



Universidad  
**Norbert Wiener**

Powered by **Arizona State University**

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

**Tesis**

Factores psicoemocionales en pacientes con dolor lumbar crónico del Rehavitale  
servicios de especialidades médicas, periodo 2024

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

**Presentado por:**

**Autora:** Bardales Chuquipul, Cecilia Del Carmen

**Código ORCID:** <https://orcid.org/0009-0006-2080-9896>

**Asesor:** Mg. Arrieta Córdova, Andy Freud

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

**Lima – Perú**

**2024**

 Universidad Norbert Wiener	<b>DECLARACIÓN JURADA DE AUTORIA Y DE ORIGINALIDAD DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN</b>	
	<b>CÓDIGO: UPNW-GRA-FOR-033</b>	<b>VERSIÓN: 01</b> REVISIÓN: 01

Yo, Chuquipul, Cecilia Del Carmen egresado 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 “Factores Psicoemocionales en Pacientes con Dolor Lumbar Crónico del Rehavitale Servicios de Especialidades Médicas, Periodo 2024” Asesorado por el docente: Mg. Andy Freud Arrieta Córdova DNI 10697600 ORCID 0000 – 0002 – 8822 – 3318 tiene un índice de similitud de (12) (DOCE) % con código oid 14912413341877 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

DNI: 74570057



.....  
 Firma de asesor

Mg. Andy Freud Arrieta Córdova

DNI: 10697600

Lima, 27 de Septiembre del 2024

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

Es obligatorio utilizar adecuadamente los filtros y exclusión del turnitin: excluir las citas, la bibliografía y las fuentes que tengan menos de 1% de palabras. EN caso se utilice cualquier otro ajuste o filtros, debe ser debidamente justificado en el siguiente recuadro.

En el reporte turnitin se ha excluido manualmente como se observa en la parte final del mismo lo que compone a la estructura del modelo de tesis de la universidad, como instrucciones o material de plantilla, redacción común o material citado, que no compromete la originalidad de la tesis.

## **DEDICATORIA**

Quiero agradecer la tesis a mis padres Celso Enrique Bardales Valdivia y Lidia Beatriz Chuquipul Santillan por haberme apoyado estos años y haberme forjado como la persona que soy ahora en la actualidad además apoyarme de manera incondicional.

A mi familia por haberme brindado su apoyo que es lo mejor y más valioso que Dios me ha dado. Gracias a Dios por concederme la mejor familia que haya existido.

## **AGRADECIMIENTO**

Agradezco a la universidad Norbert Wiener por haberme permitido formarme en la carrera que más me apasiona tecnología médica en terapia física y rehabilitación, gracias a todos mis compañeros y docentes que fueron participe de este proceso, gracias a todos ustedes. Gracias a ustedes que fueron responsables que mis objetivos se cumplan que el día de hoy se ve reflejado en la culminación de mi paso por la universidad.

Agradezco a mis padres por qué fueron los principales promotores durante este proceso.

Agradezco a Dios ya que sin su bendición no estaría presente, y finalmente agradezco a todas las personas que invirtieron su tiempo en la asesoría de la tesis presentada.

# ÍNDICE

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

## **CAPITULO I: EL PROBLEMA**

1.1 Planteamiento del problema.....	12
1.2 Formulación del problema.....	12
1.2.1 Problema general.....	13
1.2.2 Problema específico.....	13
1.3 Objetivos de la investigación.....	14
1.3.1 Objetivo general.....	14
1.3.2 Objetivos específicos.....	14
1.4 Justificación de la investigación.....	14
1.4.1 Justificación teórica.....	14
1.4.2 Justificación metodológica.....	15
1.4.3 Justificación practica.....	15
1.5 Limitaciones de la investigación.....	15

## **CAPITULO II: MARCO TEÓRICO**

2.1 Antecedentes.....	16
2.2 Base teórica.....	20

## **CAPITULO III: METODOLOGÍA**

3.1 Método de la investigación.....	26
3.2 Enfoque de la investigación .....	26
3.3 Tipo 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.....	35
3.9	Aspectos éticos .....	36

#### **CAPITULO IV PRESENTACION Y DISCUSION DE LOS RESULTADOS**

4.1	Análisis de los resultados.....	37
4.2	Discusión de los Resultados.....	47

#### **CAPITULO V CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

5.1	Conclusiones .....	49
5.2	Recomendaciones.....	49

#### **CAPITULO VI: REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS**

#### **ANEXOS**

Anexo 1:	Matriz de consistencia.....	57
Anexo 2:	Instrumento.....	58
Anexo 3:	Validez del instrumento.....	60
Anexo 4:	Formato de consentimiento informado.....	66
Anexo 5:	Carta de solicitud a la institución.....	68
Anexo 6:	Carta de aceptación para la recolección de datos.....	69
Anexo 7:	Carta de Aprobación del comité de ética.....	70

## ÍNDICE DE TABLAS

1.	Tabla No 1 Distribución por grupo etario de la muestra. ....	Pag. 37
2.	Tabla No 2 Distribución por sexo de la muestra. ....	Pag. 39
3.	Tabla No Distribución por grado de instrucción de la muestra. ....	Pag. 40
4.	Tabla No 4 Distribución por estado civil de la muestra. ....	Pag. 41
5.	Tabla No 5 Distribución por estatura de la muestra. ....	Pag. 42
6.	Tabla No 6 Distribución por IMC de la muestra. ....	Pag. 43
7.	Tabla No 7 Distribución de los factores psicoemocionales. ....	Pag. 45
8.	Tabla No 8 Distribución de la ansiedad. ....	Pag. 46
9.	Tabla No 9 Distribución de la depresión. ....	Pag. 47

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

1.	Figura No 1 Distribución por grupo etario de la muestra. ....	Pag. 38
2.	Figura No 2 Distribución por sexo de la muestra. ....	Pag. 39
3.	Figura No Distribución por grado de instrucción de la muestra. ....	Pag. 40
4.	Figura No 4 Distribución por estado civil de la muestra. ....	Pag. 41
5.	Figura No 5 Distribución por estatura de la muestra. ....	Pag. 42
6.	Figura No 6 Distribución por IMC de la muestra. ....	Pag. 43
7.	Figura No 7 Distribución de los factores psicoemocionales. ....	Pag. 44
8.	Figura No 8 Distribución de la ansiedad. ....	Pag. 45
9.	Figura No 9 Distribución de la depresión. ....	Pag. 46

## RESUMEN

**Objetivo:** Determinar la prevalencia de factores psicoemocionales en pacientes con dolor lumbar crónico del REHAVITALE servicios de especialidades médicas, periodo 2024.

**Materiales y Métodos:** La población en esta investigación estará conformada por todos los pacientes con dolor lumbar crónico entre 31 y 60 años de edad. El método fue deductivo, el enfoque fue cuantitativo, aplicada de nivel descriptivo.

**Resultados:** 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

**Conclusiones:** El grupo con mayor frecuencia de edades fue la de 41 a 50 años, en la muestra se evidencia una ligera mayoría de presencia de Ansiedad, así como presencia de Depresión.

**Palabras Claves:** Factores Psicoemocionales, Características clínicas, características sociodemográficas

## ABSTRAC

**Objective:** Determine the prevalence of psychoemotional factors in patients with chronic low back pain from REHAVITALE medical specialty services, period 2024. **Materials and Methods:** The population in this research will consist of all patients with chronic low back pain between 31 and 60 years of age. . The method was deductive, the approach was quantitative, applied at a descriptive level. **Results:** The group aged between 41 and 50 years represents 37.54% of the sample. The group between 31 and 40 years old represents 34.70%. The group from 51 to 60 years old represents 27.76% of the study sample, there is a slight majority of the male gender, with 50.16%, the majority of the group has a secondary education level, with 28.71% of the total 12.30 % of the sample is overweight. 10.73% of the sample has grade III obesity. 7.57% of the sample has grade I obesity. Finally, 6.62% has grade II obesity. 51.10% evidence the presence of psychoemotional factors. 51.10% of patients evidence the presence of anxiety. 51.10% of the patients evidenced the presence of depression **Conclusions:** The group with the highest frequency of ages was 41 to 50 years old, in the sample a slight majority of the presence of Anxiety was evident, as well as the presence of Depression.

**Keywords:** Psychoemotional Factors, Clinical characteristics, sociodemographic characteristics

## **INTRODUCCION**

La tesis consta de cinco partes, el capítulo I presenta el problema de investigación, formulación del problema, objetivos, justificación y limitaciones. El Capítulo II presenta los antecedentes que sustentan la investigación, las teorías y conceptos desarrollados a partir de la variable investigada. El Capítulo III describe el método de investigación, la selección de la muestra y las técnicas desarrolladas para obtener los datos necesarios para su posterior procesamiento y análisis. El Capítulo IV desarrolla los resultados de la investigación y el procesamiento de los resultados, y el Capítulo V presenta las conclusiones y recomendaciones, las cuales forman parte del análisis final de la investigación

## **CAPITULO I: EL PROBLEMA**

### **1.1. Planteamiento del problema**

Los factores psicoemocionales de depresión y ansiedad representan una creciente carga de morbilidad y una preocupación de salud pública cada vez más urgente. La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que más de 264 millones de personas en todo el mundo sufren de depresión, y se prevé que se convierta en la principal causa de discapacidad para 2030 (1). A su vez, los trastornos de ansiedad afectan a aproximadamente 284 millones de personas. Estos trastornos no solo tienen un impacto significativo en la calidad de vida de los individuos, sino que también generan un alto costo económico y social (2).

Los efectos perjudiciales de la depresión y la ansiedad se manifiestan no solo en el sufrimiento humano sino también en la economía global. La productividad laboral disminuye, y los costos de atención médica aumentan sustancialmente debido al tratamiento de estos trastornos y sus comorbilidades (3). A pesar de la magnitud de este problema, persisten desafíos en la identificación temprana, el acceso a la atención y la implementación de tratamientos efectivos (4). Esto resalta la necesidad de investigaciones que aborden estos trastornos de manera integral y multidisciplinaria.

Los países internacionales se enfrentan a desafíos similares en relación con la depresión, la ansiedad y el dolor lumbar. Un estudio realizado en 78 pacientes diagnosticados de dolor lumbar crónico inespecífico, se encontró que presentan comorbilidades psicológicas

asociadas de diversa gravedad, en especial con la depresión, la ansiedad, el insomnio y la calidad del sueño (5). Otro estudio refuerza sobre la gravedad de los dichos factores, lo cual se muestra que la presencia de síntomas depresivos puede empeorar el dolor de espalda y aumentar la discapacidad asociada al dolor de espalda (6). En el Perú, la depresión y la ansiedad también representan un problema de salud pública significativo. Un estudio en 118 pacientes con dolor de espalda crónico que iniciaron rehabilitación, se encontró que la sintomatología depresiva estuvo asociado al dolor de espalda crónico, al sexo femenino, personas separadas o viudas y sin instrucción (7). Otro estudio en 110 policías de una comisaría en Lima, se encontró que la ansiedad estuvo asociado al dolor lumbar ( $p=0,028$ ), principalmente (8). En los centros de rehabilitación física REHAVITALE servicios de especialidades médicas, se observó que muchas personas atendidas con dolor lumbar presentaron síntomas relacionados a problemas mentales como el estado de ánimo en seguir con la rehabilitación o la costumbre de preguntar si el dolor pasará en cuanto tiempo. Por lo tanto, con lo expuesto anteriormente, se plantea esta investigación con el fin de determinar la prevalencia de factores psicoemocionales en pacientes con dolor lumbar crónico del REHAVITALE servicios de especialidades médicas, periodo 2024.

## **1.2. Formulación del problema**

### **1.2.1. Problema general**

¿Cuál es la prevalencia de factores psicoemocionales en pacientes con dolor lumbar crónico del REHAVITALE servicios de especialidades médicas, periodo 2024?

### **1.2.2. Problemas específicos**

1. ¿Cuáles son las características sociodemográficas de los pacientes con dolor lumbar crónico del REHAVITALE servicios de especialidades médicas, periodo 2024?
2. ¿Cuál es la prevalencia de ansiedad en pacientes con dolor lumbar crónico del REHAVITALE servicios de especialidades médicas, periodo 2024?

3. ¿Cuál es la prevalencia de depresión en pacientes con dolor lumbar crónico del REHAVITALE servicios de especialidades médicas, periodo 2024?

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

#### **1.3.1. Objetivo general**

Determinar la prevalencia de factores psicoemocionales en pacientes con dolor lumbar crónico del REHAVITALE servicios de especialidades médicas, periodo 2024.

#### **1.3.2. Objetivos específicos**

1. Identificar las características sociodemográficas de los pacientes con dolor lumbar crónico del REHAVITALE servicios de especialidades médicas, periodo 2024.
2. Determinar la prevalencia de ansiedad en pacientes con dolor lumbar crónico del REHAVITALE servicios de especialidades médicas, periodo 2024.
3. Determinar la prevalencia de depresión en pacientes con dolor lumbar crónico del REHAVITALE servicios de especialidades médicas, periodo 2024.

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

#### **1.4.1. Justificación teórica**

Los factores psicoemocionales son elementos que combinan aspectos psicológicos y sociales en la vida de una persona. Estos factores incluyen una amplia gama de variables que influyen en el bienestar psicológico y emocional de un individuo. Los hallazgos de esta investigación permitirán identificar factores encontrados por el desarrollo del dolor lumbar crónico. La justificación para llevar a cabo una investigación sobre la prevalencia de ansiedad y depresión en pacientes con dolor lumbar crónico radica en la importancia de comprender las dimensiones psicológicas asociadas a las condiciones de salud crónicas. Por último, podrá contribuir al conocimiento científico sobre el desarrollo de nuevos enfoques de tratamiento y mejorar la atención médica para los pacientes.

#### **1.4.2. Justificación Metodológica**

La presente investigación realizó uso de una Ficha de recolección de datos creado por el investigador, especialmente para esta población conformado por pacientes con dolor lumbar crónica. Esta ficha estaba dividida en 2 secciones: las características sociodemográficas de los pacientes y el Cuestionario de Ansiedad y Depresión de Goldberg (GADS), este último estuvo validada por criterio de jueces expertos; por lo tanto, esta investigación contribuyó en la validación de un instrumento.

#### **1.4.3. Justificación Práctica**

Los hallazgos obtenidos en esta investigación permitieron mejorar la calidad de atención médica que se brinda a los pacientes, al tener información más precisa sobre los factores psicoemocionales (ansiedad y depresión) en pacientes con dolor lumbar crónico. Además, los profesionales de la salud podrán añadir nuevas estrategias de prevención y tratamientos más integral en reducir la ansiedad y depresión, y brindar una recuperación más rápida y completa del paciente.

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

Las limitaciones fueron las siguientes:

- Organizar los horarios disponibles en la recolección de los datos, por las actividades personales limitantes para la ejecución del mismo.
- El tiempo de espera en el trámite de la gestión administrativa para el acceso a los permisos del centro terapéutico a ejecutar.
- Déficit en el factor económico, considerando que esta investigación fue autofinanciada y generaba gastos en el traslado y materiales a usar.

## CAPITULO II: MARCO TEÓRICO

### 2.1. Antecedentes

#### 2.1.1. Antecedentes internacionales

Cárdaba-García et al. (9) en su estudio tuvieron como objetivo “*Determinar el riesgo de padecer ansiedad y/o depresión en la población española confinada en regiones del centro de España debido al COVID-19*”. Esta investigación fue de alcance descriptivo, de diseño no experimental y de corte transversal; estuvo conformado por 808 participantes mayores de 18 años durante el confinamiento por el virus SARS-CoV-2 en España, los cuales se les aplicó la Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg. Los resultados fueron: El 63% de los participantes presentaban riesgo de padecer ansiedad y el 64,9% riesgo de depresión. Las variables que alcanzaron significación estadística fueron: La edad (t ansiedad = -0,139 y t depresión = -0,153), sexo (t ansiedad = -4,152 y t depresión = -4,178), estado civil (ansiedad  $F = 2,893$  y depresión  $F = 3.011$ ), síntomas compatibles con COVID-19 (t ansiedad = -4,177 y t depresión = -3,791), necesidad previa de ayuda psicológica (t ansiedad = -5,385 y t depresión = -7,136) y necesidad de dicha ayuda en el momento del estudio (t ansiedad = -9,144 y depresión = -10,995). Además, generamos dos modelos de regresión que estiman el riesgo de ansiedad y depresión. Se concluyó que, más de la mitad de los participantes presentaban riesgo de padecer ansiedad y/o depresión, lo que confirma el efecto negativo del encierro en la población.

Monterrosa-Castro et al. (10) en su estudio tuvieron como objetivo “*Determinar la prevalencia y los factores asociados a la ansiedad y a la depresión en estudiantes del área de la salud*”. Esta investigación fue de alcance descriptivo, de diseño no experimental y de corte transversal; estuvo conformado por 697 estudiantes entre Medicina, Enfermería y Química Farmacéutica de una universidad colombiana, los cuales se les aplicó un formulario con datos sociodemográficos y con la Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg. Los resultados fueron: Las edades comprendían entre  $20.3 \pm 1.7$ , el 43.6% estudiaba Medicina, el 26.2% Química Farmacéutica y el 30.1% Enfermería. El 49.8% presentó ansiedad; mientras que, el 80.3%, depresión. Los estudiantes de Medicina y Enfermería de sexo femenino, los que padecen de sobrepeso e infrapeso, los que tuvieron consulta previa psicológica o psiquiatría, los que tuvieron medicación permanente y los que sufrieron de alguna enfermedad crónica, se relacionó con mayor presencia de ansiedad. Los que vivieron en zonas rurales se relacionó con mayor depresión. Se concluyó que la ansiedad presentaba en la mitad de los estudiantes y la depresión tenía una relación de ocho cada diez estudiantes. Factores inherentes a la vida universitaria, costumbres, hábitos y actividades recreativas se asociaron significativamente.

### **2.1.2. Antecedentes nacionales**

Cancho (11) en su estudio tuvo como objetivo “*Determinar la relación entre los trastornos musculoesqueléticos (TME) y la presencia de trastornos emocionales (TE) en estudiantes de medicina en el periodo 2024*”. Esta investigación tuvo un alcance correlacional, de diseño no experimental, de corte transversal y prospectivo; la población estuvo conformada por 178 estudiantes de medicina del XI -XII ciclo, los cuales se les aplicó dos encuestas debidamente validadas: “escala modificada de ansiedad y depresión de Golbert” y el “cuestionario Nórdico de síntomas musculo esquelético modificado”. Los resultados fueron: El 89,88% de los participantes experimentaron Trastornos Musculoesqueléticos (TME), con un 98,75% de

ellos manifestando cervicalgia y un 88,75% reportando lumbalgia. Se observó que el 77,53% de los participantes experimentaron tanto TME como Problemas Emocionales (PE), y se encontró una relación significativa entre estas dos variables ( $\chi^2 = 19.177$ ,  $p = 0.000$ ). La frecuencia de cervicalgia en combinación con ansiedad fue del 77,53%, mientras que la combinación de cervicalgia con depresión representó el 57,30%. Por otro lado, el 70,79% de los participantes con lumbalgia también experimentaron ansiedad, y el 53,93% de ellos manifestaron depresión. Es importante destacar que todas estas combinaciones presentaron un valor de  $p < 0.05$ , lo que indica una asociación estadísticamente significativa. Se concluyó que la presencia de trastornos musculoesqueléticos tuvo relación significativa con los trastornos emocionales. Se observó que tanto la cervicalgia como la lumbalgia se relaciona significativamente con la presencia de ansiedad y depresión en estos estudiantes.

Fernández (12) 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*”. Esta investigación fue de un enfoque cuantitativo, de alcance correlacional, de diseño observacional y de corte transversal. La muestra poblacional del estudio estuvo conformada por un total de 80 adultos mayores, los cuales se les entregó el cuestionario de Barthel y el Cuestionario de ansiedad y depresión de Goldberg (EADG). Los resultados fueron: La edad promedio de la muestra fue de 75,56 años y desviación estándar de 6,577. El 67,5% eran sexo femenino, el 45% eran casado y el 35% presentaban enfermedades reumatológicas. El 35% era dependencia moderada y leve, el 58,8% no tenían ansiedad y el 63,7% no tenían depresión. Además, no hubo relación entre la capacidad funcional y el nivel de ansiedad de los adultos mayores, siendo un valor  $p > 0,05$ . Se concluyó que no hubo relación entre las variables de estudio.

Rivera (13) en su estudio tuvo como objetivo “*Determinar los factores asociados a síntomas de ansiedad y depresión en médicos residentes del hospital Goyeneche de Arequipa, en el*

*contexto de la pandemia SARS COV 2 (COVID-19) en mayo del 2021*". Esta investigación tuvo un alcance descriptivo, de diseño no experimental, de corte transversal y prospectivo; la muestra poblacional estuvo conformado por 68 médicos residentes, los cuales se les aplicó una ficha de recolección de datos de manera virtual y presencial, en esta ficha de recolección estuvo la Escala de Goldberg para evaluar la presencia de ansiedad y depresión. Los resultados fueron: El 60,3% de los médicos residentes experimentaron síntomas de ansiedad, y el 44,1% presentó síntomas de depresión. En cuanto a las características sociodemográficas, la edad promedio fue de 32,46 años, y la mayoría de los participantes tenían menos de 30 años, representando el 69,1% de la muestra. El 66,2% eran hombres, mientras que el 33,8% eran mujeres, y un 51,5% estaban casados. Se observó una predominancia de síntomas de ansiedad y depresión en aquellos participantes que tenían antecedentes de infección por COVID-19 en un familiar y que se especializaban en cirugía, y estos hallazgos se consideraron estadísticamente significativos con un valor de  $p < 0,05$ . Se concluyó que hubo una relación significativa entre la ansiedad y factores como al estar casado, familiar dependiente del médico residente, comorbilidad, antecedente en familiar de infección COVID-19 y por especialidad quirúrgica; de igual manera, hubo una relación significativa entre la depresión y factores como la edad menor de 30 años, sexo masculino, antecedente en familiar de infección de COVID-19, haber contraído la infección COVID-19 y por especialidad quirúrgica.

Calderón (14) en su estudio tuvo como objetivo "*Determinar si la Ansiedad y Depresión son factores que se asocian al Prurito sine materia*". Esta investigación tuvo un alcance descriptivo, de diseño no experimental, de corte transversal y retrospectivo; estuvo conformado por 152 pacientes, el cual se les aplicó una "ficha de recolección de datos" y la Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg (EADG). Los resultados fueron: El 16.45% presentó Prurito sine materia, se tuvo una edad promedio de  $71.84 \pm 10.59$ , el 65.79% era

menor o igual a 60 años, el 69.74% era del género femenino, el 94.08% no consumía tabaco y el 80.26% no consumía alcohol. El 57.9% presentó ansiedad; mientras que, el 74.34% presentó depresión. Se encontró una asociación estadísticamente significativa entre el grupo de edad mayor de 60 años (OR= 23.711,  $p<0.05$ , IC 95% [6.633 – 84.759]), la presencia de hipertensión arterial (OR= 3.045,  $p<0.05$ , IC 95% [1.139 – 8.141]) y la presencia de ansiedad (OR= 4.701,  $p<0.05$ , IC 95% [1.527 – 14.475]) con la manifestación del Prurito sine materia. Se concluyó que hubo una relación entre la población de edad mayor a 60 años, la presencia de hipertensión arterial y la presencia de ansiedad con la manifestación del Prurito sine materia.

## **2.2. Base teórica**

### **2.2.1. Factores psicoemocionales**

Los aspectos psicológicos abarcan los procesos y significados a nivel individual que ejercen influencia sobre los estados mentales (15). Estos aspectos, representados por actitudes emocionales, características de personalidad y comportamientos, se refieren como factores psicoemocionales, específicamente, en el contexto de esta investigación, se enfocan en la ansiedad y la depresión (16).

Múltiples investigaciones han identificado que el dolor crónico en la espalda tiene una etiología compleja, con múltiples causas que abarcan aspectos psicológicos, sociales y biomédicos. Aunque algunos pacientes pueden experimentar mejoras notables mediante enfoques médicos y biológicos, la experiencia clínica sugiere que el dolor crónico a menudo está vinculado a variables psicológicas que pueden desempeñar un papel causal o agravante en esta condición. La disciplina de la psicología ha desarrollado una serie de técnicas y enfoques para comprender y abordar este problema de salud (17).

Estudios han evidenciado que aspectos psicológicos están vinculados con el inicio y la intensidad del dolor lumbar, lo que resalta la importancia de factores como el estrés, la

angustia, la ansiedad, el estado de ánimo, las emociones, el funcionamiento cognitivo y los comportamientos asociados al dolor en la aparición de este problema de salud (18).

La identificación de estos factores puede ayudar a guiar la prevención, el diagnóstico, el tratamiento y el manejo del dolor lumbar. A continuación, se describe los factores psicoemocionales asociados con el dolor lumbar (19):

#### **2.2.1.1. Ansiedad**

Desde un punto de vista etimológico, la palabra "ansiedad" encuentra sus raíces en el término latino "anger," que connota la sensación de opresión y angustia emocional. Esto se traduce en la tendencia del individuo a experimentar una preocupación excesiva y constante, a menudo difícil de controlar. La ansiedad se describe como un trastorno de naturaleza neurológica y subjetiva, que se manifiesta como una respuesta a situaciones de estrés continuado o como una señal de alarma que sume al individuo en un estado de alerta ante distintos contextos caracterizados por un temor constante y desagradable. Sin embargo, este estado de alerta, cuando afecta negativamente el comportamiento de la persona y le impide afrontar situaciones cotidianas, se convierte en un problema patológico que resulta más perjudicial que beneficioso (20).

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 (21).

En el año 2019, aproximadamente 301 millones de individuos experimentaban algún tipo de trastorno de ansiedad, de los cuales alrededor de 58 millones eran niños y

adolescentes (22). Estos trastornos pueden manifestarse de diversas formas, como el trastorno de ansiedad generalizada; la mayoría de los elementos de riesgo involucran la franja etaria de 30 a 60 años, género femenino, niveles socioeconómicos más bajos, estado civil, tabaquismo en exceso, eventos estresantes significativos en la vida, relaciones familiares con padres fríos o excesivamente protectores, rasgos de personalidad particulares como inhibición conductual, alto neuroticismo y tendencia a evitar situaciones dañinas, antecedentes personales o familiares de problemas de salud mental, historial personal de trastornos de ansiedad y experiencia previa con tratamiento psiquiátrico (23).

Afortunadamente, existen tratamientos psicológicos eficaces para abordar estos trastornos, y en algunos casos, dependiendo de la edad y la gravedad, se puede considerar la opción de tratamiento con medicación (22). Los síntomas alcanzan un nivel de gravedad que puede resultar en angustia significativa y una merma sustancial en la capacidad funcional de la persona afectada. La ansiedad puede tomar diversas formas de expresión, como (20):

- Los ataques de pánico: estos se caracterizan por una aparición súbita de miedo intenso, que puede surgir de manera inesperada o en respuesta a ciertos estímulos. Las personas que experimentan ataques de pánico pueden manifestar síntomas como sudoración, sensación de frío o calor, miedo a perder el control e incluso el temor a morir.
- Las fobias: estas se caracterizan por la presencia de una angustia intensa ante situaciones reales o imaginarias, y a menudo involucran un temor irracional a objetos o situaciones específicas. Algunos ejemplos incluyen la fobia social y la agorafobia, que es el miedo a estar en lugares concurridos.

- La ansiedad generalizada: en este caso, las personas experimentan síntomas de ansiedad de manera constante y sin una causa aparente. Esto se manifiesta en preocupaciones persistentes, agitación, tensión muscular, irritabilidad y dificultades para conciliar el sueño.
- El trastorno obsesivo-compulsivo: las personas con este trastorno tienen pensamientos obsesivos repetitivos que no desaparecen fácilmente, lo que a menudo se acompaña de comportamientos compulsivos repetitivos en un intento por aliviar la ansiedad.
- El trastorno por estrés postraumático: típico en personas que han experimentado traumas físicos o psicológicos. Los síntomas incluyen insomnio, irritabilidad y dificultades para concentrarse.

#### **2.2.1.2. Depresión**

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), la depresión se presenta como un trastorno mental frecuente que se caracteriza por la presencia de síntomas como la tristeza, la pérdida de interés o satisfacción en las actividades, la culpa, la disminución de la autoestima, alteraciones en el sueño y el apetito, fatiga y dificultades en la concentración. La depresión puede manifestarse en formas crónicas o recurrentes y tiene un impacto significativo en el desempeño laboral o escolar, así como en la habilidad para lidiar con las responsabilidades diarias. En casos severos, puede llegar a plantear riesgos de suicidio. Mientras que, en casos leves, es posible abordarla sin necesidad de medicamentos, en los casos moderados o graves suele requerir tanto tratamiento farmacológico como apoyo psicoterapéutico por parte de profesionales de la salud (24).

En el año 2019, aproximadamente 280 millones de personas padecían depresión, de los cuales alrededor de 23 millones eran niños y adolescentes. La depresión se

diferencia de las emociones comunes y se manifiesta en un estado de ánimo bajo y pérdida de interés o placer en las actividades durante al menos dos semanas, acompañado de síntomas como dificultad de concentración, sentimientos de culpa, pensamientos suicidas, cambios en el sueño y el apetito, y fatiga. El riesgo de suicidio es mayor en las personas con depresión, pero hay tratamientos eficaces, incluyendo terapia y medicación, según la gravedad y la edad (22).

Se estima que alrededor del 3,8% de la población padece depresión, con una mayor prevalencia del 5% entre los adultos, siendo más común en mujeres (6%) que en hombres (4%). En personas mayores de 60 años, la tasa de depresión es del 5,7%. A nivel global, alrededor de 280 millones de individuos sufren de depresión. Además, las mujeres son aproximadamente un 50% más propensas a experimentarla en comparación con los hombres. Durante el embarazo y el posparto, más del 10% de las mujeres enfrentan la depresión. Cada año, se registran más de 700,000 suicidios, ubicando esta acción como la cuarta causa principal de muerte en personas de 15 a 29 años (24).

A lo largo del tiempo, se han identificado diversos factores de riesgo asociados a la depresión, como el género femenino, niveles socioeconómicos bajos y una relevante influencia de factores genéticos y constitucionales al inicio de esta enfermedad. Los estudios también señalan que circunstancias como el abuso sexual, la falta de interacción social y la presencia de antecedentes familiares de depresión están relacionados con la aparición de este trastorno. Sin embargo, la edad es un factor especialmente variable, si bien los problemas de salud mental tienden a manifestarse con mayor frecuencia en adultos jóvenes. Es importante destacar que los síntomas depresivos que surgen antes de los 21 años representan un riesgo particular, ya que estos pacientes experimentan episodios iniciales más prolongados, tasas más elevadas

de recurrencia, mayor comorbilidad y hospitalizaciones más extensas. Además, estas experiencias pueden interferir con su desarrollo típico, afectando su formación y teniendo un impacto negativo en sus perspectivas laborales y situación socioeconómica futura (25).

A continuación, se encuentran diversos tipos de trastornos depresivos (26):

- El trastorno depresivo grave, conocida también como depresión mayor, se presenta con una combinación de síntomas que afectan la capacidad para trabajar, dormir, estudiar, comer y disfrutar de actividades previamente placenteras. Este tipo de depresión suele interferir significativamente con la vida cotidiana y puede ser un episodio único en la vida o recurrente.
- El trastorno distímico o distimia, que se prolonga durante dos años o más, se caracteriza por síntomas menos intensos que no incapacitan, pero afectan la calidad de vida. Quienes padecen distimia pueden experimentar episodios de depresión grave en el curso de su vida.
- La depresión psicótica, se manifiesta cuando la depresión severa se acompaña de psicosis, como la pérdida de contacto con la realidad, alucinaciones y delirios.
- La depresión posparto afecta a mujeres que experimentan un episodio grave de depresión en el primer mes después del parto, afectando al 10-15% de las mujeres.
- El trastorno afectivo estacional surge durante los meses de invierno debido a la disminución de la luz solar y suele remitir en primavera o verano. El tratamiento puede incluir terapia de luz y, en algunos casos, medicación.
- El trastorno bipolar, también llamado enfermedad maníaco-depresiva, es menos común y se caracteriza por cambios cíclicos en el estado de ánimo, oscilando entre manía (elevado) y depresión (bajo).

## **CAPITULO III: METODOLOGÍA**

### **3.1. Método de la investigación**

El método en esta investigación fue deductivo. Según Baena (27), el método deductivo implica llegar a una conclusión particular a partir de premisas generales mediante la observación de la realidad, siguiendo un proceso lógico y sistemático.

### **3.2. Enfoque de la investigación**

El enfoque en esta investigación fue Cuantitativo. Según Baena (27), el enfoque cuantitativo utiliza la adquisición y el estudio de información en forma numérica y estadística con el fin de caracterizar, comprender y anticipar eventos, mediante una observación estructurada y metódica.

### **3.3. Tipo y nivel de investigación**

El tipo de investigación fue Aplicada. Según Hernández, Fernández y Baptista (28), este tipo de investigación aborda problemas o planteamientos específicos prácticos y concretos a través de la aplicación de teorías y conocimientos previos, para abordar una necesidad identificada que es práctica y específica, con el propósito de desarrollar soluciones concretas y beneficiosas. El nivel será descriptivo. Según Hernández et al. (28), el nivel descriptivo se centra en proporcionar una comprensión precisa y objetiva del funcionamiento de un fenómeno, grupo de sujetos o población a través de la recopilación de datos y la aplicación de distintas técnicas para presentar y organizar esta información.

### **3.4. Diseño de la investigación**

Para esta investigación, se empleó el diseño No experimental. Según Hernández et al. (28), el diseño observacional o no experimental es aquel que se utiliza para estudiar la relación entre variables a través de la observación sistemática y planificada de los fenómenos en su contexto natural, sin intervenir ni manipularlos experimentalmente.

### **3.5. Población, muestra y muestreo**

#### **3.5.1. Población**

Según López (29), la población de investigación es el conjunto de individuos, elementos o acontecimientos que se pretenden analizar en un estudio y representa una muestra que es un reflejo adecuado del universo vinculado al tópico de investigación. La población en esta investigación estará conformada por todos los pacientes con dolor lumbar crónico que realicen sus tratamientos entre las 2 sedes del REHAVITALE servicios de especialidades médicas durante los meses de noviembre y diciembre.

#### **3.5.2. Muestra**

Según López (29), la muestra de estudio es un grupo representativo seleccionado de una población más grande, con el fin de estudiar y extraer conclusiones sobre dicha población. Según la última encuesta censal del REHAVITALE servicios de especialidades médicas del año 2022, la cantidad de pacientes entre las 2 sedes fueron de 317; por lo tanto, la muestra estará conformada por todos los pacientes con respecto a los criterios de selección,

#### **3.5.3. Muestreo**

El muestreo fue de manera no probabilístico de tipo censal; de acuerdo a esto, los participantes serán elegidos según los criterios de selección descritos a continuación.

#### **Criterios de selección:**

- **Criterios de inclusión:**
  - ✓ Pacientes del REHAVITALE servicios de especialidades médicas

- ✓ Pacientes entre 31 y 60 años de edad.
- ✓ Pacientes de ambos sexos.
- ✓ Pacientes diagnosticados con dolor lumbar o lumbalgia crónica.
- ✓ Pacientes que hayan tenido más de dos eventos al año.
- **Criterios de exclusión:**
  - ✓ Pacientes que consuman medicamentos para el dolor.
  - ✓ Pacientes que no acepten que se complete la ficha de recolección de datos.
  - ✓ Pacientes con trastornos psicológicos ya establecidos
  - ✓ Pacientes con intervenciones quirúrgicas.
  - ✓ Pacientes con problemas ortopédicos (dismetrías marcadas en mmii)

### 3.6. Variables y operacionalización

#### Variable 1: Lesiones musculoesqueléticas

**Definición Operacional:** Evalúa los niveles de ansiedad y depresión que presenta cada individuo; mediante el Cuestionario de Ansiedad y Depresión de Goldberg (GADS) de dos categorías siguiendo el criterio de calificación binomial que corresponde a Si =1 punto y No = 0 puntos.

#### Matriz operacional de la variable:

<i>Variable</i>	<i>Dimensión</i>	<i>Indicador</i>	<i>Escala de medición</i>	<i>Niveles y Rangos (Valor final)</i>
Factores psicoemocionales	Ansiedad	Preguntas conformadas por 2 indicadores (preocupación y sueño) para determinar la presencia de ansiedad	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Puntaje menor a 4 = Sin presencia de ansiedad</li> <li>• Puntaje mayor o igual a 4 = presencia de ansiedad</li> </ul>
	Depresión	Preguntas conformadas por 4 indicadores (energía, confianza, concentración y percepción) para determinar la presencia de depresión		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Puntaje menor a 2 = Sin presencia de depresión</li> <li>• Puntaje mayor o igual a 2 = presencia de depresión</li> </ul>

### Variable control: Características sociodemográficas

**Definición Operacional:** Clasifica las características biológicas de los participantes dividido en edad, sexo, ocupación, estado civil, estatura e índice de masa corporal (IMC); mediante una Ficha de recolección de datos de tres categorías para la dimensión edad, de dos categorías para dimensión sexo, de cuatro categorías para la dimensión grado de instrucción, de seis categorías para la dimensión estado civil, de cinco categorías para la dimensión estatura y seis categorías para la dimensión índice de masa corporal.

### Matriz operacional de la variable control:

<i>Variable</i>	<i>Dimensión</i>	<i>Indicador</i>	<i>Escala de medición</i>	<i>Niveles y Rangos (Valor final)</i>
Características sociodemográficas	Edad	Tiempo vivido por una persona u otro ser vivo desde su nacimiento.	Nominal	<ul style="list-style-type: none"><li>• 31 - 40 años</li><li>• 41 - 50 años</li><li>• 51 - 60 años</li></ul>
	Sexo	Conjunto de caracterizas particulares de los individuos de una especie	Nominal	<ul style="list-style-type: none"><li>• Masculino</li><li>• Femenino</li></ul>
	Grado de Instrucción	Nivel de educación formal alcanzado por una persona	Nominal	<ul style="list-style-type: none"><li>• Primaria</li><li>• Secundaria</li><li>• Superior no universitaria</li><li>• Superior universitaria</li></ul>
	Estado civil	Situación determinada por la relación familiar, del matrimonio o parentesco	Nominal	<ul style="list-style-type: none"><li>• Soltero</li><li>• Casado</li><li>• Viudo</li><li>• Conviviente</li><li>• Divorciado</li><li>• Separado</li></ul>

Estatura	Medición de la estatura en centímetros y dos decimales	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 1,40 – 1,49 m.</li> <li>• 1,50 – 1,59 m.</li> <li>• 1,60 – 1,69 m.</li> <li>• 1,70 – 1,79 m.</li> <li>• 1,80 – 1,90 m.</li> </ul>
Índice de masa corporal (IMC)	Relación entre el peso corporal y la estatura del individuo	Ordinal	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bajo peso = &lt; a 18,5</li> <li>• Peso normal = 18,5 - 24,9</li> <li>• Sobrepeso = 25,0 - 29,9</li> <li>• Obesidad grado I = 30,0 - 34,9</li> <li>• Obesidad grado II = 35,0 – 39,9</li> <li>• Obesidad grado III = &gt; a 40,0</li> </ul>

### **3.7. Técnica e instrumentos de recolección de datos**

#### **3.7.1. Técnica**

La técnica para esta investigación fue la encuesta. Según Hechavarría (30), la encuesta es un método que implica la recopilación de datos y opiniones de una muestra representativa de personas, objetos o eventos, a menudo mediante el uso de cuestionarios estructurados o entrevistas. Se utiliza para obtener información específica sobre actitudes, opiniones, creencias o características de la población de estudio.

Las actividades para el recojo de datos fueron: Durante la intervención, se cumplieron todas las precauciones de seguridad relacionadas con la prevención del COVID-19, como el uso obligatorio de mascarillas de tipo KN95 al llevar a cabo las evaluaciones de los participantes. Se obtuvo la autorización del Gerente General del REHAVITALE Servicios de especialidades médicas, Omar William Pachas Valerio, a través de una solicitud formal (Anexo 5) para llevar a cabo este proyecto de investigación en el periodo de Febrero a Marzo del año 2024. Asimismo, solicitar el permiso necesario para recopilar los datos y presentar los resultados en forma de tesis y artículo científico.

Seleccionar con responsabilidad, y mediante criterio de inclusión y exclusión a los pacientes participantes para esta investigación. Luego se les brindo el consentimiento informado (Anexo 4), con lo que aceptaron entrar al estudio. Después, se registró la información necesaria a la Ficha de recolección de datos de manera individual, lo cual contiene las características sociodemográficas y el cuestionario de Ansiedad y Depresión de Goldberg (GADS). El instrumento se completó antes de las sesiones fisioterapéuticas de los pacientes y tomará un tiempo de entre 5 a 10 minutos.

## Ficha técnica del Instrumento

IDENTIFICACIÓN	
<b>NOMBRE ORIGINAL</b>	General Health Questionnaire (GHQ)
<b>AUTOR</b>	David Goldberg
<b>AÑO</b>	1988
<b>NOMBRE ADAPTADO</b>	Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg
<b>ADAPTACIÓN ESPAÑOLA</b>	Lobo y Gimeno Aznar
DESCRIPCIÓN	
<b>TIPO DE INSTRUMENTO</b>	Cuestionario autoadministrado.
<b>OBJETIVOS</b>	Evalúa el estado de salud general de la persona en dos tipos de fenómenos: la incapacidad para seguir llevando a cabo las funciones saludables normales y la aparición de nuevos fenómenos y malestares psíquicos (distressing). Su objetivo no es realizar un diagnóstico pero sí detectar trastornos psicológicos en ambientes no psiquiátricos.
<b>POBLACIÓN</b>	Pacientes de atención primaria o pacientes médico-quirúrgicos no ambulatorio.
<b>NÚMERO DE ÍTEMS</b>	18 ítems; 9 de ansiedad y 9 de depresión.
<b>DESCRIPCIÓN</b>	El Cuestionario de Goldberg, o E.A.D.G. en la versión española (Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg), fue desarrollado por este autor en 1988 con la finalidad de lograr una entrevista de corta duración para ser utilizada por médicos no psiquiatras como instrumento de cribaje.
APLICACIÓN	
<b>POBLACIÓN</b>	Adultos.
<b>TIEMPO DE ADMINISTRACIÓN</b>	5 a 10 minutos
<b>NORMAS DE APLICACIÓN</b>	El sujeto contesta según las instrucciones que le brinda el evaluador.
<b>CORRECIÓN EN INTERPRETACIÓN</b>	Sub escala de Ansiedad: 4 o más respuestas afirmativas.
	Sub escala de Depresión: 2 o más respuestas afirmativas.
<b>MOMENTOS DE APLICACIÓN</b>	Screening

### 3.7.2. Instrumentos de recolección de datos

El instrumento para esta investigación fue la una Ficha de recolección de datos (Anexo 2). Según Hechavarría (30), el cuestionario constituye una herramienta utilizada para adquirir datos de individuos que forman parte de una encuesta, entrevista u otros métodos, permitiendo la captura y registro de las respuestas y la información recopilada de los participantes.

Esta Ficha de recolección de datos está conformada por dos secciones:

- El primero estuvo conformado por las características sociodemográficas, lo cual se refiere a los datos generales de los pacientes. En esta sección de la ficha, se presenta los ítems que han permitido recoger información sobre el género, edad, ocupación, estado civil, estatura e índice de masa corporal (IMC).
- El segundo estuvo conformado por el Cuestionario de Ansiedad y Depresión de Goldberg (GADS), lo cual se refiere a las preguntas que están diseñadas para detectar la presencia y gravedad de trastornos mentales (31). Este instrumento, utilizado para identificar la presencia de ansiedad y depresión, se compone de dos subescalas, cada una con un conjunto inicial de 4 ítems con el propósito de evaluar la probabilidad de la existencia de un trastorno mental. Posteriormente, se formulan otros 5 ítems solo si las respuestas a las preguntas iniciales son positivas (2 o más en la subescala de ansiedad y 1 o más en la subescala de depresión). Se establecen umbrales de puntuación, donde se consideran casos probables aquellos que alcanzan 4 o más en la subescala de ansiedad y 2 o más en la subescala de depresión.

Es importante destacar que el cuestionario tiene la finalidad de detectar casos probables, no de proporcionar diagnósticos, por lo que su función es orientar el diagnóstico, pero no puede reemplazar el juicio clínico. El cuestionario EADG demuestra una buena capacidad para detectar casos verdaderos (sensibilidad del 83%) y una capacidad razonable para identificar casos negativos (especificidad del 81,8%), con un porcentaje de clasificaciones erróneas del 17,1%. Además, ofrece un alto valor predictivo positivo del 95%. Esto respalda la validez concurrente del instrumento, ya que sus resultados son consistentes con los obtenidos en otros cuestionarios validados (32).

A pesar que este cuestionario ya posee una validez y fiabilidad, se realizó su validación a los ítems por juicio de 3 jueces expertos (Anexo 3), por medio de los magísteres Raymundo Chafloque Tullume, Marleny Auris Quispe y Luis Alberto Ibarra Hurtado mediante la prueba binomial, cuya calificación fue de aplicable para la población estudiada en el presente proyecto. La fiabilidad del instrumento (Alfa de Cronbach) se obtuvo mediante una prueba piloto a 20 pacientes del REHAVITALE servicios de especialidades médicas según los criterios de selección.

### **ESTADÍSTICOS DE FIABILIDAD**

Alfa de Cronbach	N de elementos
0,98	3

#### **3.8. Plan de procesamiento y análisis de datos**

Al concluir la recolección de toda la información de cada uno de los participantes en una base de datos, se utilizó el programa “IBM SPSS Statistics” versión 26.0 para obtener los resultados correspondientes y se graficarán estos resultados con el programa Microsoft 365, Microsoft Excel versión Excel 2021.

El análisis estadístico comprendido la descripción numérica de las variables cualitativas que caracterizan a la población de estudio, y se incluyeron tablas que presenten la distribución de frecuencias tanto en términos absolutos como relativos. Asimismo, se recurrió a representaciones gráficas con el fin de facilitar la comprensión de los resultados. Es crucial señalar que, debido a la naturaleza de esta investigación, se limitó al análisis descriptivo, cuyos resultados se detallaron en las correspondientes tablas de frecuencias absolutas y relativas.

### **3.9. Aspectos éticos**

Los aspectos éticos son conjunto de principios que estuvieron relacionados a la moral y los valores que rigen una determinada situación o acción para garantizar que se utilice de manera responsable y no dañe a las personas o a la sociedad en general. Algunos de ellos son:

- La información de los participantes debe ser mantenida confidencial y protegida de manera adecuada; por lo que se asignó un código a cada participante manteniendo el anonimato en las respuestas obtenidas durante la encuesta.
- Buscar el bienestar de los participantes y garantizar que el estudio contribuya a la investigación médica en general.
- Obtener la aprobación del Comité de Ética de la Oficina de Capacitación, Investigación y Docencia de la Universidad Norbert Wiener para la ejecución del proyecto de investigación.
- Tomar en cuenta el principio de totalidad, considerar al paciente como un todo, y no simplemente como un conjunto de síntomas o enfermedades; sino valorar todos los aspectos del paciente, incluyendo su salud física, mental y social, así como su historia clínica y sus circunstancias personales.
- Reconocer el derecho de los pacientes a tomar decisiones informadas y libres sobre su propia atención médica y tratamiento. Al utilizar la información de la historia clínica de un paciente para una investigación o estudio, se obtendrá el consentimiento informado del paciente.

## CAPÍTULO IV: PRESENTACIÓN Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

### 4.1 Resultados

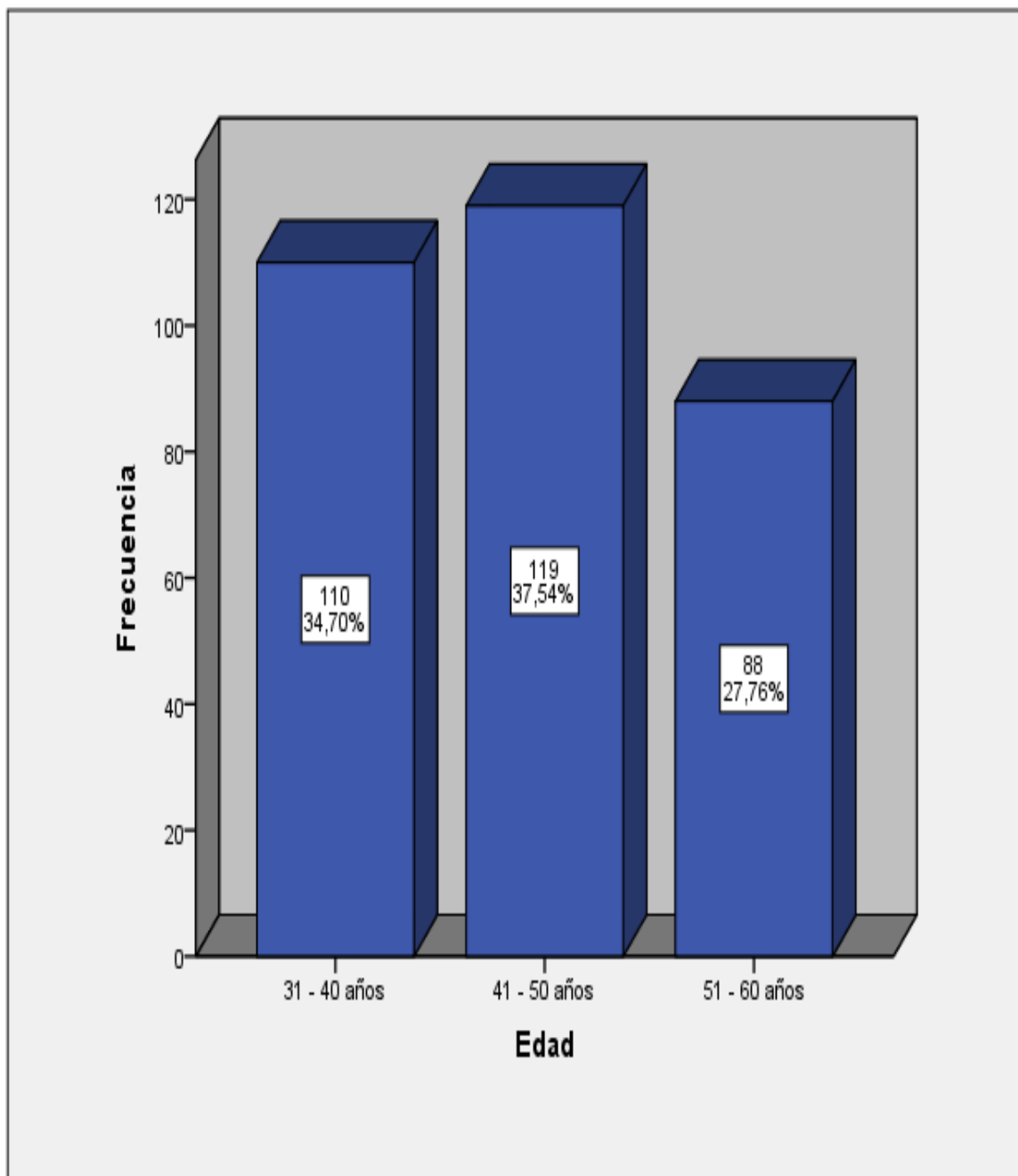
En este estudio participaron un total de 317 dolor lumbar crónico del REHAVITALE servicios de especialidades médicas, periodo 2024; de ambos géneros, que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión. A continuación, se presentan los resultados obtenidos.

#### 4.1.1 Características sociodemográficas de la muestra

**Tabla n.º1:** Distribución por grupo etario de la muestra.

<b>EDAD</b>			
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
31 - 40 años	110	34,7%	34,7%
41 - 50 años	119	37,5%	72,2%
51 - 60 años	88	27,8%	100%
Total	317	100%	

**Figura n.º1:** Distribución por grupo etario de la muestra.

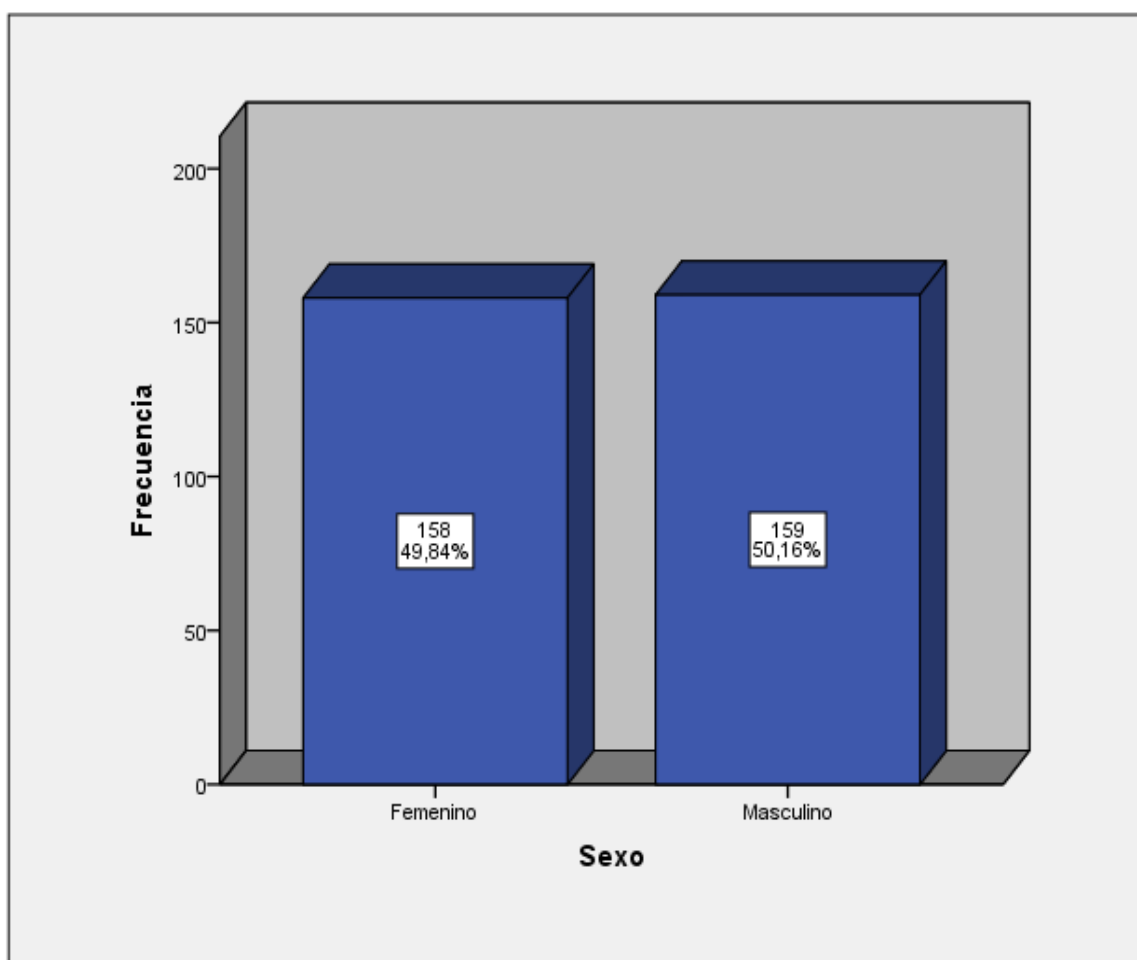


La Tabla n.º1 y la Figura n.º1 muestran la distribución por grupo etario, que va desde los 31 hasta los 60 años. El grupo con edades entre 41 y 50 años representa el 37.54% de la muestra. El grupo de 31 a 40 años representa el 34.70%. El grupo de 51 a 60 años representa el 27.76% de la muestra de estudio.

**Tabla n.º2:** Distribución por sexo de la muestra.

<b>Sexo</b>			
	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>	<b>Porcentaje acumulado</b>
Femenino	158	49,8%	49,8%
Masculino	159	50,2%	100%
<b>Total</b>	<b>317</b>	<b>100%</b>	

**Figura n.º2:** Distribución por sexo de la muestra.

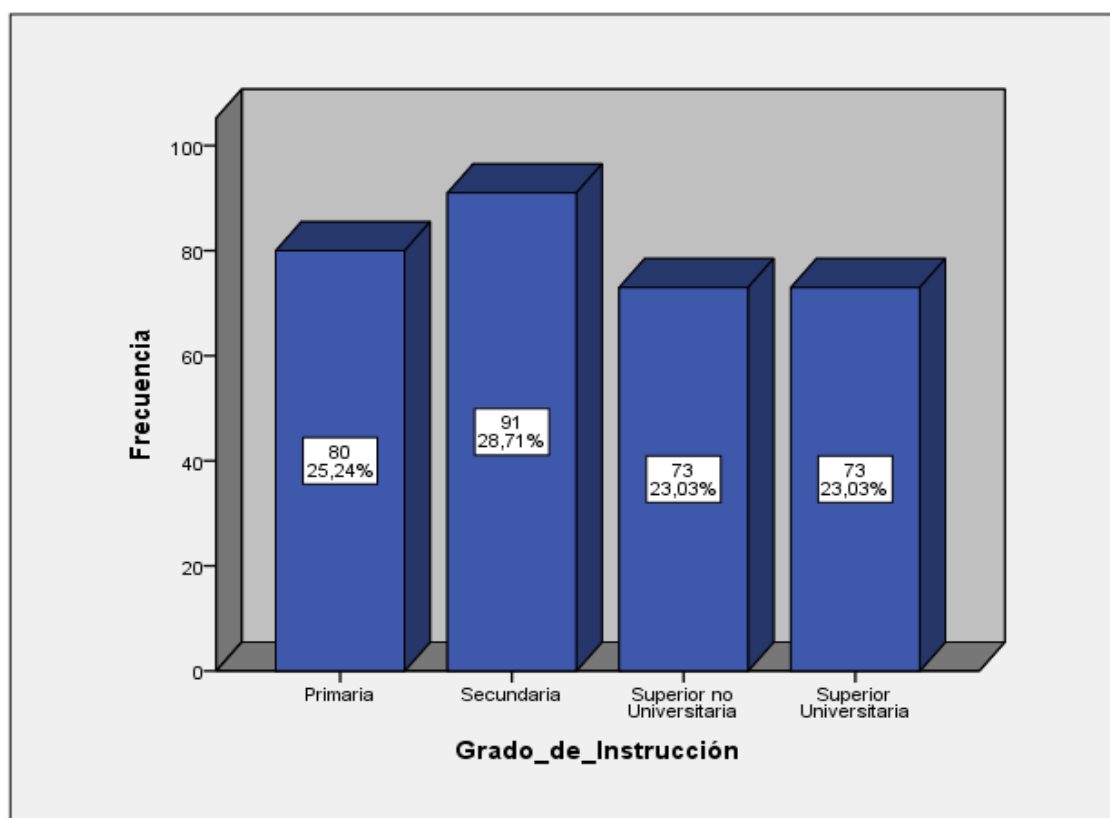


La Tabla n.º2 y la Figura n.º2 presentan la distribución por sexo de la muestra. La muestra está representada por una ligera mayoría el género masculino, con un 50.16%, mientras que el 49.84% está conformado por personas del género femenino.

**Tabla n.º3:** Distribución por grado de instrucción de la muestra.

<b>GRADO DE INSTRUCCIÓN</b>			
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Primaria	80	25,2%	25,2%
Secundaria	91	28,7%	53,9%
Superior no Universitaria	73	23%	77%
Superior Universitaria	73	23%	100%
Total	317	100%	

**Figura n.º3:** Distribución por grado de instrucción de la muestra.

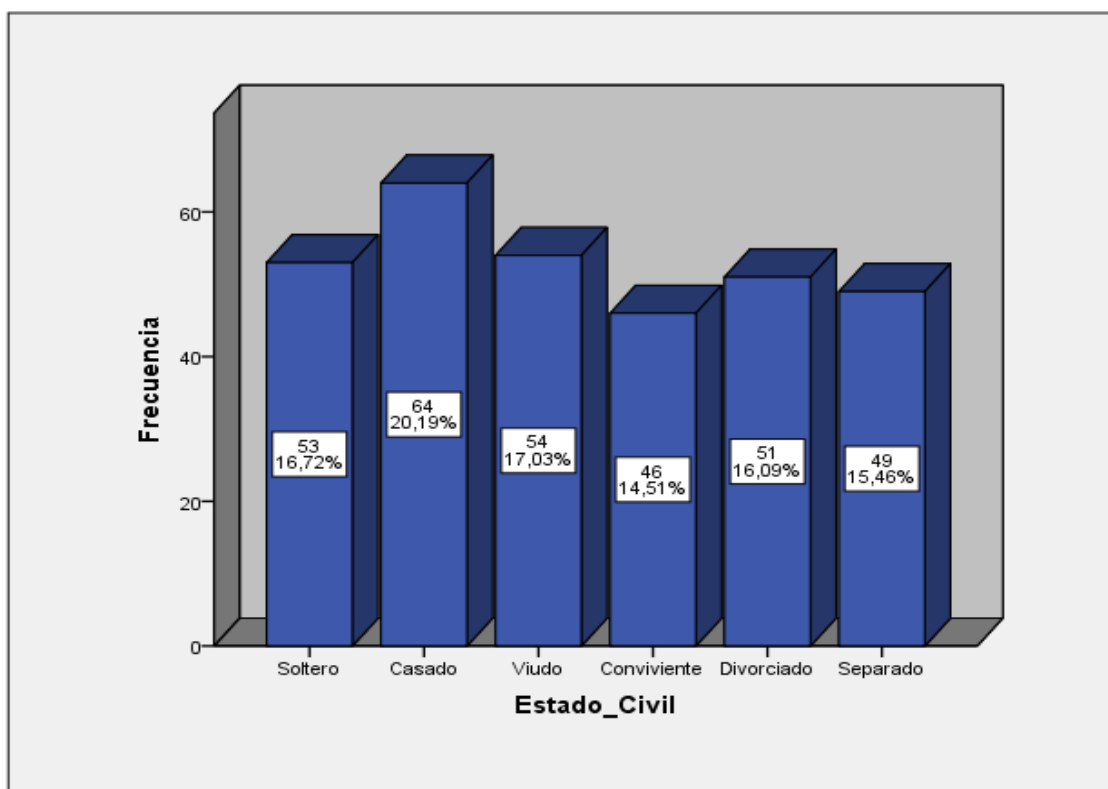


La Tabla n.º3 y la Figura n.º3 presentan la distribución por grado de instrucción de la muestra. La mayoría del grupo posee un nivel de instrucción de secundaria, con un 28.71% del total. El 25.24% de la muestra concluyó estudios hasta el nivel primaria. El 23.03% cuenta con estudios superior no universitaria, al igual que el grupo con estudios de educación superior universitaria con un 23.03% también de la muestra.

**Tabla n.º4:** Distribución por estado civil de la muestra.

<b>ESTADO CIVIL</b>			
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Soltero	53	16,7%	16,7%
Casado	64	20,2%	36,9%
Viudo	54	17%	53,9%
Convivient e	46	14,5%	68,5%
Divorciado	51	16,1%	84,5%
Separado	49	15,5%	100%
Total	317	100%	

**Figura n.º4:** Distribución por estado civil de la muestra.

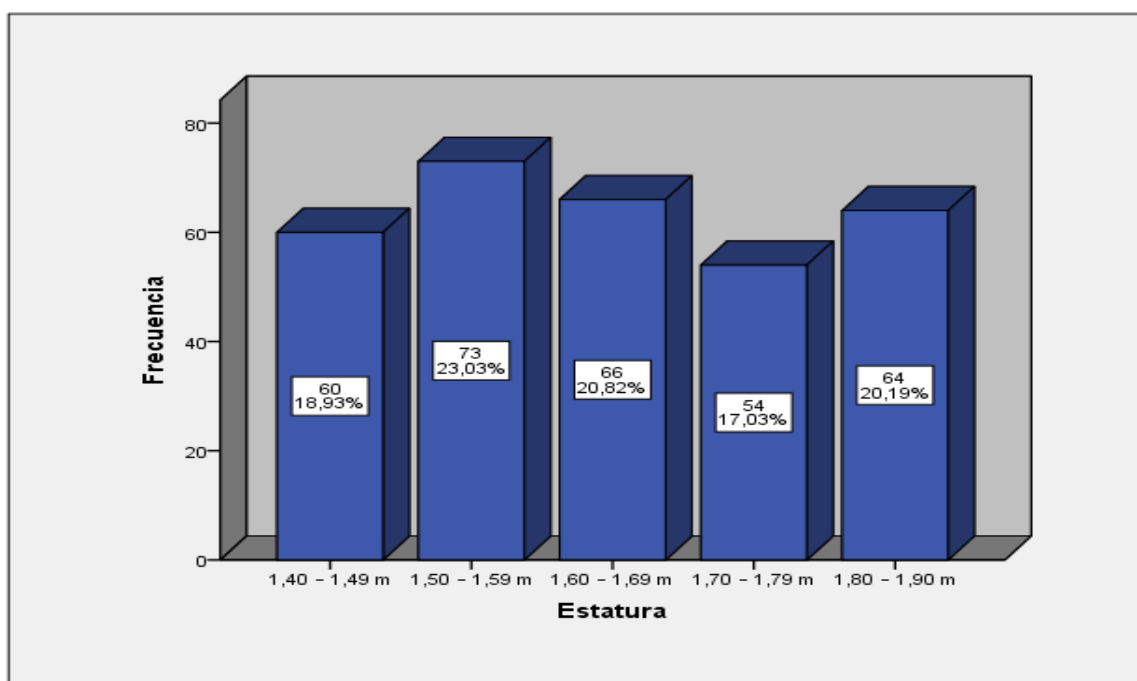


La Tabla n.º4 y la Figura n.º4 presentan la distribución por estado civil de la muestra. El 20.19% de la muestra se encuentra en situación de casado, siendo la mayoría. El 17.03% se encuentra en situación de viudo. El 16.72% se encuentra soltero. El 16.09% se encuentra en situación de divorciado. El 15.46% tiene como estado civil separado. El 14.51% se encuentra en situación de convivencia.

**Tabla n.º5:** Distribución por estatura de la muestra.

<b>ESTATURA</b>			
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
1,40 – 1,49 m	60	18,9%	18,9%
1,50 – 1,59 m	73	23%	42%
1,60 – 1,69 m	66	20,8%	62,8%
1,70 – 1,79 m	54	17%	79,8%
1,80 – 1,90 m	64	20,2%	100%
Total	317	100%	

**Figura n.º5:** Distribución por estatura de la muestra.

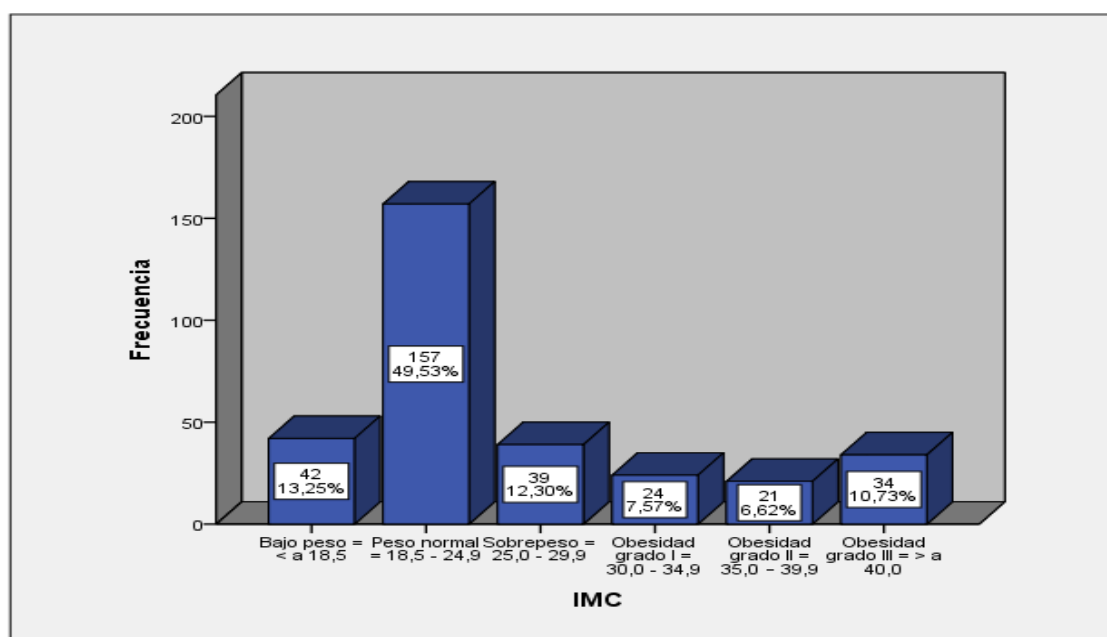


La Tabla n.º5 y la Figura n.º5 presentan la distribución por estatura de la muestra. El grupo mayoritario está conformado por pacientes con estatura entre 1.50 y 1.59 metros, con un 23.03% del total de la muestra. El 20.82% de la muestra, posee una estatura entre 1.60 y 1.69 metros. El grupo con estatura entre 1.80 y 1.9 metros representa el 20.19% del total de la muestra. El 18.93% de la muestra posee una estatura de entre 1.40 y 1.49 metros. Finalmente, el grupo con estatura de entre 1.70 y 1.79 metros está conformado por el 17.03% del total de la muestra.

**Tabla n.º6:** Distribución por IMC de la muestra.

<b>IMC</b>			
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Bajo peso = < a 18,5	42	13,2%	13,2%
Peso normal = 18,5 - 24,9	157	49,5%	62,8%
Sobrepeso = 25,0 - 29,9	39	12,3%	75,1%
Obesidad grado I = 30,0 - 34,9	24	7,6%	82,6%
Obesidad grado II = 35,0 – 39,9	21	6,6%	89,3%
Obesidad grado III = > a 40,0	34	10,7	100%
<b>Total</b>	<b>317</b>	<b>100%</b>	

**Figura n.º6:** Distribución por IMC de la muestra.



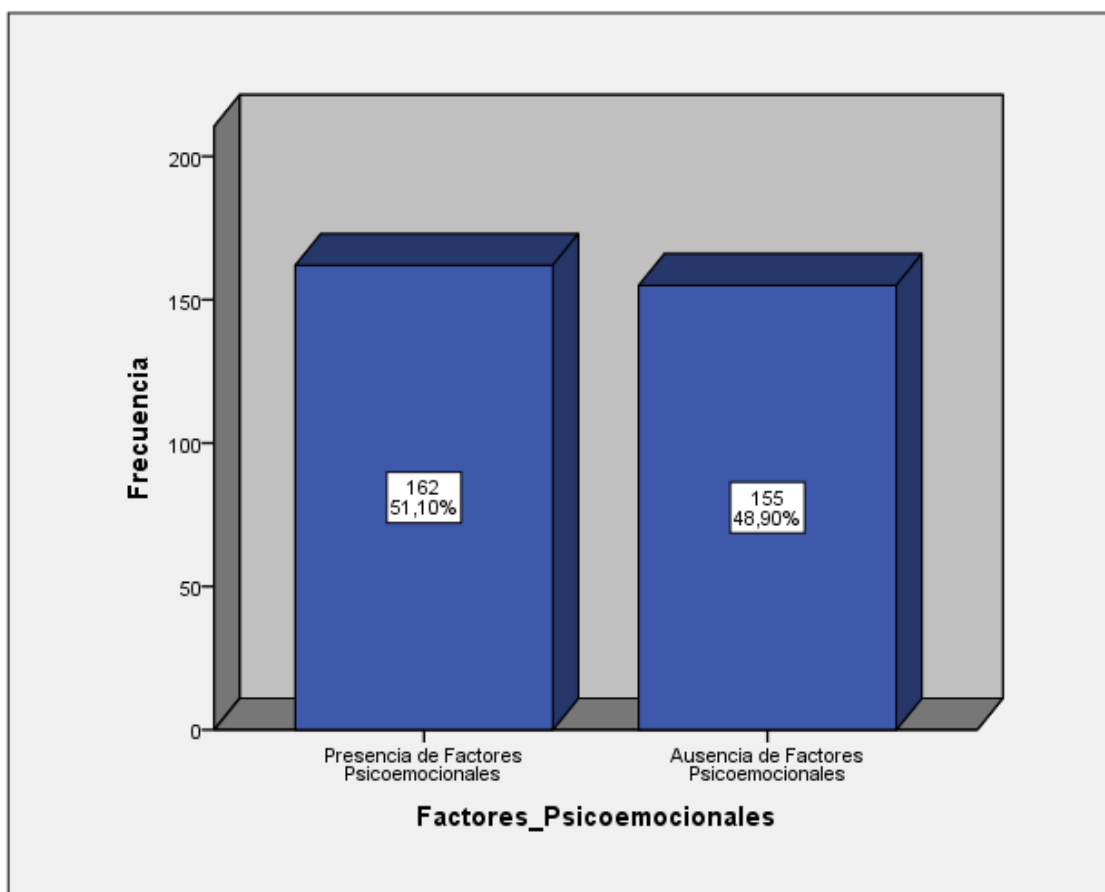
La Tabla n.º6 y la Figura n.º6 presentan la distribución por IMC de la muestra. Se evidencia una prevalencia mayoritaria de pacientes con peso normal, con un 49.53% del total de la muestra. Las demás categorías presentan niveles similares de IMC. El 13.25% de la muestra presenta bajo peso. El 12.30% 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.

#### 4.1.2 Características clínicas de la muestra

**Tabla n.º7:** Distribución de los factores psicoemocionales.

<b>FACTORES PSICOEMOCIONALES</b>			
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Presencia de Factores Psicoemocionales	162	51,1%	51,1%
Ausencia de Factores Psicoemocionales	155	48,9%	100%
Total	317	100%	

**Figura n.º7:** Distribución de los factores psicoemocionales.

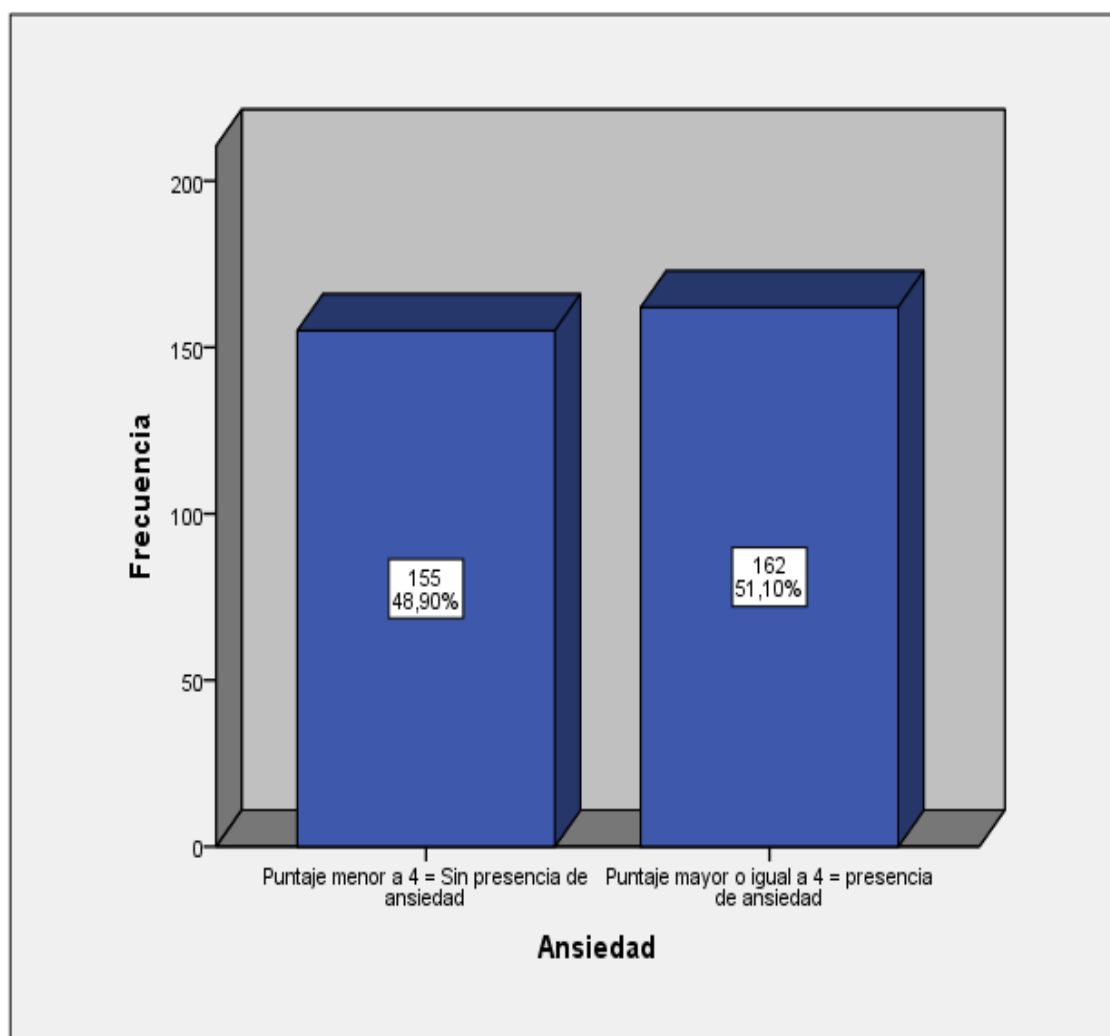


La Figura n.º7 y Tabla n.º7 muestran la prevalencia de los factores psicoemocionales de los pacientes. El 51.10% evidencia una presencia de factores psicoemocionales, mientras que el 48.90% tiene una ausencia de dichos factores.

**Tabla n.º8:** Distribución de la ansiedad.

<b>ANSIEDAD</b>			
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Puntaje menor a 4 = Sin presencia de ansiedad	155	48,9%	48,9%
Puntaje mayor o igual a 4 = presencia de ansiedad	162	51,1%	100%
Total	317	100%	

**Figura n.º8:** Distribución de la ansiedad.

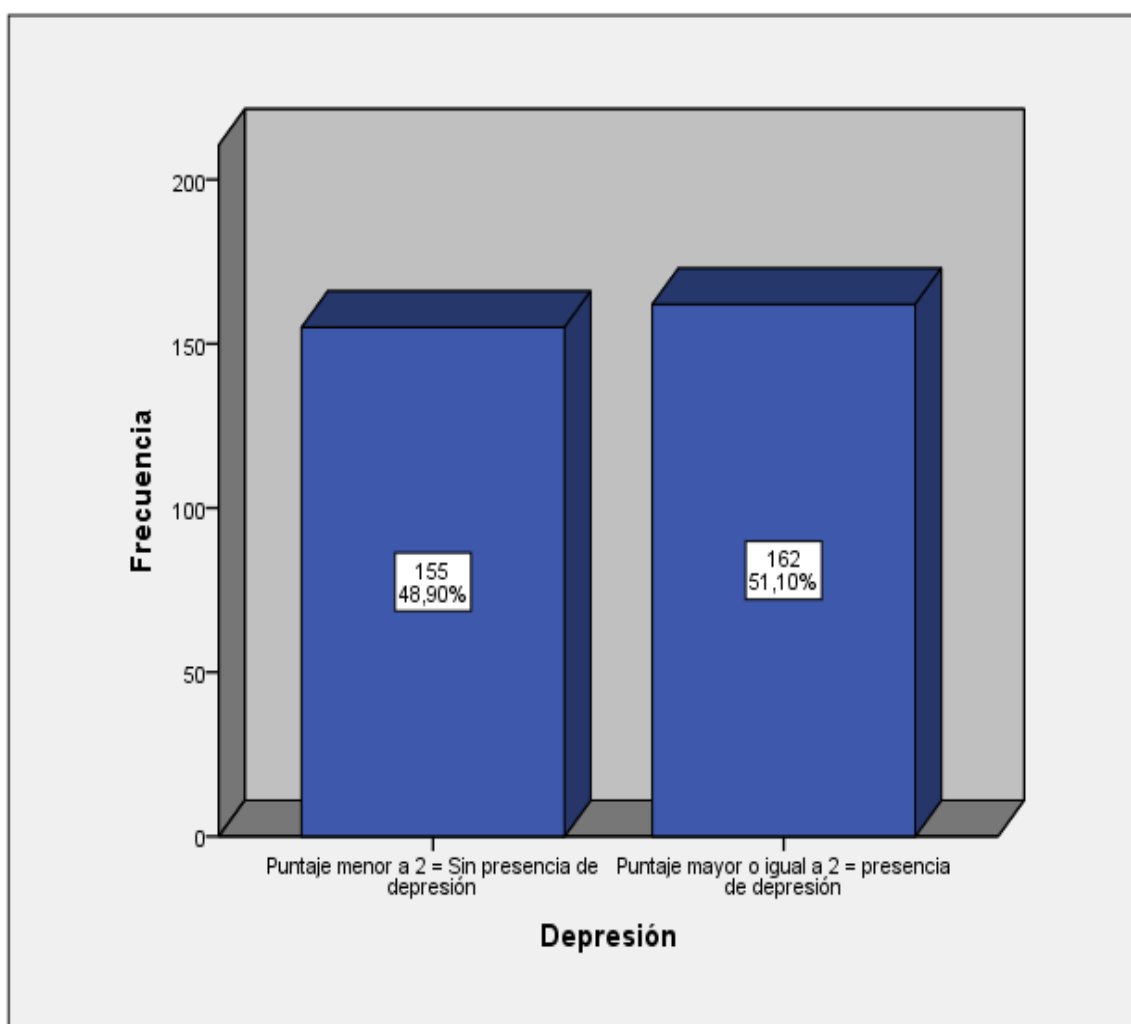


La Figura n.º8 y Tabla n.º8 muestran la prevalencia de ansiedad de los pacientes. El 51.10% de los pacientes evidencia una presencia de ansiedad. El 48.90% de los pacientes no presencia algún nivel de ansiedad.

**Tabla n.º9:** Distribución de la depresión.

<b>DEPRESIÓN</b>			
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Puntaje menor a 2 = Sin presencia de depresión	155	48,9%	48,9%
Puntaje mayor o igual a 2 = presencia de depresión	162	51,1%	100%
Total	317	100%	

**Figura n.º9:** Distribución de la depresión.



La Figura n.º9 y Tabla n.º9 muestran la prevalencia de depresión de los pacientes. El 51.10% de los pacientes evidencia una presencia de depresión. El 48.90% de los pacientes no presencia algún nivel de depresión.

## 4.2 Discusión de Resultados

- ✓ El objetivo del presente estudio es determinar la prevalencia de factores psicoemocionales en pacientes con dolor lumbar crónico del REHAVITALE servicios de especialidades médicas, periodo 2024
- ✓ Los hallazgos obtenidos con relación a edad muestran que la población de estudio estuvo conformada por edades entre 31 y 60 años, siendo en su mayoría pacientes con edades entre 41 y 50 años. La distribución por edades dista del estudio de Rivera (13), donde la edad promedio fue de 32.46 años al analizar a médicos residentes y su relación con síntomas de ansiedad y depresión. También distamos del estudio de Monterrosa-Castro et al. (10), en donde la edad promedio era de 20.3, siendo esta una población mucho más joven de estudio. Asimismo, encontramos diferencias con el trabajo de Calderon (14), en donde la edad promedio fue de 71.84 años.
- ✓ Respecto al análisis de género, nuestro estudio presenta una distribución similar entre hombres y mujeres con un 50.16% y 48.84% respectivamente. Esta distribución dista del trabajo de Fernández (12), en donde el 67.5% de la población era del sexo femenino. También toma distancia del trabajo de Calderon (14), en donde el 69.74% fueron del género femenino.
- ✓ En cuanto al grado de instrucción, la mayoría del grupo de estudio posee un nivel de secundaria. Este hallazgo, dista de los estudios realizados por Monterrosa-Castro et al. (10), Cancho (11) y Rivera (13), en donde las poblaciones de estudio eran de estudiantes o profesionales de la salud.
- ✓ Nuestro estudio evidencia que, respecto a la estatura, el grupo mayoritario es el de 1.50 a 1.59 metros, representando el 23.03% del total de la muestra; y respecto al IMC, el 49.53% posee un peso normal. Estos hallazgos no pudieron ser comparados

en la literatura expuesta, sin embargo, cabe mencionar la prevalencia en ambas categorías.

- ✓ Respecto a la prevalencia de factores psicoemocionales, nuestro estudio evidencia que el 51.10% de los pacientes tiene presencia de factores psicoemocionales. Estos hallazgos, podría estar acorde al trabajo de Calderon (14), en donde el 58 % presentó ansiedad, y el 74% presentó depresión, ambos trastornos relacionados con los factores psicoemocionales.
- ✓ Distamos del trabajo de Fernández (12) en cuanto a la prevalencia de factores psicoemocionales, ya que los pacientes analizados de dicho estudio poseían en su mayoría casos sin ansiedad ni depresión.
- ✓ Respecto a la prevalencia de ansiedad, concordamos con el estudio de Monterrosa-Castro et al. (10), en donde el 49.8% de los pacientes mostró ansiedad. Nuestro estudio evidencia un nivel similar de 51.10% de pacientes con presencia de ansiedad. Discrepamos del estudio de Rivera (13), en donde los pacientes con ansiedad representaron el 60.3% de la población.
- ✓ Nuestro estudio evidencia niveles similares también para la depresión, en donde el 51.10% de la muestra posee depresión. Estos hallazgos distan del trabajo de Calderon (14), en donde el 74.3% de la muestra presentó depresión. También distamos del trabajo presentado por Monterrosa-Castro et al. (10), en donde el 80.3% de los estudiantes presentó depresión.

## **CAPITULO V CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

### **5.1 Conclusiones:**

- Según la distribución por grupo etario, el grupo con mayor frecuencia de edades fue la de 41 a 50 años.
- La muestra está representada por una ligera mayoría el género masculino
- Según la distribución por grado de instrucción de la muestra. La mayoría del grupo posee un nivel de instrucción de secundaria
- El grupo mayoritario está conformado por pacientes con estatura entre 1.50 y 1.59 metros por IMC de la muestra. Se evidencia una prevalencia mayoritaria de pacientes con peso normal
- En la muestra se evidencia una ligera mayoría de presencia de factores psicoemocionales
- En la muestra se evidencia una ligera mayoría de presencia de Ansiedad
- En la muestra se evidencia una ligera mayoría de presencia de Depresión

### **5.2 Recomendaciones:**

- Se recomienda hacer uso de la educación en dolor, mediante las plataformas digitales y de manera presencial para dar charlas informativas relacionadas a la patología mencionada.
- Mantener el tratamiento requerido por el especialista a nivel emocional, para complementar la terapia que se encuentra ejecutando.

- Implementar programas de ejercicios de flexibilización y descarga muscular para mejorar la sintomatología presentada, de manera dinámica con los pacientes en tratamiento.
- Ejercicios lúdicos y /o recreativos en el cual el paciente no piense en el movimiento que realiza sino en la actividad que realiza.
- Se recomienda realizar otros estudios en el cual involucren otras variables como estilos de vida, capacidad funcional y actividad física.

## CAPITULO VI: REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Plan de Acción Integral sobre Salud Mental 2013 - 2030 [Internet]. Who.int. World Health Organization; 21 de septiembre de 2021. Disponible en: <https://www.who.int/es/publications/i/item/9789240031029>
2. Organización, De La Salud M. ENFRENTANDO PROBLEMAS PLUS (EP+) [Internet]. Who.int. Disponible en: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/259696/WHO-MSD-MER-16.2-spa.pdf;jsessionid=B8DB3E05984985F67FCEA908657E2208?sequence=1>
3. Pourshasb N. El impacto de la depresión y ansiedad en el ámbito laboral [Internet]. Expansión. 2024. Disponible en: <https://expansion.mx/opinion/2024/04/19/el-impacto-de-la-depresion-y-ansiedad-en-el-ambito-laboral>
4. ¿Cómo afecta la salud mental a la productividad laboral y a la calidad de vida? [Internet]. Voz Pro Salud Mental. 2021. Disponible en: <https://www.vozprosaludmental.org.mx/post/c%C3%B3mo-afecta-la-salud-mental-a-la-productividad-laboral-y-a-la-calidad-de-vida>
5. TSinghal K, Muliya KP, Pakhare AP, Behera P, Santoshi JA. Do patients of chronic low back pain have psychological comorbidities? Avicenna J Med [Internet]. 2021; 11(03):145–51. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1055/s-0041-1734385>

6. Hartvigsen J, Hancock MJ, Kongsted A, Louw Q, Ferreira ML, Genevay S, et al. What low back pain is and why we need to pay attention. *Lancet* [Internet]. 2018; 391(10137):2356–67. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29573870/>
7. Soca-Saavedra L. Sintomatología depresiva y dolor de espalda crónico en pacientes que inician rehabilitación en Lima, Perú. *Revista Habanera de Ciencias Médicas* [Internet]. 2021; 20 (2) Disponible en: <https://revhabanera.sld.cu/index.php/rhab/article/view/3216>
8. Bazan CS, Espinoza Ventura AY. Low back pain related to anxiety and depression in police officers at a police station in Lima. *Rev Fac Med Humana* [Internet]. 2021; 21(1):75–81. Disponible en: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2308-05312021000100075](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2308-05312021000100075)
9. Cárdbaga-García RM, Pérez Pérez L, Niño Martín V, Cárdbaga-García I, Durantez-Fernández C, Olea E. Evaluation of the risk of anxiety and/or depression during confinement due to COVID-19 in central Spain. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2021; 18(11):5732. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.3390/ijerph18115732>
10. Monterrosa-Castro Á de J, Ordosgoitia-Parra E, Beltrán-Barrios T. Ansiedad y depresión identificadas con la Escala de Golberg en estudiantes universitarios del área de la salud. *Medunab* [Internet]. 2020; 23(3):372–404. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.29375/01237047.3881>
11. Cancho, J. Asociación de trastornos musculoesqueléticos y presencia de trastornos emocionales en estudiantes de medicina del ciclo XI-XII de la Universidad Privada San Juan Bautista, 2024. Universidad Privada San Juan Bautista; 2024. “F.ARRIETA.C”
12. Fernández G, Dayana Y. Capacidad funcional y su relación con el nivel de ansiedad y depresión en adultos mayores de la Comunidad Campesina de Jicamarca, 2022. Universidad Privada Norbert Wiener; 2022.

13. Rivera H, Liz A. Factores asociados a ansiedad y depresión en médicos residentes del Hospital Goyeneche de Arequipa. Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa; 2021.
14. Calderón E, Mayté C. Ansiedad y depresión como factores asociados al prurito sine materia. Universidad Privada Antenor Orrego - UPAO; 2018.
15. Stansfeld S, Rasul F. Psychosocial factors, depression and illness. En: Steptoe A, editor. Depression and Physical Illness. Cambridge: Cambridge University Press; 2006. p. 19–50.
16. Albert L, Stanciu C, Delcea C, Mihai A, Popșor S. Psycho-emotional factors and their role in craniomandibular disorders. Int J Ment Health Psychiatry [Internet]. 2018; 04(01). Disponible en: [https://www.scitechnol.com/peer-review/psychoemotional-factors-and-their-role-in-craniomandibular-disorders-Klr4.php?article\\_id=7036](https://www.scitechnol.com/peer-review/psychoemotional-factors-and-their-role-in-craniomandibular-disorders-Klr4.php?article_id=7036)
17. Musculoskeletal 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](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2221-24342018000400009&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
18. 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/>
19. 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/>
20. 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](http://www.revistasbolivianas.ciencia.bo/scielo.php?lng=pt&pid=S2304-37682013000800001&script=sci_arttext)
21. El trastorno de ansiedad generalizada. Rev Fac Med UNAM . 2013;56(4):53-55.
  22. Trastornos mentales [Internet]. Who.int. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>
  23. Bados López A. Trastorno de ansiedad generalizada: Naturaleza, evaluación y tratamiento (2017). 2017; Disponible en: <https://diposit.ub.edu/dspace/handle/2445/115724>
  24. Depresión [Internet]. Who.int. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>
  25. Torres E, March S, Socias 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>
  26. 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>
  27. Baena G. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN Serie integral por competencias (Libro Online) [Internet]. 2014. 12–14 p. Available from: <http://www.editorialpatria.com.mx/pdf/files/9786074384093.pdf>
  28. Hernández Sampieri R, Fernández Collado C y Baptista Lucio, P. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN. McGraw-Hill Companies; 2014.
  29. López PL. POBLACIÓN MUESTRA Y MUESTREO. Punto Cero [Internet]. 2004; 09(08):69–74. Disponible en: [http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1815-02762004000100012](http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1815-02762004000100012)

30. Hechavarría, S. Diferencias entre Cuestionario y Encuesta [Internet]. 2012. Sld.cu.  
Disponible en: <http://uvsfajardo.sld.cu/diferencias-entre-cuestionario-y-encuesta>
31. Montón C, Pérez Echeverría Mi, campos R y cols. Escalas de ansiedad y depresión de Goldberg: una guía de entrevista eficaz para la detección del malestar psíquico. Atención Primaria 1993; 12 (6): 345-9.
32. Carbonell MM. 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://www.redalyc.org/articulo.oa?id=64746477014>

# **ANEXOS**

**Anexo 1: Matriz de consistencia**

**“FACTORES PSICOEMOCIONALES EN PACIENTES CON DOLOR LUMBAR CRÓNICO DEL REHAVITALE SERVICIOS DE ESPECIALIDADES MÉDICAS, PERIODO 2024”**

Formulación del problema	Objetivos de la investigación	Formulación de hipótesis	Variables	Diseño metodológico
<p><b>Problema general:</b> ¿Cuál es la prevalencia es la prevalencia de factores psicoemocionales en pacientes con dolor lumbar crónico del REHAVITALE servicios de especialidades médicas, periodo 2024?</p> <p><b>Problemas específicos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Cuáles son las características sociodemográficas de los pacientes con dolor lumbar crónico del REHAVITALE servicios de especialidades médicas, periodo 2024?</li> <li>• ¿Cuál es la prevalencia de ansiedad en pacientes con dolor lumbar crónico del REHAVITALE servicios de especialidades médicas, periodo 2024?</li> <li>• ¿Cuál es la prevalencia de depresión en pacientes con dolor lumbar crónico del REHAVITALE servicios de especialidades médicas, periodo 2024?</li> </ul>	<p><b>Objetivo general:</b> Determinar la prevalencia de factores psicoemocionales en pacientes con dolor lumbar crónico del REHAVITALE servicios de especialidades médicas, periodo 2024.</p> <p><b>Objetivos específicos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificar las características sociodemográficas de los pacientes con dolor lumbar crónico del REHAVITALE servicios de especialidades médicas, periodo 2024.</li> <li>• Determinar la prevalencia de ansiedad en pacientes con dolor lumbar crónico del REHAVITALE servicios de especialidades médicas, periodo 2024.</li> <li>• Determinar la prevalencia de depresión en pacientes con dolor lumbar crónico del REHAVITALE servicios de especialidades médicas, periodo 2024.</li> </ul>	<p>No presenta hipótesis</p>	<p><b>Variable 1:</b> Lesiones</p> <p><b>Variable control:</b> Características sociodemográficas</p>	<p><b>Método de la investigación:</b> Deductivo</p> <p><b>Enfoque de la investigación:</b> Cuantitativo</p> <p><b>Tipo y nivel de investigación:</b> Tipo aplicado y de nivel descriptivo</p> <p><b>Diseño de la investigación:</b> No experimental, prospectivo y de corte transversal</p> <p><b>Población:</b> Estará conformada por pacientes con dolor lumbar crónico según los criterios de selección.</p> <p><b>Muestra:</b> Será 317 pacientes con dolor lumbar crónico.</p> <p><b>Muestreo:</b> Será de tipo no probabilístico de tipo censal.</p>

## Anexo 2: Instrumento

### FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

**Código:** \_\_\_\_\_

**Fecha:** \_\_\_\_\_

**Teléfono:** \_\_\_\_\_

#### I. Características sociodemográficas

**Edad:**

- 31 - 35 años
- 36 - 40 años
- 41 - 45 años
- 46 - 50 años
- 51 - 55 años
- 56 - 60 años

**Sexo:**

- Masculino
- Femenino

**Estado civil:**

- Soltero
- Casado
- Viudo
- Conviviente
- Divorciado
- Separado

**Nivel de instrucción:**

- Primaria
- Secundaria
- Superior no universitaria
- Superior universitaria

**Índice de masa corporal:**

**Estatura:**

- 1,40 – 1,49 m.
- 1,50 – 1,59 m.
- 1,60 – 1,69 m.
- 1,70 – 1,79 m.
- 1,80 – 1,90 m.

- Bajo peso = < a 18,5
- Peso normal = 18,5 - 24,9
- Sobrepeso = 25,0 - 29,9
- Obesidad grado I = 30,0 - 34,9
- Obesidad grado II = 35,0 – 39,9
- Obesidad grado III = > a 40,0

#### II. Cuestionario de Ansiedad y Depresión de Goldberg (GADS)

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
1. ¿Se ha sentido muy excitado, nervioso o en tensión? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	1. ¿Se ha sentido con poca energía? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
2. ¿Ha estado muy preocupado por algo? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	2. ¿Ha perdido la confianza en sí mismo? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
3. ¿Se ha sentido muy irritable? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	3. ¿Se ha sentido usted desesperanzado, sin esperanzas? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
4. ¿Ha tenido dificultad para relajarse? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	4. ¿Ha tenido dificultades para concentrarse? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No

<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>5. ¿Ha perdido peso (a causa de su falta de apetito)?</p> <p><input type="checkbox"/> Si</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p>6. ¿Se ha estado despertando demasiado temprano?</p> <p><input type="checkbox"/> Si</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p>7. ¿Se ha sentido usted enlentecido?</p> <p><input type="checkbox"/> Si</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p>8. ¿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> <p>9. ¿Ha perdido usted su interés por las cosas?</p> <p><input type="checkbox"/> Si</p> <p><input type="checkbox"/> No</p>
---	--

**Anexo 3: Validez del instrumento**

**“FACTORES PSICOEMOCIONALES EN PACIENTES CON DOLOR LUMBAR CRÓNICO DEL REHAVITALE SERVICIOS DE ESPECIALIDADES MÉDICAS, PERIODO 2024”**

Nº	DIMENSIONES / ítems	Pertinencia <sup>1</sup>		Relevancia <sup>2</sup>		Claridad <sup>3</sup>		Sugerencias
		Si	No	Si	No	Si	No	
	<b>Variable: Lesiones musculoesqueléticas</b>							
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		
10	¿Ha perdido usted su interés por las cosas?	X		X		X		
11	¿Ha perdido la confianza en sí mismo?	X		X		X		
12	¿Se ha sentido usted desesperanzado, sin esperanzas?	X		X		X		
13	¿Ha tenido dificultades para concentrarse?	X		X		X		

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

<sup>1</sup>**Pertinencia:** El ítem corresponde al concepto teórico formulado.

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

<sup>3</sup>**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):** \_\_\_\_\_

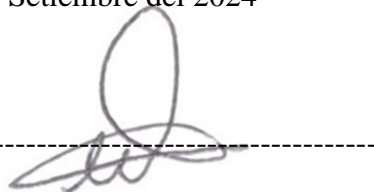
**Opinión de aplicabilidad:**    **Aplicable [X]**                    **Aplicable después de corregir [ ]**                    **No aplicable [ ]**

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

**DNI: 08671855**

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

24 de Setiembre del 2024



**Firma del Experto Informante**

**“FACTORES PSICOEMOCIONALES EN PACIENTES CON DOLOR LUMBAR CRÓNICO DEL REHAVITALE SERVICIOS DE ESPECIALIDADES MÉDICAS, PERIODO 2024”**

Nº	DIMENSIONES / ítems	Pertinencia <sup>1</sup>		Relevancia <sup>2</sup>		Claridad <sup>3</sup>		Sugerencias
		Si	No	Si	No	Si	No	
	<b>Variable: Lesiones musculoesqueléticas</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>	
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		
10	¿Ha perdido usted su interés por las cosas?	X		X		X		
11	¿Ha perdido la confianza en sí mismo?	X		X		X		
12	¿Se ha sentido usted desesperanzado, sin esperanzas?	X		X		X		
13	¿Ha tenido dificultades para concentrarse?	X		X		X		
14	¿Ha perdido peso (a causa de su falta de apetito)?	X		X		X		
15	¿Se ha estado despertando demasiado temprano?	X		X		X		

16	¿Se ha sentido usted enlentecido?	X		X		X	
17	¿Cree usted que ha tenido tendencia a encontrarse peor por las mañanas?	X		X		X	
18	¿Ha perdido usted su interés por las cosas?	X		X		X	

<sup>1</sup>**Pertinencia:** El ítem corresponde al concepto teórico formulado.

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

<sup>3</sup>**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.: Marleny Auris Quispe**

**DNI: 42393626**

**Especialidad del validador: Gestión en salud**

24 de Setiembre del 2024



-----  
**Firma del Experto Informante**

**“FACTORES PSICOEMOCIONALES EN PACIENTES CON DOLOR LUMBAR CRÓNICO DEL REHAVITALE SERVICIOS DE ESPECIALIDADES MÉDICAS, PERIODO 2024”**

Nº	DIMENSIONES / ítems	Pertinencia <sup>1</sup>		Relevancia <sup>2</sup>		Claridad <sup>3</sup>		Sugerencias
		Si	No	Si	No	Si	No	
	<b>Variable: Lesiones musculoesqueléticas</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>	
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		
10	¿Ha perdido usted su interés por las cosas?	X		X		X		
11	¿Ha perdido la confianza en sí mismo?	X		X		X		
12	¿Se ha sentido usted desesperanzado, sin esperanzas?	X		X		X		
13	¿Ha tenido dificultades para concentrarse?	X		X		X		
14	¿Ha perdido peso (a causa de su falta de apetito)?	X		X		X		
15	¿Se ha estado despertando demasiado temprano?	X		X		X		

16	¿Se ha sentido usted enlentecido?	X		X		X		
17	¿Cree usted que ha tenido tendencia a encontrarse peor por las mañanas?	X		X		X		
18	¿Ha perdido usted su interés por las cosas?	X		X		X		

<sup>1</sup>**Pertinencia:** El ítem corresponde al concepto teórico formulado.

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

<sup>3</sup>**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.: Luis Alberto Ibarra Hurtado**

**DNI: 41421873**

**Especialidad del validador: Docencia universitaria e investigación pedagógica**

24 de Setiembre del 2024



-----  
**Firma del Experto Informante**

## Anexo 4: Formato de consentimiento informado

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

Título del proyecto : “Factores psicoemocionales en pacientes con dolor lumbar crónico del REHAVITALE servicios de especialidades médicas, periodo 2024.”  
Investigador : Cecilia del Carmen Bardales Chuquipul,  
Institución : Universidad Norbert Wiener

---

Estoy invitando a usted a participar en un estudio de investigación titulado: “Factores psicoemocionales en pacientes con dolor lumbar crónico del REHAVITALE servicios de especialidades médicas, periodo 2024”, de fecha \_\_/\_\_/2024 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 prevalencia de factores psicoemocionales en pacientes con dolor lumbar crónico del REHAVITALE servicios de especialidades médicas, periodo 2024. Su ejecución ayudará/permitirá a conocer la prevalencia de la variable de estudio.

**Duración del estudio (meses):** De Octubre 2023 a Marzo del 2024

**Nº esperado de participantes:** 317pacientes.

**Criterios de Inclusión y exclusión:** Los criterios de inclusión serán: Pacientes del REHAVITALE servicios de especialidades médicas, entre 31 y 60 años de edad, de ambos sexos, diagnosticados con dolor lumbar o lumbalgia crónica, Pacientes que hayan tenido más de dos eventos al año y pacientes con ansiedad y depresión diagnosticados. Los criterios de exclusión serán: Pacientes que consuman medicamentos para el dolor, que no acepten que se complete la ficha de recolección de datos y con trastornos psicológicos ya establecidos, pacientes con intervenciones quirúrgicas y pacientes con problemas ortopédicos (disimetría marcadas en mmii)

**Procedimientos del estudio:** Si Usted decide participar en este estudio se le pedirá completar una Ficha de recolección de datos con sus datos personales y resolver un cuestionario denominado Cuestionario de Ansiedad y Depresión de Goldberg (GADS). Para completar la ficha, se realizará antes de su primera sesión fisioterapéutica, tomará un tiempo de entre 5 a 10 minutos y los resultados se almacenarán respetando la confidencialidad y su anonimato.

**Riesgos:** Su participación en el estudio no presenta ningún tipo de riesgo para Usted, con respecto a su estado físico, mental y de bienestar. El resultado que aparezca en el desarrollo de la ficha, no le causaran dificultades en su honor, situación económica, y ocupación laboral. Sí usted siente alguna incomodidad por alguna razón específica en el uso de sus datos personales registrados en su historia clínica, usted es libre de que no se use sus datos para 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 prevalencia de factores psicoemocionales en pacientes con dolor lumbar crónico ayudará a conocer los síntomas factores que influyan en el bienestar psicológico y emocional por el desarrollo del dolor

lumbar crónico, y mejorar los conocimientos en el campo de la salud. De manera que, con su participación en esta investigación, al ser completado la ficha 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 Cecilia del Carmen Bardales Chuquipul, al número de celular 973371946 o al correo [ceciliadelcarmenbardaleschuqui@gmail.com](mailto:ceciliadelcarmenbardaleschuqui@gmail.com). Así mismo puede comunicarse con el Comité de Ética que validó el presente estudio, Contacto del Comité de Ética: Dra. Yenny M. Bellido Fuentes, Presidenta del Comité de Ética de la Universidad Norbert Wiener, para la investigación de la Universidad Norbert Wiener, Email: [comite.etica@uwiener.edu.pe](mailto: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: \_\_\_\_/\_\_\_\_/2024

\_\_\_\_\_  
Firma del investigador  
Nombre: Cecilia del Carmen Bardales  
Chuquipul  
DNI: 74570057  
Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/2024

\_\_\_\_\_  
Firma del testigo o representante legal  
Nombre:  
DNI:  
Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/2024

*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 5: Carta de solicitud a la institución**

**Lima, 12 de Octubre del 2024**

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

Sr:

**Omar William Pachas Valerio**  
**Gerente General del**  
**REHAVITALE Servicios de especialidades médicas**  
Presente.-

De mi mayor consideración:

Yo, Cecilia del Carmen Bardales Chuquipul, alumna de la E.A.P. de Tecnología Médica en Terapia Física y Rehabilitación de la Universidad Norbert Wiener, con código n° 2018100010, 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 prevalencia de factores psicoemocionales en pacientes con dolor lumbar crónico del REHAVITALE Servicios de especialidades médicas, periodo 2024; 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 sexo.

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

Atentamente,

---

Cecilia del Carmen Bardales Chuquipul  
Universidad Norbert Wiener  
E.A.P. de Tecnología Médica

## Anexo 6: Carta de aceptación para la recolección de datos



AÑO DE LA UNIDAD, LA PAZ Y EL DESARROLLO

**AUTORIZACIÓN**

El que suscribe;  
Sr. Omar William Pachas Valerio  
Gerente General  
AUTORIZA

A la Srta. Bardales Chuquipul, Cecilia del Carmen identificado con DNI 74570057 de la carrera profesional de Tecnología Médica en Terapia Física y Rehabilitación realizar su trabajo denominado "FACTORES PSICOSOCIALES EN PACIENTES CON DOLOR LUMBAR CRÓNICO DEL REHAVITALE SERVICIOS DE ESPECIALIDADES MÉDICAS, PERIODO 2023", para optar el grado de licenciado Tecnólogo Médico en Terapia Física.

Atentamente

Jesús María, 20 de Octubre del 2023

  
Omar William Pachas Valerio  
GERENTE GENERAL  
DNI 41634487

*"Más profesión cuidando la vida"*

Av. Guillermo de la Fuente N° 260 – Int. 40 – sede Comas. Av. Horacio Urteaga 1234 Int. 43 – sede Jesús María Telf. 9067737221 / 912754968



## Anexo 7: Aprobación del comité de ética



### COMITÉ INSTITUCIONAL DE ÉTICA PARA LA INVESTIGACIÓN

#### CONSTANCIA DE APROBACIÓN

Lima, 19 de febrero de 2024

Investigador(a)  
Cecilia del Carmen Bardales Chuquipul  
Exp. N°: 0024-2024

---

De mi consideración:

Es grato expresarle mi cordial saludo y a la vez informarle que el Comité Institucional de Ética para la investigación de la Universidad Privada Norbert Wiener (CIEI-UPNW) evaluó y **APROBO** los siguientes documentos:

- Protocolo titulado: "Factores psicoemocionales en pacientes con dolor lumbar crónico del REHAVITALE servicios de especialidades médicas, periodo 2023." Versión 01 con fecha 19/01/2024.
- Formulario de Consentimiento Informado Versión 01 con fecha 19/01/2024.

El cual tiene como investigador principal al Sr(a) Cecilia del Carmen Bardales Chuquipul y a los investigadores colaboradores (no aplica)

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. El Informe de Avances se presentará cada 6 meses, y el informe final una vez concluido el estudio.
3. Toda enmienda o adenda se deberá presentar al CIEI-UPNW y no podrá implementarse sin la debida aprobación.
4. 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.

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

Atentamente,



Raul Antonio Rojas Ortega  
Presidente

Comité Institucional de Ética para la Investigación  
UPNW

## ● 12% de similitud general

Principales fuentes encontradas en las siguientes bases de datos:

- 9% Base de datos de Internet
- Base de datos de Crossref
- 10% Base de datos de trabajos entregados
- 2% Base de datos de publicaciones
- Base de datos de contenido publicado de Crossref

### FUENTES PRINCIPALES

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

1	<b>hdl.handle.net</b> Internet	<1%
2	<b>zagan.unizar.es</b> Internet	<1%
3	<b>Universidad Internacional Isabel I de Castilla on 2017-05-23</b> Submitted works	<1%
4	<b>repositorio.unsa.edu.pe</b> Internet	<1%
5	<b>repositorio.upao.edu.pe</b> Internet	<1%
6	<b>Universidad de San Martín de Porres on 2017-11-09</b> Submitted works	<1%
7	<b>Universidad Wiener on 2024-10-05</b> Submitted works	<1%
8	<b>repositorio.uam.es</b> Internet	<1%