funcionales en operadores portuarios de una empresa del Distrito de Buenaventura (Colombia)*”. El estudio tuvo un nivel descriptivo, de diseño observacional y de corte transversal. El grupo muestral, compuesto por 40 operadores de una empresa del distrito de Buenaventura, los cuales se les aplicó el cuestionario del índice de Discapacidad de Dolor Lumbar de Oswestry. Los resultados fueron: Los participantes tuvieron una media de edad de 40 años y 11 años de antigüedad laboral. Trabajaron en

promedio 9 meses al año, 9 horas diarias y descansaron 36 minutos por jornada. Su peso promedio fue 71,7 kg y la talla 172,1 cm, con un IMC medio de 24,3 kg/m²; el 62,5% tuvo IMC normal, 32,5% sobrepeso y 5% obesidad. Movilizaron cargas de entre 25 y 50 kg según el puesto. El 35% presentó dolor lumbar. El porcentaje de grasa corporal fue 13,8%, sin diferencia entre quienes presentaron o no dolor. El 97,5% mostró un índice cardiorrespiratorio muy pobre y 2,5% pobre, pero la discapacidad fue mínima. No se halló relación entre grasa corporal y dolor lumbar. Se concluyó que, los operadores portuarios presentaron una baja prevalencia de dolor lumbar y una pobre capacidad cardiorrespiratoria. Pese a que el dolor fue de intensidad moderada, el grado de discapacidad funcional fue mínimo. Se evidenció una relación inversa entre el Índice de Aptitud Cardiorrespiratoria y el porcentaje de grasa corporal.

2.1.2. Antecedentes nacionales

Bardales (17) La meta del estudio fue dirigida hacia "*Determinar la prevalencia de factores psicoemocionales en pacientes con dolor lumbar crónico del REHAVITALE servicios de especialidades médicas, periodo 2024*". El estudio tuvo un nivel descriptivo, de diseño observacional y de corte transversal. La muestra estuvo conformada por 317 pacientes con dolor lumbar crónico, los cuales se les aplicó el cuestionario de Ansiedad y Depresión de Goldberg. Los hallazgos obtenidos fueron: El grupo con edades entre 41 y 50 años representa el 37.54% de la muestra. El grupo de 31 a 40 años representa el 34.70%. El grupo de 51 a 60 años representa el 27.76% de la muestra de estudio, hay una ligera mayoría el género masculino, con un 50.16%, la mayoría del grupo posee un nivel de instrucción de secundaria, con un 28.71% del total El 12.30% de la muestra presenta sobrepeso. El 10.73% de la muestra presenta obesidad grado III. El 7.57% de la muestra presenta obesidad grado I. Finalmente, el 6.62% presenta obesidad grado II. El 51.10% evidencia una presencia de factores psicoemocionales El 51.10% de los pacientes

evidencia una presencia de ansiedad. El 51.10% de los pacientes evidencia una presencia de depresión. Se concluyó que, más de la mitad de la muestra presentó ansiedad y depresión.

Bustamante et al. (18) en su estudio tuvieron como objetivo *“Establecer la relación entre el nivel de actividad física y la incapacidad por dolor lumbar en trabajadores del área de cancha de la minera Laytaruma, Ayacucho, 2021”*. El estudio tuvo un nivel correlacional, de diseño observacional y de corte transversal. La muestra estuvo conformada por 245 trabajadores, los cuales se les aplicó los instrumentos como el IPAQ (Cuestionario Internacional de Actividad Física) y el Cuestionario de Incapacidad por Dolor Lumbar de Oswestry. Los resultados fueron: “Según el nivel de actividad física, se observó que solo un trabajador presenta un nivel de actividad física bajo, manifestando un 4% de la población, 22 trabajadores tienen un nivel moderado de actividad física, que representa el 9 % de la población. Por otra parte, según el grado de incapacidad por dolor lumbar, 222 trabajadores tienen grado mínimo de incapacidad por dolor lumbar, lo que representa el 90,6 % de la población; 23 trabajadores presentan un grado moderado de incapacidad por dolor lumbar, representando el 9,4 % de la población; mientras que no hubo trabajadores con grado severo de incapacidad por dolor lumbar”. Se concluyó que, hubo una relación significativa inversa muy fuerte entre la actividad física y la incapacidad por dolor lumbar ($p = 0.000 < 0.05$).

Fernández (19) en su estudio tuvo como objetivo *“Determinar la relación entre la capacidad funcional, el nivel de ansiedad y depresión en los adultos mayores de la Comunidad Campesina de Jicamarca, 2022”*. Se encontró que, en un análisis correlacional, de diseño no experimental y transversal, con un grupo de estudio de 80 adultos mayores evaluados mediante el cuestionario de Barthel y el Cuestionario de Ansiedad y Depresión de Goldberg (EADG), los descubrimientos evidenciaron

importantes hallazgos: La edad promedio fue de 75,56 años, con una desviación estándar de 6,577. El 67,5% era de sexo femenino, el 45% era casado(a) y el 35% presentó enfermedades reumatológicas. El 35% estuvo en un nivel de dependencia moderada y leve. El 58,8% no tuvo ansiedad y el 63,7% no tuvo depresión. Este análisis sugiere que no existe una relación significativa entre la capacidad funcional y los niveles de ansiedad o depresión en adultos mayores, según los resultados obtenidos ($p > 0,05$). Es interesante notar que la mayoría de los adultos mayores estudiados son mujeres, presentan niveles bajos de ansiedad y depresión, y cuentan con un grado de dependencia moderada o leve. Además, la ausencia de una correlación con significancia estadística entre la capacidad funcional, el estrés y la ansiedad ($p > 0,05$) resalta la necesidad de explorar otras variables que podrían influir en la capacidad funcional en esta población.

Camus (20) en su estudio tuvo como objetivo *“Determinar la relación entre la discapacidad por dolor lumbar y el estado psicoemocional en el personal administrativo de una empresa de telefonía, 2022”*. Este estudio tuvo un nivel correlacional, de diseño observacional y de corte transversal. El grupo muestral estuvo conformado por 85 personas, los cuales se les administró el cuestionario de discapacidad de Oswestry y el cuestionario de ansiedad y depresión de Goldberg. Los hallazgos obtenidos: “El 54,1% era del sexo femenino y la media fue de 41,12 años con una desviación estándar de 8,051. El 52,9% era de estado civil casado y el tiempo laborando tuvo una media de 8,66 años. Con relación a la presencia de depresión y ansiedad, el 57,6% estuvo con depresión y el 58,8% estuvo con ansiedad. Con relación a la distribución de la discapacidad por dolor lumbar, el 37,6% presentó un nivel de discapacidad mínima. El 83,3% de quienes no presentaban depresión mostraron solo una discapacidad mínima; mientras que, el 59,2% de los adultos con depresión padecieron una discapacidad intensa asociada al dolor lumbar. Del mismo modo, el 80,0% de los participantes sin ansiedad presentó un nivel leve de discapacidad;

mientras que, el 58,0% de quienes sufrían ansiedad experimentaron una discapacidad severa relacionada al dolor lumbar”. Se concluyó que, los participantes presentaron elevados niveles de depresión, ansiedad y una marcada discapacidad asociada al dolor lumbar. Además, Esto indica que el estado psicoemocional podría tener un impacto relevante en la discapacidad funcional, o viceversa, en la población estudiada. Este hallazgo resalta la importancia de abordar tanto los factores físicos como los emocionales al analizar la capacidad funcional de las personas, especialmente en contextos de salud integral.

Echigarra y Huertas (21) en su estudio tuvieron como objetivo *“Determinar la relación entre el dolor lumbar y el índice de masa corporal en los vigilantes de la empresa DICPROVSEG – Callao, 2020”*. Este estudio tuvo un nivel correlacional, de diseño observacional y de corte transversal. El grupo muestral estuvo compuesto por 160 trabajadores de seguridad de la empresa DICPROVSEG, los cuales se les aplicó la “Escala de incapacidad por dolor lumbar de Oswestry” y se registró en la “Ficha de recolección de datos”. Los resultados fueron: El 88,3% correspondió al sexo masculino, siendo predominante el grupo etario entre 30 y 39 años, que representó el 60% de la muestra. En cuanto a las características antropométricas, el 28,1% registró una estatura entre 166 y 170 cm, mientras que el 39,4% indicó un peso corporal comprendido entre 71 y 75 kg. Respecto al régimen laboral, el 71,9% refirió desempeñar actualmente funciones en el turno nocturno, y el 90,6% señaló no contar con un segundo empleo. Asimismo, el 96,3% manifestó no haber sufrido accidentes laborales previos. En lo referente a la discapacidad por dolor lumbar, el 38,8% presentó un nivel moderado de afectación. Finalmente, el análisis estadístico evidenció una relación significativa entre las variables estudiadas ($p = 0.000$; $p < 0.05$). Se encontró una significancia estadística entre el dolor lumbar y el índice de masa corporal (IMC) en los vigilantes de Dicprovseg – Callao, 2020.

2.2. Base teórica

2.2.1. Trastornos psicológicos

Los trastornos mentales son condiciones que afectan la capacidad de las personas para adaptarse a los cambios que impactan en sus actividades cotidianas. Esta alteración puede perjudicar el bienestar psicológico y reflejarse mediante problemas a nivel cognitivo, emocional y conductual. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), los trastornos mentales implican una disfunción clínicamente relevante en la cognición, las emociones o la conducta, y suelen estar acompañados de malestar significativo (22).

Durante el año 2020, a raíz de la pandemia de COVID-19, se observó un aumento sustancial en la incidencia de trastornos emocionales. La prevalencia de trastornos graves como la ansiedad y la depresión se incrementó notablemente, pasando del 26% al 28% (23). El dolor crónico en la espalda se ha reconocido como un proceso complejo, en el cual intervienen diversas causas que abarcan aspectos psicológicos, sociales y biomédicos.

A pesar de que algunos pacientes pueden experimentar mejorías notables a través de enfoques médicos y biológicos, la práctica clínica sugiere que el dolor crónico a menudo se relaciona con factores psicológicos que pueden desempeñar un rol causal o agravante en esta condición. La disciplina de la psicología ha desarrollado una variedad de técnicas y enfoques con el fin de comprender y abordar este problema de salud (24).

Los trastornos mentales guardan una estrecha relación con la aparición y la intensidad del dolor en la región lumbar, lo cual resalta la importancia de considerar factores psicológicos y emocionales en su abordaje clínico. Elementos como el estrés crónico, la preocupación constante, los sentimientos de angustia, los niveles de ansiedad, el equilibrio emocional, las respuestas afectivas frente al malestar físico, la capacidad de concentración, así como las conductas que los pacientes adoptan ante el dolor, influyen de forma significativa en el desarrollo y la persistencia de esta condición de salud. Estos aspectos no solo pueden agravar

la percepción del dolor, sino también dificultar el proceso de recuperación y aumentar la discapacidad funcional (25).

A continuación, se describe los trastornos mentales presentados por la OMS (22) y que están asociados con el dolor lumbar (26):

2.2.1.1. Trastornos de ansiedad

Desde la etimología, el término “ansiedad” deriva del latín “anger”, que implica una sensación de opresión y angustia emocional. Este estado provoca una preocupación persistente y difícil de controlar. La ansiedad se define como un trastorno de naturaleza neurológica y subjetiva, originado como una reacción frente al estrés sostenido o como una señal de alarma ante situaciones asociadas con un temor constante y desagradable. Sin embargo, cuando este estado interfiere negativamente en el comportamiento y limita la capacidad de afrontar situaciones cotidianas, se transforma en una condición patológica más perjudicial que adaptativa (27).

Este trastorno es una condición ampliamente atendida por los médicos generales, con una incidencia aproximada del 3% en la población general y un aumento al 5-7% entre los pacientes que buscan atención médica primaria. “Además, se observa una mayor prevalencia en individuos de edades comprendidas entre los 40 y 50 años, con un nivel menor en personas mayores de 60 años”. Este trastorno afecta a las mujeres aproximadamente el doble de veces que, a los hombres, y su incidencia aumenta con el envejecimiento (28).

En el 2019, cerca de 301 millones de personas presentaban algún tipo de trastorno de ansiedad, entre ellos aproximadamente 58 millones eran niños y adolescentes (22). Estas afecciones pueden manifestarse de múltiples formas, como la ansiedad generalizada. Entre los principales factores de riesgo se encuentran la edad (entre los 30 y 60 años), el sexo femenino, nivel socioeconómico bajo, estado civil, consumo

excesivo de tabaco, sucesos estresantes importantes, relaciones familiares con figuras parentales frías o sobreprotectoras, ciertos rasgos de personalidad (inhibición conductual, alto neuroticismo y tendencia a evitar el daño), antecedentes psiquiátricos personales o familiares, y experiencia previa en tratamiento por ansiedad (29).

Afortunadamente, en la actualidad se dispone de una amplia variedad de tratamientos psicológicos con eficacia comprobada, que permiten abordar los trastornos de ansiedad y depresión de manera personalizada. En ocasiones, se puede considerar la medicación según edad y gravedad. Los síntomas pueden ser intensos, causando angustia y afectando la funcionalidad, y se manifiesta de diversas maneras (27):

- ✓ **Los ataques de pánico:** Se definen por la aparición repentina de un miedo abrumador, el cual puede presentarse sin previo aviso o desencadenado por estímulos específicos. Quienes padecen estos episodios suelen presentar signos como sudoración excesiva, cambios bruscos de temperatura corporal, temor a perder el control e incluso el miedo intenso a morir.
- ✓ **Las fobias:** Se identifican por una sensación de angustia intensa frente a escenarios reales o imaginarios, y suelen incluir un miedo desproporcionado hacia objetos o situaciones concretas. Ejemplos comunes son la fobia social y la agorafobia, que implica temor a espacios públicos o multitudinarios.
- ✓ **La ansiedad generalizada:** Se presenta cuando la persona experimenta ansiedad de forma continua, sin un motivo claro. Esta se manifiesta a través de preocupaciones excesivas, nerviosismo, tensión muscular, cambios de humor e insomnio frecuente.
- ✓ **El trastorno obsesivo-compulsivo:** las personas con este trastorno presentan ideas obsesivas recurrentes difíciles de controlar, las cuales suelen ir

acompañadas de actos compulsivos repetitivos como mecanismo para disminuir la ansiedad que estas generan.

- ✓ **El trastorno por estrés postraumático:** Se manifiesta en individuos que han vivido situaciones traumáticas físicas o emocionales. Entre los síntomas frecuentes están el insomnio, la irritabilidad y problemas para mantener la concentración.

2.2.1.2. Depresión

De acuerdo con la OMS, la depresión es un trastorno frecuente que se manifiesta mediante tristeza persistente, pérdida de interés, sentimientos de culpa, baja autoestima, alteraciones del sueño o del apetito, fatiga constante y dificultad para concentrarse. Puede tener un curso crónico o recurrente, afectando el desempeño académico o laboral y, en casos severos, incrementando el riesgo de suicidio. Su tratamiento varía, incluyendo enfoques no farmacológicos en cuadros leves, o bien medicación combinada con psicoterapia en casos moderados o graves, siempre bajo atención profesional (30).

En el 2019, cerca de 280 millones de personas presentaban depresión, incluyendo aproximadamente 23 millones de niños y adolescentes. Esta afección se distingue de las emociones cotidianas y se manifiesta con un estado anímico deprimido y pérdida de interés o disfrute en actividades durante al menos dos semanas, junto con síntomas como problemas de concentración, culpa, ideas suicidas, alteraciones del apetito y del sueño, así como fatiga. El riesgo de suicidio es más alto en quienes sufren depresión, aunque existen tratamientos efectivos, como psicoterapia o medicación, según edad y gravedad (22).

La depresión impacta al 3.8% de la población global, con mayor prevalencia en adultos (5%) y mayormente en mujeres (6%). En adultos mayores de 60 años, la

incidencia asciende al 5.7%. Se estima que aproximadamente 280 millones de personas la padecen en el mundo, y las mujeres tienen un 50% más de probabilidad de desarrollarla que los hombres. Durante el embarazo y el posparto, más del 10% de las mujeres pueden experimentarla. Anualmente, se registran más de 700,000 suicidios, siendo la cuarta causa de muerte entre jóvenes de 15 a 29 años (30).

Con el paso del tiempo, se han reconocido diversos factores de riesgo asociados a la depresión, tales como el género femenino, niveles socioeconómicos bajos, y factores genéticos y constitucionales. El abuso sexual, el aislamiento social y los antecedentes familiares también están estrechamente relacionados. Aunque los trastornos de salud mental son más prevalentes en adultos jóvenes, los síntomas depresivos que se manifiestan antes de los 21 años incrementan el riesgo, con episodios de mayor duración, mayor recurrencia y consecuencias perjudiciales en el desarrollo, la capacidad de empleo y la situación socioeconómica a largo plazo (31).

A continuación, se encuentran diversos tipos de trastornos depresivos (32):

- ✓ El trastorno depresivo grave, conocido también como depresión mayor, se caracteriza por una combinación de síntomas que afectan notablemente las actividades diarias, como trabajar, dormir, estudiar, comer y disfrutar de actividades antes placenteras. Esta forma de depresión puede interferir significativamente con la vida cotidiana y puede ser tanto un episodio único como recurrente a lo largo del tiempo.
- ✓ El trastorno distímico, o distimia, es un trastorno crónico que dura más de dos años. Aunque los síntomas son menos severos que en la depresión mayor, afectan la calidad de vida. Las personas con distimia pueden experimentar episodios de depresión grave a lo largo de su vida, lo que complica aún más su bienestar general.

- ✓ La depresión psicótica se presenta cuando una depresión grave se acompaña de síntomas psicóticos, tales como alucinaciones y delirios, lo que genera una desconexión con la realidad. Este tipo de depresión requiere atención especializada debido a su naturaleza severa y los riesgos que conlleva.
- ✓ La depresión posparto afecta a un porcentaje significativo de mujeres (10-15%) en los primeros meses después del parto. Este trastorno se caracteriza por episodios graves de depresión que impactan la capacidad de la madre para cuidar de sí misma y de su hijo, requiriendo tratamiento adecuado para su superación.
- ✓ El trastorno afectivo estacional se presenta en los meses de invierno debido a la menor exposición a la luz solar, y sus síntomas suelen remitir en primavera o verano. Para tratar esta forma de depresión, los pacientes a menudo se someten a terapia de luz, e incluso se considera la medicación en algunos casos más graves.
- ✓ El trastorno bipolar, o enfermedad maníaco-depresiva, es menos frecuente y se caracteriza por cambios abruptos en el estado de ánimo. Los episodios alternan entre fases de manía, donde el estado de ánimo es anormalmente elevado, y fases de depresión, donde el estado de ánimo es extremadamente bajo.

2.2.2. Discapacidad funcional por lumbalgia

La discapacidad funcional se define como “la limitación de una o varias funciones orgánicas, intelectuales o psíquicas, que genera una disminución parcial o total de las aptitudes físicas, cognitivas o mentales (como comprender, comunicarse, desplazarse o utilizar las manos)”. Este concepto, establecido tras el Congreso de Djerba (1978), se distingue claramente de la

incapacidad laboral, ya que no considera las repercusiones profesionales de las limitaciones puedan o no comportar (33).

El dolor lumbar se ha establecido como uno de los trastornos de salud más comunes debido a su alta frecuencia y al significativo grado de discapacidad que provoca, afectando tanto la función física como la capacidad para realizar actividades cotidianas. Hoy en día, la discapacidad asociada al dolor lumbar se aborda desde un enfoque biopsicosocial, reconociendo que diversos factores influyen en su aparición, aunque aún no existe un acuerdo científico sobre la influencia exacta de cada uno de estos factores (34).

2.2.2.1. Epidemiología de la lumbalgia

La lumbalgia afecta anualmente entre el 15% y el 45% de los adultos, y hasta el 80% la ha experimentado en algún momento de su vida. Estos porcentajes varían según edad, sexo, ocupación y estilo de vida, siendo más elevados en países industrializados debido al sedentarismo y las demandas laborales (35). Es más frecuente en mujeres de 20 a 40 años, ya que la mayor hidratación y resistencia de los discos intervertebrales en los jóvenes protege la región lumbar, reduciendo el riesgo de hernias y tensiones (36).

2.2.2.2. Etiología de la lumbalgia

El dolor lumbar puede tener múltiples orígenes, que se agrupan en mecánicos, degenerativos, traumáticos, inflamatorios y sistémicos. Las causas más frecuentes son:

- ✓ **Lesiones musculares y ligamentarias:** Los movimientos repentinos, el levantamiento incorrecto de objetos pesados o la adopción de malas posturas pueden generar esguinces o distensiones en los músculos y ligamentos de la zona lumbar, lo que provoca un dolor agudo en la espalda baja (37).

- ✓ **Degeneración de discos intervertebrales y articulaciones:** El proceso natural de envejecimiento está asociado al deterioro progresivo de los discos intervertebrales y las articulaciones facetarias, lo que contribuye al desarrollo de dolor lumbar crónico, afectando significativamente la movilidad y calidad de vida de los individuos (38).
- ✓ **Hernias discales:** La protrusión o ruptura de un disco intervertebral puede resultar en la compresión de las raíces nerviosas cercanas. Esta condición provoca un dolor intenso que, en algunos casos, puede irradiar hacia las piernas, afectando de manera considerable la capacidad de movimiento de las extremidades inferiores (38).
- ✓ **Estenosis espinal:** El estrechamiento del canal vertebral es una condición que puede generar una presión adicional sobre la médula espinal y los nervios adyacentes. Esto resulta en dolor lumbar, acompañado de síntomas neurológicos que incluyen debilidad, hormigueo y dificultad al momento de caminar (38).
- ✓ **Factores psicosociales:** Elementos como el estrés prolongado, la ansiedad y la depresión pueden tener un impacto directo en la percepción del dolor lumbar, facilitando su cronicidad y exacerbando los síntomas, lo que dificulta el tratamiento adecuado y mejora de la condición (39).

2.2.2.3. Clasificación de la lumbalgia

El dolor lumbar se puede clasificar en diversas categorías, dependiendo de factores como su duración, el tipo de dolor experimentado y el origen o causa subyacente. En términos de duración, puede ser clasificado en agudo, subagudo o crónico: (40).

- ✓ El dolor lumbar agudo se caracteriza por su duración corta, menor a seis semanas. Generalmente, aparece de forma repentina y está asociado a

lesiones o esfuerzos físicos específicos. En la mayoría de los casos, el dolor mejora rápidamente con tratamientos conservadores como el reposo, los analgésicos y la fisioterapia.

- ✓ El dolor lumbar subagudo persiste entre seis y doce semanas. Puede ser una extensión del dolor agudo o surgir por sí mismo. Durante esta etapa, es fundamental realizar una evaluación médica detallada para identificar las posibles causas y establecer el tratamiento adecuado, que puede incluir terapias físicas más intensivas o, en algunos casos, intervenciones médicas.
- ✓ El dolor lumbar crónico dura más de doce semanas y, a diferencia del dolor agudo o subagudo, puede no estar relacionado con una lesión obvia. A menudo persiste incluso después de tratar la causa inicial. Este tipo de dolor requiere un enfoque multidisciplinario, que puede involucrar terapias físicas, apoyo psicológico y, en ocasiones, medicamentos a largo plazo.

El dolor lumbar se clasifica también según su tipo (41):

- ✓ El dolor local está confinado a una zona específica de la región lumbar y generalmente se debe a lesiones menores en los discos, artritis articular o esguinces musculares. Este tipo de dolor suele estar asociado con problemas estructurales directos en la zona afectada.
- ✓ El dolor irradiado se caracteriza por su propagación desde la zona lumbar hacia las extremidades inferiores, particularmente hacia las piernas. Esto suele ser consecuencia de la compresión de una raíz nerviosa, un fenómeno común en trastornos como las hernias discales o la estenosis vertebral. Este tipo de dolor puede ser especialmente debilitante, ya que afecta la movilidad de las extremidades.

- ✓ El dolor referido, por otro lado, se percibe en una ubicación distinta a la de su origen real. Un ejemplo común de este tipo de dolor es cuando una afección en los órganos internos, como los problemas renales o pancreáticos, genera dolor en la región lumbar. Este fenómeno se debe a la transmisión de señales de dolor a través de nervios compartidos o vías nerviosas que afectan áreas diferentes a la del problema inicial.

El dolor lumbar se clasifica también según su origen (42):

- ✓ El dolor lumbar mecánico, o dolor lumbar inespecífico, es el tipo más frecuente y se genera por alteraciones en las estructuras de la columna vertebral, como músculos, ligamentos, discos intervertebrales o articulaciones facetarias. Este dolor generalmente empeora con el movimiento y mejora con el reposo. Las causas más comunes incluyen esguinces, distensiones musculares, hernias discales y osteoartritis.
- ✓ El dolor lumbar no mecánico es menos común y tiene su origen en enfermedades sistémicas o condiciones que no están directamente relacionadas con la mecánica de la columna vertebral. Este tipo de dolor abarca causas inflamatorias, infecciosas, tumorales o metabólicas. A diferencia del dolor mecánico, el dolor no mecánico no siempre mejora con el reposo y a menudo se acompaña de otros síntomas sistémicos, como fiebre o pérdida de peso.

2.2.2.4. Evaluación de la lumbalgia

Se debe tener en cuenta la localización de los síntomas, ya sea en la región axial o radicular, al momento de evaluar el dolor lumbar. La intensidad del dolor puede evaluarse mediante una escala específica (como la escala visual analógica o la escala de calificación numérica), utilizada para registrar los puntajes actuales, promedio,

más intenso y menos intenso. También son relevantes los factores que alivian o agravan los síntomas, como sentarse, estar de pie, caminar y acostarse (43).

Del mismo modo, el historial de episodios previos de dolor lumbar puede esclarecer la naturaleza intermitente y recurrente de los síntomas. Es fundamental valorar el compromiso neurológico. Cualquier manifestación de dolor, entumecimiento, inestabilidad al caminar o debilidad en las piernas puede indicar una afectación en el sistema somatosensorial (44).

La evaluación física, ya sea de manera rápida o exhaustiva, juega un papel clave en el tratamiento del dolor lumbar. El examen general ofrece datos relevantes del paciente, tales como signos vitales, marcha, uso de dispositivos auxiliares, apariencia, conducta, presencia de dolor, estado de la piel, bienestar emocional, juicio y capacidad de pensamiento. Además, es necesario realizar una evaluación neurológica, que debe incluir la prueba de fuerza muscular en el tronco y las extremidades inferiores, así como la evaluación de sensibilidad y reflejos (45).

En la evaluación física también se incorporan pruebas adicionales, como la inspección de la columna toracolumbar, la palpación sobre los procesos espinosos y la valoración del rango de movimiento. La inspección de la columna toracolumbar proporciona información sobre la postura y alineación corporal. Además, palpar las apófisis espinosas permite identificar puntos de sensibilidad específicos (46).

2.3. Formulación de hipótesis

2.3.1. Hipótesis general

Hi: Existe relación entre los trastornos psicológicos y discapacidad funcional en pacientes con lumbalgia inespecífica de un centro de terapia física de Lima, periodo 2025.

Ho: No existe relación entre los trastornos psicológicos y discapacidad funcional en pacientes con lumbalgia inespecífica de un centro de terapia física de Lima, periodo 2025.

2.3.2. Hipótesis específicas

Hi1: Existe relación entre la dimensión ansiedad de los trastornos psicológicos y discapacidad funcional en pacientes con lumbalgia inespecífica de un centro de terapia física de Lima, periodo 2025.

Ho1: No existe relación entre la dimensión ansiedad de los trastornos psicológicos y discapacidad funcional en pacientes con lumbalgia inespecífica de un centro de terapia física de Lima, periodo 2025.

Hi2: Existe relación entre la dimensión depresión de los trastornos psicológicos y discapacidad funcional en pacientes con lumbalgia inespecífica de un centro de terapia física de Lima, periodo 2025.

Ho2: No existe relación entre la dimensión depresión de los trastornos psicológicos y discapacidad funcional en pacientes con lumbalgia inespecífica de un centro de terapia física de Lima, periodo 2025.

CAPITULO III: METODOLOGÍA

3.1. Método de la investigación

Fue el hipotético-deductivo, basado en la elaboración de hipótesis y su posterior comprobación mediante la observación y el análisis. el cual permite formular suposiciones iniciales que son posteriormente evaluadas mediante la recolección y análisis de datos, con el objetivo de verificar o refutar las hipótesis establecidas. Este enfoque proporciona una base lógica y sistemática para la investigación científica (47).

3.2. Enfoque de la investigación

El enfoque empleado fue cuantitativo, ya que permite recolectar datos numéricos de forma objetiva, describiendo los fenómenos con exactitud. Además, facilita la comparación de los resultados con estudios anteriores, asegurando la validez de los hallazgos y su reproducibilidad en futuras investigaciones (48).

3.3. Tipo y nivel de investigación

La modalidad de estudio fue aplicada, ya que tiene como finalidad trasladar los conocimientos teóricos previamente adquiridos hacia una situación específica del entorno real, con el propósito de analizar su impacto y generar soluciones prácticas ante una problemática concreta (49). El nivel formativo fue correlacional, dado que se pretende examinar la posible relación existente entre dos o más variables, observando cómo se comportan en conjunto, sin intentar establecer una conexión causal directa entre ellas (50).

3.4. Diseño de la investigación

El diseño de la pesquisa fue de tipo no experimental, ya que no se realizó ninguna intervención ni manipulación deliberada de las variables involucradas. El estudio se centró en la observación y recolección de datos tal como ocurren en su contexto natural, permitiendo un análisis exhaustivo a partir de información existente. Esta metodología busca describir y analizar las relaciones entre las variables sin alterar su comportamiento original (50).

3.5. Población, muestra y muestreo

3.5.1. Población

Los individuos estuvieron compuestos por los pacientes atendidos en el centro de terapia física Fisiofast Medic. Se aplicó criterios de inclusión y exclusión para delimitar la población accesible. Según el informe del periodo anterior que se solicitó en el centro, se tomó como referencia a los 87 adultos del centro de terapia física Fisiofast Medic.

3.5.2. Muestra

La muestra de esta investigación se hizo a través de un muestreo censal, considerando la totalidad de los pacientes que integran la población, la cual asciende a 87 individuos.

3.5.3. Muestreo

El muestreo adoptado fue de carácter no probabilístico y por conveniencia, ya que se eligieron e incluyeron en la investigación pacientes que formen parte de la población, siempre y cuando cumplan con los criterios establecidos para su selección.

Criterios de selección:

- **Criterios de inclusión:**
 - ✓ Pacientes del centro de terapia física Fisiofast Medic.
 - ✓ Pacientes de ambos sexos.
 - ✓ Pacientes entre 35 y 60 años de edad.

- ✓ Pacientes diagnosticadas con lumbalgia inespecífica.
- ✓ Pacientes que firmen el consentimiento informado.
- **Criterios de exclusión:**
 - ✓ Pacientes con otro tipo de patología en la zona lumbar (fractura, hernia discal, etc.).
 - ✓ Pacientes post operados en la zona lumbar.
 - ✓ Pacientes con algún trastorno cardiovascular.
 - ✓ Pacientes con algún tipo de enfermedad crónica que afecte los resultados del estudio.
 - ✓ Pacientes en estado de embarazo.
 - ✓ Pacientes que no puedan responder cuestionarios o no quieran colaborar.

3.6. Variables y operacionalización

<i>Variable</i>	<i>Definición Conceptual</i>	<i>Definición Operacional</i>	<i>Dimensiones</i>	<i>Indicadores</i>	<i>Escala de medición</i>	<i>Escala valorativa (niveles o rangos)</i>
Trastornos psicológicos	Se caracterizan por una alteración clínicamente significativa de la cognición, la regulación de las emociones o el comportamiento.	Se realizará mediante la Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg (EADG) de dos categorías siguiendo el criterio de calificación binomial.	Ansiedad	Preocupación Sueño	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Sin presencia de ansiedad (< 4 puntos) • Presencia de ansiedad (\geq a 4 puntos)
			Depresión	Energía Confianza Concentración y percepción		<ul style="list-style-type: none"> • Sin presencia de depresión (< 2 puntos) • Presencia de depresión (\geq a 2 puntos)
Discapacidad funcional	Se refiere a la limitación en la realización de actividades cotidianas y laborales provocadas por el dolor localizado en la región lumbar.	Se realizará mediante la Escala de discapacidad por lumbalgia de Oswestry, que evalúa el nivel de incapacidad en las actividades cotidianas y la limitación en la participación social y laboral de la persona.	No presenta dimensiones	Inestabilidad de dolor Cuidados personales Levantar peso Andar Estar sentado Estar de pie Dormir Actividad sexual Vida social Viajar	Ordinal	<ul style="list-style-type: none"> • Sin o mínima incapacidad (0%-20%) • Incapacidad moderada (21%-40%) • Incapacidad severa (41%-60%) • Incapacidad muy severa (61%-80%) • Incapacidad total (81%-100%)
Características sociodemográficas	Se refiere al grupo de características biológicas, socioeconómicas y culturales que se encuentran en la población bajo estudio.	Se realizará mediante una ficha de recolección de datos.	Edad	Tiempo vivido de una persona desde su nacimiento.	Discreta	<ul style="list-style-type: none"> • Entre los 35 y 60 años
			Sexo	Conjunto de caracterizas de los individuos de una especie.	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Masculino • Femenino
			Ocupación	Actividad que realiza una persona la mayor parte del día.	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Trabajador(a) independiente • Trabajador(a) dependiente • Amo(a) de casa • Pensionado(a) • Desempleado(a)
			Estado civil	Estado legal de una persona respecto a otra, con lazos jurídicos sin parentesco.	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Soltero(a) • Casado(a) • Conviviente • Divorciado(a) • Otro

3.7. Técnica e instrumentos de recolección de datos

3.7.1. Técnica

Este estudio empleó la técnica de encuesta. Este método permite “recopilar información directamente de los participantes, brindando una visión representativa y detallada de sus experiencias y opiniones, lo cual es esencial para comprender los aspectos clave del tema en estudio” (51).

3.7.2. Instrumentos de recolección de datos

Los instrumentos utilizados en esta investigación fueron la Escala de ansiedad y depresión de Goldberg (EADG), la Escala de incapacidad por dolor lumbar de Oswestry y la Ficha de recolección de datos (Anexo 2). El instrumento se define como el recurso que utiliza el investigador para registrar información o datos sobre las variables que tiene en mente. Este concepto es fundamental en la investigación cuantitativa, ya que permitió medir las variables contenidas en las hipótesis o, en su defecto, las variables de interés del estudio (51).

Escala de ansiedad y depresión de Goldberg (EADG)

La Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg (EADG) es un instrumento de evaluación psicológica diseñado para detectar de forma rápida y sencilla la presencia de síntomas de ansiedad y depresión en personas adultas, tanto en contextos clínicos como en investigaciones epidemiológicas. Fue desarrollada por el Dr. Goldberg, un psiquiatra británico, con el objetivo de facilitar la identificación de estos trastornos en atención primaria, donde el tiempo de consulta es limitado y no siempre hay acceso a herramientas diagnósticas más complejas (52).

Este instrumento ha sido diseñado para detectar indicios de ansiedad y depresión a través de dos subescalas independientes. Cada una comienza con cuatro ítems iniciales que permiten evaluar la probabilidad de un trastorno mental. En caso de

obtener respuestas positivas (dos o más en ansiedad, o al menos una en depresión), se debe responder cinco ítems adicionales. Se consideran casos probables aquellos que alcanzan cuatro o más puntos en la subescala de ansiedad y dos o más en la de depresión. Cabe destacar que esta escala no tiene fines diagnósticos, sino que busca orientar la evaluación clínica sin reemplazar el criterio profesional (53).

El diseño de esta escala permite una aplicación rápida, lo que convierte en una herramienta práctica en ambientes clínicos con alta demanda. Además, se caracteriza por su alta sensibilidad y especificidad, lo que la hace eficaz para detectar posibles casos de ansiedad o depresión que podrían pasar desapercibidos sin una evaluación formal. Sin embargo, es importante recalcar que no sustituye un diagnóstico clínico definitivo, sino que orienta al profesional sobre la necesidad de una evaluación más profunda (54).

Ficha técnica

Nombre:	Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg (EADG)
Autor:	Marta Martín Carbonell, Raquel Pérez Díaz, Antonio Riquelme Marín
Población:	548 adultos
Tiempo:	Duración aproximada de 2 a 3 años
Momento:	Después del diagnóstico clínico por un psiquiatra o psicólogo
Lugar:	En la ciudad de La Habana, Cuba
Validez:	Se demostró ser eficaz para identificar a personas con trastornos psicopatológicos, con una sensibilidad de 83% y especificidad de 81,8% (54).
Confiabilidad:	No se menciona
Tiempo de llenado:	5 – 15 min.
Número de ítems:	18 ítems
Dimensiones:	Ansiedad y depresión

Alternativas de respuesta:	Según la respuesta dicotómica (Si / No)
Baremos (niveles, grados) de la variable:	<ul style="list-style-type: none"> • Presenta trastornos psicológicos • No presenta trastornos psicológicos

Escala de incapacidad por dolor lumbar de Oswestry

La Escala de Discapacidad de Oswestry (Oswestry Disability Index – ODI), también conocido como Cuestionario de Incapacidad por Dolor Lumbar, fue desarrollado en 1976 y publicado oficialmente en 1980 gracias a John O'Brien (55). Esta herramienta se ha consolidado como una de las más utilizadas a nivel mundial para evaluar el impacto del dolor lumbar en la funcionalidad diaria, debido a su utilidad predictiva en casos de dolor crónico, ausentismo laboral y efectividad de tratamientos, tanto conservadores como quirúrgicos.

La escala está conformada por 10 ítems, cada uno con seis posibles respuestas que reflejan distintos niveles de limitación, asignándoles un valor de 0 a 5, de menor a mayor severidad. Aunque las alternativas no están numeradas, se otorgan puntos desde 0 a la primera opción hasta 5 a la última. Si un paciente selecciona más de una opción en un ítem, se toma en cuenta la de mayor puntuación. La puntuación total se obtiene al sumar los valores de cada ítem respondido, dividiéndose entre 50 si todas las preguntas fueron contestadas; luego, se multiplica por 100 para obtener el porcentaje de discapacidad. En caso de omitir una pregunta, se divide entre 45 en lugar de 50, ajustando así el cálculo al número de ítems válidos. El resultado final refleja el grado de discapacidad funcional asociado al dolor lumbar (56).

Ficha técnica

Nombre:	“Escala de discapacidad por lumbalgia de Oswestry”
Autor:	A.J. Pomares Avalosa, y R. López Fernández
Población:	En 162 pacientes

Tiempo:	13 meses
Momento:	No se menciona
Lugar:	Hospital Dr. Gustavo Aldereguía de Lima de Cienfuegos, Cuba
Validez:	La validez de contenido fue determinada mediante juicio de expertos. El índice KMO alcanzó un valor aceptable de 0,621. El test de esfericidad de Bartlett arrojó un Chi-cuadrado de 600,533 ($gl = 45$; $p = 0,000$), confirmando la adecuación del análisis (57).
Confiabilidad:	“El alfa de Cronbach de 0,801 indica un nivel elevado de consistencia interna, lo que respalda la fiabilidad del instrumento utilizado para la medición” (57).
Tiempo de llenado:	5 – 15 min.
Número de ítems:	10 ítems
Dimensiones:	No presenta dimensiones
Alternativas de respuesta:	Según escala de tipo Likert desde el 0 al 5
Baremos (niveles, grados) de la variable:	<ul style="list-style-type: none"> • 0%-20% = Sin o mínima incapacidad • 21%-40% = Incapacidad moderada • 41%-60% = Incapacidad severa • 61%-80% = Incapacidad muy severa • 81%-100% = Incapacidad total

3.8. Plan de procesamiento y análisis de datos

Los registros se centralizaron en un banco de datos y se procesaron con IBM SPSS Statistics v28.0. Los resultados se visualizaron mediante gráficos elaborados en Microsoft Excel 2023 y Microsoft 365. El análisis comenzó con la distribución de frecuencias y la prueba de normalidad de Kolmogorov-Smirnov. Según los datos obtenidos, se aplicó el coeficiente de Pearson o Spearman, considerando una significancia de $p < 0.05$ para rechazar la hipótesis nula.

3.9. Aspectos éticos

La evaluación de la Tesis estuvo a cargo del Comité de Ética de la Universidad Norbert Wiener, garantizando el cumplimiento de las normativas éticas establecidas para su desarrollo, cumpliendo con los protocolos éticos y legales vigentes. La investigación seguirá los lineamientos de dicha universidad y las normativas nacionales e internacionales, como la Declaración de Helsinki, que resalta la dignidad humana y la igualdad de derechos.

Directrices bioéticas que orientarán la investigación:

- No maleficencia: Se evito cualquier procedimiento que cause daño y se protegerá la identidad de los participantes.
- Autonomía: Solo participaron personas que otorguen su consentimiento voluntario.
- Confidencialidad: La información será anónima y de uso exclusivo para los investigadores. No se registraron nombres, y se explicaron claramente los riesgos mediante consentimiento informado.

Se aplicaron las medidas de bioseguridad actuales y se garantizaron la protección de datos personales conforme a la Ley N.º 29733. Cada participante firmará un consentimiento informado con los objetivos y procedimientos del estudio. Finalmente, los resultados se almacenarán de forma segura, y los datos serán eliminados tras la conclusión del estudio.

CAPÍTULO IV: PRESENTACIÓN Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

4.1 Resultados

En este estudio participaron un total de 87 pacientes con lumbalgia inespecífica de un centro de terapia física de Lima, periodo 2025; de ambos géneros, que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión. A continuación, se presentan los resultados obtenidos.

4.1.1 Características sociodemográficas de la muestra

Tabla 1. Estadísticos descriptivos de la edad de la muestra.

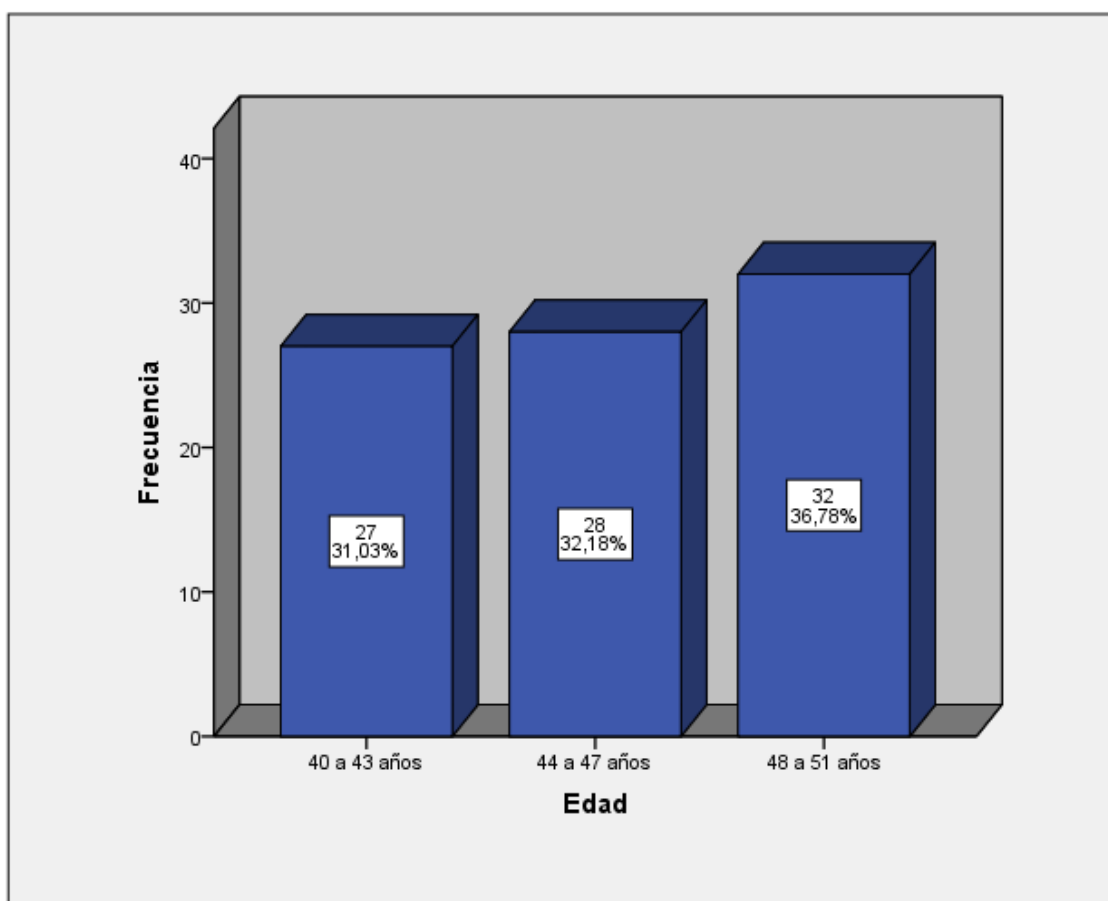
	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
Edad	87	40	51	45,78	3,445

Nota: Muestra los estadísticos descriptivos de la edad. Se observó que los pacientes con lumbalgia inespecífica tuvieron una edad mínima de 40 años y una máxima de 51 años. La edad promedio fue de 45,78 años, con una desviación típica de 3,445, lo que indica una distribución relativamente homogénea en torno a la media.

Tabla 2. Distribución por grupo etario de la muestra

Edad			
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
40 a 43 años	27	31	31
44 a 47 años	28	32,2	63,2
48 a 51 años	32	36,8	100
Total	87	100,0	

Figura 1. Distribución por grupo etario de la muestra

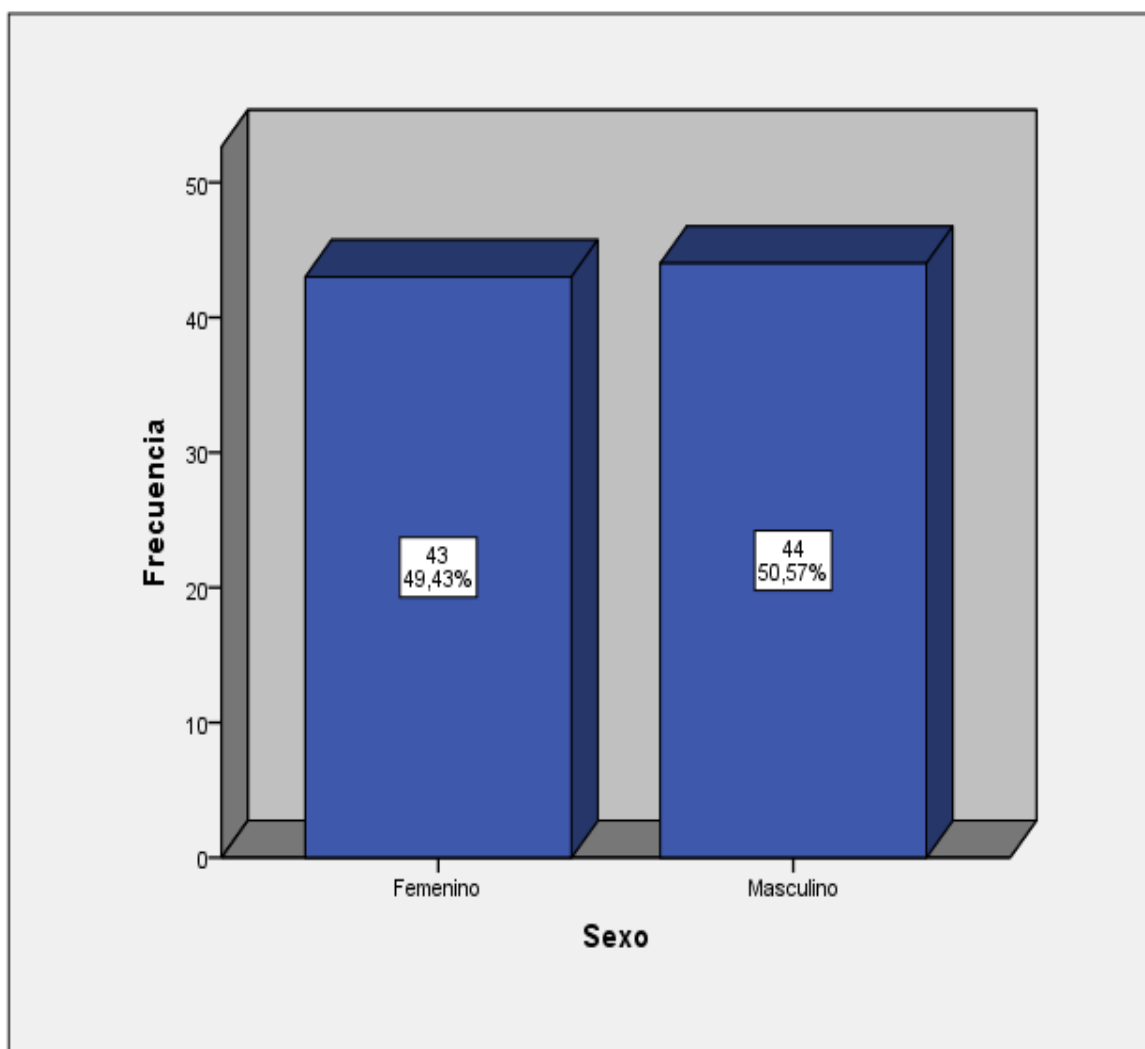


Nota: Presentan la distribución de los pacientes según su grupo etario. Se observó que el grupo más numeroso fue el de 48 a 51 años, con el 36,8% de la muestra, seguido del grupo de 44 a 47 años con el 32,2%. El grupo de menor representación fue el de 40 a 43 años, que concentró el 31,0% del total de participantes.

Tabla 3. Distribución por sexo de la muestra

Sexo			
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Femenino	43	49,4	49,4
Masculino	44	50,6	100
Total	87	100	

Figura 2. Distribución por sexo de la muestra

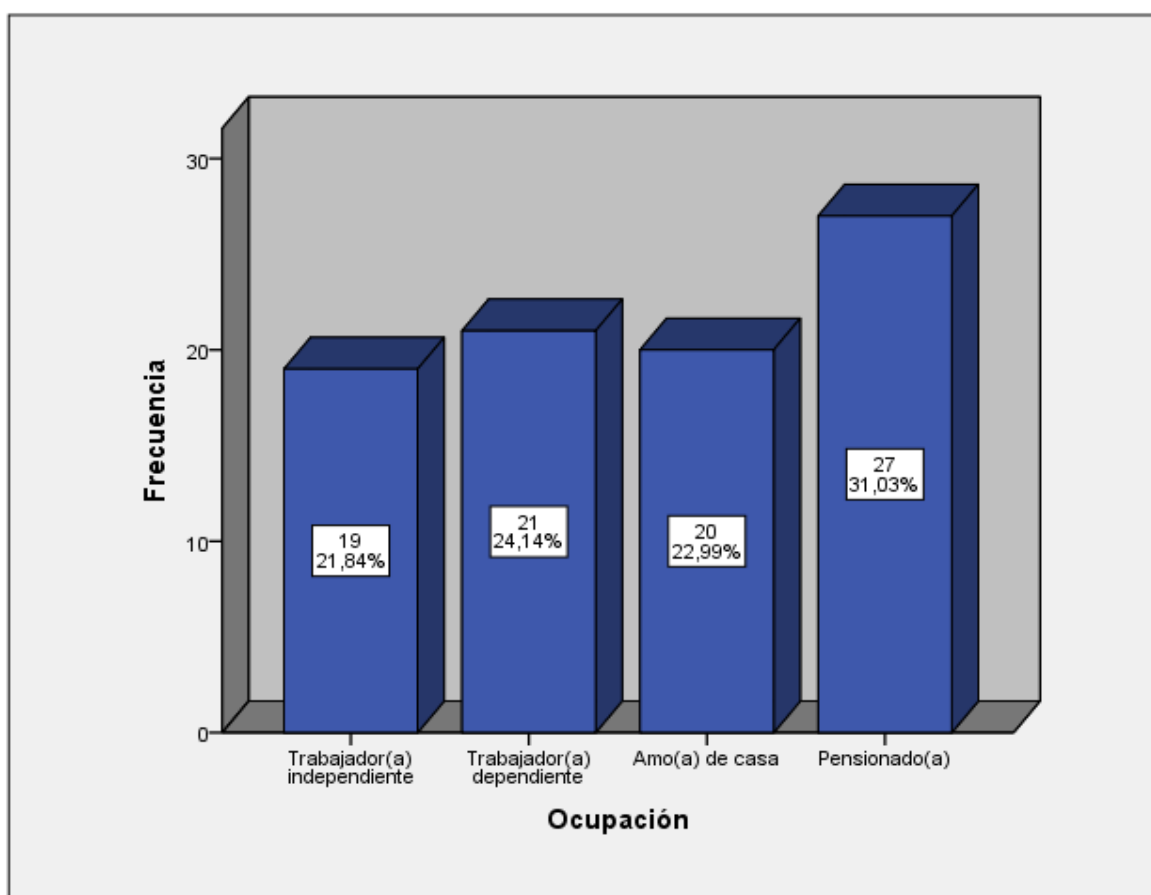


Nota: Muestran la distribución de los pacientes según su sexo. Se evidenció una proporción equilibrada entre ambos géneros, con una ligera mayoría de participantes masculinos (50,6%), mientras que las mujeres representaron el 49,4% de la muestra.

Tabla 4. Distribución por ocupación de la muestra

Ocupación			
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Trabajador(a) independiente	19	21,8	21,8
Trabajador(a) dependiente	21	24,1	46
Amo(a) de casa	20	23	69
Pensionado(a)	27	31	100
Total	87	100	

Figura 3. Distribución por ocupación de la muestra

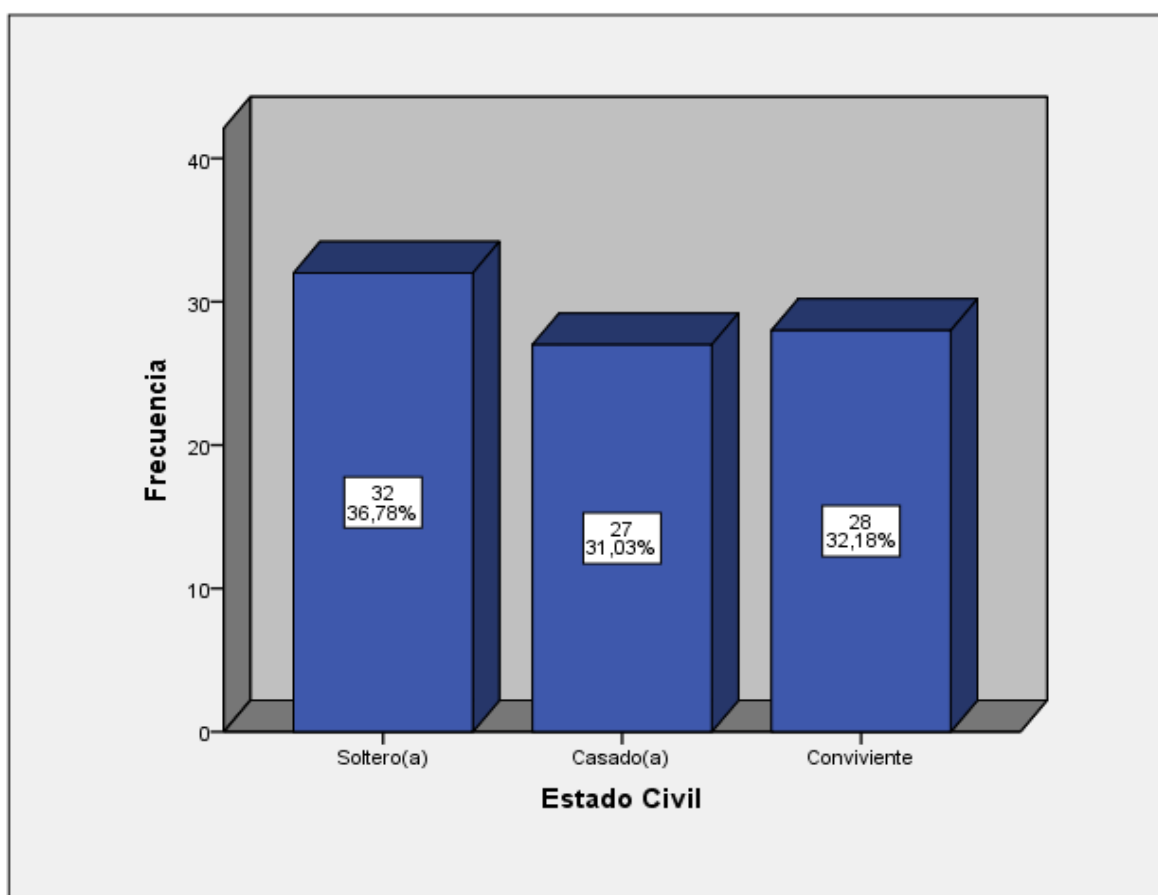


Nota: Presenta la distribución de los pacientes según su ocupación. Se observó que la mayoría pertenecía al grupo de pensionados, con un 31,0% del total. Le siguieron los trabajadores dependientes (24,1%), los amos de casa (23,0%) y, finalmente, los trabajadores independientes, que representaron el 21,8% de la muestra.

Tabla 5. Distribución por estado civil de la muestra

Estado Civil			
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Soltero(a)	32	36,8	36,8
Casado(a)	27	31	67,8
Conviviente	28	32,2	100
Total	87	100	

Figura 4. Distribución por estado civil de la muestra



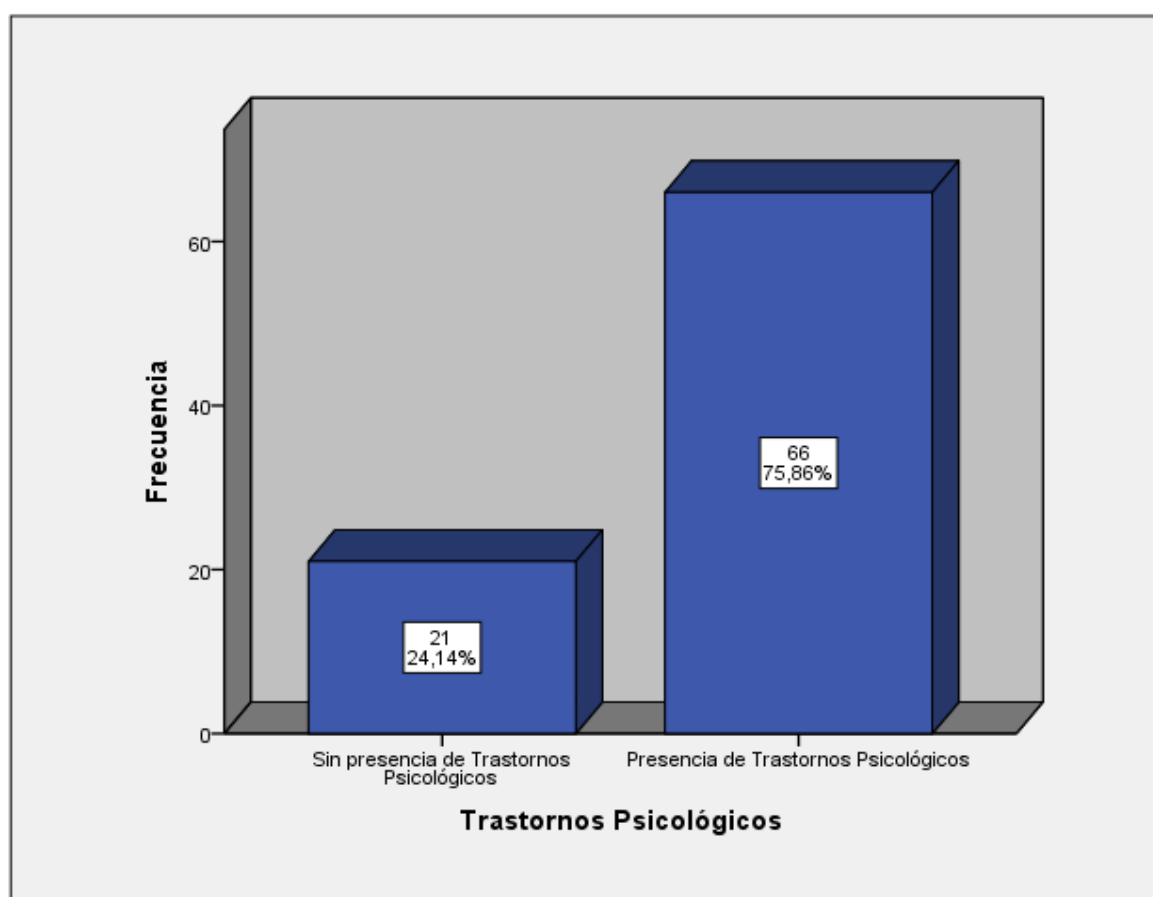
Nota: Muestran la distribución de los pacientes según su estado civil. Se encontró que el grupo más numeroso fue el de personas solteras, con un 36,8% del total, seguido por los convivientes con un 32,2%, y finalmente los casados, que representaron el 31,0% de la muestra.

4.1.2 Características clínicas de la muestra

Tabla 6. Distribución por nivel de trastornos psicológicos

Trastornos Psicológicos			
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Sin presencia de Trastornos Psicológicos	21	24,1	24,1
Presencia de Trastornos Psicológicos	66	75,9	100
Total	87	100	

Figura 5. Distribución por nivel de trastornos psicológicos

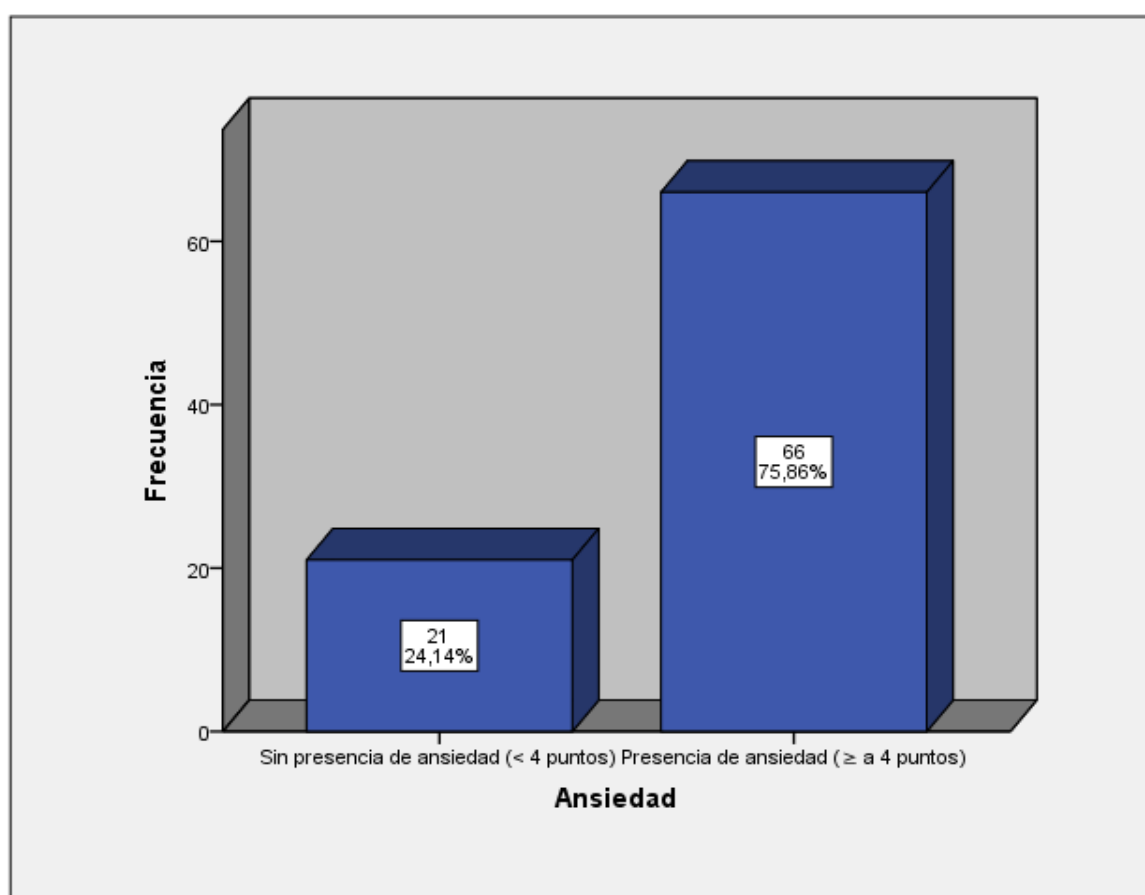


Nota: Presentan la distribución de los pacientes según la presencia de trastornos psicológicos. Se observó que la mayoría de los participantes (75,9%) presentaron algún tipo de trastorno psicológico, mientras que el 24,1% no manifestó dichas alteraciones.

Tabla 7. Distribución de la dimensión ansiedad de los trastornos psicológicos

ANSIEDAD			
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Sin presencia de ansiedad (< 4 puntos)	21	24,1	24,1
Presencia de ansiedad (\geq a 4 puntos)	66	75,9	100
Total	87	100	

Figura 6. Distribución de la dimensión ansiedad de los trastornos psicológicos

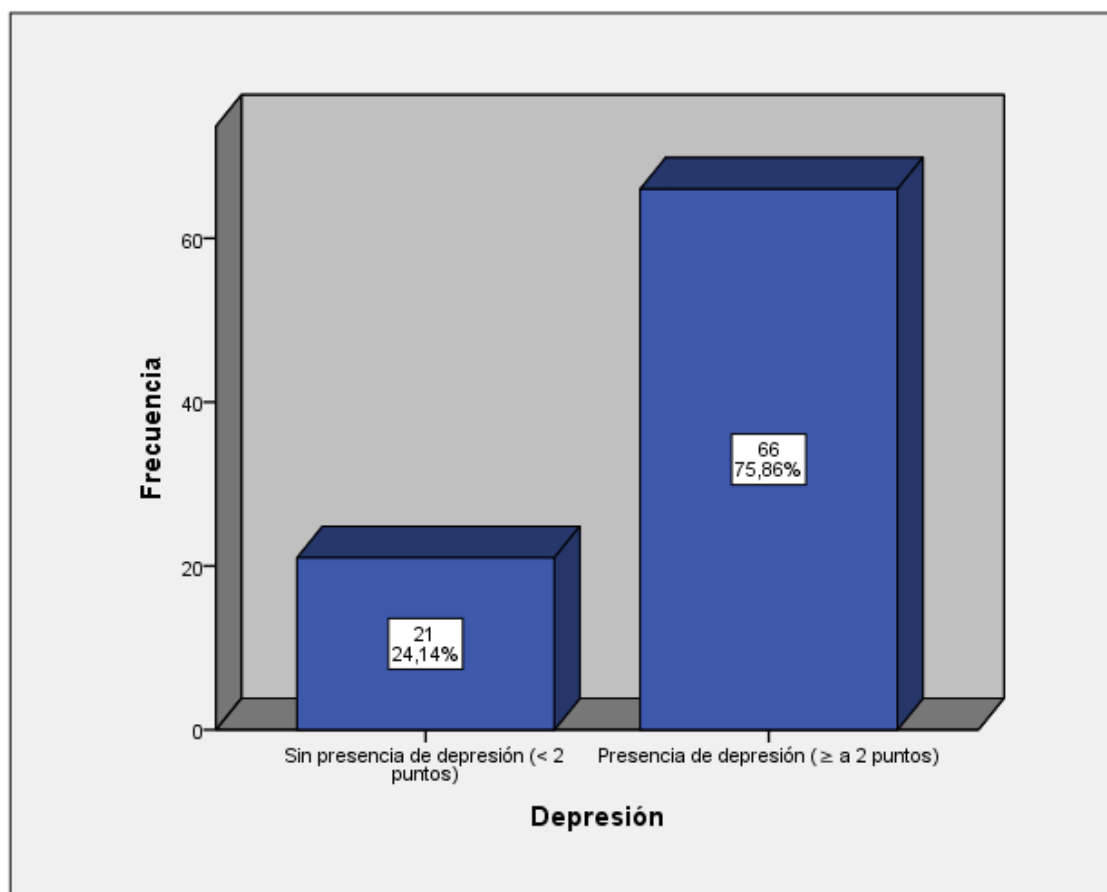


Nota: Muestran la distribución de los pacientes según la dimensión ansiedad de los trastornos psicológicos. Se encontró que el 75,9% de los participantes presentó niveles de ansiedad iguales o superiores a 4 puntos, mientras que el 24,1% no mostró presencia significativa de ansiedad.

Tabla 8. Distribución de la dimensión depresión de los trastornos psicológicos

DEPRESIÓN			
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Sin presencia de depresión (< 2 puntos)	21	24,1	24,1
Presencia de depresión (\geq a 2 puntos)	66	75,9	100
Total	87	100	

Figura 7. Distribución de la dimensión depresión de los trastornos psicológicos

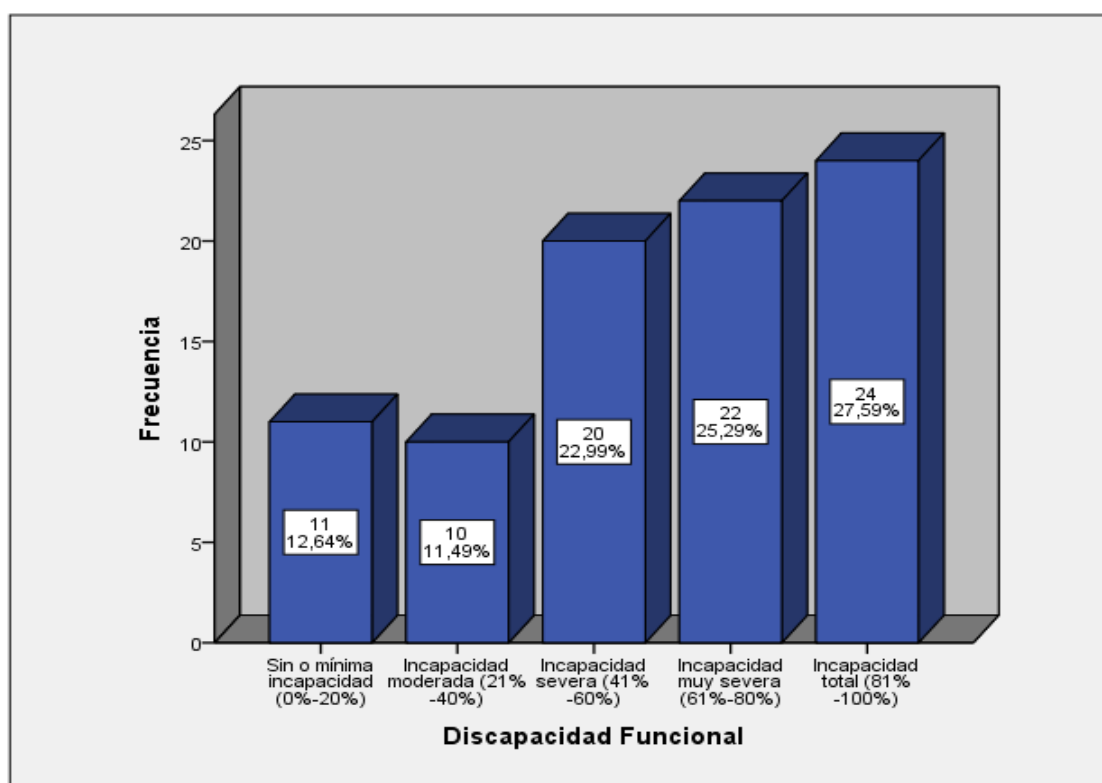


Nota: Presentan la distribución de los pacientes según la dimensión depresión de los trastornos psicológicos. Se observó que el 75,9% de los participantes presentó niveles de depresión iguales o superiores a 2 puntos, mientras que el 24,1% no evidenció síntomas significativos de depresión.

Tabla 9. Distribución del nivel de discapacidad funcional

DISCAPACIDAD FUNCIONAL			
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Sin o mínima incapacidad (0%-20%)	11	12,6	12,6
Incapacidad moderada (21%-40%)	10	11,5	24,1
Incapacidad severa (41%-60%)	20	23	47,1
Incapacidad muy severa (61%-80%)	22	25,3	72,4
Incapacidad total (81%-100%)	24	27,6	100
Total	87	100	

Figura 8. Distribución del nivel de discapacidad funcional



Nota: Muestra la distribución de los pacientes según su nivel de discapacidad funcional. Se evidenció que la mayoría presentó un grado elevado de discapacidad: el 27,6% mostró incapacidad total y el 25,3% incapacidad muy severa. Asimismo, el 23,0% presentó incapacidad severa, mientras que solo el 11,5% y 12,6% tuvieron incapacidad moderada o mínima, respectivamente.

4.1.3 Prueba de normalidad.

Tabla 10. Prueba de normalidad de las variables y dimensiones de estudio

PRUEBAS DE NORMALIDAD			
	Kolmogorov-Smirnov ^a		
	Estadístico	gl	Sig.
Trastornos Psicológicos	,471	87	,000
Ansiedad	,471	87	,000
Depresión	,471	87	,000
Discapacidad Funcional	,191	87	,000

a. Corrección de la significación de Lilliefors.

Nota: Muestra los resultados de la prueba de normalidad Kolmogorov-Smirnov para las principales variables del estudio. Se evidenció que todas las variables analizadas (trastornos psicológicos, ansiedad, depresión y discapacidad funcional) obtuvieron valores de significancia menores a 0,05, lo que indica que no siguen una distribución normal. Estos resultados indican que la relación entre estas variables debe ser analizada mediante estadísticos no paramétricos, como el coeficiente de correlación de Spearman.

4.1.4 Prueba de hipótesis

4.1.4.1 Hipótesis General

H1: Existe relación entre los trastornos psicológicos y discapacidad funcional en pacientes con lumbalgia inespecífica de un centro de terapia física de Lima, periodo 2025.

H0: No existe relación entre los trastornos psicológicos y discapacidad funcional en pacientes con lumbalgia inespecífica de un centro de terapia física de Lima, periodo 2025.

Tabla 11. Relación entre trastornos psicológicos y discapacidad funcional

CORRELACIONES				
			Trastornos Psicológicos	Discapacidad Funcional
Rho de Spearman	Trastornos Psicológicos	Coefficiente de correlación	1,000	,762**
		Sig. (bilateral)	.	,000
		N	87	87
	Discapacidad Funcional	Coefficiente de correlación	,762**	1,000
		Sig. (bilateral)	,000	.
		N	87	87

** . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Nota: Se observó una relación significativa entre los trastornos psicológicos y la discapacidad funcional ($p = 0,000 < 0,05$), con un coeficiente de Spearman de 0,762. Se concluyó que existió una relación positiva y fuerte, estadísticamente significativa, entre ambas variables.

4.1.4.2 Hipótesis Específica 1

H1: Existe relación entre la dimensión ansiedad de los trastornos psicológicos y discapacidad funcional en pacientes con lumbalgia inespecífica de un centro de terapia física de Lima, periodo 2025.

H0: No existe relación entre la dimensión ansiedad de los trastornos psicológicos y discapacidad funcional en pacientes con lumbalgia inespecífica de un centro de terapia física de Lima, periodo 2025.

Tabla 12. *Relación entre la dimensión ansiedad de los trastornos psicológicos y la discapacidad funcional*

CORRELACIONES				
			Ansiedad	Discapacidad Funcional
Rho de Spearman	Ansiedad	Coeficiente de correlación	1,000	,762**
		Sig. (bilateral)	.	,000
		N	87	87
	Discapacidad Funcional	Coeficiente de correlación	,762**	1,000
		Sig. (bilateral)	,000	.
		N	87	87

** . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Nota: Se observó una relación significativa entre la ansiedad y la discapacidad funcional ($p = 0,000 < 0,05$), con un coeficiente de Spearman de 0,762. Se concluyó que existió una relación positiva y fuerte entre ambas variables.

4.1.4.3 Hipótesis Específica 2

H1: Existe relación entre la dimensión depresión de los trastornos psicológicos y discapacidad funcional en pacientes con lumbalgia inespecífica de un centro de terapia física de Lima, periodo 2025.

H0: No existe relación entre la dimensión depresión de los trastornos psicológicos y discapacidad funcional en pacientes con lumbalgia inespecífica de un centro de terapia física de Lima, periodo 2025.

Tabla 13. *Relación entre la dimensión depresión de los trastornos psicológicos y la discapacidad funcional*

CORRELACIONES				
			Depresión	Discapacidad Funcional
Rho de Spearman	Depresión	Coeficiente de correlación	1,000	,762**
		Sig. (bilateral)	.	,000
		N	87	87
	Discapacidad Funcional	Coeficiente de correlación	,762**	1,000
		Sig. (bilateral)	,000	.
		N	87	87

** . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Nota: Se observó una relación significativa entre la depresión y la discapacidad funcional ($p = 0,000 < 0,05$), con un coeficiente de Spearman de 0,762. Se concluyó que existió una relación positiva y fuerte entre ambas variables.

4.2 Discusión de Resultados

- ✓ En cuanto a las características sociodemográficas de los pacientes con lumbalgia inespecífica, se observó una edad promedio de 45,78 años, con predominio de los grupos de 44 a 51 años, lo cual coincide con estudios como los de El-Hady et al. (15) y Arroyo (16), quienes también reportaron concentraciones en este rango

etario. La distribución por sexo fue equitativa, con ligera mayoría masculina, similar a lo hallado por Bardales (17), aunque en contraste con El-Hady et al. (15), quienes reportaron mayor proporción de mujeres (79%). En relación con la ocupación, predominó el grupo de pensionados, seguido de trabajadores en actividad. Finalmente, en el estado civil, la muestra estuvo equilibrada entre solteros, casados y convivientes, en contraste con los estudios de Camus (20), donde el 52,9% de los participantes eran casados, y Fernández (19), que reportó un 45% en esta misma condición.

- ✓ En relación con la dimensión ansiedad de los trastornos psicológicos y su vínculo con la discapacidad funcional, se observó que el 75,9% de los pacientes presentaron ansiedad, y que una proporción similar evidenció niveles altos de discapacidad, predominando la incapacidad total (27,6%) y muy severa (25,3%). Se encontró una correlación positiva fuerte y significativa entre la ansiedad y la discapacidad funcional ($\rho = 0,762$). Estos resultados coinciden con los hallazgos de Camus (20), quien reportó que el 58% de los pacientes con ansiedad experimentaron discapacidad severa asociada al dolor lumbar. En contraste, Fernández (19) no encontró una relación estadísticamente significativa entre ansiedad y capacidad funcional en adultos mayores.
- ✓ En cuanto a la dimensión depresión, el 75,9% de los pacientes presentó indicadores clínicos de este trastorno, y se halló también una correlación positiva fuerte y significativa con la discapacidad funcional ($\rho = 0,762$), al igual que en el caso de la ansiedad. Este hallazgo es consistente con el estudio de Camus (20), quien encontró que el 59,2% de los pacientes con depresión presentó una discapacidad intensa asociada al dolor lumbar, mientras que el 83,3% de quienes no tenían depresión solo reportaron discapacidad mínima. En contraste, el estudio de

Fernández (19) no evidenció una relación estadísticamente significativa entre depresión y capacidad funcional.

- ✓ Respecto a la relación general entre los trastornos psicológicos y la discapacidad funcional, se observó que el 75,9% de los pacientes presentó algún tipo de alteración psicológica, y se halló una correlación positiva fuerte y significativa con la discapacidad funcional ($\rho = 0,762$). Este hallazgo coincide con los resultados obtenidos por Camus (20), quien identificó que la presencia conjunta de ansiedad y depresión se asociaba con niveles más altos de discapacidad en pacientes con dolor lumbar. Asimismo, Bardales (17) reportó una alta prevalencia de ansiedad y depresión en pacientes con dolor lumbar crónico, lo que refuerza la idea de que los factores psicológicos pueden influir en la percepción del deterioro funcional. Se discrepa del estudio de Fernández (19), quien no encontró una relación estadísticamente significativa entre estos aspectos en adultos mayores, lo cual podría estar vinculado a diferencias en el contexto clínico como la edad o el nivel de dependencia de los participantes.

CAPITULO V CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 Conclusiones

1. El perfil sociodemográfico de los pacientes con lumbalgia inespecífica revela una mayoría de adultos entre 44 y 51 años, en plena etapa funcional y productiva. La distribución por sexo fue casi equitativa, con ligera prevalencia masculina. Se observó un predominio de personas pensionadas, lo que podría relacionarse con sedentarismo y mayor riesgo de dolor lumbar. La diversidad en el estado civil sugiere distintos niveles de soporte familiar y redes de apoyo social, factores clave en el afrontamiento de esta condición.
2. Se observó que la **depresión** mantiene asociaciones fuertes con los niveles de discapacidad, lo que resalta la necesidad de un abordaje integral que incluya la salud mental en el tratamiento de la lumbalgia inespecífica.
3. De manera específica, se observó también que la **ansiedad** mantiene asociaciones fuertes con los niveles de discapacidad, lo que resalta la necesidad de un abordaje integral que incluya la salud mental en el tratamiento de la lumbalgia inespecífica.
4. Asimismo, los resultados evidenciaron una relación positiva y estadísticamente significativa entre los trastornos psicológicos y la discapacidad funcional, reforzando la importancia del componente emocional en la percepción del dolor y en la limitación funcional.

5.2 Recomendaciones

1. *Recomendación:* Se sugiere desarrollar programas de prevención y promoción de la salud dirigidos a adultos en etapa funcional, especialmente entre los 44 y 51 años. Estas intervenciones deberían incluir educación postural, ejercicios terapéuticos y estrategias para mantener la movilidad, tanto en trabajadores activos como en personas pensionadas. Además, sería valioso considerar el entorno psicosocial de los pacientes, promoviendo redes de apoyo familiar y comunitario que fortalezcan su recuperación y afrontamiento del dolor lumbar.
2. *Recomendación:* Dado el predominio de pensionados, se recomienda fomentar estilos de vida activos mediante actividades físicas adaptadas y educación en autocuidado, priorizando estrategias comunitarias que contrarresten el sedentarismo. Asimismo, valorar el entorno psicosocial del paciente según su situación conyugal puede enriquecer el abordaje terapéutico y fortalecer redes de apoyo.
3. *Recomendación:* Integrar la evaluación psicológica como parte rutinaria del abordaje de pacientes con lumbalgia inespecífica, utilizando instrumentos validados para detectar precozmente signos de ansiedad, depresión o estrés. Los tratamientos deberían adoptar un enfoque biopsicosocial, incorporando técnicas cognitivo-conductuales complementarias al tratamiento físico.
4. *Recomendación:* Incluir intervenciones específicas para la salud mental en los protocolos de manejo del dolor lumbar, tales como la terapia ocupacional emocional, orientación psicoterapéutica o grupos de apoyo. Estas estrategias podrían reducir la discapacidad funcional, mejorar la adherencia al tratamiento y elevar la percepción de bienestar en el paciente.

CAPITULO VI: REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Lumbalgia [Internet]. Who.int. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/low-back-pain>
2. Salmeron M. El 80% de la población mundial experimentará dolor lumbar [Internet]. Barcelona Quiropractic. 2024. Disponible en: <https://www.barcelonaquiopracitic.es/la-poblacion-mundial-experimentara-dolor-lumbar/>
3. Ojeda González JJ, Jerez Labrada JA. Dolor de espalda. Generalidades en su diagnóstico y tratamiento. Rev Cuba Ortop Traumatol [Internet]. 2022; 36(3). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-215X2022000300005
4. Fulwood Z. Worldwide study finds high rates of depression and anxiety in people with chronic pain [Internet]. Johns Hopkins Medicine. 2025. Disponible en: https://www.hopkinsmedicine.org/news/newsroom/news-releases/2025/03/worldwide-study-finds-high-rates-of-depression-and-anxiety-in-people-with-chronic-pain?utm_source=chatgpt.com
5. Li Y, Zou C, Guo W, Han F, Fan T, Zang L, et al. Global burden of low back pain and its attributable risk factors from 1990 to 2021: a comprehensive analysis from the global burden of disease study 2021. Front Public Health [Internet]. 2024; 12:1480779. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.3389/fpubh.2024.1480779>
6. GBD 2021 Low Back Pain Collaborators. Global, regional, and national burden of low back pain, 1990-2020, its attributable risk factors, and projections to 2050: a systematic

- analysis of the Global Burden of Disease Study 2021. *Lancet Rheumatol* [Internet]. 2023; 5(6):e316–29. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1016/S2665-9913\(23\)00098-X](http://dx.doi.org/10.1016/S2665-9913(23)00098-X)
7. Perú. Dolor lumbar crónico: Más de 60 millones de latinoamericanos se encuentran en situación de discapacidad [Internet]. Peru 21. 2021. Disponible en: https://peru21.pe/vida/salud/dolor-lumbar-cronico-mas-de-60-millones-de-latinoamericanos-se-encuentran-en-situacion-de-discapacidad-dolores-musculares-vida-y-salud-enfermedades-noticia/?utm_source=chatgpt.com
 8. Hu Y, Yang Z, Li Y, Xu Y, Tian M, Jiang N, et al. Prevalence and associated factors of depressive symptoms among patients with chronic low back pain: A cross-sectional study. *Front Psychiatry* [Internet]. 2021; 12:820782. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.3389/fpsy.2021.820782>
 9. Azfar SM, Murad MA, Azim SR, Baig M. Frequency of and various factors associated with stress, anxiety, and depression among low back pain patients. *Cureus* [Internet]. 2019; 11(9):e5701. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.7759/cureus.5701>
 10. Stubbs B, Koyanagi A, Thompson T, Veronese N, Carvalho AF, Solomi M, et al. The epidemiology of back pain and its relationship with depression, psychosis, anxiety, sleep disturbances, and stress sensitivity: Data from 43 low- and middle-income countries. *Gen Hosp Psychiatry* [Internet]. 2016; 43:63–70. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.genhosppsy.2016.09.008>
 11. Chaudhari AP, Anukarthika S, Mazumdar K. Psychological correlates of disability among patients with chronic low back pain. *Ann Ind Psychiatr* [Internet]. 2022; 6(1):38–43. Disponible en: http://dx.doi.org/10.4103/aip.aip_55_21 “F.ARRIETA.C”
 12. Santiago C, Calderón MM. Dolor Lumbar asociado a la ansiedad y depresión en estudiantes de terapia física y rehabilitación de una universidad privada: Low back pain associated with anxiety and depression in physical therapy and rehabilitation students

- at a private university. *Revista Experiencia en Medicina del Hospital Regional Lambayeque* [Internet]. 2022; 8(3). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.37065/rem.v8i3.597>
13. Santiago C, Espinoza AY. Low back pain related to anxiety and depression in police officers at a police station in Lima. *Revista de la Facultad de Medicina Humana* [Internet]. 2021;21(1):75–81. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.25176/rfmh.v21i1.3229>
 14. Kumar R, Alostaz M, Bansal A, Varley E, Nemani V, Leveque J-C, et al. Describing functional low back pain disability in the American population: a crowd-sourced evaluation of the Oswestry disability index. *Spine J* [Internet]. 2024; 24(11):2165–71. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.spinee.2024.07.009>
 15. El-Hady AO, El Molla SS, Elwan SI, Ibrahim RA. Evaluation of health-related quality of life with the use of Oswestry disability index in degenerative discogenic low back pain. *Egypt Rheumatol Rehabil* [Internet]. 2023; 50(1). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1186/s43166-022-00166-6>
 16. Arroyo JA. PREVALENCIA DE DOLOR LUMBAR, GRADO DE DISCAPACIDAD Y SU RELACIÓN CON EL INDICE DE MASA CORPORAL, LA CAPACIDAD CARDIORRESPIRATORIA Y LA GRASA CORPORAL EN OPERADORES PORTUARIOS DE UNA EMPRESA DEL DISTRITO DE BUENAVENTURA. Universidad de Caldas; 2023.
 17. Bardales CDC. Factores psicoemocionales en pacientes con dolor lumbar crónico del Rehavitale servicios de especialidades médicas, periodo 2024. Universidad Norbert Wiener; 2024.

18. Bustamante CJ, Quispe DL, Ruiz DA. Nivel de actividad física y la incapacidad por dolor lumbar en trabajadores del Área de Cancha de la Minera Laytaruma - Ayacucho – 2021. Universidad Continental; 2023.
19. Fernández DY. Capacidad funcional y su relación con el nivel de ansiedad y depresión en adultos mayores de la Comunidad Campesina de Jicamarca, 2022.
20. Camus VK. Discapacidad por dolor lumbar y estado psicoemocional en el personal administrativo de una empresa de telefonía, 2022. Universidad Norbert Wiener; 2023.
21. Echiparra, WJ, Huertas, LM. Asociación entre el dolor lumbar y el índice de masa corporal en los vigilantes de la empresa Dicprovseg – Callao, 2020. Universidad Norbert Wiener; 2020.
22. Trastornos mentales [Internet]. Who.int. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>
23. Salud mental y COVID-19: datos iniciales sobre las repercusiones de la pandemia [Internet]. Who.int. World Health Organization; 2 de marzo de 2022. Disponible en: https://www.who.int/es/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-Sci_Brief-Mental_health-2022.1
24. Pomares Ávalos A, Rodríguez Rodríguez T, Pomares Alfonso J. Factores de riesgo emocionales en pacientes que sufren dolor crónico de espalda. Finlay [Internet]. 2018; 8(4):310–20. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2221-24342018000400009&lng=es&nrm=iso&tlng=es
25. Psychology of back pain [Internet]. International Association for the Study of Pain (IASP). International Association for the Study of Pain; 2021. Disponible en: <https://www.iasp-pain.org/resources/fact-sheets/psychology-of-back-pain/>

26. Linton SJ. A review of psychological risk factors in back and neck pain. Spine (Phila Pa 1976) [Internet]. 2000; 25(9):1148–56. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10788861/>
27. Torres Camacho V, Chávez Mamani AA. Revista de Actualización Clínica Investiga. Revista de Actualización Clínica Investiga [Internet]. Disponible en: http://www.revistasbolivianas.ciencia.bo/scielo.php?lng=pt&pid=S2304-37682013000800001&script=sci_arttext
28. El trastorno de ansiedad generalizada. Rev Fac Med UNAM . 2013;56(4):53-55.
29. Bados López A. Trastorno de ansiedad generalizada: Naturaleza, evaluación y tratamiento (2017). 2017; Disponible en: <https://diposit.ub.edu/dspace/handle/2445/115724>
30. Depresión [Internet]. Who.int. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/depression>
31. Torres E, March S, Socías IM, Esteva M. Factores de riesgo de síndrome [Internet]. Actaspsiquiatria.es. 2013. Disponible en: <https://actaspsiquiatria.es/repositorio/15/82/ESP/15-82-ESP-84-96-410230.pdf>
32. Coryell W. Trastornos depresivos [Internet]. Manual MSD versión para profesionales. Disponible en: <https://www.msmanuals.com/es-pe/professional/trastornos-psiqui%C3%A1tricos/trastornos-del-estado-de-%C3%A1nimo/trastornos-depresivos>
33. EVALUACIÓN DE LA INVALIDEZ POR LA MEDIDA DE LA TASA DE INCAPACIDAD FÍSICA O FUNCIONAL [Internet]. Peritajemedicoforense.com. Disponible en: <https://www.peritajemedicoforense.com/OJEDA6.htm>
34. Black NM, Sullivan SJ, Mani R. A biopsychosocial understanding of lower back pain: Content analysis of online information. Eur J Pain [Internet]. 2017; 22(4):728–44. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1002/ejp.1158>

35. Mattiuzzi C, Lippi G, Bovo C. Current epidemiology of low back pain. *Journal of Hospital Management and Health Policy* [Internet]. 2020; 4(0). Disponible en: <https://jhmhp.amegroups.com/article/view/6055/html>
36. Seguí Díaz M, Gervas J. El dolor lumbar. *Medicina de Familia SEMERGEN* [Internet]. 2002; 28(1):21–41. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-familia-semergen-40-articulo-el-dolor-lumbar-13025464>
37. Lumbago agudo: MedlinePlus enciclopedia médica [Internet]. Medlineplus.gov. 2023. Disponible en: https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/007425.htm?utm_source=chatgpt.com
38. Hevia E. Dolor lumbar crónico [Internet]. <https://www.cun.es>. Clínica Universidad de Navarra; 2025. Disponible en: https://www.cun.es/enfermedades-tratamientos/enfermedades/dolor-lumbar-cronico?utm_source=chatgpt.com
39. Casado Morales Ma. I, Moix Queraltó J, Vidal Fernández J. Etiología, cronificación y tratamiento del dolor lumbar. *Clin Salud* [Internet]. 2008; 19(3):379–92. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1130-52742008000300007&script=sci_arttext&utm_source=chatgpt.com
40. Saling J. Las clasificaciones y causas del dolor: dolor neural, dolor muscular y más [Internet]. WebMD. 2023. Disponible en: https://www.webmd.com/es/pain-management/clasificaciones-causas-de-dolor?utm_source=chatgpt.com
41. Moley PJ. Dolor lumbar [Internet]. Manual MSD versión para público general. Manuales MSD; 2024. Disponible en: https://www.msmanuals.com/es/hogar/trastornos-de-los-huesos-articulaciones-y-m%C3%BAsculos/dolor-lumbar-y-dolor-cervical/dolor-lumbar?utm_source=chatgpt.com

42. Pérez Torres F, Núñez-Cornejo Piquer C, Juliá Mollá C, Buades Soriano T, Ruiz de la Torre R, Ybáñez García D, Muñoz Mira P. Capítulo 23: Lumbalgia. Svreumatologia.es. Disponible en: <https://svreumatologia.es/wp-content/uploads/2023/01/svr-libros-enfermedades-reumaticas-actualizacion-svr-2008-capitulo-23.pdf>
43. Van Tulder M, Becker A, Bekkering T, Breen A, del Real MTG, Hutchinson A, et al. Chapter 3. European guidelines for the management of acute nonspecific low back pain in primary care. Eur Spine J [Internet]. 2006; (S2):S169-91. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1007/s00586-006-1071-2>
44. Instituto mexicano del seguro social. Guía de Referencia Rápida Diagnóstico, tratamiento y prevención De Lumbalgia aguda y crónica En el primer nivel de atención Guía de Práctica Clínica GPC [Internet]. Disponible en: <https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/045GRR.pdf>
45. Santos C, Donoso R, Ganga M, Eugenin O, Lira F, Santelices JP. DOLOR LUMBAR: REVISIÓN Y EVIDENCIA DE TRATAMIENTO. Rev médica Clín Las Condes [Internet]. 2020; 31(5-6):387-95. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rmclc.2020.03.008>
46. Muhamad Nor MA, Ahmad MI, Mohd Azli AN, Abdullah JM, Idris Z, Ghani ARI. Examination of thoracic and lumbosacral spine guide for neurosurgery residents. Malays J Med Sci [Internet]. 2023; 30(2):111-23. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.21315/mjms2023.30.2.10>
47. Arispe, C. Yangali, J. Guerrero, M., Rivera, O; Acuña, L; Arellano, C. La investigación Científica, una aproximación para los estudios de posgrado. Universidad Internacional del Ecuador, 2020. Disponible en:

<https://repositorio.uide.edu.ec/bitstream/37000/4310/1/LA%20INVESTIGACI%c3%93N%20CIENT%c3%8dFICA.pdf>

48. Hernández-Sampieri R. & Mendoza C. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN: LAS RUTAS CUANTITATIVA, CUALITATIVA Y MIXTA. Duluth, MN, Estados Unidos de América: McGrawhill; 2018.
49. Ñaupas Paitán H, Valdivia Dueñas MR, Palacios Vilela JJ y Romero Delgado HE. Metodología de la investigación: cuantitativa-cualitativa y redacción de la tesis. 2018.
50. Hernández Sampieri R, Fernández Collado C y Baptista Lucio, P. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN. McGraw-Hill Companies; 2014.
51. Hechavarría, S. Diferencias entre Cuestionario y Encuesta [Internet]. 2012. Sld.cu. Disponible en: <http://uvsfajardo.sld.cu/diferencias-entre-cuestionario-y-encuesta>
52. Goldberg D, Bridges K, Duncan-Jones P, Grayson D. Detecting anxiety and depression in general medical settings. BMJ [Internet]. 1988; 297(6653):897–9. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.297.6653.897>
53. Professoren K. EspectroAutista.Info – Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg [Internet]. Espectroautista.info. Disponible en: <http://espectroautista.info/GADS-es.html>
54. Martín M, Pérez R, Riquelme A. Valor diagnóstico de la Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg (EAD-G) en adultos cubanos. Univ Psychol [Internet]. 2016; 15(1):15–29. Disponible en: <https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/revPsycho/article/view/5319/13509>
55. Alcántara-Bumbiedro S, Flórez-García MT, Echávarri-Pérez C, García-Pérez F. Escala de incapacidad por dolor lumbar de Oswestry. Rehabil (Madr, Internet) [Internet]. 2006; 40(3):150–8. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/S0048-7120\(06\)74881-2](https://doi.org/10.1016/S0048-7120(06)74881-2)

56. Índice de discapacidad de Oswestry [Internet]. Fisiotutores. Physiotutors; 2023. Disponible en: <https://www.physiotutors.com/es/questionnaires/oswestry-disability-index-odi-olbpdq/>
57. Pomares A, López R, Zaldívar DF. Validación de la escala de incapacidad por dolor lumbar de Oswestry, en paciente con dolor crónico de la espalda. Cienfuegos, 2017-2018. Sociedad Española de Rehabilitación y Medicina Física [Internet]. 2020; 54(1):25–30. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rh.2019.10.003>

ANEXOS

Anexo 1: Matriz de consistencia

“TRASTORNOS PSICOLÓGICOS Y DISCAPACIDAD FUNCIONAL EN PACIENTES CON LUMBALGIA INESPECÍFICA DE UN CENTRO DE TERAPIA FÍSICA DE LIMA, PERIODO 2025.”

Formulación del problema	Objetivos de la investigación	Formulación de hipótesis	Variables	Diseño metodológico
<p>Problema general: ¿Cuál es la relación entre los trastornos psicológicos y discapacidad funcional en pacientes con lumbalgia inespecífica de un centro de terapia física de Lima, periodo 2025?</p> <p>Problemas específicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Cuáles son las características sociodemográficas de los pacientes con lumbalgia inespecífica de un centro de terapia física de Lima, periodo 2025? • ¿Cuál es la relación entre la dimensión ansiedad de los trastornos psicológicos y discapacidad funcional en pacientes con lumbalgia inespecífica de un centro de terapia física de Lima, periodo 2025? • ¿Cuál es la relación entre la dimensión depresión de los trastornos psicológicos y discapacidad funcional en pacientes con lumbalgia 	<p>Objetivo general: Determinar la relación entre los trastornos psicológicos y discapacidad funcional en pacientes con lumbalgia inespecífica de un centro de terapia física de Lima, periodo 2025.</p> <p>Objetivos específicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identificar las características las características sociodemográficas de los pacientes con lumbalgia inespecífica de un centro de terapia física de Lima, periodo 2025. • Identificar la relación entre la dimensión ansiedad de los trastornos psicológicos y discapacidad funcional en pacientes con lumbalgia inespecífica de un centro de terapia física de Lima, periodo 2025. • Identificar la relación entre la dimensión depresión de los trastornos psicológicos y discapacidad funcional en pacientes con lumbalgia 	<p>Hipótesis general: Hi: Existe relación entre los trastornos psicológicos y discapacidad funcional en pacientes con lumbalgia inespecífica de un centro de terapia física de Lima, periodo 2025. Ho: No existe relación entre los trastornos psicológicos y discapacidad funcional en pacientes con lumbalgia inespecífica de un centro de terapia física de Lima, periodo 2025.</p> <p>Hipótesis específicas: Hi1: Existe relación entre la dimensión ansiedad de los trastornos psicológicos y discapacidad funcional en pacientes con lumbalgia inespecífica de un centro de terapia física de Lima, periodo 2025. Ho1: No existe relación entre la dimensión ansiedad de los trastornos psicológicos y discapacidad funcional en pacientes con lumbalgia inespecífica de un centro de terapia física de Lima, periodo 2025. Hi2: Existe relación entre la dimensión depresión de los trastornos psicológicos y discapacidad funcional en pacientes con lumbalgia inespecífica de un centro de</p>	<p>Variable 1: Trastornos psicológicos</p> <p>Variable 2: Discapacidad funcional</p> <p>Variable interviniente: Características sociodemográficas</p>	<p>Método de la investigación: Hipotético - Deductivo</p> <p>Enfoque de la investigación: Cuantitativo</p> <p>Tipo y nivel de investigación: Tipo aplicado y de nivel correlacional</p> <p>Diseño de la investigación: No experimental, prospectivo y de corte transversal</p> <p>Población: Estará conformada por todos los pacientes, se toma de referencia a 87 pacientes del periodo anterior.</p> <p>Muestra: Serán todos los pacientes de la población de estudio a través de un muestreo censal.</p> <p>Muestreo: Será de tipo no probabilístico y por conveniencia.</p>

<p>inespecífica de un centro de terapia física de Lima, periodo 2025?</p>	<p>inespecífica de un centro de terapia física de Lima, periodo 2025.</p>	<p>terapia física de Lima, periodo 2025. Ho2: No existe relación entre la dimensión depresión de los trastornos psicológicos y discapacidad funcional en pacientes con lumbalgia inespecífica de un centro de terapia física de Lima, periodo 2025.</p>		
---	---	---	--	--

Anexo 2: Instrumento

ESCALA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN DE GOLDBERG (EADG)

Código: _____

A continuación, le presento el cuestionario con 18 preguntas. Reflexione sobre si durante las dos últimas semanas se le ha presentado algunos de los siguientes síntomas. Por favor, conteste todas las preguntas.

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

ESCALA DE INCAPACIDAD POR DOLOR LUMBAR DE OSWESTRY

Código: _____

Por favor lea atentamente. 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 del dolor

- (0) Puedo soportar el dolor sin necesidad de tomar calmantes
- (1) El dolor es fuerte, pero me manejo sin tomar calmantes
- (2) Los calmantes me alivian completamente el dolor
- (3) Los calmantes me alivian un poco el dolor
- (4) Los calmantes apenas me alivian el dolor
- (5) Los calmantes no me alivian el dolor y no los tomo

2. Cuidados personales

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

3. Levantar peso

- (0) Puedo levantar objetos pesados sin que me aumente el dolor
- (1) Puedo levantar objetos pesados, pero me aumenta el dolor
- (2) El dolor me impide levantar objetos pesados del suelo, pero puedo hacerlo si están en un sitio cómodo
- (3) El dolor me impide levantar objetos pesados, pero sí puedo levantar objetos ligeros o medianos si están en un sitio cómodo
- (4) Sólo puedo levantar objetos muy ligeros
- (5) No puedo levantar ni elevar ningún objeto

4. Caminar

- (0) El dolor no me impide caminar cualquier distancia
- (1) El dolor me impide caminar más de un kilómetro
- (2) El dolor me impide caminar más de 500 metros
- (3) El dolor me impide caminar más de 250 metros
- (4) Sólo puedo caminar con bastón o muletas
- (5) Permanezco en la cama casi todo el tiempo y tengo que ir a rastras al baño

5. Estar sentado

- (0) Puedo estar sentado en cualquier tipo de silla todo el tiempo que quiera
- (1) Solo puedo estar sentado en mi silla favorita todo el tiempo que quiera
- (2) El dolor me impide estar sentado más de una hora
- (3) El dolor me impide estar sentado más de media hora
- (4) El dolor me impide estar sentado más de 10 minutos
- (5) El dolor me impide estar sentado

6. Estar de pie

- (0) Puedo estar de pie tanto tiempo como quiera sin que me aumente el dolor
- (1) Puedo estar de pie tanto tiempo como quiera, pero me aumenta el dolor
- (2) El dolor me impide estar de pie más de una hora
- (3) El dolor me impide estar de pie más de media hora
- (4) El dolor me impide estar de pie más de 10 minutos
- (5) El dolor me impide estar de pie

7. Dormir

- (0) El dolor no me impide dormir bien
- (1) Sólo puedo dormir si tomo pastillas
- (2) Incluso tomando pastillas duermo menos de 6 horas
- (3) Incluso tomando pastillas duermo menos de 4 horas
- (4) Incluso tomando pastillas duermo menos de 2 horas
- (5) El dolor me impide totalmente dormir

8. Actividad sexual

- (0) El dolor no me impide dormir bien
- (1) Sólo puedo dormir si tomo pastillas
- (2) Incluso tomando pastillas duermo menos de 6 horas
- (3) Incluso tomando pastillas duermo menos de 4 horas
- (4) Incluso tomando pastillas duermo menos de 2 horas

(5) El dolor me impide totalmente dormir

9. Vida social

(0) Mi vida social es normal y no me aumenta el dolor

(1) Mi vida social es normal, pero me aumenta el dolor

(2) El dolor no tiene un efecto importante en mi vida social, pero si impide mis actividades más enérgicas como bailar

(3) El dolor ha limitado mi vida social y no salgo tan a menudo

(4) El dolor ha limitado mi vida social al hogar

(5) No tengo vida social a causa del dolor

10. Viajar

(0) Puedo viajar a cualquier sitio sin que me aumente el dolor

(1) Puedo viajar a cualquier sitio, pero me aumenta el dolor

(2) El dolor es fuerte, pero aguanto viajes de más de 2 horas

(3) El dolor me limita a viajes de menos de una hora

(4) El dolor me limita a viajes cortos y necesarios de menos de media hora

(5) El dolor me impide viajar excepto para ir al médico o al hospital

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Código: _____

Fecha: _____

Edad: _____ (años)

Sexo:

Femenino

Masculino

Ocupación:

Trabajador(a) independiente

Trabajador(a) dependiente

Amo(a) de casa

Pensionado(a)

Desempleado(a)

Estado civil:

Soltero (a)

Casado(a)

Conviviente

Divorciado (a)

Otro

Clasificación de los trastornos psicológicos

DIMENSIONES	PUNTAJE		
Ansiedad	< 4 puntos	Sin presencia de ansiedad	
	≥ a 4 puntos	Presencia de ansiedad	
Depresión	< 2 puntos	Sin presencia de depresión	
	≥ a 2 puntos	Presencia de depresión	

Clasificación de la discapacidad lumbar

(Suma de puntajes de cada ítem) / 50 X 100 = % de incapacidad		
0%-20% = Sin o mínima incapacidad	61%-80% = Incapacidad severa	
21%-40% = Incapacidad leve	81%-100% = Incapacidad muy severa	
41%-60% = Incapacidad moderada		

Anexo 3: Validez del instrumento

“TRASTORNOS PSICOLÓGICOS Y DISCAPACIDAD FUNCIONAL EN PACIENTES CON LUMBALGIA INESPECÍFICA DE UN CENTRO DE TERAPIA FÍSICA DE LIMA, PERIODO 2025”

N°	DIMENSIONES / ítems	Pertinencia ¹		Relevancia ²		Claridad ³		Sugerencias
		Si	No	Si	No	Si	No	
	Variable: Trastornos mentales							
	DIMENSIÓN: Ansiedad	Si	No	Si	No	Si	No	
1	¿Se ha sentido muy excitado, nervioso o en tensión?	X		X		X		
2	¿Ha estado muy preocupado por algo?	X		X		X		
3	¿Se ha sentido muy irritable?	X		X		X		
4	¿Ha tenido dificultad para relajarse?	X		X		X		
5	¿Ha dormido mal, ha tenido dificultades para dormir?	X		X		X		
6	¿Ha tenido dolores de cabeza o nuca?	X		X		X		
7	¿Ha tenido alguno de los siguientes síntomas: temblores, hormigueos, mareos, sudores, diarrea?	X		X		X		
8	¿Ha estado preocupado por su salud?	X		X		X		
9	¿Ha tenido alguna dificultad para conciliar el sueño, para quedarse dormido?	X		X		X		
	DIMENSIÓN: Depresión	Si	No	Si	No	Si	No	
10	¿Se ha sentido con poca energía?	X		X		X		
11	¿Ha perdido usted su interés por las cosas?	X		X		X		

12	¿Ha perdido la confianza en sí mismo?	X		X		X		
13	¿Se ha sentido usted desesperanzado, sin esperanzas?	X		X		X		
14	¿Ha tenido dificultades para concentrarse?	X		X		X		
15	¿Ha perdido peso (a causa de su falta de apetito)?	X		X		X		
16	¿Se ha estado despertando demasiado temprano?	X		X		X		
17	¿Se ha sentido usted enlentecido?	X		X		X		
18	¿Cree usted que ha tenido tendencia a encontrarse peor por las mañanas?	X		X		X		

Nº	DIMENSIONES / ítems	Pertinencia ¹		Relevancia ²		Claridad ³		Sugerencias
		Si	No	Si	No	Si	No	
	Variable: Discapacidad lumbar							
1	Intensidad del dolor 0 Puedo soportar el dolor sin necesidad de tomar calmantes 1 El dolor es fuerte, pero me manejo sin tomar calmantes 2 Los calmantes me alivian completamente el dolor 3 Los calmantes me alivian un poco el dolor 4 Los calmantes apenas me alivian el dolor 5 Los calmantes no me alivian el dolor y no los tomo	X		X		X		
2	Cuidados personales 0 Me las puedo arreglar solo sin que me aumente el dolor 1 Me las puedo arreglar solo, pero esto me aumenta el dolor 2 Lavarme, vestirme, etc., me produce dolor y tengo que hacerlo despacio y con cuidado 3 Necesito alguna ayuda, pero consigo hacer la mayoría de cosas yo solo 4 Necesito ayuda para hacer la mayoría de cosas 5 No puedo vestirme, me cuesta lavarme, y suelo quedarme en la cama	X		X		X		

3	<p>Levantar peso</p> <p>0 Puedo levantar objetos pesados sin que me aumente el dolor</p> <p>1 Puedo levantar objetos pesados, pero me aumenta el dolor</p> <p>2 El dolor me impide levantar objetos pesados del suelo, pero puedo hacerlo si están en un sitio cómodo</p> <p>3 El dolor me impide levantar objetos pesados, pero sí puedo levantar objetos ligeros o medianos si están en un sitio cómodo</p> <p>4 Sólo puedo levantar objetos muy ligeros</p> <p>5 No puedo levantar ni elevar ningún objeto</p>	X		X		X	
4	<p>Caminar</p> <p>0 El dolor no me impide caminar cualquier distancia</p> <p>1 El dolor me impide caminar más de un kilómetro</p> <p>2 El dolor me impide caminar más de 500 metros</p> <p>3 El dolor me impide caminar más de 250 metros</p> <p>4 Sólo puedo caminar con bastón o muletas</p> <p>5 Permanezco en la cama casi todo el tiempo y tengo que ir a rastras al baño</p>	X		X		X	
5	<p>Estar sentado</p> <p>0 Puedo estar sentado en cualquier tipo de silla todo el tiempo que quiera</p> <p>1 Solo puedo estar sentado en mi silla favorita todo el tiempo que quiera</p> <p>2 El dolor me impide estar sentado más de una hora</p> <p>3 El dolor me impide estar sentado más de media hora</p> <p>4 El dolor me impide estar sentado más de 10 minutos</p> <p>5 El dolor me impide estar sentado</p>	X		X		X	
6	<p>Estar de pie</p> <p>0 Puedo estar de pie tanto tiempo como quiera sin que me aumente el dolor</p> <p>1 Puedo estar de pie tanto tiempo como quiera, pero me aumenta el dolor</p> <p>2 El dolor me impide estar de pie más de una hora</p> <p>3 El dolor me impide estar de pie más de media hora</p> <p>4 El dolor me impide estar de pie más de 10 minutos</p> <p>5 El dolor me impide estar de pie</p>	X		X		X	

7	Dormir 0 El dolor no me impide dormir bien 1 Sólo puedo dormir si tomo pastillas 2 Incluso tomando pastillas duermo menos de 6 horas 3 Incluso tomando pastillas duermo menos de 4 horas 4 Incluso tomando pastillas duermo menos de 2 horas 5 El dolor me impide totalmente dormir	X		X		X	
8	Actividad sexual 0 El dolor no me impide dormir bien 1 Sólo puedo dormir si tomo pastillas 2 Incluso tomando pastillas duermo menos de 6 horas 3 Incluso tomando pastillas duermo menos de 4 horas 4 Incluso tomando pastillas duermo menos de 2 horas 5 El dolor me impide totalmente dormir	X		X		X	
9	Vida social 0 Mi vida social es normal y no me aumenta el dolor 1 Mi vida social es normal, pero me aumenta el dolor 2 El dolor no tiene un efecto importante en mi vida social, pero si impide mis actividades más enérgicas como bailar 3 El dolor ha limitado mi vida social y no salgo tan a menudo 4 El dolor ha limitado mi vida social al hogar 5 No tengo vida social a causa del dolor	X		X		X	
10	Viajar 0 Puedo viajar a cualquier sitio sin que me aumente el dolor 1 Puedo viajar a cualquier sitio, pero me aumenta el dolor 2 El dolor es fuerte, pero aguanto viajes de más de 2 horas 3 El dolor me limita a viajes de menos de una hora 4 El dolor me limita a viajes cortos y necesarios de menos de media hora 5 El dolor me impide viajar excepto para ir al médico o al hospital	X		X		X	

¹**Pertinencia:** El ítem corresponde al concepto teórico formulado.

²**Relevancia:** El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo

³**Claridad:** Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo

Nota: Suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión

Observaciones (precisar si hay suficiencia): _____

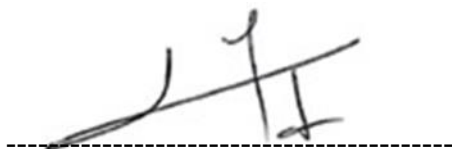
Opinión de aplicabilidad: Aplicable Aplicable después de corregir No aplicable

Apellidos y nombres del juez validador. Dr. / Mg.: José Melgarejo Valverde

DNI: 06230600

Especialidad del validador: Docencia universitaria y gestión universitaria

13 de Marzo del 2025



Firma del Experto Informante

“TRASTORNOS PSICOLÓGICOS Y DISCAPACIDAD FUNCIONAL EN PACIENTES CON LUMBALGIA INESPECÍFICA DE UN CENTRO DE TERAPIA FÍSICA DE LIMA, PERIODO 2025”

Nº	DIMENSIONES / ítems	Pertinencia ¹		Relevancia ²		Claridad ³		Sugerencias
		Si	No	Si	No	Si	No	
	Variable: Trastornos mentales							
	DIMENSIÓN: Ansiedad	Si	No	Si	No	Si	No	
1	¿Se ha sentido muy excitado, nervioso o en tensión?	X		X		X		
2	¿Ha estado muy preocupado por algo?	X		X		X		
3	¿Se ha sentido muy irritable?	X		X		X		
4	¿Ha tenido dificultad para relajarse?	X		X		X		
5	¿Ha dormido mal, ha tenido dificultades para dormir?	X		X		X		
6	¿Ha tenido dolores de cabeza o nuca?	X		X		X		
7	¿Ha tenido alguno de los siguientes síntomas: temblores, hormigueos, mareos, sudores, diarrea?	X		X		X		
8	¿Ha estado preocupado por su salud?	X		X		X		
9	¿Ha tenido alguna dificultad para conciliar el sueño, para quedarse dormido?	X		X		X		
	DIMENSIÓN: Depresión	Si	No	Si	No	Si	No	
10	¿Se ha sentido con poca energía?	X		X		X		
11	¿Ha perdido usted su interés por las cosas?	X		X		X		
12	¿Ha perdido la confianza en sí mismo?	X		X		X		
13	¿Se ha sentido usted desesperanzado, sin esperanzas?	X		X		X		

14	¿Ha tenido dificultades para concentrarse?	X		X		X		
15	¿Ha perdido peso (a causa de su falta de apetito)?	X		X		X		
16	¿Se ha estado despertando demasiado temprano?	X		X		X		
17	¿Se ha sentido usted enlentecido?	X		X		X		
18	¿Cree usted que ha tenido tendencia a encontrarse peor por las mañanas?	X		X		X		

N°	DIMENSIONES / ítems	Pertinencia ¹		Relevancia ²		Claridad ³		Sugerencias
		Si	No	Si	No	Si	No	
	Variable: Discapacidad lumbar							
1	Intensidad del dolor 0 Puedo soportar el dolor sin necesidad de tomar calmantes 1 El dolor es fuerte, pero me manejo sin tomar calmantes 2 Los calmantes me alivian completamente el dolor 3 Los calmantes me alivian un poco el dolor 4 Los calmantes apenas me alivian el dolor 5 Los calmantes no me alivian el dolor y no los tomo	X		X		X		
2	Cuidados personales 0 Me las puedo arreglar solo sin que me aumente el dolor 1 Me las puedo arreglar solo, pero esto me aumenta el dolor 2 Lavarme, vestirme, etc., me produce dolor y tengo que hacerlo despacio y con cuidado 3 Necesito alguna ayuda, pero consigo hacer la mayoría de cosas yo solo 4 Necesito ayuda para hacer la mayoría de cosas 5 No puedo vestirme, me cuesta lavarme, y suelo quedarme en la cama	X		X		X		

3	<p>Levantar peso</p> <p>0 Puedo levantar objetos pesados sin que me aumente el dolor</p> <p>1 Puedo levantar objetos pesados, pero me aumenta el dolor</p> <p>2 El dolor me impide levantar objetos pesados del suelo, pero puedo hacerlo si están en un sitio cómodo</p> <p>3 El dolor me impide levantar objetos pesados, pero sí puedo levantar objetos ligeros o medianos si están en un sitio cómodo</p> <p>4 Sólo puedo levantar objetos muy ligeros</p> <p>5 No puedo levantar ni elevar ningún objeto</p>	X		X		X	
4	<p>Caminar</p> <p>0 El dolor no me impide caminar cualquier distancia</p> <p>1 El dolor me impide caminar más de un kilómetro</p> <p>2 El dolor me impide caminar más de 500 metros</p> <p>3 El dolor me impide caminar más de 250 metros</p> <p>4 Sólo puedo caminar con bastón o muletas</p> <p>5 Permanezco en la cama casi todo el tiempo y tengo que ir a rastras al baño</p>	X		X		X	
5	<p>Estar sentado</p> <p>0 Puedo estar sentado en cualquier tipo de silla todo el tiempo que quiera</p> <p>1 Solo puedo estar sentado en mi silla favorita todo el tiempo que quiera</p> <p>2 El dolor me impide estar sentado más de una hora</p> <p>3 El dolor me impide estar sentado más de media hora</p> <p>4 El dolor me impide estar sentado más de 10 minutos</p> <p>5 El dolor me impide estar sentado</p>	X		X		X	
6	<p>Estar de pie</p> <p>0 Puedo estar de pie tanto tiempo como quiera sin que me aumente el dolor</p> <p>1 Puedo estar de pie tanto tiempo como quiera, pero me aumenta el dolor</p> <p>2 El dolor me impide estar de pie más de una hora</p> <p>3 El dolor me impide estar de pie más de media hora</p> <p>4 El dolor me impide estar de pie más de 10 minutos</p> <p>5 El dolor me impide estar de pie</p>	X		X		X	

7	Dormir 0 El dolor no me impide dormir bien 1 Sólo puedo dormir si tomo pastillas 2 Incluso tomando pastillas duermo menos de 6 horas 3 Incluso tomando pastillas duermo menos de 4 horas 4 Incluso tomando pastillas duermo menos de 2 horas 5 El dolor me impide totalmente dormir	X		X		X		
8	Actividad sexual 0 El dolor no me impide dormir bien 1 Sólo puedo dormir si tomo pastillas 2 Incluso tomando pastillas duermo menos de 6 horas 3 Incluso tomando pastillas duermo menos de 4 horas 4 Incluso tomando pastillas duermo menos de 2 horas 5 El dolor me impide totalmente dormir	X		X		X		
9	Vida social 0 Mi vida social es normal y no me aumenta el dolor 1 Mi vida social es normal, pero me aumenta el dolor 2 El dolor no tiene un efecto importante en mi vida social, pero si impide mis actividades más enérgicas como bailar 3 El dolor ha limitado mi vida social y no salgo tan a menudo 4 El dolor ha limitado mi vida social al hogar 5 No tengo vida social a causa del dolor	X		X		X		
10	Viajar 0 Puedo viajar a cualquier sitio sin que me aumente el dolor 1 Puedo viajar a cualquier sitio, pero me aumenta el dolor 2 El dolor es fuerte, pero aguanto viajes de más de 2 horas 3 El dolor me limita a viajes de menos de una hora 4 El dolor me limita a viajes cortos y necesarios de menos de media hora 5 El dolor me impide viajar excepto para ir al médico o al hospital	X		X		X		

¹**Pertinencia:** El ítem corresponde al concepto teórico formulado.

²**Relevancia:** El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo

³**Claridad:** Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo

Nota: Suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión

Observaciones (precisar si hay suficiencia): _____

Opinión de aplicabilidad: Aplicable [X] Aplicable después de corregir [] No aplicable []

Apellidos y nombres del juez validador. Dr. / Mg.: **Milagros Elisa Zarate Chamochumbi**

DNI: **25777874**

Especialidad del validador: **Docencia universitaria y gestión universitaria**

18 de Marzo del 2025



Firma del Experto Informante

“TRASTORNOS PSICOLÓGICOS Y DISCAPACIDAD FUNCIONAL EN PACIENTES CON LUMBALGIA INESPECÍFICA DE UN CENTRO DE TERAPIA FÍSICA DE LIMA, PERIODO 2025”

Nº	DIMENSIONES / ítems	Pertinencia ¹		Relevancia ²		Claridad ³		Sugerencias
		Si	No	Si	No	Si	No	
	Variable: Trastornos mentales							
	DIMENSIÓN: Ansiedad	Si	No	Si	No	Si	No	
1	¿Se ha sentido muy excitado, nervioso o en tensión?	X		X		X		
2	¿Ha estado muy preocupado por algo?	X		X		X		
3	¿Se ha sentido muy irritable?	X		X		X		
4	¿Ha tenido dificultad para relajarse?	X		X		X		
5	¿Ha dormido mal, ha tenido dificultades para dormir?	X		X		X		
6	¿Ha tenido dolores de cabeza o nuca?	X		X		X		
7	¿Ha tenido alguno de los siguientes síntomas: temblores, hormigueos, mareos, sudores, diarrea?	X		X		X		
8	¿Ha estado preocupado por su salud?	X		X		X		
9	¿Ha tenido alguna dificultad para conciliar el sueño, para quedarse dormido?	X		X		X		
	DIMENSIÓN: Depresión	Si	No	Si	No	Si	No	
10	¿Se ha sentido con poca energía?	X		X		X		
11	¿Ha perdido usted su interés por las cosas?	X		X		X		
12	¿Ha perdido la confianza en sí mismo?	X		X		X		
13	¿Se ha sentido usted desesperanzado, sin esperanzas?	X		X		X		

14	¿Ha tenido dificultades para concentrarse?	X		X		X		
15	¿Ha perdido peso (a causa de su falta de apetito)?	X		X		X		
16	¿Se ha estado despertando demasiado temprano?	X		X		X		
17	¿Se ha sentido usted enlentecido?	X		X		X		
18	¿Cree usted que ha tenido tendencia a encontrarse peor por las mañanas?	X		X		X		

N°	DIMENSIONES / ítems	Pertinencia ¹		Relevancia ²		Claridad ³		Sugerencias
		Si	No	Si	No	Si	No	
	Variable: Discapacidad lumbar							
1	Intensidad del dolor 0 Puedo soportar el dolor sin necesidad de tomar calmantes 1 El dolor es fuerte, pero me manejo sin tomar calmantes 2 Los calmantes me alivian completamente el dolor 3 Los calmantes me alivian un poco el dolor 4 Los calmantes apenas me alivian el dolor 5 Los calmantes no me alivian el dolor y no los tomo	X		X		X		
2	Cuidados personales 0 Me las puedo arreglar solo sin que me aumente el dolor 1 Me las puedo arreglar solo, pero esto me aumenta el dolor 2 Lavarme, vestirme, etc., me produce dolor y tengo que hacerlo despacio y con cuidado 3 Necesito alguna ayuda, pero consigo hacer la mayoría de cosas yo solo 4 Necesito ayuda para hacer la mayoría de cosas 5 No puedo vestirme, me cuesta lavarme, y suelo quedarme en la cama	X		X		X		

3	<p>Levantar peso</p> <p>0 Puedo levantar objetos pesados sin que me aumente el dolor</p> <p>1 Puedo levantar objetos pesados, pero me aumenta el dolor</p> <p>2 El dolor me impide levantar objetos pesados del suelo, pero puedo hacerlo si están en un sitio cómodo</p> <p>3 El dolor me impide levantar objetos pesados, pero sí puedo levantar objetos ligeros o medianos si están en un sitio cómodo</p> <p>4 Sólo puedo levantar objetos muy ligeros</p> <p>5 No puedo levantar ni elevar ningún objeto</p>	X		X		X	
4	<p>Caminar</p> <p>0 El dolor no me impide caminar cualquier distancia</p> <p>1 El dolor me impide caminar más de un kilómetro</p> <p>2 El dolor me impide caminar más de 500 metros</p> <p>3 El dolor me impide caminar más de 250 metros</p> <p>4 Sólo puedo caminar con bastón o muletas</p> <p>5 Permanezco en la cama casi todo el tiempo y tengo que ir a rastras al baño</p>	X		X		X	
5	<p>Estar sentado</p> <p>0 Puedo estar sentado en cualquier tipo de silla todo el tiempo que quiera</p> <p>1 Solo puedo estar sentado en mi silla favorita todo el tiempo que quiera</p> <p>2 El dolor me impide estar sentado más de una hora</p> <p>3 El dolor me impide estar sentado más de media hora</p> <p>4 El dolor me impide estar sentado más de 10 minutos</p> <p>5 El dolor me impide estar sentado</p>	X		X		X	
6	<p>Estar de pie</p> <p>0 Puedo estar de pie tanto tiempo como quiera sin que me aumente el dolor</p> <p>1 Puedo estar de pie tanto tiempo como quiera, pero me aumenta el dolor</p> <p>2 El dolor me impide estar de pie más de una hora</p> <p>3 El dolor me impide estar de pie más de media hora</p> <p>4 El dolor me impide estar de pie más de 10 minutos</p> <p>5 El dolor me impide estar de pie</p>	X		X		X	

7	Dormir 0 El dolor no me impide dormir bien 1 Sólo puedo dormir si tomo pastillas 2 Incluso tomando pastillas duermo menos de 6 horas 3 Incluso tomando pastillas duermo menos de 4 horas 4 Incluso tomando pastillas duermo menos de 2 horas 5 El dolor me impide totalmente dormir	X		X		X	
8	Actividad sexual 0 El dolor no me impide dormir bien 1 Sólo puedo dormir si tomo pastillas 2 Incluso tomando pastillas duermo menos de 6 horas 3 Incluso tomando pastillas duermo menos de 4 horas 4 Incluso tomando pastillas duermo menos de 2 horas 5 El dolor me impide totalmente dormir	X		X		X	
9	Vida social 0 Mi vida social es normal y no me aumenta el dolor 1 Mi vida social es normal, pero me aumenta el dolor 2 El dolor no tiene un efecto importante en mi vida social, pero si impide mis actividades más enérgicas como bailar 3 El dolor ha limitado mi vida social y no salgo tan a menudo 4 El dolor ha limitado mi vida social al hogar 5 No tengo vida social a causa del dolor	X		X		X	
10	Viajar 0 Puedo viajar a cualquier sitio sin que me aumente el dolor 1 Puedo viajar a cualquier sitio, pero me aumenta el dolor 2 El dolor es fuerte, pero aguanto viajes de más de 2 horas 3 El dolor me limita a viajes de menos de una hora 4 El dolor me limita a viajes cortos y necesarios de menos de media hora 5 El dolor me impide viajar excepto para ir al médico o al hospital	X		X		X	

¹**Pertinencia:** El ítem corresponde al concepto teórico formulado.

²**Relevancia:** El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo

³**Claridad:** Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo

Nota: Suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión

Observaciones (precisar si hay suficiencia): _____

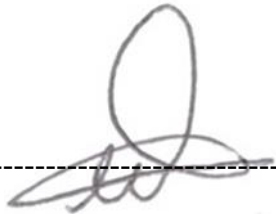
Opinión de aplicabilidad: Aplicable [X] Aplicable después de corregir [] No aplicable []

Apellidos y nombres del juez validador. Dr. / Mg.: **Raymundo Chafloque Tullume**

DNI: 08671855

Especialidad del validador: Docencia universitaria y gestión universitaria

20 de Marzo del 2025

A handwritten signature in black ink, consisting of a large loop at the top and several horizontal strokes below, positioned above a dashed horizontal line.

Firma del Experto Informante

Anexo 4: Confiabilidad

Prueba de confiabilidad

Se realizó el análisis de confiabilidad utilizando como estadístico el alfa de Cronbach entre las variables centrales de estudio para una muestra piloto de 20 observaciones.

Estadísticos de fiabilidad	
Alfa de Cronbach	N de elementos
,844	4

Estadísticos total-elemento				
	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
Trastornos Psicológicos	6,75	5,355	,943	,778
Ansiedad	6,75	5,355	,943	,778
Depresión	6,75	5,355	,943	,778
Discapacidad Funcional	5,10	1,989	,851	1,000

Se obtuvo una confiabilidad de 0,844 para un total de 4 elementos, lo cual indica una buena consistencia interna del instrumento.

Anexo 5 Formato de consentimiento informado

Formulario de Consentimiento Informado (FCI) en un estudio de investigación del CIE-VRI

Título del proyecto : “Trastornos psicológicos y discapacidad funcional en pacientes con lumbalgia inespecífica de un centro de terapia física de Lima, periodo 2025”
Investigador : Marisol Lozano Apolinario
Institución : Universidad Norbert Wiener

Estoy invitando a usted a participar en un estudio de investigación titulado: “Trastornos psicológicos y discapacidad funcional en pacientes con lumbalgia inespecífica de un centro de terapia física de Lima, periodo 2025”, de fecha __/__/2025 y versión.01. Este es un estudio desarrollado por un investigador de la Universidad Norbert Wiener.

I. INFORMACIÓN

Propósito del estudio: El propósito de este estudio es determinar la relación entre los trastornos psicológicos y discapacidad funcional en pacientes con lumbalgia inespecífica de un centro de terapia física de Lima, periodo 2025. Su ejecución ayudará/permitirá a conocer la relación entre las variables de estudio.

Duración del estudio (meses): De Febrero a Setiembre del 2025

Nº esperado de participantes: 87 pacientes.

Criterios de Inclusión y exclusión: Los criterios de inclusión serán: Pacientes del centro de terapia física Fisiofast Medic, de ambos sexos, entre 35 y 60 años de edad, diagnosticadas con lumbalgia inespecífica y que firmen el consentimiento informado. Los criterios de exclusión serán: Pacientes con otro tipo de patología en la zona lumbar (fractura, hernia discal, etc.), post operados en la zona lumbar, con algún trastorno cardiovascular, con algún tipo de enfermedad crónica que afecte los resultados del estudio, en estado de embarazo y que no puedan responder cuestionarios o no quieran colaborar.

Procedimientos del estudio: Si Usted decide participar en este estudio se le pedirá resolver dos escalas de forma voluntaria. Las escalas están conformadas por los ítems de la Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg (EADG) y la Escala de incapacidad por dolor lumbar de Oswestry. Completar las escalas puede demorar entre 25 a 35 minutos y los resultados se almacenarán respetando la confidencialidad y su anonimato de los participantes. Todos los resultados de las escalas estarán almacenados en la Ficha de recolección de datos y después se ejecutará la eliminación total de datos que posee el investigador al final del estudio.

Riesgos: Su participación en el estudio no presenta ningún tipo de riesgo severo para Usted, con respecto a su estado físico, mental y de bienestar; ya que, este estudio solo se limita a resolver dos escalas en base a sus experiencias de su vida cotidiana. La participación en el estudio implica el riesgo de prolongar el tiempo de atención en su tratamiento de fisioterapia debido al tiempo adicional requerido para completar las escalas, lo cual se coordinará previamente con el fisioterapeuta responsable para evitar inconvenientes en su atención. El resultado que aparezca en el desarrollo de la ficha, no le causaran dificultades en su honor, situación económica, y ocupación laboral. Si usted siente alguna incomodidad al resolver alguna de las interrogantes de la encuesta o por

alguna razón específica no desea continuar resolviendo, usted es libre de no continuar en el estudio en el momento que usted lo considere necesario.

Beneficios: Usted no obtendrá algún beneficio por participar en este estudio, tampoco recibirá alguna compensación económica. Así mismo, determinar la relación entre los trastornos psicológicos y discapacidad funcional en pacientes con lumbalgia inespecífica, ayudará a los profesionales de la salud en diseñar programas de tratamiento más efectivos y personalizados para sus pacientes; usted conocerá el tipo de trastorno psicológico que pueda poseer y el nivel de discapacidad funcional por lumbalgia inespecífica que posea en ese momento; y a mejorar los conocimientos en el campo de la salud. De manera que, con su participación en esta investigación, al ser desarrollado la encuesta permitirá obtener nueva información para aportar a futuras investigaciones.

Costos e incentivos: Usted no pagará ningún costo monetario por su participación en la presente investigación. Así mismo, no recibirá ningún incentivo económico ni medicamentos a cambio de su participación.

Confidencialidad: Se guardará la información recolectada con códigos para resguardar su identidad. Si los resultados de este estudio son publicados, no se mostrará ninguna información que permita su identificación. Los archivos no serán mostrados a ninguna persona ajena al equipo de estudio.

Derechos del paciente: La participación en el presente estudio es voluntaria. Si usted lo decide puede negarse a participar en el estudio o retirarse de éste en cualquier momento, sin que esto ocasione ninguna penalización o pérdida de los beneficios y derechos que tiene como individuo, como así tampoco modificaciones o restricciones al derecho a la atención médica.

Preguntas/Contacto: Puede comunicarse con el investigador Marisol Lozano Apolinario, al número de celular 942403396 o al correo lozanomj2013@hotmail.com. Así mismo puede comunicarse con el Comité de Ética que validó el presente estudio, Contacto del Comité de Ética: Mg. Angelica Karina Minaya Galarreta, presidenta del Comité de Ética de la Universidad Norbert Wiener, para la investigación de la Universidad Norbert Wiener, Email: comite.etica@uwiener.edu.pe.

II. DECLARACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

He leído la hoja de información del Formulario de Consentimiento Informado (FCI), y declaro haber recibido una explicación satisfactoria sobre los objetivos, procedimientos y finalidades del estudio. Se han respondido todas mis dudas y preguntas. Comprendo que mi decisión de participar es voluntaria y conozco mi derecho a retirar mi consentimiento en cualquier momento, sin que esto me perjudique de ninguna manera. Recibiré una copia firmada de este consentimiento.

Firma del participante

Nombre:

DNI:

Fecha: ___/___/2025

Firma del investigador

Nombre: Marisol Lozano Apolinario

DNI: 43974211

Fecha: ___/___/2025

Firma del testigo o representante legal

Nombre:

DNI:

Fecha: ___/___/2025

Nota: La firma del testigo o representante legal es obligatoria solo cuando el participante tiene alguna discapacidad que le impida firmar o imprimir su huella, o en el caso de no saber leer y escribir.

Anexo 6: Carta de solicitud a la institución

Lima, 11 de Febrero del 2025

Solicito: Ingreso a la institución para recolectar datos para tesis de pregrado

Sr:

Lic. Oscar Jhon Ingaruca Garcia

Representante a cargo

Fisiofast Medic

Presente.-

De mi mayor consideración:

Yo, Marisol Lozano Apolinario, alumna de la E.A.P. de Tecnología Médica en Terapia Física y Rehabilitación de la Universidad Norbert Wiener, con código n° 2017200095, solicito que me permita recolectar datos en su institución como parte de mi proyecto de tesis para obtener el título de “Licenciado en Terapia física y rehabilitación” cuyo objetivo general es determinar la relación entre los trastornos psicológicos y discapacidad funcional en pacientes con lumbalgia inespecífica de un centro de terapia física de Lima, periodo 2025; asimismo, solicito la presentación de los resultados en formato de tesis y artículo científico. La mencionada recolección de datos consiste en obtener datos personales de los participantes como la edad y el género.

Los resultados del estudio se almacenarán respetando la confidencialidad y el anonimato.

Atentamente,

Marisol Lozano Apolinario
Universidad Norbert Wiener
E.A.P. de Tecnología Médica

Anexo 7: Carta de aceptación para la recolección de datos



AUTORIZACIÓN

El que suscribe;

Gerente General

AUTORIZA :

A la Bach. Marisol Lozano Apolinario con código n° 2017200095 de la carrera profesional de Tecnología Médica en Terapia Física y Rehabilitación realizar su trabajo denominado **TRASTORNOS PSICOLÓGICOS Y DISCAPACIDAD FUNCIONAL EN PACIENTES CON LUMBALGIA INESPECÍFICA DE UN CENTRO DE TERAPIA FÍSICA** de Lima para optar el Título de Licenciado Tecnólogo Médico en Terapia Física

Atentamente

Lima 25 Febrero del 2025

OSCAR JHON INGARUCA GARCIA

CTMP 8664

Página Web: www.fisiofast.pe
Teléfono: 960766961
Correo: fisio.fast513@gmail.com



@fisio_fast



www.fisiofast.pe



960 766 961



Calle Tomás Ramsey 513,
Magdalena del Mar.

Anexo N° 8: Aprobación del comité de ética



COMITÉ INSTITUCIONAL DE ÉTICA E INTEGRIDAD CIENTÍFICA

CONSTANCIA DE APROBACIÓN

Lima, 30 de mayo de 2025

Investigador(a)
Marisol Juana Lozano Apolinario
Exp. N°:0997-2025

De mi consideración:

Es grato expresarle mi cordial saludo y a la vez informarle que el Comité Institucional de Ética e Integridad Científica de la Universidad Privada Norbert Wiener (CIEIC-UPNW) **evaluó y APROBÓ** los siguientes documentos:

- Protocolo titulado: “TRASTORNOS PSICOLÓGICOS Y DISCAPACIDAD FUNCIONAL EN PACIENTES CON LUMBALGIA INESPECÍFICA DE UN CENTRO DE TERAPIA FÍSICA DE LIMA, PERIODO 2025.” con **fecha 28/05/2025**.

El cual tiene como investigador principal al Sr(a) Marisol Juana Lozano Apolinario

La APROBACIÓN comprende el cumplimiento de las buenas prácticas éticas, el balance riesgo/beneficio, la calificación del equipo de investigación y la confidencialidad de los datos, entre otros.

El investigador deberá considerar los siguientes puntos detallados a continuación:

1. **La vigencia** de la aprobación es de **dos años (24 meses)** a partir de la emisión de este documento.
2. **Toda enmienda o adenda** se deberá presentar al CIEIC-UPNW y no podrá implementarse sin la debida aprobación.
3. Si aplica, **la Renovación** de aprobación del proyecto de investigación deberá iniciarse treinta (30) días antes de la fecha de vencimiento, con su respectivo informe de avance.
4. La constancia de aprobación por el **CIEIC** no garantiza la aceptación por parte de las instituciones donde pretende ejecutar el trabajo de investigación.

Es cuanto informo a usted para su conocimiento y fines pertinentes.

Atentamente,



Mg. Angelica Karina Minaya Galarreta
Presidenta
Comité Institucional de Ética e Integridad Científica
Universidad Privada Norbert Wiener

Anexo 9: Informe del porcentaje del Turnitin

Reporte de similitud

NOMBRE DEL TRABAJO

TESIS

AUTOR

Bach. Marisol Lozano Apolinario

RECuento DE PALABRAS

11270 Words

RECuento DE CARACTERES

63586 Characters

RECuento DE PÁGINAS

52 Pages

TAMAÑO DEL ARCHIVO

262.3KB

FECHA DE ENTREGA

Jun 26, 2025 4:50 PM GMT-5

FECHA DEL INFORME

Jun 26, 2025 4:51 PM GMT-5

● 16% de similitud general

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para cada base de datos.

- 15% Base de datos de Internet
- Base de datos de Crossref
- 8% Base de datos de trabajos entregados
- 3% Base de datos de publicaciones
- Base de datos de contenido publicado de Crossref

● Excluir del Reporte de Similitud

- Material bibliográfico
- Material citado
- Coincidencia baja (menos de 10 palabras)

Resumen

● 16% de similitud general

Principales fuentes encontradas en las siguientes bases de datos:

- 15% Base de datos de Internet
- Base de datos de Crossref
- 8% Base de datos de trabajos entregados
- 3% Base de datos de publicaciones
- Base de datos de contenido publicado de Crossref

FUENTES PRINCIPALES

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

1	repositorio.uwiener.edu.pe Internet	4%
2	alicia.concytec.gob.pe Internet	2%
3	coursehero.com Internet	<1%
4	Universidad Privada San Juan Bautista on 2024-12-02 Submitted works	<1%
5	repositorio.uap.edu.pe Internet	<1%
6	hdl.handle.net Internet	<1%
7	apirepositorio.unh.edu.pe Internet	<1%
8	search.bvsalud.org Internet	<1%