



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**

**“LUMBALGIA Y CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO MAYOR
ATENDIDO EN EL CENTRO DE SALUD SAN GENARO DE VILLA
- CHORRILLOS – LIMA 2013”**

**TESIS PARA OPTAR EL TITULO DE LICENCIADA EN
ENFERMERÍA**

BACHILLER: MAURA, PALOMINO CARRASCO.

LIMA - PERÚ

2016

**“LUMBALGIA Y CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO MAYOR
ATENDIDO EN EL CENTRO DE SALUD SAN GENARO DE VILLA
- CHORRILLOS – LIMA 2013”**

DEDICATORIA

Dedico esta investigación trabajo a mis padres por darme las fuerzas para seguir adelante y todas las personas que por una u otra forma me apoyaron.

AGRADECIMIENTO

A Dios por estar conmigo en cada paso que doy, por fortalecer mi corazón y mi mente, y por poner a personas que han sido mi soporte y compañía dentro de estos años.

RESUMEN

La presente investigación tuvo como Objetivo: Determinar la relación entre la lumbalgia y la calidad de vida del adulto mayor atendido en el Centro de Salud San Genaro de Villa –Chorrillos –Lima- marzo- junio 2013. Es una investigación descriptiva correlacional, se trabajó con una muestra de 115 adultos mayores, para el recojo de la información se utilizó un cuestionario tipo Likert de 32 ítems, la validez del instrumento se realizó mediante la prueba de concordancia del juicio de expertos obteniendo un valor de (0,869); la confiabilidad se realizó mediante el alfa de Cronbach con un valor de (0,913). La prueba de Hipótesis se realizó mediante la R de Pearson con un valor de 0,865 y un nivel de significancia de $p < 0,05$.

Los adultos mayores con Lumbalgia en un nivel ALTO tienen una baja calidad de vida, los adultos mayores con Lumbalgia Media tienen una calidad de vida Regular y los adultos mayores con Lumbalgia Baja tienen una buena calidad de vida. Estos resultados nos indican que existe una Relación inversa entre ambas variables: Los que tienen Lumbalgia en menor nivel tienen mejor calidad de vida y los que tienen Lumbalgia en un nivel Alto tienen a su vez una menor calidad de vida. Estos resultados se presentan teniendo en consideración lo que responden los adultos mayores, quienes señalan que CASI SIEMPRE, se desplazan ayudados por otras personas o sostenidos por un bastón, así como están dispuestos a aprender cosas nuevas. Señalan también que A MENUDO leen libros, revistas o periódicos. ALGUNAS VECES Son importantes para su familia. Se sienten solos y desamparados en la vida. Su vida es aburrida y monótona. Pueden expresar a su familia lo que sienten y piensan. Sus creencias les dan seguridad en el futuro. Sus familias les tienen en cuenta para tomar decisiones relacionadas con los problemas del hogar. CASI NUNCA sus viviendas tienen buenas condiciones para vivir solo en ella. Así como casi nunca su vivienda resulta cómoda para sus necesidades.

Palabras Claves: *Lumbalgia, la calidad de vida, adulto mayor*

ABSTRAC

This study was Objective: To determine the relationship between low back pain and quality of life of the elderly treated at the Health Center San Genaro de Villa Chorrillos -Lima- March- June 2013. It is a correlational descriptive research, we worked with a sample of 115 older adults, for the gathering of information used a Likert questionnaire of 32 items, the validity of the instrument was performed using the concordance test expert judgment obtaining a value of (0.869); reliability was performed using Cronbach's alpha with a value of (0.913). Hypothesis testing was performed by Pearson R with a value of 0.865 and a significance level of $p < 0.05$.

Older adults with low back pain at a high level have a low quality of life, older adults with low back pain Media have a quality of life Regular and older adults with low back pain Low have a good quality of life. These results indicate that there is an inverse relationship between the two variables: Those with lesser level Lumbalgia have better quality of life and those who have low back pain at a high level in turn have a lower quality of life. These results are presented taking into consideration responding seniors who said they almost always move helped by other people or supported by a cane and are willing to learn new things. also they note that often read books, magazines or newspapers. SOMETIMES they are important to your family. They feel alone and helpless in life. His life is boring and monotonous. They can express his family what they feel and think. Your beliefs give them security in the future. Their families have them in mind to make decisions about household problems. RARELY their homes have good conditions to live alone in it. And almost never your home is comfortable for your needs.

Keywords: Back pain, quality of life, elderly

INDICE

Pág.

DEDICATORIA

AGRADECIMIENTO

RESUMEN

i

ABSTRAC

ii

ÍNDICE

iii

INTRODUCCIÓN

v

CAPITULO I: EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

| | |
|---------------------------------------|---|
| 1.1. Planteamiento del problema | 1 |
| 1.2. Formulación del problema | 4 |
| 1.3. Objetivos de la investigación | |
| 1.3.1. Objetivo general | 4 |
| 1.3.2. Objetivos específicos | 5 |
| 1.4. Justificación del estudio | 5 |
| 1.5. Limitaciones de la Investigación | 6 |

CAPITULOII: MARCO TEÓRICO

| | |
|---|----|
| 2.1. Antecedentes del estudio | 7 |
| 2.2. Base teórica | 12 |
| 2.3. Definición de términos | 33 |
| 2.4. Hipótesis | 33 |
| 2.5. Variables | 34 |
| 2.5.1. Definición conceptual de las variable | 34 |
| 2.5.2. Definición operacional de las variable | 34 |
| 2.5.3. Operacionalización de la variable | 36 |

CAPITULOIII: METODOLOGIA

| | |
|---|----|
| 3.1. Tipo y nivel de investigación | 37 |
| 3.2. Descripción del ámbito de la investigación | 38 |

| | |
|---|-----------|
| 3.3. Población y muestra | 39 |
| 3.4. Técnicas e instrumentos para la recolección de datos | 40 |
| 3.5. Validez y confiabilidad del instrumento | 41 |
| 3.6. Plan de recolección y procesamiento de datos | 42 |
| CAPÍTULO IV: RESULTADOS | 43 |
| CAPÍTULO V: DISCUSION | 48 |
| CONCLUSIONES | 51 |
| RECOMENDACIONES | 54 |
| REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 55 |
| ANEXOS | |
| Matriz | |
| Instrumento | |

INTRODUCCIÓN

Aunque los adultos mayores pueden experimentar los dolores relacionados con las afecciones que afectan también a adultos más jóvenes, las personas mayores de 60 años de edad son más propensas a sufrir dolores relacionados con la degeneración de las articulaciones de la columna vertebral. Dos de las causas más comunes de la lumbalgia en los adultos mayores son la artrosis y la estenosis vertebral.

De acuerdo con las proyecciones de población (Concejo Nacional de población), en 2004 había cerca de 7.9 millones de adultos de más de 60 años, que representaban 7.5% del total de la población. Para 2010 habría 9.9 millones (8.9%), 15 millones en 2020 (12.5%) poco más de 22 millones en 2030 (17.5%) y se espera que para 2050 aumente a 36.5 millones (28%). De ahí que se estime para ese año que poco más de una de cada cuatro personas serán adultos de más de 60 años, representando para ese grupo etario el mayor crecimiento demográfico.

Por otro lado, no todas las personas viven la vejez de la misma manera, pues su funcionamiento durante ésta se encuentra relacionado con las acciones y omisiones que cada persona realiza durante el transcurso de su vida; es decir, “la vejez se construye desde la juventud”. Así, a pesar de que el proceso de envejecimiento es normal, natural e inevitable, puede tener distintos resultados, generalmente reflejo de los cuidados o descuidos a lo largo de la vida.

El garantizar una vida de calidad a las personas mayores es un nuevo reto que seguirá cobrando importancia en el contexto de la cooperación internacional y en las agendas nacionales en la mayoría de los países durante las próximas décadas. En el plano individual, las personas que ya cumplieron 50 años podrían llegar a cumplir 100; por ende, es urgente reflexionar sobre la calidad de vida que se quiere tener en la vejez y tomar medidas encaminadas a proteger la salud y bienestar en el futuro.

La presente investigación para fines de estudio contiene:

Capítulo I: El problema de investigación, Planteamiento del problema, Formulación del problema, Objetivos de la investigación, Justificación del estudio, Limitaciones de la investigación.

Capítulo II: Marco Teórico, Antecedentes del estudio, Bases teóricas, Definición de términos, Variables su definición conceptual, operacional, y la operacionalización de la variable

Capítulo III: Metodología, Tipo y nivel de investigación, Descripción del ámbito de la investigación, Población y muestra, Técnicas e instrumentos para la recolección de datos, Validez y confiabilidad del instrumento y el Plan de recolección y procesamiento de datos.

Capítulo IV: En él se hace mención a los resultados obtenidos después de procesar los datos.

Capítulo V: En él se realiza la discusión de los resultados obtenidos terminando con la presentación de las referencias bibliográficas y anexos.

CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El dolor de espalda o molestia lumbar actualmente es considerado como un síntoma, no como una enfermedad, tiene una etiología multifactorial y ocurre frecuentemente en toda la población, en todas las edades, en todos los estratos sociales y ocupaciones.

Diversos estudios apoyados en la evidencia, afirman que un importante porcentaje de lumbalgias tienen su origen en situaciones biomecánicas inadecuadas, considerando factores tales como resistencia muscular, fuerza muscular, postura estática y dinámica, aceleración, velocidad del movimiento y número de repeticiones. Por otra parte, distintos autores lo relacionan con causas físicas (El peso, la talla y el índice de masa corporal (IMC)), genéticas y tóxicas (tabaco) además de considerar otros factores que perpetúan la sintomatología, tales como, perfil psicológico, satisfacción laboral, remuneración, etc.

Al igual que con muchas otras ramas de la medicina los datos epidemiológicos se extrapolan principalmente de estudios realizados en países desarrollados como los Estados Unidos. Sin embargo, es sólo

hasta hace 20 años que el número de pacientes con dolor crónico se está cuantificando en forma sistemática en ese país. Las cifras han aumentado considerablemente; hasta la actualidad el dolor crónico es costoso no sólo en términos económicos sino en sufrimiento e incapacidad. Su manejo le cuesta a Estados Unidos 100 billones anuales. (1)

La lumbalgia, es decir el dolor que sufren las personas en la parte baja de la espalda, es una dolencia que repercute notablemente en la economía nacional, así como en la economía familiar y en el bienestar general de las personas, ya que inclusive puede derivar en situaciones de discapacidad es causa frecuente de ausentismo laboral en el Perú y en el mundo un millón de trabajadores en el Perú sufre afección a la zona lumbar de la columna vertebral o espalda baja como consecuencia de sus actividades laborales, lo que provoca que el 35 por ciento de inasistencias en las áreas administrativas obedezca a ese problema de salud. Si se considera que cada persona requiere al menos ocho días para recuperarse, se entiende que el tratamiento debe costar unos dos mil 400 dólares por persona, lo que al multiplicarse por el millón de afectados hace una suma muy elevada. (2)

ESSalud refirió que aproximadamente el 80 por ciento de los descansos médicos se deben a los dolores derivados de la lumbalgia, enfermedad que es uno de los problemas de salud más prevalentes en la población general. Que el dolor lumbar generalmente se presenta entre los 30 y 50 años. Los factores de riesgo laborales asociados a mayor riesgo de lumbago son: trabajo físico pesado, posturas de trabajos estáticos, flexiones y torsiones frecuentes, levantamiento de peso, impulsiones y tracciones, trabajo repetitivo, vibraciones, factores psicológicos y psicosociales. (3)

El envejecimiento es un proceso natural, fisiológicamente establecido de la evolución del hombre. Esta etapa supone la aparición de cambios irreversibles, que con el paso del tiempo, afectan a células, tejidos y

órganos. Supone una disminución del 13% del metabolismo basal a partir de los 65 años debido a la reducción de la masa muscular, descenso de la función cardiovascular, aumento del índice de osteoporosis, artrosis y deterioro mental lo que constituyen factores que contribuyen a un estilo de vida sedentario que es también un nuevo estilo de vida de la sociedad. con las afecciones que afectan también a adultos más jóvenes, las personas mayores de 60 años de edad son más propensas a sufrir dolores relacionados con la degeneración de las articulaciones de la columna vertebral. Dos de las causas más comunes de la lumbalgia en los adultos mayores son la artrosis y la estenosis vertebral.

El concepto calidad de vida ha sido utilizado por especialistas de las más diversas disciplinas, como filósofos, economistas, sociólogos, psicólogos y médicos. Cada cual ha enfocado el tema de manera diferente. Los ambientalistas han puesto énfasis en las condiciones y los atributos del ambiente biológico y en la importancia de preservar los recursos naturales; los economistas, en indicadores como el producto nacional bruto; mientras que los psicólogos, en las necesidades humanas y su satisfacción. Hay que tener en cuenta que el concepto calidad de vida es utilizado fundamentalmente en el contexto médico, y es aquí donde alcanza su mayor magnitud. La calidad de vida es un concepto eminentemente evaluador, multidimensional y multidisciplinario.

La calidad de vida en la tercera edad debe estar ajustada a la esperanza de vida, de lo contrario aumentaría la expectativa de incapacidad, por lo que, matemáticamente, se puede expresar que el aumento de la calidad de vida es inversamente proporcional a la expectativa de incapacidad. (4)

En el Perú actualmente hay 2'700.000 personas mayores de 60 años, lo que representa el 9% de la población total del país. En cuanto a género, al año 2012, la población de mujeres mayores de 60 años asciende a 1'986.709 personas. Mientras tanto, la población masculina es de 1'845.565.

Cada año, los adultos mayores aumentan en 3,3% y se espera que al año 2021, dicho grupo poblacional sea de 3'727.000 y represente así el 11,2%. los departamentos en los que reside el mayor número de personas de 60 años a más son Arequipa, Moquegua, Lima y la Provincia Constitucional del Callao. En tanto, con 4.6%, Madre de Dios es el departamento con menor población adulta mayor en el Perú. El incremento de los años que en promedio vive la gente. Tal es así que, entre 1950 y 1955, la esperanza de vida de la mujer era de 74 años y del hombre de 73. Pero en el quinquenio hasta el 2015, el ente estima que la esperanza de vida de la mujer aumentaría a 83 años y la del hombre a 80.
(5)

Durante las practicas pre-profesionales en el área de atención integral del Adulto mayor se pudo apreciar con gran frecuencia se quejaban de dolor lumbar que no les permitía hacer sus actividades básicas de diario vivir por lo que motivo a realizar la presente investigación.

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuál es la relación entre la lumbalgia y la calidad de vida del adulto mayor atendido en el Centro de Salud San Genaro de Villa –Chorrillos – Lima- marzo- junio 2013?

1.3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.3.1. Objetivo General

Determinar la relación entre la lumbalgia y la calidad de vida del adulto mayor atendido en el Centro de Salud San Genaro de Villa –Chorrillos –Lima- marzo- junio 2013.

1.3.2. Objetivos Específicos

- J Identificar la relación entre la lumbalgia y la percepción de la salud del adulto mayor atendido en el Centro de Salud San Genaro de Villa –Chorrillos –Lima- marzo- junio 2013.
- J Identificar la relación entre la lumbalgia y las condiciones socioeconómicas del adulto mayor atendido en el Centro de Salud San Genaro de Villa –Chorrillos –Lima marzo- junio-2013.
- J Identificar la relación entre la lumbalgia y la satisfacción por la vida del adulto mayor atendido en el Centro de Salud San Genaro de Villa —Chorrillos –Lima marzo- junio - 2013.

1.4. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

Las estimaciones más optimistas calculan que el 80% de la población ha padecido o padecerá lumbalgia en algún momento de su vida. La mayoría se cura espontáneamente, sin recurrir a ningún tratamiento médico. Estadísticamente, 8 de cada 10 personas sufrirán de dolores lumbares en algún momento de sus vidas y esta es la principal causa de baja laboral en el mundo occidental. También es uno de los problemas de salud más costosos para nuestra industria y sociedad por la pérdida de días de trabajo y costo de su tratamiento. De manera que el dolor lumbar se puede considerar un mal endémico, el cual ha sido muy estudiado por los profesionales de las ciencias de la salud para desarrollar guías de tratamiento multidisciplinario.

El presente estudio es pertinente porque el propósito de la enfermería es ayudar al adulto mayor y sus cuidadores a enfrentar el proceso de envejecimiento, entendiéndolo como proceso natural y adaptativo e interviniendo en maximizar sus fuentes de poder. Así mismo se relaciona

con la teoría de Dorothea Orem explica el concepto de autocuidado como una contribución constante del individuo a su propia existencia: "El autocuidado es una actividad aprendida por los individuos, orientada hacia un objetivo. Es una conducta que existe en situaciones concretas de la vida, dirigida por las personas sobre sí mismas, hacia los demás o hacia el entorno, para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud o bienestar"

Los resultados de la investigación servirán de base para posteriores investigaciones relacionados con el tema de trabajo.

La utilidad del estudio es que permitirá identificar la probabilidad de riesgo en las lumbalgias y tomar medidas preventivas promocionales que permitan al paciente proteger su salud y prevenir la enfermedad.

Dicho trabajo tiene el respaldo científico porque la información cuenta con la referencia respectiva, y a su vez originara nuevos conocimientos.

1.5. LIMITACIONES DE LA INVESTIGACION

La primera Limitación corresponde a la población de estudio, ya que la muestra será tomada de la población adulto mayor que se atiende en el Centro de Salud San Genaro de Villa -Chorrillos. Marzo - junio 2013.

La segunda Limitación corresponde a que no se abordaron todos los factores que la literatura señala que tiene relación con la lumbalgia como son: el tabaquismo, estrés no se abordaron los factores como son: el trabajo. El clima laboral etc.

CAPÍTULO II: MARCO TEORICO

2.1. ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

2.1.1. A nivel internacional

A. Hermoza, A. Cerca de un millón de trabajadores en Perú sufre lumbalgia. La Revista.pe/ Sociedad. 2010. Perú. En su tesis “Guía para la identificación de factores de riesgo biomecánicos causantes de lumbalgia ocupacional en personal de enfermería de áreas críticas de un hospital público” Maracay – Venezuela.

La investigación se desarrolló a través de un proyecto factible, de tipo de campo con apoyo en una investigación documental. Como instrumentos de recolección de datos, se efectuó un arqueológico documental, mediante la revisión y análisis de métodos ergonómicos y protocolos reconocidos por el Instituto Nacional de Seguridad e Higiene del trabajo de España, con el propósito de extraer los temas de interés a ser incluidos en el trabajo especial

de grado y en la guía a proponer; de igual forma, se realizaron visitas a un hospital público del Estado Zulia, en donde se efectuó una observación directa de tipo participante, la cual se apoyó en un guión de identificación de factores de riesgos biomecánicos, con la finalidad tener una visión analítica en tiempo real de las actividades y tareas realizadas por las enfermeras licenciadas, técnicas, auxiliares de enfermería y camareras. A partir de los resultados obtenidos del arqueo documental y la observación directa, se determinó como principales factores de riesgo biomecánicos causantes de lumbalgia ocupacional, la manipulación de pacientes, la repetitividad o frecuencia de las tareas y las posturas inadecuadas, adoptadas durante la actividad laboral, y se procedió a analizar, organizar y compilar los elementos que debían ser incluidos en el desarrollo de la propuesta objeto de estudio. Finalmente se desarrolló una Guía para la Identificación de Factores de Riesgo Biomecánicos Causantes de Lumbalgia Ocupacional en Enfermeras de Áreas Críticas de un Hospital Público. (6)

B. Mariano Noriega, E., M.; Barron Soto, A. y Sierra Martinez, O. “La polémica sobre las lumbalgias y su relación con el trabajo: estudio retrospectivo en trabajadores con invalidez”. Universidad Autónoma Metropolitana, México DF. Rio de Janeiro Brasil, Universidad Autónoma Metropolitana, México DF. Matemáticas Aplicadas y en Sistemas. 2005, 880 -882.

La lumbalgia es un padecimiento de alta prevalencia en la población trabajadora mexicana y tiene repercusiones económico-sociales de enorme alcance. Las cifras oficiales muestran que por lo menos entre el 10,0 y 15,0% de los dictámenes de invalidez se deben a ella.

Este dictamen se otorga sólo cuando se ha demostrado que la no tuvo relación con el trabajo. Sin embargo, esta investigación muestra que existe tal relación. El estudio fue retrospectivo y se consideraron a todos los trabajadores con dictamen de invalidez por lumbalgia (210 casos), en un hospital del IMSS de la Ciudad de México, durante un periodo de 7 años. Los resultados muestran la asociación e interacciones entre la lumbalgia invalidante y variables laborales como: puesto de trabajo, antigüedad, esfuerzo físico y levantamiento de cargas. Se discute sobre las dificultades y la precisión diagnósticas de la lumbalgia, así como sobre la causalidad del síndrome. Se sugieren algunas vías clínicas, epidemiológicas y legales para su estudio y prevención. (6)

C. González Saavedra, A. Trastornos Músculo-Esqueléticos y su relación con los Factores Psicosociales Laborales. Universidad de Concepción. 2009.

El propósito de este escrito es argumentar la importancia de la relación que existe entre las patologías de origen músculo-esquelético y los factores psicosociales presentes en el ámbito laboral. Se trata del análisis de variados estudios epidemiológicos que utilizan diversas metodologías. Se ha investigado sobre todo aspectos como satisfacción con el trabajo, el apoyo social y el grado de control que los trabajadores consideran tener sobre su trabajo, así como aspectos del medio ambiente de trabajo que comprenden aspectos del puesto de trabajo y del entorno de trabajo, como el clima o cultura de la organización, las funciones laborales, las relaciones interpersonales en el trabajo y el diseño y contenido de las tareas. En la literatura publicada son cada vez más los estudios que demuestran la influencia de los

factores psicosociales del trabajo en la aparición de trastornos músculo-esqueléticos, entre ellos el dolor en la parte baja de la espalda y los trastornos de los miembros superiores. Los efectos de la organización del trabajo son más intangibles e inespecíficos, y se manifiestan a través de diversos mecanismos emocionales, cognitivos, conductuales y fisiológicos. Se propone que un adecuado apoyo social, la variedad en el trabajo y la oportunidad de utilizar las propias capacidades del individuo parecen resultar protectoras contra el ausentismo laboral producto de trastornos músculo-esqueléticos. (7)

D. Dueñas González Dianelis, Bayarre Veá Héctor D., Triana Álvarez Eduardo, Rodríguez Pérez Vivian. Calidad de vida percibida en adultos mayores de la provincia de Matanzas. Rev Cubana Med Gen Integr. 2009, 25.

El estudio de la calidad de vida es de gran utilidad en las envejecidas, en tanto constituye un trazador cualitativo de la salud en este segmento poblacional, aquejado con frecuencia de discapacidades que limitan su desempeño social. El objetivo es describir el comportamiento de la calidad de vida percibida en general, y su relación con variables seleccionadas en adultos mayores de la provincia de Matanzas. De igual forma, se realizó un estudio descriptivo de corte transversal, en un universo de 108 559 adultos mayores, de los que se seleccionó una muestra de 741, por muestreo estratificado polietápico. Se aplicaron el Examen Mínimo del Estado Mental y la Escala para la Evaluación de la Calidad de Vida Percibida. Se calcularon frecuencias absolutas y porcentajes, y se aplicó la prueba de homogeneidad y otras específicas como Bartholomew, Rídit Analysis y χ^2 para la regresión. El procesamiento se realizó con SPSS versión 11,5, y

Epidat 3,1. Los resultados de presentan en tablas. Los resultados obtenidos es el: predominio de calidad de vida percibida baja, que constituyó el 43,3 % de la muestra investigada. Hubo diferencias importantes en el comportamiento de la calidad de vida por edad y escolaridad, con tendencia a empeorar en la medida que se incrementa la edad ($p=0,000$) y disminuye la escolaridad ($p=0,000$). No hubo diferencias por sexo ($p=0,343$) ni por estado conyugal ($p=0,123$). Llegando a la conclusión de que el predominio de baja calidad de vida en la población investigada evidencia la necesidad de continuar el estudio sobre este constructo, para lo cual resulta de interés su relación con la edad y la escolaridad.(8)

2.1.2. A nivel nacional

A. Bazán Cristhian Santiago, C. F. C., J. y Davila Ochoa. "Prevalencia y los factores asociados al dolor lumbar en amas de casa mayores de 18 años en el Asentamiento Humano Daniel A. Carrión del Distrito de San Martín de Porres. Perú. 2007.

En su objetivo: Determinar la Prevalencia y los Factores Asociados al dolor lumbar en amas de casa mayores de 18 años en el Asentamiento Humano Daniel A. Carrión del Distrito de San Martín de Porres; en el año 2007. Estudio descriptivo transversal de 260 amas de casa del Asentamiento Humano Daniel A. Carrión, elegidas en forma probabilística. Para la obtención de los datos se utilizó una encuesta validada previamente, la cual estuvo dividida en dos partes: Determinar la Prevalencia y Factores que influyen en el dolor lumbar del presente estudio; Asimismo para determinar el índice de masa corporal (IMC) se utilizó un flexómetro y una balanza. La prevalencia de dolor lumbar fue 80.8%. La edad tuvo un promedio de $41,06 \pm 13,09$ años. En el

estudio se encontró diferencias estadísticamente significativas entre dolor lumbar y las siguientes variables: Frecuencia de levantar y transportar carga

Pesada ($p=0.001$); Presencia de Hijos menores de 6 años ($p=0.001$); Ocupación: Amas de casa ($p=0.004$); Amas de casa con otras actividades ($p=0.004$) resaltando la actividad de comerciante ($p=0.006$), Ansiedad ($p=0.003$) y Depresión ($p=0.009$). En la población de estudio el dolor lumbar presentó una prevalencia de un 80.8%. Con respecto a la asociación lumbar con el factor levantar y transportar carga pesada, presencia de hijos menores de 6 años, ocupación ansiedad y depresión, según nuestro estudio influyen en el desarrollo del dolor lumbar en nuestra unidad operativa. (9)

2.2. BASE TEÓRICA

2.2.1. Teoría de enfermería de Dorothea Orem

Teoría General del Autocuidado, la cual trata de tres subcategorías relacionadas, la teoría del autocuidado, la teoría del déficit del autocuidado y la teoría de sistema de enfermería.

A. La teoría del autocuidado:

En la que explica el concepto de autocuidado como una contribución constante del individuo a su propia existencia: "El autocuidado es una actividad aprendida por los individuos, orientada hacia un objetivo. Es una conducta que existe en situaciones concretas de la vida, dirigida por las personas sobre sí mismas, hacia los demás o hacia el entorno, para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud o bienestar". Define además tres requisitos de autocuidado, entendiendo por tales los objetivos o

resultados que se quieren alcanzar con el autocuidado, indican una actividad que un individuo debe realizar para cuidar de sí mismo:

-) Requisitos de autocuidado universal: son comunes a todos los individuos e incluyen la conservación del aire, agua, eliminación, actividad y descanso, soledad e interacción social, prevención de riesgos e interacción de la actividad humana.
-) Requisitos de autocuidado del desarrollo: promover las condiciones necesarias para la vida y la maduración, prevenir la aparición de condiciones adversas o mitigar los efectos de dichas situaciones, en los distintos momentos del proceso evolutivo o del desarrollo del ser humano: niñez, adolescencia, adulto y vejez.
-) Requisitos de autocuidado de desviación de la salud: que surgen o están vinculados a los estados de salud .(10)

B. La teoría del déficit de autocuidado:

En la que describe y explica las causas que pueden provocar dicho déficit. Los individuos sometidos a limitaciones a causa de su salud o relaciones con ella, no pueden asumir el autocuidado o el cuidado dependiente. Determina cuándo y por qué se necesita de la intervención de la enfermera.

2.2.2. Lumbalgia o dolor de espalda baja

A. Anatomía de la Columna Vertebral

La columna lumbosacra está formada por cinco vértebras lumbares, el sacro y el coxis.

a. Elementos óseos.

Los cuerpos de las vértebras lumbares son anchos. Los pedículos son cortos y fuertes. Las apófisis espinosas de aspecto cuadrangular se orientan ligeramente hacia atrás y las apófisis articulares se dirigen en sentido antero lateral. Las apófisis transversas son largas y delgadas con excepción de la quinta vértebra lumbar que las tiene anchas y cortas.

El conducto raquídeo presenta una parte central y otra parte periférica o canal radicular. La forma del canal es oval debido a la morfología posterior de las vértebras, pero se va haciendo triangular conforme descendemos a la L5.

b. Disco intervertebral.

En esta porción del raquis adquiere gran importancia a ya que su grosor contribuye a un tercio de la altura de la columna. Está formado por tres partes, núcleo pulposo, anillo fibroso y placas vertebrales.

c. Estructuras nerviosas.

El cono medular se encuentra unido a la primera y segunda vértebra lumbar por un ligamento llamado filum terminales que desciende y se fija al primer segmento coxígeo. Las raíces nerviosas salen casi en ángulo recto a nivel de L1, sin embargo conforme descendemos su trayecto se hace más oblicuo. (11)

La columna vertebral está constituida por piezas óseas superpuestas, las vértebras, cuyo número es de 33 o 34. La columna vertebral comprende 5 zonas que desde arriba hacia abajo son:

) Cervical, formada por 7 vértebras.

-)] Dorsal o Torácica, formada por 12 vértebras.
-)] Lumbar, formada por 5 vértebras.
-)] Sacra, formada por 5 vértebras.
-)] Coccígea, formada por 4 o 5 vértebras.

Las últimas dos regiones están formadas por vértebras que inicialmente son individuales y luego se unen o "suedan", para formar los huesos sacro y cóxis. (12)

Tiene tres funciones:

-)] Permite el movimiento entre las partes del cuerpo.
-)] Sostiene y da forma al cuerpo.
-)] Protege la médula espinal.

Las vértebras están unidas por un sistema de ligamentos, músculos que controlan tanto los movimientos inconscientes como los activos, conscientes.

En la parte trasera de las terminales nerviosas, los arcos neuronales o vertebrales forman un canal que encierra los nervios espinales, los cuales salen a través de la foramina intervertebral. Estos nervios controlan los músculos del tronco y las extremidades.

Adicionalmente, las vértebras están unidas por un poderoso sistema de ligamentos. Los músculos unidos a varios puntos a lo largo de la columna vertebral controlan tanto la estabilización inconsciente del torso, como los movimientos activos, conscientes. (13)

B. Lumbalgia o dolor de espalda baja

La lumbalgia es tal vez la forma más común de dolor axial, referido al dolor en la parte baja de la espalda a nivel de las vértebras lumbares. La Organización Mundial de la Salud (OMS) señala que el dolor de espalda baja no es ni una enfermedad ni una entidad diagnóstica, sino que se trata del dolor de duración variable en un área de la anatomía, afectada de manera tan frecuente que se ha convertido en un paradigma de respuestas a estímulos externos e internos. La incidencia y prevalencia del dolor de espalda baja son similares en el mundo, pero esta dolencia tiene rangos altos como causa de discapacidad e incapacidad para laborar, así como afección en la calidad de vida y como causa de consulta médica. En muchas ocasiones el origen es oscuro y sólo en una minoría de los casos hay una explicación directa con una enfermedad orgánica existente.

De acuerdo con la Sociedad Internacional para el Estudio de la Columna Lumbar, la lumbalgia se define como el síndrome doloroso localizado en la región lumbar con irradiación eventual a la región glútea, las caderas o la parte distal del abdomen. En el estado agudo, este síndrome se agrava por todos los movimientos y en la forma crónica solamente por ciertos movimientos de la columna lumbar. Cuando al cuadro doloroso se agrega un compromiso neurológico radicular, la lumbalgia se convierte en lumbociática y el dolor es entonces referido a una o ambas extremidades pélvicas.

Hay amplia variedad en los cuidados, hecho que sugiere que existe una falta de certeza profesional acerca del abordaje adecuado. (14)

a. Causas de la lumbalgia

A medida que las personas envejecen, la fuerza ósea y la elasticidad y el tono muscular tienden a disminuir. Los discos comienzan a perder líquido y flexibilidad, lo que disminuye la capacidad de proteger a las vértebras. El dolor puede producirse cuando, por ejemplo, alguien levanta algo muy pesado o se estira demasiado, causando un esguince, torcedura o espasmo en uno de los músculos o ligamentos de la espalda. Si la columna se tuerce o comprime demasiado, un disco puede romperse o sobresalir. Esta ruptura puede poner presión sobre uno de los más de 50 nervios enraizados en la médula espinal que controlan los movimientos del cuerpo y transmiten señales desde el cuerpo al cerebro. Cuando estas raíces nerviosas se comprimen o irritan, se produce el dolor de espalda.

El dolor lumbar puede reflejar irritación nerviosa o muscular o lesiones óseas. La mayoría de los dolores lumbares se produce a continuación de una lesión o trauma en la espalda, pero el dolor también puede estar causado por enfermedades degenerativas como artritis o enfermedad de disco, osteoporosis u otras enfermedades óseas, infecciones virales, irritación de las articulaciones y los discos, o anomalías congénitas en la columna. En ocasiones, el dolor lumbar puede indicar un problema médico más serio. El dolor acompañado de fiebre o la pérdida de control vesical o intestinal, dolor al toser, y debilidad progresiva en las piernas pueden indicar un nervio pellizcado u otra afección seria. Las personas con diabetes pueden tener dolor de espalda intenso o dolor que se irradia a la pierna relacionada con la neuropatía. Las personas con estos síntomas deben comunicarse inmediatamente con su médico para ayudar a impedir un daño permanente. (11)

b. Clasificación del dolor lumbar

) Según el tiempo de evolución

Z Dolor lumbar agudo: Dolor que dura menos de 6 semanas.

Z Dolor lumbar crónico: Dolor con duración que sobrepasa las 12 semanas (3 meses).

Z Dolor lumbar sub agudo: Dolor con duración de un lapso de tiempo entre estos dos períodos

) Según la estructura anatómica comprometida

Z Dolor lumbar no radicular

Z Dolor lumbar radicular (lumbociática)

Z Lumbalgia compleja o potencialmente catastrófica

) Según el origen

Z De acuerdo con el origen, el dolor lumbar puede clasificarse dentro de dos grandes grupos

Z Dolor somático: originado en los músculos y fascias, discos intervertebrales, articulaciones facetarias, periostio, complejo ligamentario, duramadre y vasos sanguíneos.

Z Dolor radicular: que se origina en los nervios espinales.

c. Síntomas de la Lumbalgia

Al evaluar los síntomas de dolor de espalda antes que nada se debe tener presente dos cosas:

-) El dolor de espalda suele ser el síntoma de alguna dolencia, desorden o patología.
-) Existen distintas maneras de experimentar el dolor de espalda.

Las personas usan la palabra dolor para referirse a sensaciones que pueden ser muy distintas de una persona a otra. Sin embargo, es importante identificar los matices de cómo se siente el dolor de espalda. Para que los especialistas médicos puedan obtener importante información.

Esta descripción detallada de los síntomas junto con el historial médico son, a menudo, suficientes para diagnosticar una causa de tipo general, como una contractura muscular, o incluso una enfermedad específica, como una hernia de disco o la estenosis espinal. (15)

) **Los Síntomas Comunes**

Algunos de los síntomas más usuales del dolor de espalda son los siguientes:

ZEl dolor se localiza en la espalda baja o zona lumbar (NO baja hasta la pierna).

ZEl dolor aparece después de haber levantado algo pesado, por un movimiento brusco o debido a una caída.

ZEl dolor incluye contracturas musculares y sensibilidad al contacto en la zona afectada.

ZEl dolor disminuye con el descanso o empeora al realizar ciertas actividades.

El dolor puede ser agudo o crónico. El dolor agudo suele durar de cuatro a seis semanas. El dolor crónico no remite, es continuo; se trata de un dolor a largo plazo que en algunos casos puede durar toda la vida. Las personas que sufren de dolor crónico suelen pasar ocasionalmente por episodios de dolor agudo. Estos casos suelen tener una causa subyacente como la hernia de disco, la enfermedad degenerativa de los discos o la osteoartritis, entre otras. (15)

) **Síntomas que requieren atención médica pronta**

Es importante que tratar el dolor de espalda apropiadamente. Si el dolor persiste y no remite con el pasar de los días, se debe buscar atención médica. Si se presenta alguno de los siguientes síntomas, buscar a la brevedad apoyo médico:

Z El dolor ha empeorado de una manera significativa.

Z El dolor no te permite desarrollar tus actividades diarias.

Z Debilidad o adormecimiento en la pierna o pelvis.

Z Debilidad, hormigueo o adormecimiento en el brazo o la mano.

Z Incontinencia urinaria o falta de control en los esfínteres.

(16)

d. Factores de riesgo para padecer dolor de espalda

Al irse demostrando que el dolor de espalda no siempre se debe a una alteración orgánica de la columna vertebral, se han comenzado a estudiar los factores que se asocian a un mayor riesgo de padecer dolores de espalda. Hay que ser prudente en la interpretación de sus resultados por cuanto que estos estudios

demuestran que quienes padecen dolor de espalda presentan algunas características con más frecuencia que quienes no lo sufren. Eso significa que esos factores se asocian a un mayor riesgo, no necesariamente que su supresión lo disminuya.

Pese a esa limitación, en aquellos casos en los que se vislumbra el mecanismo por el que el factor asociado a un mayor riesgo puede causar el dolor, se acepta su importancia.

En general, existe consenso sobre la influencia en el dolor de espalda de los siguientes factores:

) **Sobrepeso**

Probablemente por el aumento de carga que conlleva para la columna vertebral.

) **Alta estatura**

A igualdad de los demás factores, el dolor de espalda es más frecuente entre quienes son más altos, probablemente por el aumento de carga que conlleva.

) **Flexo-extensión repetida de la columna**

Probablemente el principal mecanismo sea el aumento de la presión que se produce en el interior del disco intervertebral al flexionar la columna. Si en ese momento se carga peso y se endereza la columna, la presión en la parte posterior del disco se incrementa tanto que puede fisurarlo o romperlo, produciendo una hernia discal. Ese proceso puede ocurrir de una vez, si el esfuerzo es intenso, pero suele producirse por un mecanismo de acumulación; cada flexión inadecuada va aumentando el impacto del núcleo pulposo en la envuelta fibrosa del disco, erosionándola hasta fisurarla o romperla.

Además del disco, también la musculatura se sobrecarga al mantenerse inclinado hacia adelante. Esa postura se mantiene esencialmente por la tensión controlada de la musculatura paravertebral, glútea e isquiotibial, que impide que el cuerpo caiga hacia adelante. Cuanto mayor es el ángulo de flexión, mayor el esfuerzo que debe realizar la musculatura lumbar y menor el número de segmentos que lo hacen.

Estudios mecánicos demuestran que la sobrecarga discal y muscular es mayor si la inclinación se hace con las piernas estiradas, y menor si se flexionan las rodillas y se mantiene la espalda recta.

) **Vibración, probablemente por un triple mecanismo**

La vibración conlleva acortamiento y alargamiento rápido de la musculatura, lo que podría facilitar su contractura. La vibración aumenta cíclica y rápidamente la carga en el disco intervertebral y la articulación facetaria. La vibración provoca directamente la activación de los nervios del dolor en el ganglio espinal.

) **Falta de potencia, resistencia o entrenamiento de la musculatura de la espalda**

Si la musculatura es potente y armónica, el reparto de la carga es correcto y se disminuye el riesgo de padecer contracturas o sobrecargas musculares.

Cuanto mayor es la potencia y resistencia muscular, mayor es la resistencia estructural a la carga.

En condiciones normales, la musculatura duele antes que las demás estructuras de la espalda, de forma que alerta de su posible lesión. Si la musculatura es poco potente, ese mecanismo no funciona eficazmente.

En condiciones normales, la musculatura informa de la posición en el espacio. Cuando la musculatura está poco entrenada esa fuente de información es defectuosa, de forma que se adoptan posturas incorrectas sin ser consciente de ello.

) **Sedentarismo, probablemente por un doble mecanismo**

El mantenimiento prolongado de la postura de sentado conlleva la pérdida de fuerza de la musculatura abdominal y paravertebral, lo que expone la espalda a que pequeñas sobrecargas -por esfuerzos o posturas- causen dolor.

El mantenimiento de esa postura, especialmente cuando no se adopta adecuadamente, incrementa notablemente la presión en el disco intervertebral, facilitando su degeneración o lesión.

Haber padecido episodios previos de dolor de espalda. Los estudios científicos demuestran que una vez que un paciente ha tenido un episodio de dolor de espalda, es muy probable que tenga otros en el futuro. Algunas de las recomendaciones basadas en la evidencia científica disponible establecen que en la mayor parte de los pacientes se repiten crisis dolorosas de vez en cuando, sin que eso signifique necesariamente que esté empeorando o que se haya vuelto a lesionar la espalda. Este hecho podría explicarse por varios motivos:

Un mecanismo neurológico explica que si las células que perciben el dolor en la médula y el cerebro se mantienen activadas durante cierto tiempo, aumenta la facilidad con la que se activan en el futuro, de forma que pequeños estímulos pueden volver a provocar dolor. De hecho, si su activación dura suficiente tiempo, tienden a quedarse activadas aunque desaparezca el estímulo doloroso que las activó inicialmente; en ese caso el dolor persiste aunque desaparezca su causa inicial.

e. Insatisfacción

Los estudios realizados en el ámbito laboral reflejan que la insatisfacción con el puesto de trabajo aumenta el riesgo de padecer dolor de espalda e incrementa el período de baja. Desde el punto de vista médico, y al margen de consideraciones laborales, el mecanismo que puede explicar su influencia podría ser doble:

Un mecanismo similar al del estrés.

La somatización inconsciente de la insatisfacción vital en forma de dolor de espalda.

Por otra parte, y aunque no hay estudios científicos al respecto, los pacientes con dolor de espalda suelen decir con frecuencia que empeoran con los cambios de tiempo. Una explicación podría ser la variación de la presión atmosférica. En el interior de las articulaciones, incluyendo la articulación facetaria, hay vacío (presión cero). Ese vacío facilita que los huesos se mantengan juntos. El descenso de la presión atmosférica podría causar un efecto de succión que agravara la eventual inflamación existente en la zona. Eso explicaría que el dolor apareciera o se agravara

al disminuir la presión atmosférica -es decir, unas horas antes de que cambiara el tiempo. (17)

f. Cuestionario Ronald Morris

Es un cuestionario muy simple, llamado Cuestionario de Roland-Morris por el nombre de los médicos que lo desarrollaron. Se refiere al grado de incapacidad que está padeciendo hoy. (18)

La versión española ha sido adaptada transculturalmente y validada por la Fundación Kovacs en colaboración con un equipo de investigadores de varios hospitales, la propia Fundación Kovacs y varios Centros de Atención primaria del INSALUD. Actualmente está pendiente de publicación.

Los estudios realizados demuestran que el cuestionario de Roland-Morris es fiable y válido para evaluar la incapacidad que puede generar el dolor de espalda, es decir, las limitaciones en las actividades diarias que puede conllevar.

Por ejemplo, si una persona que dos semanas antes valoró su incapacidad en 10 puntos del cuestionario de Roland-Morris que su incapacidad ahora es de 5 puntos, se puede concluir fiablemente que está menos limitado en sus actividades diarias y, por lo tanto, que su incapacidad ha mejorado

Es un cuestionario simple, rápido y puede ser autoadministrado. El índice original consta de 24 preguntas que reflejan la limitación en diversas actividades de la vida diaria, atribuidas por el paciente al DL. El paciente debe contestar considerando su situación actual (las últimas 24 horas). Cada pregunta afirmativa recibe un puntaje de 1, y las negativas de 0. El puntaje se extiende de 0 (ninguna discapacidad causada por el DL) a 24 (máxima discapacidad posible). (19)

2.2.3. Calidad de vida

La calidad de vida es el bienestar, felicidad, satisfacción de la persona que le proporciona una capacidad de actuación en un momento dado de la vida. Es un concepto subjetivo, propio de cada individuo, que está muy influido por el entorno en el que vive como la sociedad, la cultura, las escalas de valores, etc. El término se utiliza en una generalidad de contextos, tales como sociología, ciencias políticas, medicina, etc. No debe ser confundido con el concepto de estándar o nivel de vida, que se basa principalmente en el nivel de ingresos.

Según la OMS, la calidad de vida es: "la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes. El concepto de calidad de vida en términos subjetivos, surge cuando las necesidades primarias básicas han quedado satisfechas con un mínimo de recursos. El nivel de vida son aquellas condiciones de vida que tienen una fácil traducción cuantitativa o incluso monetaria como la renta per cápita, el nivel educativo, las condiciones de vivienda, es decir, aspectos considerados como categorías separadas y sin traducción individual de las condiciones de vida que reflejan como la salud, consumo de alimentos, seguridad social, ropa, tiempo libre, derechos humanos. Parece como si el concepto de calidad de vida apareciera cuando está establecido un bienestar social como ocurre en los países desarrollados.

A. Características de la calidad de vida

- Concepto subjetivo: Cada ser humano tiene su concepto propio sobre la vida y sobre la calidad de vida, la felicidad.

- Concepto universal: Las dimensiones de la calidad de vida son valores comunes en las diversas culturas.
- Concepto holístico: La calidad de vida incluye todos los aspectos de la vida, repartidos en las tres dimensiones de la calidad de vida, según explica el modelo biopsicosocial. El ser humano es un todo.
- Concepto dinámico: Dentro de cada persona, la calidad de vida cambia en periodos cortos de tiempo: unas veces somos más felices y otras menos.
- Interdependencia: Los aspectos o dimensiones de la vida están interrelacionados, de tal manera que cuando una persona se encuentra mal físicamente o está enferma, le repercute en los aspectos afectivos o psicológicos y sociales. (20)

B. Calidad de Vida y Adultos Mayores

El concepto de calidad de vida para los Adultos Mayores tomó especial relevancia en las últimas décadas de este siglo XX, dada la mayor esperanza de vida lograda. Y frente a esto es interesante encontrarnos con la paradoja que menciona Solchi Lifac cuando dice: "... el enorme interés que invierte nuestra sociedad al alargar el término de vida humana por un lado y por el otro, el franco rechazo que mantiene frente al producto de tal interés: la vejez." ¿Cómo definir la calidad de vida? Para esto es prioritario ubicar el envejecimiento dentro de su contexto actual ya que los conceptos varían según las épocas. Tomamos al envejecimiento como un proceso de crecimiento, estructurado en torno al tiempo y marcado por cambios biológicos, psicológicos y sociales. Lo social lo influye, lo determina en importante grado y forma parte de lo multifactorial del proceso.

El doble desafío que tienen los Adultos Mayores, como es adaptarse y asumir los propios cambios y además aprender a ajustarse a los cambios que esa realidad imprime a nuestro tiempo, es lo que los hace estar activos, lúcidos, vigentes, no marginados ni aislados ni desestimados. Los Adultos Mayores pueden y deben aportar lo que acumularon en los años vividos, la experiencia de estar perteneciendo a este siglo XXI discepoliano, con idas y vueltas de las utopías, con terribles despliegues de maldad humana junto a increíbles avances en la ciencia y la tecnología. ¿Cómo se ubica la Educación para el envejecimiento? ¿Es necesario, es útil aprender a envejecer? Se puede pensar que no es necesario, que siempre se envejeció y que uno envejece igual, solo, sin ninguna preparación ; pero también es cierto que se puede envejecer bien o mal, que no es lo mismo el envejecer de hace unas décadas que envejecer ahora, que estas generaciones de Adultos Mayores que nacieron en las décadas del 10, del 20 o del 30, fueron formados dentro de una educación de comienzos de siglo, represiva y en la que se valoraba más el esfuerzo que el placer y se creía en una vida previsible dentro de pautas rígidas y modelos "seguros" (21).

C. Percepción de su salud

La percepción de la salud constituye otro de los elementos relevantes que conforman el conglomerado del bienestar general de la persona durante el ciclo vital. Se entiende autopercepción de la salud como: La percepción de sí mismo en tanto sujeto físicamente existente, así como del sistema de atributos físicos que caracterizan al individuo de manera relativamente estable. Incluye la evaluación de lo percibido en forma de aceptación o rechazo de la representación física de la persona. (22)

Por consiguiente, hablar de salud en la adultez mayor conlleva acercarnos al concepto de envejecimiento, el cual se entiende como un proceso de deterioro biológico y disminución de la capacidad funcional, que se evidencia en enfermedades tanto biológicas como mentales. (23)

De modo similar Leyton y Ordoñez (24) plantean que: El envejecimiento es un proceso universal, continuo, irreversible, dinámico, progresivo, declinante y heterogéneo, y, hasta el momento, inevitable, en el que ocurren cambios biopsicosociales resultantes de la interacción de factores genéticos, sociales, culturales, del estilo de vida y la presencia de enfermedades. Además, el concepto de calidad de vida relacionada con la salud, incorpora esencialmente la percepción del paciente, como una necesidad en la evaluación de resultados en salud, debiendo para ello desarrollar los instrumentos necesarios para que esa medida sea válida, confiable, y aporte evidencia empírica con base científica al proceso de toma de decisiones en salud. Testa (25).

Por otra parte la percepción de la salud en la adultez mayor se convierte en objeto de estudio de numerosas investigaciones, pues no solo da cuenta del estado de salud de la persona sino también de los múltiples factores que se asocian a ella. Así por ejemplo, en la investigación Imaginarios sociales sobre el envejecimiento en las mujeres se plantea que “la percepción del estado de salud o salud subjetiva, es un indicador del estado de salud global y es un importante predictivo de las necesidades asistenciales y líneas de organización de programas” (26)

D. Condición socioeconómica

La seguridad económica es "un conjunto de programas, mecanismos, sistemas o acciones tendientes a ofrecer condiciones

óptimas que permitan a los y las adultas mayores asegurar su propia subsistencia y ofrecer condiciones para salir de su situación de extrema pobreza”. Es la capacidad de disponer de forma independiente de una cantidad de recursos económicos, regulares y suficientes para garantizar una buena calidad de vida. Es la “capacidad de las personas mayores de disponer y usar de forma independiente una cierta cantidad de recursos económicos adecuados y sostenibles que les permitan llevar una vida digna y segura”. El hecho de contar con seguridad económica permite al adulto mayor asegurar su subsistencia real y efectiva, le otorga capacidad creativa para sobrevivir sobre la base del trabajo, los ingresos, la seguridad social y las políticas públicas integrales con el fin de satisfacer sus necesidades objetivas con buena calidad de vida y disponer de independencia en la toma de decisiones, además mejora la autoestima producto del desempeño de roles significativos y la participación en la vida cotidiana como ciudadanos con plenos derechos. Se estudia la seguridad económica de las personas mayores a través de dos aspectos la situación económica en la vejez y la posición económica, dado el objetivo de la presente investigación solo se hará referencia al primer aspecto. La situación económica en la vejez está determinada por su poder adquisitivo, proveniente de diversas fuentes: trabajo, ahorros, jubilación o pensión, entre otras. Se vincula directamente al nivel y tipo de consumo, dependiente de la edad y el estado de salud de la persona, las características de su residencia y los servicios que corran por cuenta del Estado (servicios gratuitos o subsidios). Se basa en el acceso y disposición, por parte del adulto mayor, de ingresos monetarios periódicos y suficientes para satisfacer sus necesidades y mejorar su calidad de vida. A partir del análisis de indicadores de ingresos (miden el poder adquisitivo) y gastos (miden el nivel y tipo de consumo) es posible evaluar la situación económica de aquellas

personas de la tercera edad que por los años trabajados y su aporte al régimen de Seguridad Social perciben una pensión mínima por concepto de vejez, y además constituyen la parte de la población adulta mayor más vulnerable económicamente y propensa a experimentar riesgos. (27)

E. Trabajo

Uno de los aspectos más vulnerable de la población Adulta Mayor es el referido al Trabajo, la actividad laboral, que a partir de los 60 años comienza a ser limitativa. En las tres últimas décadas se viene agudizando esta situación por la continua crisis económica que vive el País, que ha originado entre otras situaciones el crecimiento del desempleo. En consecuencia el paso a la Tercera Edad significa un cambio grande tanto en el aspecto económico como en el laboral. El alto desempleo ha intensificado la competencia por trabajo de todos los tipos, haciendo que las personas mayores sean cada vez más marginadas de todas las oportunidades de trabajo. Esta nueva situación en el Adulto Mayor origina traumas, soledad entre otros que finalmente avalan las enfermedades que comienzan a minar su salud muchas veces de manera irreversible.

Sin mayores alicientes y perspectivas económicas deberán supeditarse a una pensión o convertirse en una carga familiar.

La actividad laboral no sólo permite que las personas se mantengan en actividad, sino que también se sientan útiles a la sociedad, y a sus familias. En la muestra aplicada en la ciudad de Moquegua el 28 % manifiesta que en cuanto a la ocupación actual se encuentra desocupado.

F. Satisfacción por la vida

Garantizar a la tercera edad una vejez segura y feliz por el ejercicio pleno de sus derechos humanos debe movilizar las acciones de los organismos e instituciones sociales, así como amplios sectores de la población sin obviar el papel del Estado. El adulto mayor tiene un papel decisivo en el desarrollo, conservación y transmisión de la cultura del pueblo.

La adecuada orientación sobre el uso o distribución del tiempo que se dispone en un día de vida independientemente de la edad, el sexo, las circunstancias que le rodean, los recursos o posibilidades, ayuda al adulto mayor para hacer una programación individual más satisfactoria acorde con sus criterios, necesidades y posibilidades.

El concepto de desarrollo humano como “ser haciéndose permanentemente” implica en cada persona la necesidad de adaptarse a situaciones nuevas a lo largo de la vida, lo que demanda ciertos ajustes y reorientaciones, supone el abandono de modos anteriores de comportamiento, derechos, y obligaciones, y asumir nuevas tareas, roles, deberes, lo cual exige un aprendizaje permanente.

El envejecimiento individual no es un fenómeno exclusivo de las sociedades modernas; ha estado presente en todas las etapas del desarrollo social y ha sido siempre de interés, para la filosofía, el arte y la medicina. El envejecimiento de la población es uno de los fenómenos de mayor impacto de este siglo, en términos demográficos se refiere al aumento relativo de personas de 60 y más años de edad, y a una prolongación cada vez mayor de la esperanza de vida al nacer. Esto, considerado como uno de los logros más importantes de la humanidad, se transforma en un

problema si no se es capaz de brindar soluciones adecuadas a las consecuencias que del mismo se derivan.

Todavía no está claro cuáles son las causas que más inciden en el envejecimiento poblacional y su orden de importancia. La disminución de la natalidad y la baja fecundidad parece ser la causa más importante, mientras que la disminución de la mortalidad aparece como un factor de envejecimiento o no, en dependencia de cuál es el grupo de edades donde se produce esta disminución, las migraciones son el tercer factor, ya que pueden llevar al aumento de las proporciones de ancianos en una población determinada. (28)

2.3. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

-) **Lumbalgia:** Síndrome doloroso localizado en la región lumbar con irradiación eventual a la región glútea, las caderas o la parte distal del abdomen.

-) **Calidad de vida:** La calidad de vida es el bienestar, felicidad, satisfacción de la persona que le proporciona una capacidad de actuación en un momento dado de la vida.

2.4 HIPÓTESIS

2.4.1. Hipótesis General

Existe relación significativa entre la lumbalgia y la calidad de vida del adulto mayor atendido en el Centro de Salud San Genaro de Villa Chorrillos- Lima marzo –junio 2013

2.4.2. Hipótesis Específicas

-) Existe relación significativa entre la lumbalgia y la percepción de la salud del adulto mayor atendido en el Centro de Salud San Genaro de Villa Chorrillos- Lima marzo –junio 2013
-) Existe relación significativa entre la lumbalgia y las condiciones socioeconómicas del adulto mayor atendido en el Centro de Salud San Genaro de Villa Chorrillos- Lima marzo –junio 2013
-) Existe relación significativa entre la lumbalgia y la satisfacción por la vida del adulto mayor atendido en el Centro de Salud San Genaro de Villa Chorrillos- Lima marzo –junio 2013

2.5. VARIABLES

2.5.1. Definición conceptual de las variables

Lumbalgia: Síndrome doloroso localizado en la región lumbar con irradiación eventual a la región glútea, las caderas o la parte distal del abdomen.

Calidad de vida: La calidad de vida es el bienestar, felicidad, satisfacción de la persona que le proporciona una capacidad de actuación en un momento dado de la vida.

2.5.2. Definición operacional de las variables

Lumbalgia: Se expresa por los factores de riesgo causado por la lumbalgia de acuerdo a la comparación de los indicadores de dolor, reposo, postura, actividades diarias, marcha. Para la medición de los

indicadores se utilizara el cuestionario de Roland-Morris que evalúa en escala nominal.

Calidad de vida: Se expresa en calidad de vida muy baja, calidad de vida baja, calidad de vida media, calidad de vida alta de acuerdo a la comparación de los indicadores de percepción de la salud , condiciones socioeconómicas ,satisfacción por la vida . Para la medición de los indicadores se utilizó el cuestionario de Evaluación de la Calidad de Vida (GENCAT) en escala de Likert.

2.5.3. Operacionalización de las variables

| Variable | Dimensión | Indicadores | Subindicadores | Ítems | Instrumento | Valoración | Escala |
|---|-------------------|-----------------------------|---------------------------------|------------------------|---|---|---------|
| Variable X Lumbalgia | Aparato locomotor | Dolor | | 13,15,19 | Cuestionario de Roland Morris | Si No | nominal |
| | | Reposo | | 6,14,18,24 | | | |
| | | Postura | | 2,10,11,20 | | | |
| | | Actividades diarias | | 1,4,8,9,12,16,21,23 | | | |
| | | Marcha | | 3,5,7,17,22 | | | |
| 2.VDependiente Calidad de Vida | Vida saludable | percepción de la salud | Funcionabilidad física | 1,7,12,19 | Escala para la Evaluación de la Calidad de Vida (GENCAT), | Casi siempre A menudo Algunas veces Casi nunca | ordinal |
| | | | Funcionabilidad psíquica | 8,13,20,28 | | | |
| | | | Funcionabilidad Social | 2,14,21,26 | | | |
| | | condiciones socioeconómicas | Situación monetaria | 15 | | | |
| | | | Condiciones de la vivienda | 27,31 | | | |
| | | satisfacción por la vida | Familia | 3,9,22,29 | | | |
| | | | Estados afectivos predominantes | 4,10 | | | |
| | | | Expectativa de futuro | 5,23,33 | | | |
| | | | Apoyo social | 16,24 | | | |
| | | | Satisfacción por el presente | 11,17,18,25,30,32,34,6 | | | |

CAPITULO III: METODOLOGIA

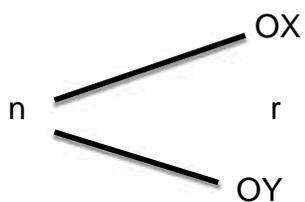
3.1 TIPO Y NIVEL DE LA INVESTIGACIÓN

3.1.1. Tipo

El tipo de investigación es descriptivo correlacional, método cuantitativo y paradigma positivista. Por el número de variables: bivariado Por la temporalidad: prospectivo Por el número de mediciones: transversal. (29).

3.1.2. Nivel

Descriptivo correlacional, transversal, no experimental cuya representación gráfica es:



n: muestra

OX: medición de la variable X

OY: medición de la variable Y

r: relación

3.2. DESCRIPCIÓN DEL ÁMBITO DE LA INVESTIGACIÓN

A. Ubicación Espacial

El presente estudio se realizara en el Centro de Salud El centro de salud **San Genaro** de Villa está ubicado a la margen derecha del Distrito de **Chorrillos** a la altura de la prolongación Huaylas. Establecimiento que atiende 12 horas diarias Nivel I y Categoría 3 presta los servicios de asistenciales intermedios (laboratorio, farmacia, Nutrición, CRED, psicología y Servicio Social). Programas preventivo promocionales (PCT, PAI y programa de Zoonosis y enfermedades metaxenicicas). Servicios Asistenciales finales (medicina, Enfermería, Obstetricia y Dental) Y Extramurales (Saneamiento Ambiental y promoción de la Salud)

B. Ubicación Temporal

El presente trabajo se realizó en el periodo de marzo a junio 2013.

3.3. POBLACIÓN Y MUESTRA

3.3.1. Unidad de estudio

Estuvo conformada por los adultos mayor atendido en el Centro de Salud San Genaro de Villa –Chorrillos marzo –junio 2013.

Tabla 1

Frecuencia de la población de adulto mayor atendido en el Centro de Salud San Genaro de Villa –Chorrillos marzo –junio 2013.

| Adulto Mayor | Fi | % |
|-----------------------|-----------|----------|
| Club del adulto Mayor | 55 | 47.8 |
| Pensión 65 | 60 | 55.2 |
| Total | 115 | 100.0 |

Fuente: Gerencia CS Ciudad de Dios

3.3.2. Muestra

No se calculó el tamaño de la muestra porque se trabajó con toda la población (115 adultos mayores).

3.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS

3.4.1. Técnicas

Para la variable X: Lumbalgia se usó encuesta

Para la variable Y: Calidad de vida se usó encuesta

3.4.2. Instrumentos

Para la variable X:

Lumbalgia se usara cuestionario De Roland-Morris

Para la variable Y:

Calidad de vida se usara el cuestionario de Calidad de Vida (GENCAT).

3.5. VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

Para la variable independiente: Lumbalgia se usara cuestionario de Ronald-Morris.

Se elaboró la versión española del cuestionario de Roland-Morris mediante un proceso de traducción y retro traducción al inglés, tras el que se comparó la versión retro traducida a la original inglesa. La comprensibilidad, fiabilidad, consistencia, sensibilidad a los cambios y validez de la versión española se determinaron en 195 pacientes que consultaron por lumbalgia en Centros de Atención Primaria del Sistema Nacional de Salud.

Se evaluó la evolución de los pacientes al ser reclutados para el estudio y 14 días después. En cada una de esas ocasiones, se determinara mediante instrumentos previamente validados la intensidad de su dolor y su nivel de calidad de vida. El grado de incapacidad se determinó con las versiones españolas del cuestionario de Roland-Morris y del cuestionario de Oswestry.

Se analizó la comprensibilidad, fiabilidad (repetibilidad), consistencia interna y validez de la versión española del cuestionario de Roland-Morris.

Para la variable dependiente: Calidad de vida se usara cuestionario de la Calidad de Vida (GENCAT) con escala de Likert

Este instrumento se utilizó la Escala para la Evaluación de la Calidad de Vida (GENCAT), que es un instrumento para la evaluación de la calidad de vida en la tercera edad, confeccionado y validado en Cuba por *Álvarez, Bayarre y Quintero*. Consta de 34 afirmaciones, las cuales, al ser agrupadas, miden la percepción de la salud, las condiciones socioeconómicas y la satisfacción por la vida

Las proposiciones tendrán las siguientes alternativas:

Casi siempre 4p

A menudo 3p

Algunas veces 2p

Casi nunca 1p

3.6 PLAN DE RECOLECCIÓN Y PROCESAMIENTO DE DATOS

En el procesamiento de datos obtenidos por el cuestionario de Roland-Morris que mide la lumbalgia obtendremos resultados de los adultos mayores que puedan o no tener lumbalgia comparada con los indicadores, en una tabulación de información apta para los resultados obtenidos.

Así también los datos obtenidos del cuestionario de Calidad de Vida serán tabulados en una tabla de resultados para valorar el tipo de calidad de vida en el Adulto Mayor.

Para la variable dependiente: Calidad de vida se usará cuestionario con escala de Likert

Este instrumento se utilizó la Escala para la Evaluación de la Calidad de Vida (GENCAT), que es un instrumento para la evaluación de la calidad de vida en la tercera edad, confeccionado y validado en Cuba por Álvarez, Bayarre y Quintero. Consta de 34 afirmaciones, las cuales, al ser agrupadas, miden la percepción de la salud, las condiciones socioeconómicas y la satisfacción por la vida.

Las proposiciones tendrán las siguientes alternativas:

) Casi siempre 4p

) A menudo 3p

) Algunas veces 2p

) Casi nunca 1p

CAPITULO IV: RESULTADOS

TABLA 1

**LUMBALGIA Y LA CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO MAYOR ATENDIDO
EN EL CENTRO DE SALUD SAN GENARO DE VILLA –CHORRILLOS –
LIMA- MARZO- JUNIO 2013**

| CALIDAD DE VIDA | LUMBALGIA | | | | | | | |
|-----------------|-----------|------------|-----------|------------|-----------|------------|------------|-------------|
| | ALTA | | MEDIA | | BAJA | | TOTAL | |
| | N° | % | N° | % | N° | % | N° | % |
| BUENA | 8 | 7% | 2 | 1% | 10 | 9% | 20 | 17% |
| REGULAR | 17 | 15% | 28 | 25% | 7 | 5% | 52 | 45% |
| BAJA | 35 | 30% | 7 | 6% | 1 | 2% | 43 | 38% |
| TOTAL | 60 | 52% | 37 | 32% | 18 | 16% | 115 | 100% |

FUENTE: *Elaboración propia*

Según los resultados presentados en la Tabla 1, Los adultos mayores con Lumbalgia en un nivel ALTO tienen una baja calidad de vida en un 30%(35), los adultos mayores con Lumbalgia Media tienen una calidad de vida Regular en un 25%(28) y los adultos mayores con Lumbalgia Baja tienen una buena calidad de vida en un 9%(10). Estos resultados nos indican que existe una Relación inversa entre ambas variables: Los que tienen Lumbalgia en menor nivel tienen mejor calidad de vida y los que tienen Lumbalgia en un nivel Alto tienen a su vez una menor calidad de vida.

TABLA 2

**LUMBALGIA Y LA PERCEPCIÓN DE LA SALUD DEL ADULTO MAYOR
ATENDIDO EN EL CENTRO DE SALUD SAN GENARO DE VILLA –
CHORRILLOS –LIMA- MARZO- JUNIO 2013**

| PERCEPCIÓN DE LA SALUD | LUMBALGIA | | | | | | TOTAL | |
|---------------------------|-----------|------------|-----------|------------|-----------|------------|------------|-------------|
| | ALTA | | MEDIA | | BAJA | | N° | % |
| | N° | % | N° | % | N° | % | | |
| BUENA | 10 | 9% | 2 | 1% | 10 | 9% | 22 | 19% |
| REGULAR | 20 | 18% | 30 | 27% | 7 | 5% | 57 | 50% |
| BAJA | 30 | 25% | 5 | 4% | 1 | 2% | 36 | 31% |
| TOTAL | 60 | 52% | 37 | 32% | 18 | 16% | 115 | 100% |

FUENTE: *Elaboración propia*

Según los resultados presentados en la Tabla 2, Los adultos mayores con Lumbalgia en un nivel ALTO tienen una baja percepción de la salud en un 25%(30), los adultos mayores con Lumbalgia Media tienen una percepción de la salud Regular en un 27%(30) y los adultos mayores con Lumbalgia Baja tienen una buena percepción de la salud en un 9%(10). Estos resultados nos indican que existe una Relación inversa entre ambas variables: Los que tienen Lumbalgia en menor nivel tienen mejor percepción de la salud y los que tienen Lumbalgia en un nivel Alto tienen a su vez una menor percepción de la salud.

TABLA 3

**LUMBALGIA Y LAS CONDICIONES SOCIOECONÓMICAS DEL ADULTO
MAYOR ATENDIDO EN EL CENTRO DE SALUD SAN GENARO DE VILLA –
CHORRILLOS –LIMA MARZO-JUNIO-2013**

| CONDICIONES SOCIOECONÓMICAS | LUMBALGIA | | | | | | | |
|--------------------------------|-----------|------------|-----------|------------|-----------|------------|------------|-------------|
| | ALTA | | MEDIA | | BAJA | | TOTAL | |
| | N° | % | N° | % | N° | % | N° | % |
| BUENA | 7 | 5% | 1 | 1% | 9 | 9% | 17 | 15% |
| REGULAR | 21 | 18% | 33 | 29% | 6 | 5% | 60 | 52% |
| BAJA | 32 | 29% | 3 | 2% | 3 | 2% | 38 | 33% |
| TOTAL | 60 | 52% | 37 | 32% | 18 | 16% | 115 | 100% |

FUENTE: *Elaboración propia*

Según los resultados presentados en la Tabla 3, Los adultos mayores con Lumbalgia en un nivel ALTO tienen baja condiciones económicas en un 29%(32), los adultos mayores con Lumbalgia Media tienen condiciones económicas Regular en un 29%(33) y los adultos mayores con Lumbalgia Baja tienen buenas condiciones económicas en un 9%(9). Estos resultados nos indican que existe una Relación inversa entre ambas variables: Los que tienen Lumbalgia en menor nivel tienen mejores condiciones económicas y los que tienen Lumbalgia en un nivel Alto tienen a su vez una menor condición económica.

TABLA 4

**LUMBALGIA Y LA SATISFACCIÓN POR LA VIDA DEL ADULTO MAYOR
ATENDIDO EN EL CENTRO DE SALUD SAN GENARO DE VILLA —
CHORRILLOS –LIMA MARZO- JUNIO -2013**

| SATISFACCIÓN POR LA VIDA | LUMBALGIA | | | | | | TOTAL | |
|-----------------------------|-----------|------------|-----------|------------|-----------|------------|------------|-------------|
| | ALTA | | MEDIA | | BAJA | | N° | % |
| | N° | % | N° | % | N° | % | | |
| BUENA | 9 | 8% | 4 | 3% | 14 | 12% | 27 | 23% |
| REGULAR | 35 | 30% | 29 | 25% | 3 | 3% | 67 | 58% |
| BAJA | 16 | 14% | 4 | 4% | 1 | 1% | 21 | 19% |
| TOTAL | 60 | 52% | 37 | 32% | 18 | 16% | 115 | 100% |

FUENTE: *Elaboración propia*

Según los resultados presentados en la Tabla 4, Los adultos mayores con Lumbalgia en un nivel ALTO tienen baja satisfacción por la vida en un 14%(16), los adultos mayores con Lumbalgia Media tienen satisfacción por la vida Regular en un 25%(29) y los adultos mayores con Lumbalgia Baja tienen buena satisfacción por la vida un 12%(14). Estos resultados nos indican que existe una Relación inversa entre ambas variables: Los que tienen Lumbalgia en menor nivel tienen mejor satisfacción por la vida y los que tienen Lumbalgia en un nivel Alto tienen a su vez una menor satisfacción por la vida.

PRUEBA DE HIPOTESIS

H1: Existe relación significativa entre la lumbalgia y la calidad de vida del adulto mayor atendido en el Centro de Salud San Genaro de Villa Chorrillos-Lima marzo –junio 2013

Ho: No existe relación significativa entre la lumbalgia y la calidad de vida del adulto mayor atendido en el Centro de Salud San Genaro de Villa Chorrillos-Lima marzo –junio 2013

Ha Ho

=0,05

Tabla 6: Prueba de Hipótesis General mediante la R de Pearson

| | | Lumbalgia | Calidad de vida |
|-----------------|------------------------|-----------|-----------------|
| | Correlación de Pearson | 1 | -,865** |
| Lumbalgia | Sig. (bilateral) | | ,000 |
| | N | 115 | 115 |
| | Correlación de Pearson | -,865** | 1 |
| Calidad de vida | Sig. (bilateral) | ,000 | |
| | N | 115 | 115 |

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

Según los resultados presentados en la Tabla 6, aplicando la técnica del programa estadístico SPSS v.21, el valor de la R de Pearson obtenido fue de (-,873), lo cual nos indica que existe una relación inversa significativa entre ambas variables: Lumbalgia y Calidad de vida, con un nivel de significancia de $p < 0,05$.

Siendo cierto que: Existe relación significativa entre la lumbalgia y la calidad de vida del adulto mayor atendido en el Centro de Salud San Genaro de Villa Chorrillos- Lima marzo –junio 2013

CAPITULO V: DISCUSION

Los adultos mayores con Lumbalgia en un nivel ALTO tienen una baja calidad de vida en un 30%(35), los adultos mayores con Lumbalgia Media tienen una calidad de vida Regular en un 25%(28) y los adultos mayores con Lumbalgia Baja tienen una buena calidad de vida en un 9%(10). Estos resultados nos indican que existe una Relación inversa entre ambas variables: Los que tienen Lumbalgia en menor nivel tienen mejor calidad de vida y los que tienen Lumbalgia en un nivel Alto tienen a su vez una menor calidad de vida. Coincidiendo con Hermoza (2010) A partir de los resultados obtenidos del arqueo documental y la observación directa, se determinó como principales factores de riesgo biomecánicos causantes de lumbalgia ocupacional, la manipulación de pacientes, la repetitividad o frecuencia de las tareas y las posturas inadecuadas, adoptadas durante la actividad laboral, y se procedió a analizar, organizar y compilar los elementos que debían ser incluidos en el desarrollo de la propuesta objeto de estudio. Finalmente se desarrolló una Guía para la Identificación de Factores de Riesgo Biomecánicos Causantes de Lumbalgia Ocupacional en Enfermeras de Áreas Críticas de un Hospital Público. Coincidiendo además con Noriega; Barron y Sierra (2005) Los resultados muestran la asociación e interacciones entre la lumbalgia invalidante y variables laborales como: puesto de trabajo, antigüedad, esfuerzo físico y

levantamiento de cargas. Se discute sobre las dificultades y la precisión diagnósticas de la lumbalgia, así como sobre la causalidad del síndrome. Se sugieren algunas vías clínicas, epidemiológicas y legales para su estudio y prevención.

Los adultos mayores con Lumbalgia en un nivel ALTO tienen una baja percepción de la salud en un 25%(30), los adultos mayores con Lumbalgia Media tienen una percepción de la salud Regular en un 27%(30) y los adultos mayores con Lumbalgia Baja tienen una buena percepción de la salud en un 9%(10). Estos resultados nos indican que existe una Relación inversa entre ambas variables: Los que tienen Lumbalgia en menor nivel tienen mejor percepción de la salud y los que tienen Lumbalgia en un nivel Alto tienen a su vez una menor percepción de la salud. Coincidiendo con González (2009) Se ha investigado sobre todo aspectos como satisfacción con el trabajo, el apoyo social y el grado de control que los trabajadores consideran tener sobre su trabajo, así como aspectos del medio ambiente de trabajo que comprenden aspectos del puesto de trabajo y del entorno de trabajo, como el clima o cultura de la organización, las funciones laborales, las relaciones interpersonales en el trabajo y el diseño y contenido de las tareas. En la literatura publicada son cada vez más los estudios que demuestran la influencia de los factores psicosociales del trabajo en la aparición de trastornos músculo-esqueléticos, entre ellos el dolor en la parte baja de la espalda y los trastornos de los miembros superiores. Los efectos de la organización del trabajo son más intangibles e inespecíficos, y se manifiestan a través de diversos mecanismos emocionales, cognitivos, conductuales y fisiológicos. Se propone que un adecuado apoyo social, la variedad en el trabajo y la oportunidad de utilizar las propias capacidades del individuo parecen resultar protectoras contra el ausentismo laboral producto de trastornos músculo-esqueléticos. Coincidiendo además con Dueñas, Bayarre, Triana, Rodríguez (2009) Los resultados de presentan en tablas. Los resultados obtenidos es el: predominio de calidad de vida percibida baja, que constituyó el 43,3 % de la muestra investigada. Hubo diferencias

importantes en el comportamiento de la calidad de vida por edad y escolaridad, con tendencia a empeorar en la medida que se incrementa la edad ($p=0,000$) y disminuye la escolaridad ($p=0,000$). No hubo diferencias por sexo ($p=0,343$) ni por estado conyugal ($p=0,123$). Llegando a la conclusión de que el predominio de baja calidad de vida en la población investigada evidencia la necesidad de continuar el estudio sobre este constructo, para lo cual resulta de interés su relación con la edad y la escolaridad.

Los adultos mayores con Lumbalgia en un nivel ALTO tienen baja condiciones económicas en un 29%(32), los adultos mayores con Lumbalgia Media tienen condiciones económicas Regular en un 29%(33) y los adultos mayores con Lumbalgia Baja tienen buenas condiciones económicas en un 9%(9). Estos resultados nos indican que existe una Relación inversa entre ambas variables: Los que tienen Lumbalgia en menor nivel tienen mejores condiciones económicas y los que tienen Lumbalgia en un nivel Alto tienen a su vez una menor condición económica. Coincidiendo con Bazán y Davila (2007) La prevalencia de dolor lumbar fue 80.8%. La edad tuvo un promedio de $41,06 \pm 13,09$ años. En el estudio se encontró diferencias estadísticamente significativas entre dolor lumbar y las siguientes variables: Frecuencia de levantar y transportar carga Pesada ($p=0.001$); Presencia de Hijos menores de 6 años ($p=0.001$); Ocupación: Amas de casa ($p=0.004$); Amas de casa con otras actividades ($p=0.004$) resaltando la actividad de comerciante ($p=0.006$), Ansiedad ($p=0.003$) y Depresión ($p=0.009$). En la población de estudio el dolor lumbar presentó una prevalencia de un 80.8%. Con respecto a la asociación lumbar con el factor levantar y transportar carga pesada, presencia de hijos menores de 6 años, ocupación ansiedad y depresión, según nuestro estudio influyen en el desarrollo del dolor lumbar en nuestra unidad operativa.

CONCLUSIONES

-) Los adultos mayores con Lumbalgia en un nivel ALTO tienen una baja calidad de vida, los adultos mayores con Lumbalgia Media tienen una calidad de vida Regular y los adultos mayores con Lumbalgia Baja tienen una buena calidad de vida. Estos resultados nos indican que existe una Relación inversa entre ambas variables: Los que tienen Lumbalgia en menor nivel tienen mejor calidad de vida y los que tienen Lumbalgia en un nivel Alto tienen a su vez una menor calidad de vida. Estos resultados se presentan teniendo en consideración lo que responden los adultos mayores, quienes señalan que CASI SIEMPRE, se desplazan ayudados por otras personas o sostenidos por un bastón, así como están dispuestos a aprender cosas nuevas. Señalan también que A MENUDO leen libros, revistas o periódicos. ALGUNAS VECES Son importantes para su familia. Se sienten solos y desamparados en la vida. Su vida es aburrida y monótona. Pueden expresar a su familia lo que sienten y piensan. Sus creencias les dan seguridad en el futuro. Sus familias les tienen en cuenta para tomar decisiones relacionadas con los problemas del hogar. CASI NUNCA sus viviendas tienen buenas condiciones para vivir solo en ella. Así como casi nunca su vivienda resulta cómoda para sus necesidades.
-) Los adultos mayores con Lumbalgia en un nivel ALTO tienen una baja percepción de la salud, los adultos mayores con Lumbalgia Media tienen una percepción de la salud Regular y los adultos mayores con Lumbalgia Baja tienen una buena percepción de la salud. Estos resultados nos indican que existe una Relación inversa entre ambas variables: Los que tienen Lumbalgia en menor nivel tienen mejor percepción de la salud y los que tienen Lumbalgia en un nivel Alto tienen a su vez una menor percepción de la salud. Estos resultados se presentan teniendo en consideración lo que responden los adultos mayores, quienes señalan que CASI SIEMPRE, se desplazan ayudados por otras personas o sostenidos por un bastón, así como están dispuestos a aprender cosas nuevas. Señalan también que A

MENUDO leen libros, revistas o periódicos. ALGUNAS VECES Realizan actividades físicas que otras personas de su edad pueden hacer (ejercicios físicos, subir y bajar escaleras). Así también se sienten nerviosos e inquietos. Salen a distraerse (solo, con su familia, o con amigos). Su estado de salud les permite realizar por sí mismo las actividades cotidianas (bañarse solo, cocinar, lavar, limpiar, etcétera). Han pensado quitarse la vida. CASI NUNCA Pueden usar transporte público. No son capaces de atenderse a sí mismo y cuidar de su persona. Así como no pueden ir a la bodega a hacer los mandados. Además, no pueden ayudar en el cuidado o atención de sus nietos.

) Los adultos mayores con Lumbalgia en un nivel ALTO tienen baja condiciones económicas, los adultos mayores con Lumbalgia Media tienen condiciones económicas Regular y los adultos mayores con Lumbalgia Baja tienen buenas condiciones económicas. Estos resultados nos indican que existe una Relación inversa entre ambas variables: Los que tienen Lumbalgia en menor nivel tienen mejores condiciones económicas y los que tienen Lumbalgia en un nivel Alto tienen a su vez una menor condición económica. Estos resultados se presentan teniendo en consideración lo que responden los adultos mayores, quienes señalan que ALGUNAS VECES su situación monetaria les permite resolver todas sus necesidades de cualquier índole. CASI NUNCA sus viviendas tienen buenas condiciones para vivir solo en ella. Así como casi nunca su vivienda resulta cómoda para sus necesidades.

) Los adultos mayores con Lumbalgia en un nivel ALTO tienen baja satisfacción por la vida, los adultos mayores con Lumbalgia Media tienen satisfacción por la vida Regular y los adultos mayores con Lumbalgia Baja tienen buena satisfacción por la vida. Estos resultados nos indican que existe una Relación inversa entre ambas variables: Los que tienen Lumbalgia en menor nivel tienen mejor satisfacción por la vida y los que tienen Lumbalgia en un nivel Alto tienen a su vez una menor satisfacción

por la vida. Estos resultados se presentan teniendo en consideración lo que responden los adultos mayores, quienes señalan que CASI SIEMPRE sus familias los quieren y respetan, Mi estado de ánimo es favorable. Con la jubilación mi vida perdió sentido Son felices con la familia que han construido Consideran que todavía pueden ser una persona útil. ALGUNAS VECES Son importantes para su familia. Se sienten solos y desamparados en la vida. Su vida es aburrida y monótona. Pueden expresar a su familia lo que sienten y piensan. Sus creencias les dan seguridad en el futuro. Sus familias les tienen en cuenta para tomar decisiones relacionadas con los problemas del hogar. Su estado de salud les permite disfrutar de la vida. Tienen aspiraciones y planes para el futuro. CASI NUNCA Se sienten confiados y seguros frente al futuro. Su familia le ayuda a resolver los problemas que se puedan presentar. Han logrado realizar en la vida sus aspiraciones. Están satisfechos con las condiciones económicas y de vivienda que tienen. Mantienen relaciones con amigos y vecinos

RECOMENDACIONES

-) Realizar estudios cualitativos o cuantitativos que no se enfoquen solo en la calidad de vida como el grado de bienestar sino como la suma de aspectos tanto objetivos como subjetivos y así poder recoger información más real y valido para diversas poblaciones de estudio.
-) Promover la adopción de una serie de pautas para evitar aquellos factores de riesgo que empeoren su dolencia del Lumbago, ser atendidos por un equipo multidisciplinario para el tratamiento del dolor, de las alteraciones sicológicas, disminución del déficit funcional y la reincorporación laboral.
-) Generar programas en donde se incluyan sesiones educativas, terapia física, sicológica y ocupacional individual.
-) Realizar estudios con una muestra mayor de adultos mayores que permita la generalización de los hallazgos.
-) Realizar la misma investigación en poblaciones con diferentes características que permitan una comparación.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Guzmán Velasco, A. B., L. y Muñoz Andrade B. (2007). Determinación de factores de riesgo ocupacional generadores de lumbalgia mecánica en trabajadores cosecheros de madera. Departamento de Fisioterapia. Colombia, , Universidad del Cauca.
2. Hermoza, A. Cerca de un millón de trabajadores en Perú sufre lumbalgia. La Revista.pe/ Sociedad. 2010. Perú.
3. Vidal Neira, L. (2013). Lumbalgia, la causa más frecuente de descanso médico laboral. Terra. lima, Peru.
4. Dueñas González Dianelis, Bayarre Veá Héctor D., Triana Álvarez Eduardo, Rodríguez Pérez Vivian. Calidad de vida percibida en adultos mayores de la provincia de Matanzas. Rev Cubana Med Gen Integr. 2009; 25(2).
5. El comercio. Adultos mayores representan el 9% de la población del Perú. Perú. 2015. Visitad el 10-01-2015. Disponible en: <http://elcomercio.pe/peru/lima/adultos-mayores-representan-poblacion-peru-noticia-1460574>
6. Mariano Noriega, E., M.; Barron Soto, A. y Sierra Martínez, O. “La polémica sobre las lumbalgias y su relación con el trabajo: estudio retrospectivo en trabajadores con invalidez”. . Universidad Autónoma Metropolitana, México DF. Rio de Janeiro Brasil, Universidad Autónoma Metropolitana, México DF. Matemáticas Aplicadas y en Sistemas. 2005, 880 -882.
7. Gonzalez Saavedra, A. Trastornos Músculo-Esqueléticos y su relación con los Factores Psicosociales Laborales. Universidad de Concepción. 2009
8. Dueñas González Dianelis, Bayarre Veá Héctor D., Triana Álvarez Eduardo, Rodríguez Pérez Vivian. Calidad de vida percibida en adultos mayores de la provincia de Matanzas. Rev Cubana Med Gen Integr. 2009, 25(2).

9. Bazán Cristhian Santiago, C. F. C., J. y Davila Ochoa. "Prevalencia y los factores asociados al dolor lumbar en amas de casa mayores de 18 años en el Asentamiento Humano Daniel A. Carrión del Distrito de San Martín de Porres. Perú. 2007.
10. Boccoardo Beraza, Juliana, Carruthers Karina, Molleker Ivana, Vazano Candela. El cuidado. 2012. Visitado el 10-12-2014. Disponible en: <http://teoriasdeenfermeriauns.blogspot.com/2012/06/dorothea-orem.html>
11. J. Gascó J, y. L. M. Lumbalgias y lumbociatalgias. 2009, 3-9
12. ERGO/IBV . Columna Vertebral. Galeon.com Hispavista. Valencia, España. 2013.
13. Cicut B. La columna Vertebral (espalda). Futuro Live More. Mexico.2013.
14. Gómez Espinosa L. Lumbalgia o dolor de espalda baja. R. M. d. Algología. Mexico. 2011.
15. Arango, S. Guia de Atencion Lumbar. Punto de Salud. Medellin, Colombia. 2008. 1: 1-27.
16. Abrantes , P.. Tu espalda sana. TuEspaldaSana. Brcelona España. (2012)
17. Luitpold. M. E. K. Factores de riesgo para padecer dolor de espalda. COFASA (Compañía Farmacéutica Aue, S.A.). Caracas, Venezuela. 2005.
18. Morris R Roland. A study of the natural history of back pain: Part I. Spine 1983; 8:141-144".
19. Díaz Rojas Paz, F. y. T. O., V. Resistencia De La Musculatura Flexora Y Extensora De Columna, Nivel De Discapacidad E Intensidad Del Dolor En Pacientes Con Diagnóstico De Síndrome De Dolor Lumbar Puro” Escuela de Kinesiología Chile, Universidad de Chile Facultad de Medicina. 2007.
20. Lilly.es. Calidad de vida. España. 2014. Visitado el 02-01-2015. Disponible en: <https://www.lilly.es/PRENSA/medical/cancer/archivos/10.%20CALIDAD%20ODE%20VIDA.pdf>
21. De Viguera Virginia G. Calidad de Vida y Adultos Mayores Aprendiendo a envejecer. Argentina. 2002. Visitado el 09-11-2014. Disponible en: http://www.naya.org.ar/congresos/contenido/3ra_edad/2/8.htm

22. Suárez, V.D.M. Mastectomía, afrontamiento y autopercepción corporal. *Psicología Científica*. 2004. Visitado el 26 de agosto de 2010. Disponible en: <http://www.psicologiacientifica.com/bv/psicologia-98-1-mastectomiaafrontamientos-y-autopercepcion-corporal.html>.
23. Uribe, A.F. & Buena-Casal, G. Influencia del tipo de residencia sobre la depresión, el deterioro cognitivo y la calidad de vida en personas mayores. Granada. Universidad de Granada. 2006.
24. Leitón, E. Z. & Ordóñez R. Y. Autocuidado de la salud para el adulto mayor: Manual de información para profesionales. 2003. Visitado el 27 de agosto de 2010. Disponible en: www.drummondstevenson.com/autocuidado%20del%20adulto%20mayor.pdf -
25. Botero, M. B. E. & Pico, M. M. E. Calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en adultos mayores de 60 años: una aproximación teórica. *Hacia la promoción de la salud*. 2007; 12, 11-24.
26. Rubio, H. R., Marín, Z. D. J.; De la Fuente, S. I.; Cerquera, C. A. M.; & Prada, S. E. L. Imaginarios sociales sobre el envejecimiento en las mujeres. 2008; 1-112. Investigación no publicada.
27. Hartman Romero Gretell. Evaluación de la situación económica del adulto mayor que percibe pensión mínima por vejez en el municipio Santiago de Cuba en el año 2011. Visitado el 11-11-2014. Disponible en: <http://www.eumed.net/cursecon/ecolat/cu/2012/ghr.html>
28. Bru Ronda Concepción, Sarrión Cano Victor. Aprendizaje a lo largo de la vida, envejecimiento activo y cooperación internacional en los programas universitarios para mayores. España. 2011. Visitado el 10-10-2014. Disponible en: <http://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/20147/1/799.pdf>
29. Hernández Sampieri Roberto, Fernández Collado Carlos, Baptista Lucio Maria del Pilar. Metodología de la investigación [Internet]. 5ta edición de Hernández Sampeiri. 5ta ed. México: McGraw-Hill; 2010. Visitado el 12-12-2014. Disponible en: <http://es.slideshare.net/Igneigna/metodologia-de-la-investigacion-5ta-edicion-de-herndez-sampieri>

ANEXOS

ANEXO 1



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

Acepto libremente participar en la investigación titulada relación de la discapacidad por lumbalgia y calidad de vida en el adulto mayor atendido en el Centro de Salud San Genaro de Villa –Chorrillos marzo- junio 20132 por la estudiante de enfermería de la Universidad Alas Peruanas

Se me ha explicado que es parte de un trabajo de investigación y he sido seleccionada y que mi participación no lleva ningún riesgo.

Se me ha notificado que mi participación es voluntaria que me puedo retirar en el momento que desee o a no proporcionar información en caso sea necesario.

Estoy dispuesta a contestar la encuesta sinceramente

Entiendo que este estudio será de utilidad para determinar cómo afecta la lumbalgia en la calidad de vida del adulto mayor y que si requiero de información u explicación será sin ningún problema por la estudiante **MAURA PALOMINO CARRASCO** Se me ha dicho que la información que yo proporcione será en secreto y que en ningún estudio será demostrada mi identidad.

Acepto participar _____

Gracias por su participación

ANEXO 2



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

CUESTIONARIO DE ROLAND-MORRIS PARA VALORACIÓN DE LA LUMBALGIA

Género: M F Edad: años

Tiempo de evolución de la lumbalgia:

- a. Menos de 2 semanas
- b. 2 semanas-3 meses
- c. + 3 meses

| | | Si | no |
|---|---|----|----|
| 1 | Me quedo en casa la mayor parte del tiempo por mi dolor de espalda. | | |
| 2 | Cambio de postura con frecuencia para intentar aliviar la espalda. | | |
| 3 | Debido a mi espalda, camino más lentamente de lo normal. | | |
| 4 | Debido a mi espalda, no puedo hacer ninguna de las faenas que habitualmente hago en casa. | | |
| 5 | Por mi espalda, uso los pasamanos para subir escaleras. | | |
| 6 | A causa de mi espalda, debo acostarme más a menudo para descansar. | | |
| 7 | Debido a mi espalda, necesito agarrarme a algo para levantarme de los sillones o sofás. | | |
| 8 | Por culpa de mi espalda, pido a los demás que me hagan las cosas. | | |

| | | | |
|----|---|--|--|
| 9 | Me visto más lentamente de lo normal a causa de mi espalda. | | |
| 10 | A causa de mi espalda, sólo me quedo de pie durante cortos periodos de tiempo | | |
| 11 | A causa de mi espalda, procuro evitar inclinarme o arrodillarme. | | |
| 12 | Me cuesta levantarme de una silla por culpa de mi espalda. | | |
| 13 | Me duele la espalda casi siempre. | | |
| 14 | Me cuesta darme la vuelta en la cama por culpa de mi espalda. | | |
| 15 | Debido a mi dolor de espalda, no tengo mucho apetito. | | |
| 16 | Me cuesta ponerme los calcetines - o medias - por mi dolor de espalda. | | |
| 17 | Debido a mi dolor de espalda, tan solo ando distancias cortas. | | |
| 18 | Duermo peor debido a mi espalda. | | |
| 19 | Por mi dolor de espalda, deben ayudarme a vestirme. | | |
| 20 | Estoy casi todo el día sentado a causa de mi espalda. | | |
| 21 | Evito hacer trabajos pesados en casa, por culpa de mi espalda. | | |
| 22 | Por mi dolor de espalda, estoy más irritable y de peor humor de lo normal. | | |
| 23 | A causa de mi espalda, subo las escaleras más lentamente de lo normal. | | |
| 24 | Me quedo casi constantemente en la cama por mi espalda. | | |

ANEXO 3

Escala para la Evaluación de la Calidad de Vida (GENCAT)

| Ítem | Casi siempre | A menudo | Algunas veces | Casi nunca |
|--|--------------|----------|---------------|------------|
| 1. Realizo las actividades físicas que otras personas de mi edad pueden hacer (ejercicios físicos, subir y bajar escaleras). | | | | |
| 2. Puedo ir a la bodega a hacer los mandados. | | | | |
| 3. Mi familia me quiere y me respeta. | | | | |
| 4. Mi estado de ánimo es favorable. | | | | |
| 5. Me siento confiado y seguro frente al futuro. | | | | |
| 6. Con la jubilación mi vida perdió sentido. | | | | |
| 7. Mi estado de salud me permite realizar por mí mismo las actividades cotidianas (bañarme solo, cocinar, lavar, limpiar, etcétera). | | | | |
| 8. Puedo leer libros, revistas o periódicos. | | | | |
| 9. Soy importante para mi familia. | | | | |
| 10. Me siento solo y desamparado en la vida. | | | | |
| 11. Mi vida es aburrida y monótona. | | | | |
| 12. Me desplazo ayudado por otra persona o sostenido por un bastón. | | | | |
| 13. Puedo aprender cosas nuevas. | | | | |
| 14. Puedo usar transporte público. | | | | |

| | | | | |
|---|--|--|--|--|
| 15. Mi situación monetaria me permite resolver todas mis necesidades de cualquier índole. | | | | |
| 16. Mi familia me ayuda a resolver los problemas que se puedan presentar. | | | | |
| 17. He logrado realizar en la vida mis aspiraciones. | | | | |
| 18. Estoy satisfecho con las condiciones económicas y de vivienda que tengo. | | | | |
| 19. Soy capaz de atenderme a mí mismo y cuidar de mi persona. | | | | |
| 20. Estoy nervioso e inquieto. | | | | |
| 21. Puedo ayudar en el cuidado o atención de mis nietos. | | | | |
| 22. Puedo expresar a mi familia lo que siento y pienso. | | | | |
| 23. Mis creencias me dan seguridad en el futuro. | | | | |
| 24. Mantengo relaciones con mis amigos y vecinos. | | | | |
| 25. Soy feliz con la familia que he construido. | | | | |
| 26. Salgo a distraerme (solo, con mi familia, o con mis amigos). | | | | |
| 27. Mi vivienda tiene buenas condiciones para vivir solo en ella. | | | | |
| 28. He pensado quitarme la vida. | | | | |
| 29. Mi familia me tiene en cuenta para tomar decisiones relacionadas con los problemas | | | | |

| | | | | |
|---|--|--|--|--|
| del hogar. | | | | |
| 30. Considero que todavía puedo ser una persona útil. | | | | |
| 31. Mi vivienda resulta cómoda para mis necesidades. | | | | |
| 32. Mi estado de salud me permite disfrutar la vida. | | | | |
| 33. Tengo aspiraciones y planes para el futuro. | | | | |
| 34. Soy feliz con la vida que llevo. | | | | |

ANEXO 4

MATRIZ DE CONSISTENCIA

TITULO: LUMBALGIA Y CALIDAD DE VIDA EN EL ADULTO MAYOR ATENDIDO EN EL CENTRO DE SALUD SAN GENARO DE VILLA – CHORRILLOS-MARZO –JUNIO 2013

BACHILLER: PALOMINO CARRASCO MAURA

| PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA | OBJETIVOS | HIPÓTESIS | VARIABLES E INDICADORES | MUESTRA | DISEÑO | INSTRUMENTO | ESTADÍSTICA |
|--|--|--|--|--|--|--|---|
| <p>Pregunta General:</p> <p>¿Cuál es la relación entre la lumbalgia y la calidad de vida en el adulto mayor atendido en el Centro de Salud San Genaro de Villa –Chorrillos marzo- junio 2013</p> <p>Preguntas específicas</p> <p>¿Cuál es la relación entre la lumbalgia y la percepción de la salud del adulto mayor atendido en el</p> | <p>Objetivo General</p> <p>Determinar la relación entre la lumbalgia y la calidad de vida en el adulto mayor atendido en el Centro de Salud San Genaro de Villa – Chorrillos marzo- junio 2013</p> <p>Objetivos Específicos</p> <p>Identificar la relación entre la lumbalgia y la percepción de la salud del adulto mayor</p> | <p>General</p> <p>Existe relación significativa entre lumbalgia y la calidad de vida en el adulto mayor atendido en el Centro de Salud San Genaro de Villa – Chorrillos marzo- junio 2013</p> | <p>Variable Independiente</p> <p>Lumbalgia</p> <ul style="list-style-type: none"> ∪ Dolor ∪ Reposo ∪ Postura ∪ Actividades diarias ∪ Marcha <p>Variable dependiente</p> <p>Calidad de vida</p> <p>indicadores</p> <ul style="list-style-type: none"> ∪ Percepción de | <p>Población:</p> <p>Adultos mayores atendidos en el Centro de Salud San Genaro de Villa – Chorrillos marzo- junio 2013</p> <p>Muestra:</p> <p>Total 115 adultos</p> | <p>Nivel:</p> <p>Descriptivo Correlacional</p> <p>Diseño:</p> <p>dónde:</p> <p>n: muestra</p> <p>OX: medición de la variable X</p> <p>OY: medición de la variable Y</p> <p>r: relación</p> | <p>Cuestionario De Roland-Morris</p> <p>Cuestionario de GENCAT</p> | <p>Descriptiva:</p> <p>Frecuencias y Porcentajes:</p> <p>Inferencial:</p> <p>Chi cuadrado</p> |

| | | | | | | | |
|--|---|--|---|-----------------|--|--|--|
| <p>Centro de Salud San Genaro de Villa –Chorrillos marzo- junio 2013?</p> <p>) ¿Cuál es la relación entre la lumbalgia y las condiciones socioeconómicas del adulto mayor atendido en el Centro de Salud San Genaro de Villa –Chorrillos marzo- junio 2013?</p> <p>) ¿Cuál es la relación entre la lumbalgia y la satisfacción por la vida del</p> | <p>atendido en el Centro de Salud San Genaro de Villa –Chorrillos marzo- junio 20132</p> <p>Identificar la relación entre la lumbalgia y las condiciones socioeconómicas del adulto mayor atendido en el Centro de Salud San Genaro de Villa –Chorrillos marzo- junio 20132</p> <p>Identificar la relación entre la lumbalgia y la satisfacción por la vida del adulto mayor atendido</p> | | <p>la salud</p> <p>) Condiciones socioeconómica</p> <p>) Satisfacción por la vida</p> | <p>mayores.</p> | | | |
|--|---|--|---|-----------------|--|--|--|

| | | | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|--|--|
| adulto mayor atendido en el Centro de Salud San Genaro de Villa -Chorrillos marzo- junio 2013? | en Centro de Salud San Genaro de Villa - Chorrillos marzo- junio 20132 | | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|--|--|