



**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA COMUNICACIÓN, TURISMO Y PSICOLOGÍA
ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA
SECCIÓN DE POSGRADO**

**BIENESTAR PSICOLÓGICO Y CALIDAD DE VIDA EN
UNIVERSITARIOS CON DIAGNÓSTICO DE DOLOR LUMBAR**

**PRESENTADA POR
CARLOS ROBERTO RENGIFO MORERA**

**ASESOR
CARLOS ALBERTO CARBAJAL LEÓN**

**TESIS PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE MAESTRO EN
PSICOLOGÍA CLÍNICA**

LIMA – PERÚ

2019



Reconocimiento - No comercial - Sin obra derivada
CC BY-NC-ND

El autor sólo permite que se pueda descargar esta obra y compartirla con otras personas, siempre que se reconozca su autoría, pero no se puede cambiar de ninguna manera ni se puede utilizar comercialmente.

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>



USMP
UNIVERSIDAD DE
SAN MARTIN DE PORRES

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA COMUNICACIÓN,
TURISMO Y PSICOLOGÍA**

ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA

SECCIÓN DE POSGRADO

**BIENESTAR PSICOLÓGICO Y CALIDAD DE VIDA EN
UNIVERSITARIOS CON DIAGNÓSTICO DE DOLOR LUMBAR**

**TESIS PARA OPTAR
EL GRADO ACADÉMICO DE MAESTRO EN PSICOLOGÍA CON MENCIÓN EN
PSICOLOGÍA CLÍNICA**

Presentada por:

CARLOS ROBERTO RENGIFO MORERA

Asesor:

MG. CARLOS ALBERTO CARBAJAL LEÓN

Lima – Perú

2019

DEDICATORIA

A Mateo por ser el motor y principal impulso para cumplir con mis objetivos y a mi Madre y Hermana por el apoyo que me dan para conseguir los objetivos que tengo tanto personales como profesionales.

AGRADECIMIENTOS

A Dios por darme la fuerza y salud
para poder desarrollarme
profesionalmente y cumplir mis
objetivos.

A mi asesor de la USMP por el apoyo
constante para la realización de la
presente tesis.

Al Dr. David Jáuregui Camasca por su
invalorable ayuda en el desarrollo de
la presente tesis.

A mi familia y amigos por su ayuda y
colaboración.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

PORTADA	i
DEDICATORIA	ii
AGRADECIMIENTOS	iii
INDICE DE CONTENIDOS	iv
INDICE DE TABLAS	vi
RESUMEN	viii
ABSTRACT	ix
INTRODUCCIÓN	x
CAPITULO I. MARCO TEÓRICO	12
1.1 Antecedentes.....	12
1.2 Bases Teóricas.....	16
1.2.1 Bienestar Psicológico	16
1.2.2 Dimensiones del Bienestar Psicológico	18
1.2.3 Calidad de Vida	19
1.2.4 Bienestar Psicológico y Calidad de Vida.....	21
1.2.5 Dolor Lumbar.....	23
1.2.6 Etiopatogenia del Dolor Lumbar	24
1.2.7 Síntomas del Dolor Lumbar	25
1.2.8 Factores de Riesgo del Dolor Lumbar	25
1.3 Planteamiento del Problema.....	28
1.3.1 Descripción de la Realidad Problemática	28
1.3.2 Formulación del Problema.....	30
1.3.3 Justificación	31
1.4 Objetivos de la Investigación	31
1.4.1 Objetivos Generales.....	31
1.4.2 Objetivos Específicos	32
CAPÍTULO II. HIPÓTESIS Y VARIABLES DE LA INVESTIGACIÓN	33
2.1 Formulación de la hipótesis.....	33
2.1.1 Hipótesis General.....	33
2.1.2 Hipótesis específica.....	33

2.2 Variables y definición operacional de las variables.....	35
CAPÍTULO III. METODO	36
3.1 Diseño	36
3.2 Población y Muestra	36
3.3 Medición	38
3.4 Procedimientos.....	42
3.5 Análisis de datos	43
CAPÍTULO IV. RESULTADOS	44
CAPÍTULO V. DISCUSIÓN.....	54
CONCLUSIONES	66
RECOMENDACIONES	69
REFERENCIAS.....	71
ANEXOS	77

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla N° 1.	Sexo de los encuestados universitarios con diagnóstico de dolor lumbar	37
Tabla N° 2.	Rango de edad de los encuestados universitarios con diagnóstico de dolor lumbar	37
Tabla N° 3.	Nivel de calidad de vida de los encuestados universitarios con diagnóstico de dolor lumbar	44
Tabla N° 4.	Nivel de dolor lumbar de los encuestados universitarios con diagnóstico de dolor lumbar	44
Tabla N° 5.	Nivel de bienestar psicológico de los encuestados universitarios con diagnóstico de dolor lumbar	45
Tabla N° 6.	Correlaciones del Bienestar psicológico y de la calidad de vida en universitarios con diagnóstico de dolor lumbar	46
Tabla N° 7.	Bienestar psicológico en los universitarios con diagnóstico de dolor lumbar, según sexo	46
Tabla N° 8.	Calidad de vida en los universitarios con diagnóstico de dolor lumbar, según sexo	47
Tabla N° 9.	Calidad de vida en los universitarios con diagnóstico de dolor lumbar, según edad	48
Tabla N° 10.	Bienestar psicológico en los universitarios con diagnóstico de dolor lumbar, según edad	49
Tabla N° 11.	Bienestar psicológico y la calidad de vida en los universitarios con diagnóstico de dolor lumbar, según sexo	50
Tabla N° 12.	Bienestar psicológico y la calidad de vida en los universitarios con diagnóstico de dolor lumbar, según edad	51

Tabla N° 13 Bienestar psicológico y la calidad de vida en los universitarios.....52
con diagnóstico de dolor lumbar

Tabla N° 14. T de Student para calidad de vida y bienestar psicológico.....53

RESUMEN

La investigación tuvo por objetivo determinar la relación entre el bienestar psicológico y la calidad de vida en universitarios con diagnóstico de dolor lumbar. Es una investigación de tipo descriptiva, transversal y correlacional. La muestra estuvo conformada por 126 estudiantes de una universidad de Lima con diagnóstico de dolor lumbar. Los instrumentos que se utilizaron fueron, la “Escala de Bienestar Psicológico para Adultos” de Casullo (2000) adaptado por Casullo y Castro (2002) y el “Cuestionario de Calidad de Vida relacionada con la Salud” de Vilagut, Ferrer, Rajmil, Rebollo, Permanyer & Quintana (2005), adaptado por el investigador. Los resultados señalan que existe una relación significativa entre el bienestar psicológico y la calidad de vida en universitarios con diagnóstico de dolor lumbar ($r=0.320$, $p=0.002$). De los participantes universitarios 69 mujeres (54.8%) y 27 hombres (21.4%) tienen un promedio medio de bienestar psicológico y 4 mujeres (3.2%) y 1 varón (0.8%) tienen un promedio alto de bienestar psicológico. Respecto a la calidad de vida 45 mujeres (35.7%) y 19 varones (15.1%) tienen un promedio regular de calidad de vida y 14 mujeres (11.1%) y 4 varones (3.2%) tienen un promedio alto de calidad de vida.

Palabras clave: Bienestar psicológico, Calidad de vida, Dolor lumbar

ABSTRACT

The objective of the research is to determine the relationship between psychological well-being and quality of life in university students with a diagnosis of low back pain. It is a descriptive, cross-sectional and correlational investigation. The sample consisted of 126 students from a university in Lima with a diagnosis of low back pain. The instruments used were the “Psychological Wellness Scale for Adults” by Casullo (2000), adapted by Casullo y Castro (2002) and the “Quality of Life Questionnaire” of Vilagut, Ferrer, Rajmil, Rebollo, Permanyer & Quintana (2005), adapted by the researcher. The results indicate that there is a significant relationship between psychological well-being and quality of life in university students with a diagnosis of low back pain ($r = 0.320$, $p = 0.002$). Of the university participants, 69 women (54.8%) and 27 men (21.4%) have a regular average psychological well-being and 4 women (3.2%) and 1 male (0.8%) have a high average of psychological well-being. Regarding the quality of life, 45 women (35.7%) and 19 men (15.1%) have an average quality of life and 14 women (11.1%) and 4 men (3.2%) have a high average quality of life.

Key words: Psychological Well-Being, Life's Quality, Back Pain

INTRODUCCIÓN

En la actualidad el bienestar psicológico es considerado un indicador positivo para la salud mental, pues sin este se pueden dar trastornos que conlleven a un desequilibrio del desarrollo personal, sobre todo en las situaciones de estrés que se enfrentan día a día. Además, desde varios años atrás el bienestar psicológico ya forma parte de la calidad de vida de un individuo, pues se compone por distintas influencias como satisfacer las necesidades de diferente condición y trasciende en el estado de ánimo de las personas de diferentes edades.

Esto ha llevado a muchos estudiosos del tema a plantearse la posibilidad de que la condición psicológica de las personas tiene una influencia positiva sobre su percepción de calidad de vida, en ese sentido, algunos estudios en los últimos años han planteado a más profundidad dicho tema, de los cuales este es uno.

El dolor lumbar es un problema de salud común, donde no todas las personas responden del mismo modo. Cuando el dolor se da por primera vez, afecta los circuitos cerebrales sensibles al dolor. Pero cuando el dolor tiene una duración mayor, la actividad cerebral relacionada cambia de los circuitos de "dolor" a los circuitos que procesan las emociones. Por esta razón, se dice que las emociones como ansiedad representan un lugar central en el dolor de espalda crónico. Estos trastornos mentales afectan el bienestar psicológico de las personas con dolor lumbar (Pillay, 2016).

El sector salud, no es ajeno a esta realidad pues alrededor de 80% de los descansos médicos que tienen los trabajadores son por problemas en la columna (Burillo, Fernández & Agüir, 2006). Todos los alumnos de las carreras de las ciencias de la vida forman parte del equipo multidisciplinario de salud, pues como parte de su formación académica realizan sus rotaciones o prácticas en los establecimientos de salud del país. Siendo importante que se mantenga también en ellos un equilibrio emocional que no afecte la atención del paciente.

En una universidad privada de Lima se detectó que estudiantes tenían problemas lumbares, en un 12% para el año 2015, luego en el año 2016 se incrementó en un 15%, para el año 2017 aumentó en un 18% el porcentaje de

alumnos con dolores lumbares, siendo la proporción mayor en los alumnos de los ciclos finales, quizá por realizar actividades de internado, guardias, emergencias. (DIBIUN, 2015; 2016; 2017).

Por esta razón se plantea realizar una investigación descriptiva, no experimental, transversal y correlacional, que permitirá la formulación estrategias de prevención y corrección para que los universitarios puedan mantener una adecuada salud mental que no perjudique su desarrollo a pesar que cuentan con el dolor físico. El método de esta investigación fue el hipotético deductivo y la población estuvo constituida por 126 universitarios de una Institución universitaria de Lima, la misma que conforma la muestra de este estudio.

En los últimos 5 años, según el Registro Nacional de trabajos de Investigación, a nivel nacional se observa que existen alrededor de 1400 tesis registradas acerca de la variable calidad de vida, lo cual hace notar que es una variable muy estudiada con diferentes instrumentos y aplicada a diferentes poblaciones. Mientras para la variable bienestar psicológico solo se han registrado 8 tesis que han estudiado dicha variable.

La presente investigación fue desarrollada en cinco capítulos: En el capítulo I, se presenta el marco teórico, en el que se consideran los antecedentes, bases teóricas, planteamiento del problema y los objetivos de la investigación. En el capítulo II se muestra las hipótesis y las variables de la investigación. En el capítulo III, se señala el método en el que se tiene en cuenta el diseño, población y muestra, medición, procedimientos y el análisis de datos. En el capítulo IV se muestran los resultados de la investigación y en el capítulo V se presenta la discusión.

Finalmente se presentan las conclusiones y recomendaciones que se obtienen del estudio, haciendo especial énfasis en cómo se alcanzan o no los objetivos de la investigación, y teniendo en cuenta cuáles son las implicancias de los datos en relación al estudio.

CAPÍTULO I. MARCO TEÓRICO

1.1. Antecedentes

Carranza, Hernández y Alhuay (2017) en su estudio tuvo como objetivo determinar la relación que había entre el bienestar psicológico y el rendimiento académico en los alumnos de la carrera de psicología de una universidad particular de Tarapoto. La muestra se conformó por 210 alumnos, a ellos se les aplicó la Escala de Bienestar Psicológico de Ryff. Se tuvo como resultado que existía una relación directa y estadísticamente significativa, mientras más alto sea el bienestar psicológico, más alto también será el rendimiento académico.

Gutiérrez (2017) en su investigación decidió establecer la relación entre el bienestar psicológico y la ansiedad. Se conformó la muestra por 161 universitarios, a los cuáles se les aplicó el cuestionario de Bienestar Psicológico de Casullo (2002) y para evaluar la ansiedad el IDARE. Se obtuvo como resultados que hay una relación inversa, moderada y estadísticamente significativa entre las dos variables, también resultó que los estudiantes perciben su bienestar psicológico bajo y fuertes nivel de ansiedad.

Matalinares, et al. (2016) realizaron un estudio que buscó determinar si existe relación entre el bienestar psicológico y los modos de afrontamiento del estrés. Evaluaron a 934 estudiantes universitarios mediante la Escala de Modos de Afrontamiento al Estrés (COPE) y la Escala de Bienestar Psicológico (SPWB). Se obtuvo como resultado que hay una relación directa y significativa entre el bienestar psicológico y el modo de afrontamiento del estrés centrado en el problema y la emoción, y en cuanto a otros estilos de afrontamiento guardan una relación significativa, pero indirecta.

Castellano et al. (2014) realizaron un estudio que buscó describir la calidad de vida en relación a la salud (CVRS) de pacientes con lumbalgia crónica inespecífica, además de la relación con diferentes variables médicas, socio-demográficas y psicosociales. Se evaluó a 94 pacientes con dolor lumbar crónico y se les aplicó una entrevista semiestructurada y cuestionarios de CVRS, dolor auto-percibido, discapacidad, sintomatología ansioso-depresiva, apoyo social y satisfacción vital.

Se concluyó que la disfunción, la edad y la ansiedad-rasgo de los pacientes con lumbalgia crónica han demostrado ser factores claves para explicar su CVRS global. Además, es conveniente considerarlo para un tratamiento integral y multidisciplinario.

Sathya, Ramakrishnan y Priyanka (2015) realizaron un estudio que tuvo por objetivo identificar los síndromes de la depresión, ansiedad y del estrés usando la escala DASS en individuos con dolor lumbar mecánico. Se realizó un estudio transversal entre 50 pacientes con dolor lumbar mecánico para evaluar el nivel de depresión, ansiedad y estrés usando DASS-21. Se obtuvieron como resultados, la depresión se ve más con el grupo de menor edad (48.64%) es decir, 22 personas del grupo de edad de 25-35 años tienen depresión leve, moderada o severa a diferencia del grupo de mayor edad donde la depresión representa el 15.38%, es decir 5 personas del grupo de edad de 36-45 tienen depresión leve, moderada o grave. 29.72% (25 personas) tienen ansiedad severa en el grupo entre los 25-35 años mientras que 5.88% (11 personas) sufren de ansiedad severa en el grupo de edad de 36-45. La gravedad del estrés fue mayor en el grupo de mayor edad de 36-45 (23.07%), es decir, de 13 personas 3 sufrieron estrés severo en comparación con el grupo de edad más joven (21.62%), es decir, de 37 personas 8 sufrieron de estrés severo. Se concluyó que la depresión, la ansiedad y el estrés influyen en el curso clínico del dolor lumbar mecánico, la detección de los síntomas anteriores es crucial para un manejo óptimo del fisioterapeuta.

Marcie et al. (2014) en su estudio buscaron determinar la prevalencia de la depresión entre los pacientes con dolor lumbar e investigar las características sociodemográficas de los pacientes con dolor lumbar y la relación entre la depresión y la intensidad del dolor en este grupo de pacientes. El estudio se realizó en 99 pacientes tratados en el Departamento Clínico de Neurología. Se obtuvieron como resultados, que algún grado de depresión estaba presente en 73 (74%) pacientes en estudio, incluidos todos los pacientes con dolor lumbar severa. En el grupo de pacientes con dolor lumbar severo, la tasa de depresión moderada, severa y muy grave fue 1.36 veces la registrada en el grupo de pacientes con dolor lumbar moderado y 2.58 veces mayor que la encontrada en el grupo de pacientes con dolor lumbar leve. Los síntomas más comunes fueron síntomas físicos generales 70

(71%), psíquicos ansiedad 69 (70%) y estado de ánimo deprimido 66 (67%). Se concluyó que la depresión fue más severa en Pacientes con dolor lumbar con enfermedad grave en comparación con pacientes con dolor lumbar leve o moderado.

Jara y Villacorta (2017) realizaron una investigación que pretendió determinar los factores que se asocian al dolor lumbar en los estudiantes de Terapia Física y Rehabilitación. La muestra estuvo compuesta por 49 estudiantes, a quienes se le aplicaron el cuestionario de Dolor Lumbar y el Test de Golberg. Los resultados mostraron una alta prevalencia de dolor lumbar 85% (42), en cuanto a género, las mujeres fueron más afectadas 86% (36). En cuanto a los factores asociados al dolor lumbar, no existe una relación estadísticamente significativa.

Kaman et al. (2013) realizaron una investigación cuyo objetivo fue estudiar la prevalencia del dolor lumbar en estudiantes de pregrado de medicina y enfermería en nuestros institutos y su asociación con la actividad física, el tabaquismo, la depresión, el uso de computadoras y otras variables. La muestra estuvo compuesta por 215 estudiantes de pregrado, a quienes se les aplicaron el cuestionario estructurado. Se concluyó que había una alta prevalencia del dolor de espalda en estudiantes de pregrado. Los estudiantes de medicina parecían estar en mayor riesgo. Se requieren medidas preventivas para mejorar la calidad de vida en futuros profesionales de la salud.

Vincent et al. (2016) realizaron una investigación cuyo objetivo fue examinar la prevalencia de dolor lumbar entre los estudiantes que se entrenan para convertirse fisioterapeutas. La muestra estuvo compuesta por 207 estudiantes universitarios de fisioterapia clínica en tres universidades en Nigeria, a quienes se le aplicó un cuestionario. Se concluyó que, aunque la prevalencia de dolor lumbar fue comparativamente baja, su asociación con actividades educativas enfatiza la necesidad de incorporar estrategias preventivas de dolor lumbar efectivas en la capacitación de estudiantes de fisioterapia.

Kehinde et al. (2017) realizaron una investigación con el objetivo de determinar la prevalencia, la percepción y los correlatos de dolor lumbar entre los trabajadores de la salud en instituciones de salud terciarias en Sokoto, Nigeria. La muestra

estuvo compuesta por 320 trabajadores de salud, a quienes se les aplicaron el cuestionario semiestructurado. Se concluyó que la prevalencia de dolor lumbar es alta entre los trabajadores de la salud en Sokoto, Nigeria; aunque también se asoció con la edad avanzada y el sexo femenino, el hecho de estar en la práctica durante 10 años o más, el sobrepeso / obesidad y el levantamiento de objetos pesados / pacientes en el trabajo fueron los factores predictivos identificados.

Christensen et al. (2015) realizaron un estudio que tuvo por objetivo comparar los síntomas mentales y la angustia según lo medido por la lista de verificación de 90 síntomas en pacientes que están en la lista de enfermos o en riesgo de ser pacientes con dolor lumbar con un grupo control basado en la población. Se comparó el sufrimiento mental en un grupo de personas con dolor lumbar (n = 770) y un grupo de referencia basado en la población seleccionado al azar (n = 909). Se obtuvieron como resultados, los puntajes medios del grupo mostraron que todas las escalas de síntomas y el índice de gravedad global para ambos sexos fueron estadísticamente elevados en el grupo con dolor lumbar, excepto por la sensibilidad interpersonal en las mujeres. Cuando los puntajes se dicotomizaron para casos y no casos de angustia mental, se observó una prevalencia significativamente mayor de casos en las personas con dolor lumbar a diferencia del grupo de referencia en todos los niveles de lista de control de síntomas. Se concluyó que los pacientes con dolor lumbar que están en la lista de enfermos o en riesgo de estar en la lista de enfermos, están más angustiados mentalmente comparado a una muestra elegida al azar de la población general danesa. Los síntomas de somatización, ansiedad, ansiedad fóbica, obsesivo-compulsivo, depresión y hostilidad son más comunes entre los pacientes con dolor lumbar en comparación con la población general.

Solé (2017) en su estudio buscó determinar la prevalencia de trastornos en los fisioterapeutas de Cataluña, investigar las asociaciones entre esos trastornos y áreas anatómicas, aspectos demográficos y laborales de los fisioterapeutas, sus respuestas y los factores de riesgo percibidos como causas de ellos. Se aplicó una encuesta a los fisioterapeutas y se obtuvo como resultado que la prevalencia de vida de estos problemas musculoesqueléticos en el cuello y las extremidades superiores por causa laboral de 87.3%; de 12 meses, de 81.9% y la puntual, de 65.94%. El 57.4% de los menores de 30 años se lesionaron en los 3 primeros años

de ejercicio profesional. Los más frecuentes fueron en el hombro (62.1%) y en muñeca y/o mano (54.9%) (Malca, 2017).

1.2. Bases Teóricas

1.2.1. Bienestar Psicológico

Conocer los diferentes estudios sobre bienestar psicológico a lo largo de la historia, permite la definición del concepto. Surgieron dos enfoques: la tradición hedónica, que acentuaba constructos como la felicidad, el afecto positivo, el afecto negativo bajo y la satisfacción con la vida (por ejemplo, Bradburn, 1969; Diener, 1984; Kahneman, Diener y Schwarz, 1999; Lyubomirsky y Lepper, 1999); y la tradición eudaimónica, que destacó el funcionamiento psicológico positivo y el desarrollo humano (por ejemplo, Rogers, 1961; Ryff, 1989a; 1989b; Waterman, 1993). Sin embargo, a pesar de las diferencias en el enfoque, la mayoría de los investigadores ahora creen que el bienestar es una construcción multidimensional (por ejemplo, Diener, 2009; Michaelson, Abdallah, Steuer, Thompson y Marks, 2009; Stiglitz, Sen, y Fitoussi 2009). En consecuencia, la diversidad de dimensiones ha creado una "base de investigación confusa y contradictoria" (Pollard y Lee, 2003).

Un intento temprano de definir el bienestar fue la investigación clásica de Bradburn (1969) sobre el bienestar psicológico. Su trabajo marcó un alejamiento del diagnóstico de casos psiquiátricos al estudio de las reacciones psicológicas de las personas comunes en su vida diaria. Su discusión surgió de su interés en cómo los individuos enfrentaban las dificultades diarias que enfrentaban. Bradburn destacó cómo el bienestar psicológico (al que también se refirió como felicidad) fue la variable que "destaca como de importancia primordial". Relacionó esto con la idea de Aristóteles de la eudaimonia, que ahora se traduce más comúnmente como bienestar.

Aristóteles creía que esta era la meta principal de todas las acciones humanas. La mayoría de la investigación de Bradburn se centró en distinguir el afecto positivo y negativo. Su modelo especificaba que una persona tendrá un alto nivel de

bienestar psicológico en función a que tenga un exceso de afecto positivo sobre negativo y tendrá un bienestar bajo en el grado en función que el afecto negativo prevalezca sobre el positivo (Bradburn, 1969).

El término de bienestar psicológico se asocia (a partir de una perspectiva macroscópica) con la calidad de vida y el bienestar social (Casullo, 2002; Veenhoven, 1994; Argyle y Martin, 1987). Ryff (1989) exploró el impacto del declive del bienestar; determinó que la clase socioeconómica estaba vinculada a las dimensiones de autoaceptación, proyecto y crecimiento. Referente al factor social, Ryff y Keyes (1995) reunieron el sustento de que las relaciones sociales positivas y significativas consienten pronosticar el funcionamiento psicológico. Al revisar los diferentes conceptos relacionados con el bienestar psicológico, el siguiente concepto se toma como referencia en el estudio: "Es una virtud que deriva de la salud mental y vincula los aspectos cognitivo y emocional, que está en la búsqueda de la excelencia de la persona, del ajuste psicosocial y de la ejecución de tareas en evolución. Es consecuencia de una evaluación de valor por parte del sujeto en relación a su desempeño en la vida (Ryff, 1989).

Ryff (1989) diseñó el "Modelo de la Multidimensionalidad Constructural" o "Modelo Multidimensional del Bienestar Psicológico". En 1985, con Keyes, planteó seis dimensiones en el mencionado modelo: auto-aceptación, relaciones positivas con otras personas, autonomía, dominio del entorno, propósito en la vida y crecimiento personal. La auto-aceptación se refiere al acto de apreciar la actitud positiva de cada individuo, pese a las limitaciones presentadas. La otra dimensión involucra la capacidad de construir relaciones estables con las personas, que se basen en la confianza y en el amor. La tercera dimensión, autonomía, es calificada como la libertad que facilita al ser humano a no dejarse llevar por la presión social y que pueda controlar su propio comportamiento. El dominio del entorno, cuarta dimensión, muestra la capacidad del individuo para manipular el medio, y que se sienta capaz de influir en el mismo, para acomodarlo a su necesidad y deseo. La quinta dimensión, el objetivo en la vida se muestra por medio de metas específicas y reales, que les conceden sentido a las experiencias del pasado y futuro; propósito de vida. El crecimiento personal, última dimensión, hace mención a la realización de estrategias para mejorar las capacidades y el potencial, que provienen en un

desarrollo y madurez de la persona. Este autor determinó que a medida que los individuos llegan a la edad adulta, poseen más autonomía, dominio del medio y distinguen sentimientos positivos de desarrollo personal.

Por su parte, Casullo (2002) se fundó en los planteamientos sobre el bienestar psicológico de Riff (Riff, 1989; Riff & Singer, 1995) con el fin de realizar un instrumento breve que valore dicho constructo.

La Escala de bienestar psicológico de María Casullo, Escala Bieps-A, utilizado en el presente estudio, distingue las siguientes dimensiones (Casullo, 2002).

1.2.2. Dimensiones del Bienestar Psicológico

- **Control de situaciones:** Un puntaje alto significa que la persona posee una sensación de control y autocompetencia, que le permite la creación o manipulación de contextos con fin de adecuar las propias necesidades e intereses. A diferencia de los que demuestran un nivel bajo de sensación de control presentan dificultades para tratar sus asuntos del día a día, no dándose cuenta de oportunidades y creyendo que no son capaces de transformar el ambiente.
- **Aceptación de sí mismo:** Se refiere a la aceptación de los múltiples aspectos de sí mismo, así sean buenos o malos. Se siente bien con el pasado. Si la persona logra un puntaje bajo, muestra que tiene una desilusión de su vida pasada, y que desearía ser diferente de cómo es, por ende, no está satisfecho consigo mismo.
- **Vínculos psicosociales:** Si obtiene un alto puntaje, el individuo es cálido, tiene confianza en las demás personas, pudiendo establecer buenas relaciones, teniendo capacidad de empatía y es afectivo. En caso opuesto, no tiene muchas relaciones con las personas, se aísla, se frustra cuando establece vínculos y no puede conservar sus compromisos con los otros individuos.
- **Autonomía:** Si tiene alto puntaje, la persona toma decisiones de manera independiente, tiene asertividad y confianza en su propio juicio. El puntaje bajo

indica que la persona no tiene estabilidad emocional y depende de otros para la toma de decisiones y se preocupa por lo que pueden pensar los demás.

- **Proyectos:** Demuestra que el individuo posee metas y proyectos en su vida, supone que la vida tiene un significado y tiene valores que permiten que su vida tenga sentido. El puntaje bajo indica que la vida no tiene sentido ni significado, la persona posee pocas metas y proyectos que impiden establecer propósitos.

La evaluación del “Bienestar” es una de las principales prioridades para gobiernos, organizaciones internacionales, compañías de salud e instituciones de investigación. Existe un creciente interés y una dura competencia para producir índices de bienestar destinados a reemplazar el Producto Interno Bruto (PIB) actual y las medidas de carga, para medir el bienestar en las encuestas de población y los nuevos modelos de atención, y para diseñar políticas de bienestar e intervenciones relacionadas con la atención de salud. El bienestar también se ha convertido en un concepto indispensable en la epistemología para enmarcar adecuadamente los complejos modelos de enfermedad, asistencia sanitaria y función humana. Independientemente de su éxito actual, persisten enormes diferencias en la definición de bienestar y su relación con la felicidad, la satisfacción, la salud mental, la calidad de vida (QoL), el capital social, el capital mental y el funcionamiento humano. En gran medida, estas diferencias se relacionan con los diversos orígenes donde este concepto se desarrolló durante los últimos 100 años. Si bien el vínculo entre el bienestar y la salud es ineludible, dos áreas principales de desarrollo podrían rastrearse fuera del sector de la salud: una está relacionada con la evaluación del bienestar y la felicidad en demografía, psicología y educación y la otra está relacionada con la medición del bienestar en la economía.

1.2.3. Calidad de Vida

En 1946, la Organización Mundial de la Salud definió la salud como un completo estado de bienestar físico, mental y social y no simplemente la falta de enfermedad. Asimismo la Organización Panamericana de la Salud en base a un panorama de nociones y estrategias para políticas públicas saludables mencionó 9 determinantes para la salud: posición social e ingreso; empleo y condiciones de

trabajo; educación; hábitos personales de la salud y aptitudes de adaptación; entorno físico; características biológicas y dotación genética; redes de apoyo social y servicios de salud; desarrollo del niño sano; que permiten regular y profundizar en los determinantes de la salud de la persona y de las cuales la sociedad y el trabajo son categorías con alta relación a la salud. La definición de calidad de vida dada por la OMS se refiere a una evaluación subjetiva, que incluye dimensiones tanto positivas como negativas, y que se integró en un contexto cultural, social y ambiental (Genaro et al., 2014).

Una palabra muy usada para detallar distintos aspectos es Calidad de Vida, la Organización de las Naciones Unidas menciona que la salud, alimentación, seguridad social, educación, vestido, trabajo, vivienda, derechos humanos y ocio son elementos de la Calidad de Vida. El término constituye un concepto multidimensional de las políticas sociales que representa poseer buenas condiciones de vida objetivas y un alto grado de bienestar subjetivo, y además contiene la satisfacción en conjunto de necesidades por medio de políticas sociales sumada a la satisfacción de necesidades del individuo. Diferentes autores piensan que no se puede hablar de manera significativa acerca de la calidad de vida en general, sino que se tiene que definir dominios específicos de la calidad de vida (Genaro et al., 2014). La calidad de vida, a su vez, se entiende como “la percepción de los individuos sobre su posición en la vida en el contexto de la cultura y los sistemas de valores en que viven y en relación con sus metas, expectativas, estándares y preocupaciones” (Grupo WHOQOL, 1994).

En relación a la calidad de vida con la salud es el valor determinado por personas, grupos o la sociedad a la duración de la vida que se han transformado por las deficiencias, percepciones, estados funcionales y oportunidades sociales que influyen en la enfermedad, lesiones, tratamientos médicos o políticas sanitarias; nociones subjetivas que se deben evaluar al cuestionar a la persona sobre su valoración de sí mismo (Urzúa, 2012).

Otros como Schwimmer, Burwinkle & Varni (2003) sugieren que la calidad de vida en salud es la forma como los individuos perciben su estado integral (holístico) en todos los aspectos que tienen que ver con el desarrollo de la persona, a decir el

aspecto físico y mental, si uno de estos aspectos no se encuentra bien afectará todos los aspectos considerablemente, reduciendo así su calidad de vida.

Algunos autores como Osoba, et. al., (2008) también han considerado que la calidad de vida tiene una extensión social, con aquellas personas que conforman el círculo social más cercano, si las relaciones se rompen o no se llevan adecuadamente, pueden afectar la calidad de vida de un individuo generando problemas emocionales que pueden traducirse en trastornos mentales crónicos como depresión, ansiedad, etc.

Asimismo, Guyatt (1993) ha considerado que la calidad al ser un tema subjetivo para cada persona puede tener distintas condiciones que se relacionan directamente con la noción de la felicidad que cada individuo tiene. Es por eso que se puede definir la calidad de vida como el estado de bienestar (es decir de felicidad) que tiene el individuo para sí mismo.

Distintos cuestionarios y escalas se usan por la salud ocupacional para valorar el estado de salud, la localización e intensidad del dolor, la capacidad funcional, los aspectos psicosociales y la calidad de vida de personas con diferentes individuos.

Se sugiere realizar adaptaciones culturales de cuestionarios y escalas a partir de los validados con el fin de que permite reducir costos y brindar intercambio de información a la científica. El SF-36 es un instrumento completo para evaluar la calidad de vida en relación a la salud genérica, su uso permite la introducción de resultados en la práctica y la medición de que tan útil es un tratamiento o alternativa sanitaria, al dar un diagnóstico en base a una peor o mejor salud que indicadores comunes de morbimortalidad no logran manifestar (Novoa et al., 2010).

1.2.4. Bienestar Psicológico y Calidad de Vida en las Ciencias de la Salud

La historia de los términos Bienestar y Calidad de Vida en las ciencias de la salud sigue un intrincado camino que no es fácil de desentrañar. En la década de 1930, varias voces comenzaron a reconocer que la salud estaba más allá de la ausencia de la enfermedad: “La salud debe ser lo primero: el mero estado de no

estar enfermo debe ser reconocido como un sustituto inaceptable, a menudo tolerado o incluso considerado como normal. Además, enfrentan el hecho de que, si bien se ha producido un inmenso estudio sobre la enfermedad, nadie ha estudiado y analizado intensamente la salud, y nuestra ignorancia del tema ahora es tan profunda que difícilmente podemos afirmar científicamente que sabemos qué es la salud". Y fue también en ese momento que el término "felicidad" se utilizó por primera vez en el sector de la salud en el Reino Unido (Guerra, et. al., 2017).

El concepto "bienestar" se incorporó a la definición de salud en la constitución de la OMS a raíz de una propuesta de Andrija Stampar, una de las pioneras de la salud pública. Dijo que la salud era "un estado de completo bienestar físico, mental y social y no simplemente la ausencia de enfermedad o enfermedad", concepto que aún se mantiene hasta el día de hoy. Este cambio fundamental en la conceptualización de la salud y la enfermedad antes de la guerra promovió la incorporación del "bienestar" a la terminología médica, aunque pasaron otras tres décadas antes de que fuera adoptada oficialmente en la declaración de Alma Alta de 1978. Pubmed registra la primera aparición de este concepto en un artículo francés sobre salud mental publicado en 1955.

Esto fue seguido por la incorporación de los "aspectos positivos de la salud" a las encuestas de salud pública, como las Encuestas Nacionales de Salud de los EE. UU. Desde 1957, y la adición de breves medidas subjetivas de bienestar "positivo" y "negativo" en la escala de Bradburn de una década. Luego durante los siguientes treinta años, "Bienestar" fue un concepto estrechamente congruente con la calidad de vida en medicina (Guerra, et. al., 2017). Por lo tanto, la calidad de vida se definió como los aspectos subjetivos del bienestar, mientras que el bienestar se evaluó como un componente genérico de la calidad de vida. Sorprendentemente, los esfuerzos para alcanzar un consenso internacional sobre la definición de bienestar y su taxonomía han sido mínimos en comparación con la calidad de vida.

Prutkein y Feinstein (Gawai & Phadke, 2018) han revisado los orígenes del concepto de la calidad de vida y su evolución en medicina hasta 1986. Aunque la primera mención de la calidad de vida se identificó en el campo de la nefrología a fines de la década de 1960, la evaluación estándar de la calidad de vida fue precedida por la evaluación diaria. Los diarios que viven en el tiempo desde la

década de 1890 se incorporaron posteriormente al estudio de las ciencias sociales del comportamiento humano. Justo después de la Segunda Guerra Mundial, el índice de Karnofsky se introdujo en la atención médica para evaluar el estado de rendimiento de los pacientes con cáncer y las personas con discapacidades, y esto fue seguido por una serie de índices clínicos posteriores de "Actividades de la vida diaria".

Las calificaciones autoinformadas se incorporaron a la evaluación de la calidad de vida en las encuestas nacionales durante los años setenta. Se incluyeron cuatro dominios o índices principales: Escala general de satisfacción con la vida, Índice de bienestar, Índice de afecto genérico e Índice de estrés percibido. Más adelante, preguntas globales como "¿Cómo te sientes acerca de tu vida en general?" se agregaron a los cuestionarios, y los dominios básicos de calidad de vida también se expandieron (Guerra, et. al., 2017).

La construcción de la calidad de vida fue adoptada por la OMS, que en 1991 inició un proyecto para desarrollar un instrumento (la Organización Mundial de la Salud, Calidad de la Vida, WHOQOL) para medir la calidad de vida a nivel internacional. (Salvador et al., 2014).

1.2.5. Dolor Lumbar

El dolor en la zona baja de la columna vertebral compone uno de los motivos con mayor frecuencia de demandas por accidente de trabajo (LaDou 1999, Vargas 2000), se muestra en 80-90% de la gente adulta durante su vida lo ha presentado en algún momento y normalmente de manera periódica. Según la OMS es el primer motivo de consulta en el mundo (70%) donde solo un 4% necesita de cirugía. La lumbalgia aguda puede difundirse a los miembros inferiores y limitar la actividad del día a día por un periodo de casi tres meses, mayormente existe una mejora en el 90% de estas personas en mes y medio, a pesar de no contar con un diagnóstico etiológico. El dolor lumbar crónico se desarrolla por más de 3 meses.

Según Vargas (2000), las lumbalgias se pueden clasificar de distintas maneras como traumáticas y congénitas (espondilolistesis, fracturas, espondilólisis,

sacralización L5, espina bífida) o agudas, subagudas y crónicas (referente al tiempo de evolución), la clasificación más común es en relación al tipo de dolor:

1. Dolor lumbar no radicular: es regional, sin irradiación definida y no evidenciando un compromiso en el estado general de la persona enferma. Generalmente se muestra luego de levantar objetos, hacer esfuerzos o por estar de pie y su cura es en 3 semanas en promedio o desaparece al estar en reposo.
2. Dolor lumbar radicular: manifiesta síntomas en el miembro inferior que da un compromiso radicular. Posee dolor al sentarse y acostarse, siendo insoportable en oportunidades.
3. Lumbalgia compleja o potencialmente catastrófica: surge luego de un accidente importante, con o sin lesión neurológica.

1.2.6. Etiopatogenia del Dolor Lumbar

1. Dolor lumbar no radicular: Es de origen mecánica (fuerzas grandes), postural (malas posiciones continuas de la columna), funcional (movimientos no adecuados de la columna) o muscular y se relaciona a un mal estado físico, sobrepeso y sobreesfuerzo. Las lumbalgias sin irradiación se pueden dar como manifestaciones de crisis de somatización o depresión.
 - a. Torceduras y lesiones: lesiones leves y con límite de evolución, se asocian al levantamiento de cosas, caídas, desaceleraciones bruscas como en accidentes de tránsito. A menudo no existe una lesión anatómica concreta.
 - b. Fracturas vertebrales: mayormente se presenta por lesiones de compresión o flexión que causan una cuña o compresión anterior, en traumas más graves se puede generar fracturas luxaciones y fracturas por estallido.

2. Dolor lumbar radicular: Compresión mecánica, mecanismos microvasculares o histoquímicos del disco que consiguen alterar la fisiología de la raíz de los nervios.

El dolor lumbar es considerado una de las limitaciones más importante en las actividades en individuos menores a 45 años y la tercera limitación en mayores a 45 años, así como la disfunción músculo esquelética con mayor prevalencia en mayores a 65 años. Las principales limitaciones que produce el dolor lumbar son: Dificultad al movimiento; dolor que se irradia a través de la pierna; Espasmos musculares y dolor a la palpación (Braunwald, et. al., 2002).

1.2.7. Síntomas del dolor lumbar

El dolor en la zona lumbosacra (zona inferior de la espalda) es el principal síntoma de dolor lumbar. El dolor puede irradiarse por la parte frontal, lateral o posterior de la pierna, o puede limitarse a la zona inferior de la espalda. El dolor puede empeorar con la actividad. Ocasionalmente, el dolor puede empeorar durante la noche o con una sesión prolongada, como en un largo viaje en automóvil.

Uno puede tener entumecimiento o debilidad en la parte de la pierna que recibe su suministro de nervios de un nervio comprimido. Esto puede causar una incapacidad de realizar la flexión plantar de pie.

Esto significa que uno no podría pararse sobre los dedos de los pies o bajar el pie. Esto ocurre cuando el primer nervio sacro se comprime o daña. Otro ejemplo sería la incapacidad de levantar el dedo gordo hacia arriba. Esto se produce cuando el quinto nervio lumbar está comprometido (Arya, 2014).

1.2.8. Factores de riesgo del dolor lumbar

Aproximadamente del 5 al 15% del dolor lumbar se puede atribuir a una causa específica, como una fractura, una neoplasia o una infección. Para el 85-95% restante de los casos, la causa específica del dolor lumbar no está clara.

Factores Psicológicos

Los factores psicosociales parecen jugar un rol sustancial en la frecuencia del dolor lumbar. Las personas con afectividad negativa, niveles bajos de apoyo social en el lugar de trabajo, bajo nivel de control del trabajo, altas demandas psicológicas e insatisfacción laboral, así como también estrés, ansiedad y depresión, son más propensas al dolor lumbar.

Factores de altura y peso del cuerpo

Los estudios demostraron una asociación entre la altura del cuerpo y el dolor lumbar. Los resultados sugieren que ser alto es un predictor de una cirugía de espalda. Las personas con discapacidad parecen tener más riesgo potencial de inestabilidad del disco bajo carga externa. Se demostró que las alteraciones de las articulaciones en pacientes con hernia de disco lumbar son más evidentes en pacientes más altos.

Varios estudios han demostrado claramente que las personas con un IMC alto son más propensas al dolor lumbar. Un metaanálisis que incluyó 33 estudios mostró que la obesidad se relacionó con una mayor prevalencia de dolor lumbar en los doce últimos meses (odds ratio agrupado, OR = 1,33 (IC del 95%: 1,14 -1,54).

Factores ocupacionales

En el mundo, el 37% de los dolores lumbares se atribuyen a la ocupación. Los profesionales que están expuestos a las vibraciones o los puestos de larga duración, como los trabajadores de la salud, los conductores ocupacionales y los trabajadores de la construcción son más propensos a desarrollar este mal. La lumbalgia se asocia con posturas de trabajo que incluyen una gran flexión con el tronco, doblarse y torcerse simultáneamente con el tronco, una postura torcida y retorcida durante períodos prolongados y hacer movimientos repetitivos con el tronco. Este hallazgo fue consistente con otros estudios. La torsión repetitiva o la flexión con el tronco, así como la torsión o doblamiento prolongados, pueden aumentar el riesgo de dolor lumbar debido a la fatiga no recuperada. Hasta cierto punto, estos resultados reflejan que el riesgo de dolor lumbar puede ser mayor en

algunas industrias, en las que los trabajadores necesitan realizar un trabajo físico intenso o trabajar con una postura incómoda.

Los factores sociodemográficos, como la edad, los factores del estilo de vida, por ejemplo, el tabaquismo y el acondicionamiento físico, son otros posibles factores de riesgo para la lumbalgia (Duthey, 2013).

Como se mencionó anteriormente el dolor lumbar es considerado como un problema importante en diferentes países, dado que un alto porcentaje de personas padecen este problema de salud. Las pruebas que complementan más comunes (de laboratorio y de imagen) contribuyen con escasa información y, en varios casos, confunden por la cantidad significativa de falsos positivos. A pesar de ser útiles para retirar patologías determinadas, no dan información acerca del contexto clínico del paciente ni de los cambios que se originan, ofreciendo poca ayuda para tomar decisiones. Dentro de otras pruebas que complementan menos usadas se encuentran las escalas de valoración.

La escala de incapacidad por dolor lumbar de Oswestry fue desarrollada inicialmente en 1976 por John O'Brien con pacientes con dolor lumbar crónico que acuden a una clínica especializada. Se les realizaron entrevistas para determinar la repercusión funcional que el dolor crónico tiene sobre las actividades del día a día, las entrevistas fueron realizadas por un cirujano ortopédico, un fisioterapeuta y un terapeuta ocupacional. En este sentido se diseñó como un instrumento de valoración y de medida de resultados, y es en 1981 cuando se difundió en la reunión en París de la Sociedad internacional como un estudio de la espina del dolor lumbar (Fairbank & Pynsent, 2000).

1.3. Planteamiento del Problema

1.3.1. Descripción de la Realidad Problemática

El tema del bienestar psicológico del individuo es una preocupación en la población desde que nace como tal; toda persona está en la búsqueda de satisfacer de sus necesidades como todo ser vivo; no obstante, algo específico del ser humano es ser consciente de sentirse feliz (Oramas, et. al., 2007).

En la actualidad el bienestar psicológico es considerado un indicador positivo para la salud mental, pues sin este se pueden dar trastornos que conlleven a un desequilibrio del desarrollo personal, sobre todo en las situaciones de estrés que se enfrentan día a día. Además, desde varios años atrás el bienestar psicológico ya forma parte de la calidad de vida de un individuo, pues se compone por distintas influencias como satisfacer las necesidades de diferente condición y trasciende en el estado de ánimo de las personas de diferentes edades (Fhon, et. al, 2016; cf. Oramas, et. al., 2007).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha determinado “calidad de vida” como la percepción que un individuo posee de su lugar en la existencia, en relación a su cultura y el sistema de valores donde está viviendo y de acuerdo con sus expectativas, sus normas y sus inquietudes (OMS, 2005), definición que se mantiene hoy en día y sirve como referente del asunto a nivel académico (cf. Urzúa, 2012).

Asimismo, la evaluación del Bienestar es una prioridad para el Estado, organizaciones internacionales, empresas de salud e instituciones de investigación.

El bienestar también se ha convertido en un concepto indispensable en epistemología para enmarcar adecuadamente los modelos complejos de enfermedad, atención médica y función humana. Independientemente de su éxito actual, persisten grandes diferencias en la definición de bienestar y su relación con la felicidad, la satisfacción, la salud mental, la calidad de vida, el capital social, el capital mental y el funcionamiento humano (Salvador, Lucas, Ayuso & Mire, 2014).

La relación entre el Bienestar Psicológico y la Calidad de Vida en ciencias de la salud sigue un camino difícil que no es fácil de desenredar. El término "Bienestar" se incorporó al concepto de salud como parte de la constitución de la OMS siguiendo una propuesta de Andrija Stampar, uno de los fundadores de la salud pública, considerando a la salud como "un estado de completo bienestar físico, mental y social y no simplemente la ausencia de enfermedad o enfermedad" (Tejada, 2003).

El dolor lumbar es uno de los principales problemas de salud más comunes, según la OMS señala que el dolor lumbar o en la zona baja de la columna vertebral es la causa principal de consulta en el mundo (70%) en el cual solo un 4% necesita cirugía. El dolor lumbar se presenta con mayor frecuencia desde la adolescencia hasta la adultez, sobre todo en los primeros años de formación académica dado que están varias horas sentados en su escritorio, y disminuye la posibilidad de realizar actividades físicas y aumenta el riesgo de sufrir de insomnio, depresión, dolores de cabeza, consumir alcohol o fumar (Shiri, Karppinen, Leino-Arjas, Solovieva y Viikari-Juntura, 2010). En el año 2016 se atendieron 861 774 casos de dolor lumbar a nivel Nacional, de los cuales alrededor de un 20% correspondían a la Región Lima con mayor prevalencia en las edades de 18 a 29 años. (MINSA, 2016).

Por otra parte, los desórdenes psicológicos como trastornos de personalidad, depresión y ansiedad, son reconocidos como causa de la cronificación del dolor lumbar y está presente en un 70% a 80% de los pacientes que tienen lumbalgia crónica. Del mismo modo los síntomas del dolor lumbar constante incrementan la prevalencia de trastornos mentales como la ansiedad (Härter, Reuter, Gross-Hardt & Bengel, 2001). Del mismo modo estudios transversales y prospectivos mostraron que la calidad de vida vinculada con la salud (CVRS) se ve afectada en personas con dolor lumbar (Montazeri & Mousavi, 2010).

El dolor lumbar es un problema de salud común, donde no todas las personas responden del mismo modo. Cuando el dolor se da por primera vez, afecta los circuitos cerebrales sensibles al dolor. Pero cuando el dolor tiene una duración mayor, la actividad cerebral relacionada cambia de los circuitos de "dolor" a los circuitos que procesan las emociones. Por esta razón, se dice que las emociones

como ansiedad representan un lugar central en el dolor de espalda crónico. Estos trastornos mentales afectan el bienestar psicológico de las personas con dolor lumbar (Pillay, 2016).

El sector salud, no es ajeno a esta realidad pues alrededor de 80% de los descansos médicos que tienen los trabajadores son por problemas en la columna (Burillo, Fernández & Agüir, 2006). Todos los alumnos de las carreras de las ciencias de la vida forman parte del equipo multidisciplinario de salud, pues como parte de su formación académica realizan sus rotaciones o prácticas en los establecimientos de salud del país. Siendo importante que se mantenga también en ellos un equilibrio emocional que no afecte la atención del paciente.

Para fines de la presente investigación, nos hemos centrado en universitarios con diagnóstico de dolor lumbar. En una universidad privada de Lima se detectó que estudiantes tenían problemas lumbares, en un 12% para el año 2015, luego en el año 2016 se incrementó en un 15%, para el año 2017 aumentó en un 18% el porcentaje de alumnos con dolores lumbares, siendo la proporción mayor en los alumnos de los ciclos finales, quizá por realizar actividades de internado, guardias, emergencias. (DIBIUN, 2015; 2016; 2017).

En este sentido, el presente estudio permitió determinar cuál es la relación que existe entre el bienestar psicológico y la calidad de vida en universitarios con diagnóstico de dolor lumbar; dado que al presentar este dolor crónico puede aumentar por situaciones de estrés u otras que alteran el bienestar psicológico y su calidad de vida.

1.3.2. Formulación del Problema

Tomando en cuenta lo anteriormente mencionado la pregunta de investigación será ¿Existe relación entre el bienestar psicológico y la calidad de vida en los universitarios con diagnóstico de dolor lumbar?

1.3.3. Justificación

El término de calidad de vida afín con la salud surge a manera de respuesta de que la esperanza de vida ha incrementado sensiblemente y donde prevalece la seguridad de que el rol de la medicina aporta a mejorar la calidad de los años que se han vivido y a mantener el bienestar físico y psicológico Badia & Carné (1998).

En particular, este estudio se justifica pues permite la ampliación de los hallazgos dado que no hay muchos estudios anteriores que relacionen estas dos variables. Además de permitir investigar la relación entre el bienestar psicológico y calidad de vida universitarios con dolor lumbar que hasta ahora ha sido en gran medida descuidado en la literatura.

El presente estudio, se basó en un enfoque preventivo y correctivo orientado hacia el grupo universitario con dolor lumbar, identificado en los universitarios su bienestar psicológico y calidad de vida dado que presentan esta enfermedad y puede estar afectando su desempeño laboral, académico y su estado emocional. A la par se puede ayudar a formular estrategias de prevención y corrección para que los universitarios puedan mantener una adecuada salud mental que no perjudique su desarrollo a pesar que cuentan con el dolor físico.

De la misma manera, es un aporte a la Psicología Educativa y Clínica de la Facultad y en consecuencia del país, beneficiando el desarrollo de los estudios científicos como antecedentes.

En último lugar, como se mencionó anteriormente apoya a tapan el vacío que existe en relación a este problema por la falta de estudios en donde se halle la relación de estas dos variables.

1.3.4. Objetivos de la Investigación

Objetivo General

- Determinar la relación entre el bienestar psicológico y la calidad de vida en los universitarios con diagnóstico de dolor lumbar.

Objetivos Específicos

1. Comparar el bienestar psicológico y la calidad de vida en los universitarios con diagnóstico de dolor lumbar, según sexo.
2. Comparar el bienestar psicológico y la calidad de vida en los universitarios con diagnóstico de dolor lumbar, según edad.
3. Comparar el bienestar psicológico en los universitarios con diagnóstico de dolor lumbar, según sexo.
4. Comparar el bienestar psicológico en los universitarios con diagnóstico de dolor lumbar, según edad.
5. Comparar la calidad de vida en los universitarios con diagnóstico de dolor lumbar, según sexo.
6. Comparar la calidad de vida en los universitarios con diagnóstico de dolor lumbar, según edad.

CAPITULO II. HIPÓTESIS Y VARIABLES DE LA INVESTIGACIÓN

2.1. Formulación de la Hipótesis

Hipótesis general:

Ha: General: Existe relación entre el bienestar psicológico y la calidad de vida en los universitarios con diagnóstico de dolor lumbar.

Ho: General: No existe relación entre el bienestar psicológico y la calidad de vida en los universitarios con diagnóstico de dolor lumbar.

Hipótesis específicas:

En relación al objetivo específico 1:

Ha₁: El nivel de bienestar psicológico y calidad de vida es alto en los universitarios con diagnóstico de dolor lumbar, según sexo.

Ho₁: El nivel de bienestar psicológico y calidad de vida no es alto en los universitarios con diagnóstico de dolor lumbar, según sexo.

En relación al objetivo específico 2:

Ha₂: El nivel de bienestar psicológico y calidad de vida es alto en los universitarios con diagnóstico de dolor lumbar, según edad.

Ho₂: El nivel de bienestar psicológico y calidad de vida no es alto en los universitarios con diagnóstico de dolor lumbar, según edad.

En relación al objetivo específico 3:

Ha₃: El nivel de bienestar psicológico es alto en los universitarios con diagnóstico de dolor lumbar, según sexo.

Ho₃: El nivel de bienestar psicológico no es alto en los universitarios con diagnóstico de dolor lumbar, según sexo.

En relación al objetivo específico 4:

Ha4: El nivel de bienestar psicológico es alto en los universitarios con diagnóstico de dolor lumbar, según edad.

Ho4: El nivel de bienestar psicológico no es alto en los universitarios con diagnóstico de dolor lumbar, según edad.

En relación al objetivo específico 5:

Ha5: El nivel de calidad de vida es alto en los universitarios con diagnóstico de dolor lumbar, según sexo.

Ho5: El nivel de calidad de vida no es alto en los universitarios con diagnóstico de dolor lumbar, según sexo.

En relación al objetivo específico 6:

Ha6: El nivel de calidad de vida es alto en los universitarios con diagnóstico de dolor lumbar, según edad.

Ho6: El nivel de calidad de vida no es alto en los universitarios con diagnóstico de dolor lumbar, según edad.

2.2. Variables y Definición Operacional de las Variables

Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Dimensiones	Indicadores	Escala
Bienestar Psicológico	Es el grado en que un individuo evalúa su vida, conteniendo como componentes la satisfacción con la vida, con el matrimonio, la ausencia de depresión y la experiencia de emociones positivas (Diener et al., 1997)	La variable Bienestar psicológico, será medida a través de un cuestionario de 13 ítems (3 para la dimensión control de situaciones/aceptación de si mismo, 3 para la dimensión autonomía, 3 para la dimensión vínculos psicosociales y 4 para la dimensión proyectos).	Control de situaciones/Aceptación de sí mismo	Items 2, 11, 13	Ordinal Alto: 76-99 percentil Medio: 26-75 percentil Bajo: 1-25 percentil
			Autonomía	Items 4, 9, 12	
			Vínculos Psicosociales	Items 5, 7, 8	
			Proyectos	Items 1, 3, 6, 10	
Calidad de Vida	Opinión personal o percepción de hasta qué punto la felicidad y la satisfacción se han logrado, así como un sentido de personal, opinión subjetiva que también se ha considerado estrechamente relacionado con ciertos aspectos biológicos, económicos, psicológicos y factores sociales (Diener et al, 1984).	La variable Calidad de Vida, será medida a través del Cuestionario de Calidad de Vida Sanitaria SF-36 (CVS). Cuenta con 36 ítems.	Función física	Ordinal Alta CVS, Regular CVS y Baja CVS	
			Rol físico		Items 3a, 3b, 3c, 3d, 3e, 3f, 3g, 3h, 3i, 3j
			Dolor corporal		Items 4a, 4b, 4c, 4d
			Salud general		Items 7, 8
			Vitalidad		Items 1, 11a, 11b, 11c, 11d
			Función social		Items 9a, 9e, 9g, 9i
			Rol emocional		Items 6, 10 Items 5a, 5b, 5c
			Salud mental		Items 9b, 9c, 9d, 9f, 9h

CAPITULO III. MÉTODO

3.1. Diseño

Es una investigación que obedece al paradigma cuantitativo debido a que se extraen los datos cuantificables a través de los instrumentos válidos y confiables, que hayan pasado por un proceso psicométrico (León, 2017).

Según su carácter es una investigación descriptiva mediante encuesta, al tener como objetivo central describir los fenómenos. Se posiciona en el primer nivel del conocimiento científico. Entre los métodos descriptivos se usaron la observación, estudios correlacionales, de desarrollo. En este caso se aplica la encuesta. Montero y León (2007), refieren que este tipo de investigación incluye a todas las investigaciones que usan encuestas con un objetivo descriptivo, indicando el tipo de diseño usado es transversal, longitudinal o de panel.

Según el alcance temporal es una investigación transversal (seccional, sincrónica) al estudiar el bienestar psicológico y la calidad de vida en un único momento.

Finalmente, es un estudio correlacional o ex post facto al tener como fin conocer la relación que existe entre dos o más variables en un contexto en particular. Hace referencia a las limitaciones para el contraste de las relaciones causales que se dan por la imposibilidad de manipular a la variable independiente (Montero & León, 2002).

3.2. Población y Muestra

La población son los universitarios diagnosticados con dolor lumbar, se encuentra conformado por alumnos de una universidad de Lima quienes suman en total 126 estudiantes. Debido a que esta investigación cuenta con una población reducida, se trabajó con el total de la población para obtener datos relevantes para el estudio. El diagnóstico de los estudiantes se realizó con el cuestionario de "Dolor Lumbar" de Oswestry (2006).

En la Tabla 1 se observa que en relación a las edades de los encuestados universitarios que tienen dolor lumbar: el 74.6% son de sexo femenino y el 25.4% son de sexo masculino.

Tabla 1

Sexo de los encuestados universitarios con diagnóstico de dolor lumbar

Sexo	Frecuencia	Porcentaje
F	94	74,6%
M	32	25,4%
Total	126	100,0

Nota. Elaboración propia en base a encuestas

En la Tabla 2 se observa que el rango de edad de los encuestados universitarios que tienen dolor lumbar: el 75.79% tienen entre 21 a 27 años, el 16.8% tienen entre 28 a 34 años, el 4.21% tienen entre 35 a 41 años, el 2.11% tienen entre 42 a 48 años de edad y el 1.05% tienen más de 49 años de edad.

Tabla 2

Rango de edad de los encuestados universitarios con diagnóstico de dolor lumbar

Rango de Edad	Frecuencia	Porcentaje
21,00 - 27,00	96	76,2%
28,00 - 34,00	21	16,7%
35,00 - 41,00	5	3,9%
42,00 - 48,00	3	2,4%
49,00+	1	0,8%
Total	126	100,0

Nota. Elaboración propia en base a encuestas

3.3. Medición

Para este estudio se ha tomado en cuenta los siguientes instrumentos:

1. Escala de Bienestar Psicológico para Adultos (Bieps-a) de Casullo (2000), adaptado por Casullo y Castro (2002), tiene una confiabilidad de 0.813 según el Alfa de Cronbach.

Tiene 13 ítems con puntaje de 1 a 3 (De acuerdo; Ni de acuerdo ni en desacuerdo; En desacuerdo). El puntaje obtenido varía entre los 13 y los 39 puntos. Evalúa las siguientes dimensiones: aceptación de sí mismo/control de situaciones, autonomía, vínculos psicosociales y proyectos

Casullo (2002) se fundó en los planteamientos acerca del bienestar psicológico de Riff (Riff, 1989; Riff & Singer, 1995) a fin de realizar un instrumento breve para evaluar dicho constructo. La Escala de Bienestar Psicológico para Adultos (Bieps-a), posee un estudio psicométrico que contó con la participación de 359 adultos argentinos (178 mujeres y 181 hombres), de 19 a 61 años, de ellos el 40% entre 18 y 25 años, y un 27% entre 26 y 35 años, y el porcentaje que resta eran mayores a 35 años.

La validez y la confiabilidad de la escala de bienestar psicológico lo realizó Casullo (2002), en Argentina y se aplicó a 359 adultos argentinos. Del estudio de la confiabilidad y validez de la escala, se halló una correcta validez convergente y concurrente, al comparar por ejemplo con el SCL 90 R de Derogatis, así como un adecuado análisis discriminante al comparar al adolescente en riesgo en sus respuestas.

En el análisis psicométrico en Argentina se utilizó un análisis de componentes principales con rotación varimax donde se determinó que el bienestar psicológico estaba compuesto por las siguientes dimensiones: aceptación de sí mismo/control de situaciones, autonomía, vínculos psicosociales y proyectos. Estos factores revelaron juntos el 53% de la varianza total del instrumento.

La fiabilidad de la puntuación total es 0.70. En la población adulta Argentina y peruana fue validada y confiable. También se menciona que, si se consideran por separado las escalas, los valores disminuyen visiblemente pues cada sub escala se conforma por pocos elementos logrando una confiabilidad de 0.49 a 0.61.

Domínguez (2014) realizó una investigación con el objetivo de analizar las propiedades psicométricas de la Escala de Bienestar Psicológico (Bieps-A). La muestra estuvo conformada por 222 alumnos, de 16 a 44 años, de la carrera de psicología de una institución universitaria particular en el Perú. Los resultados mostraron una confiabilidad alta por un coeficiente alfa de Cronbach para las escalas y subescalas mayores a 0.80. El instrumento resultó más confiable en la muestra de estudiantes de Perú que de Argentina. Se obtuvo como conclusión que el cuestionario Bieps-A tiene prioridades psicométricas necesarias para continuar con estudios de valoración, dando apoyo así a su uso como instrumento para evaluar el bienestar psicológico en la población universitaria.

En general, la escala de BIEPS-A es una prueba objetiva, autoadministrable, válida y confiable para la evaluación de la percepción subjetiva del bienestar psicológico en la población adulta. Los criterios de evaluación en esta prueba se basan en el puntaje obtenido por la sumatoria de cada uno de los ítems que corresponden a cada respuesta; se obtuvo una confiabilidad mayor a 0.8 para la escala total y sub escalas.

El puntaje se interpreta en los percentiles siguientes: 75 a más es alto bienestar, 25 o menos bajo bienestar. Una persona tiene alto bienestar si se encuentra satisfecha con su vida, si mantiene con frecuencia un buen estado de ánimo y si muy pocas veces experimenta situaciones de tristeza o rabia.

Evalúa el bienestar psicológico a través de las siguientes dimensiones:

- **Control de Situaciones:** En el polo positivo o puntaje alto, indica una sensación de control y de auto competencia. Origina la creación o manipulación de contextos para lograr adecuarlos a sus intereses y necesidades. Por otro lado, el polo negativo o puntaje baja, refiere las dificultades que tiene para manejar los proyectos del día a día. No reconoce las oportunidades y se siente incapaz de cambiar el ambiente.
- **Aceptación de sí mismo:** En el polo positivo o puntaje alto, señala que es capaz de aceptar múltiples aspectos de sí mismo ya sean buenos o los malos.
- **Autonomía:** En la puntuación alta se señala que es asertivo, que confía en su propio juicio y que puede tomar decisiones de modo independiente. En la puntuación baja se señala que es emocionalmente inestable y que depende de los demás para tomar decisiones.
- **Vínculos psicosociales:** Un puntaje alto indica que es un individuo cálido, con confianza en las personas. Logra establecer buenos vínculos. Posee capacidad de empatía y afectiva. Con un puntaje bajo, significa que tiene escasas relaciones con otras personas. Se aísla y siente frustración en los vínculos que construye con las personas y no puede hacer compromisos.
- **Proyectos:** Un puntaje alto indica que el individuo cuenta con metas y proyectos en su vida. Sabe que la vida tiene un sentido o significado. Cuenta con valores que le dan sentido a la vida. Con puntaje bajo indica que la vida no tiene de significado ni sentido. Posee pocas metas y proyectos. No logra entender que la vida tiene algún fin.

Las normas que brinda el Bieps-A son en puntuaciones percentiles. Se puede aplicar de manera individual, colectiva y Auto administrada; con una duración de 5 a 10 minutos en promedio. Las posibles respuestas que resultan de lo evaluado son tres: En desacuerdo con un puntaje de 1, ni de acuerdo ni en desacuerdo con un puntaje de 2 y de acuerdo el puntaje es de 3.

2. Cuestionario de Calidad de Vida relacionada con la Salud: SF-36 (Health Survey) adaptada por el investigador de este informe a través de una prueba piloto, tiene una confiabilidad de 0.959 según el Alfa de Cronbach.

Se desarrolló en 1992 por Ware y Sherbourne en Estados Unidos para estudiar los resultados médicos. Es considerada una escala genérica, psicométricamente sólida, que otorga un perfil del estado de lado considerando el lado positivo y negativo, es aplicable a los pacientes y adultos. Permite la comparación del impacto de distintas enfermedades, da la identificación de los beneficios en la salud luego de un extenso tratamiento y valora el estado de salud de los pacientes individuales en base a su funcionamiento físico y psicológico (Vilagut et al, 2005).

Para poder ser usado en el mundo fue traducido y adaptado a través del proyecto International Quality of Life Assessment (IQUOLA). La adaptación al español mantuvo el mismo protocolo que se empleó en los otros países que participaron el proyecto.

El SF-36 es un instrumento auto aplicado que tiene 36 preguntas con una escala Likert de cinco puntos. A través de 8 dimensiones evalúa la calidad de vida:

1. Funcionamiento Físico: grado en que la salud limita las actividades físicas que tiene relación con el autocuidado.
2. Rol Físico: grado en que la salud física impide o dificulta en el trabajo o actividades del día a día.
3. Dolor Corporal: intensidad del dolor y como resulta en las actividades cotidianas.
4. Salud General: valoración personal de la salud.
5. Vitalidad: sentimiento de energía y vitalidad, como respuesta a un sentimiento de cansancio y agotamiento.
6. Funcionamiento Social: grado en que el estado de la salud física o emocional interfieren o repercuten en la vida social.
7. Rol Emocional: grado en que los problemas emocionales repercuten o interfieren en el trabajo o en las actividades diarias.

8. Salud Mental: es la medición de la salud mental general, que incluye depresión, control de la conducta, ansiedad, control emocional y evolución, comparando la valoración de la salud actual con la de un año atrás.

Para cada dimensión, los ítems son codificados, agregados y transformados, usando los algoritmos e indicaciones que brinda el manual de puntuación e interpretación del cuestionario, en una escala desde 0 (el peor estado de salud para esa dimensión) hasta 100 (el mejor estado de salud).

Torres (2011) realizó un estudio con el objetivo de analizar la relación entre las dimensiones de calidad de vida y el soporte social instrumental, emocional y de acompañamiento social en un grupo de 58 mujeres adultas con cáncer de mama que toman su tratamiento en un establecimiento de salud de tratamiento del cáncer. En el estudio se determinó la fiabilidad a través del coeficiente de consistencia interna. El valor del Alfa de Cronbach fue 0,79 y en el análisis de confiabilidad por cada dimensión, se halló que el valor de los coeficientes varía entre 0.75 y 0.82. Señalando que el instrumento es confiable.

3.4. Procedimiento

Se realizaron las coordinaciones con el Decano de la Facultad para aplicar las encuestas a los alumnos, posteriormente se les entregó un consentimiento informado para el llenado respectivo de las encuestas, para finalmente administrar los instrumentos de manera individual y colectiva, en fecha única y de manera simultánea. En cada formulario se detalló de manera clara las indicaciones para resolver las evaluaciones y se inició con el proceso del llenado de las encuestas en el tiempo determinado. A medida que los participantes terminaban podían entregar sus encuestas, las mismas que eran recolectadas para el procesamiento de datos. Cabe mencionar que a los participantes se le informó que la participación era voluntaria, de carácter confidencial y anónima. El tiempo promedio para la aplicación de los instrumentos fue de 60 minutos.

3.5. Análisis de los Datos

Los datos que resultaron de la observación de las variables mediante los instrumentos usados, se tabularon en una matriz de datos Excel. El análisis de los datos por medio del programa SPSS, se realizó empleando la estadística descriptiva como la estadística inferencial. Los estadísticos y pruebas estadísticas usadas son las siguientes:

1. **Nivel descriptivo:** Frecuencias, porcentajes, tablas de contingencia, promedio aritmético, desviación estándar, máximo, mínimo.
2. **Nivel inferencial:** Coeficiente de correlación Rho de Spearman, gráfico de dispersión de puntos.

Esto se hizo con el objetivo de establecer la descripción de los datos, y encontrar los estadísticos correspondientes que nos permiten establecer las correlaciones entre la variable dependiente y la independiente en relación al estudio sugerido en esta investigación.

CAPITULO IV. RESULTADOS

En la Tabla 3 se observa que de los encuestados universitarios que tienen dolor lumbar el 15,1% tiene un nivel alto de calidad de vida, el 34.9% tiene un nivel bajo de calidad de vida, y el 50,0% tiene un nivel regular de calidad de vida, lo que para este estudio implicaría que la Calidad de vida se ve alterada en los estudiantes que padecen de dolor lumbar.

Tabla 3

Nivel de calidad de vida de los encuestados universitarios con diagnóstico de dolor lumbar

Nivel de Calidad de Vida	Frecuencia	%
Alto	19	15,1%
Bajo	44	34,9%
Regular	63	50,0%
Total	126	100%

Nota. Elaboración propia en base a encuestas

En la Tabla 4 se observa que del total de encuestados universitarios que tienen dolor lumbar el 0.8% tiene un nivel de incapacidad severa, el 53.2% un nivel de incapacidad mínima y el 46% presenta un nivel incapacidad moderada, lo que en relación al estudio se debe a la condición de estudiante, debido a que pasan muchas horas realizando actividad física, lo que suele provocar este tipo de dolor.

Tabla 4

Nivel de incapacidad por dolor lumbar de los encuestados universitarios con diagnóstico de dolor lumbar

Nivel de Dolor Lumbar	Frecuencia	%
Incapacidad severa	1	0,8%
Incapacidad mínima	67	53,2%
Incapacidad moderada	58	46,0%
Total	126	100%

Nota. Elaboración propia en base a encuestas

En la Tabla 5 se observa en relación al bienestar psicológico que del total de encuestados universitarios que tienen dolor lumbar el 4.0% tiene un nivel alto de bienestar psicológico, el 19.8% tiene un nivel bajo de bienestar psicológico, y el 76.2% tienen un nivel medio de bienestar psicológico, lo que confirma en parte los resultados encontrados en la tabla 3, que en relación al estudio implica que el dolor lumbar es el principal causante que disminuye tanto la calidad de vida como bienestar psicológico.

Tabla 5

Nivel de bienestar psicológico de los encuestados universitarios con diagnóstico de dolor lumbar

Nivel Bienestar Psicológico	Frecuencia	%
Alto	5	4,0%
Bajo	25	19,8%
Medio	96	76,2%
Total	126	100,0%

Nota. Elaboración propia en base a encuestas

En la Tabla 6 se puede observar que, en relación al bienestar psicológico y la calidad de vida, el coeficiente de correlación de Rho Spearman = 0,320 y el valor $p = .002$. A un nivel de significancia de .05, se cumple que $p < \alpha$, lo que significa que se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alternativa. En este sentido, existe una relación significativa entre el bienestar psicológico y la calidad de vida en universitarios con diagnóstico de dolor lumbar. Es preciso señalar que el resultado del coeficiente de correlación indica que hay una correlación directa baja entre bienestar psicológico y la calidad de vida en universitarios con diagnóstico de dolor lumbar, lo que es importante para el estudio debido a que confirma la principal hipótesis de esta investigación.

Tabla 6

Correlación entre el bienestar psicológico y la calidad de vida en universitarios con diagnóstico de dolor lumbar

			Bienestar psicológico	Calidad de vida
Rho de Spearman	Bienestar psicológico	Coefficiente de correlación	1,000	,320
		Sig. (bilateral)	.	,002
		N	126	126
	Calidad de vida	Coefficiente de correlación	,320	1,000
		Sig. (bilateral)	,002	.
		N	126	126

En la Tabla 7 se observa que del total de encuestados universitarios que tienen dolor lumbar 69 participantes de sexo femenino (54.8%) y 27 de sexo masculino (21.4%) tienen un nivel medio de bienestar psicológico. Por otro lado 21 estudiantes del sexo femenino (16.7%) y 4 estudiantes de sexo masculino (3.2%) tienen un nivel bajo de bienestar psicológico. Asimismo 4 estudiantes de sexo femenino (3.2%) y 1 estudiantes de sexo masculino (0.8%) tienen un nivel alto de bienestar psicológico, en relación al estudio esto indica que en su mayoría las mujeres afrontan con una perspectiva positiva el dolor lumbar, asumiendo una perspectiva mental más positiva en relación al cuadro de dolor que sufren.

Tabla 7

Bienestar psicológico en los universitarios con diagnóstico de dolor lumbar, según sexo

Bienestar Psicológico	Femenino		Masculino	
	N	%	N	%
Alto	4	3,2%	1	0,8%
Bajo	21	16,7%	4	3,2%

Medio	69	54,8%	27	21,4%
--------------	----	-------	----	-------

En la Tabla 8 se observa que del total de encuestados universitarios que tienen dolor lumbar 14 participantes de sexo femenino (11.1%) y 4 participantes de sexo masculino (3.2%) tienen un nivel alto de calidad de vida. 35 participantes de sexo femenino (27.8%) y 9 participantes de sexo masculino (7.1%) tienen un nivel bajo de calidad de vida. Asimismo 45 participantes de sexo femenino (35.7%) y 19 participantes de sexo masculino (15.1%) tienen un nivel regular de calidad de vida. Por tanto, podríamos inferir que los 14 participantes de sexo femenino (11.1%) y 4 participantes de sexo masculino (3.2%) tienen un nivel alto de calidad de vida, en relación al estudio esto indica que son en su mayoría las mujeres las que superan las limitaciones que da el cuadro de dolor lumbar y logran mantener un nivel de calidad de vida alto a diferencia de los varones.

Tabla 8

Calidad de vida en los universitarios con diagnóstico de dolor lumbar, según sexo.

Calidad de vida	Femenino		Masculino	
	N	%	N	%
Alto	14	11,1%	4	3,2%
Bajo	35	27,8%	9	7,1%
Regular	45	35,7%	19	15,1%

En la Tabla 9 se puede observar que del total de encuestados universitarios que tienen dolor lumbar, 49 participantes (38,9%) tienen entre 21 a 27 años de edad, 11 participantes (8,7%) tienen entre 28 a 34 años de edad, 1 participante (0,8%) tiene entre 35 a 41 años de edad, y 3 participantes (2,4%) tienen entre 42 a 48 años de edad tienen una regular calidad de vida. De estos, 15 participantes (11,9%) que tienen entre 21 a 27 años de edad y 3 participantes (2,4%) que tienen entre 28 a 34 años de edad tienen un nivel alto de calidad de vida, en relación al

estudio esto implica que son los jóvenes los que tienen una mejor dinámica de afrontamiento al cuadro de dolor lumbar, a diferencia de aquellos que tienen edad más avanzada.

Tabla 9

Calidad de vida en los universitarios con diagnóstico de dolor lumbar, según edad.

<i>Calidad de vida</i>	<i>Edad</i>									
	<i>21 - 27</i>		<i>28 a 34</i>		<i>35 a 41</i>		<i>42 a 48</i>		<i>49+</i>	
	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
Alto	15	11,9%	3	2.4%	0	,0%	0	,0%	0	,0%
Bajo	32	25,4%	7	5.6%	4	3.2%	0	,0%	1	0.8%
Regular	49	38,9%	11	8.7%	1	0.8%	3	2.4%	0	,0%

En la Tabla 10 se puede observar que del total de encuestados universitarios que tienen dolor lumbar, 47 participantes (37.3%) que tienen entre 21 a 27 años de edad, 17 participantes (13.5%) que tienen entre 28 a 34 años de edad, 4 participantes (3.2%) que tienen entre 35 a 41 años de edad, 3 participantes (2.4%) que tienen entre 42 a 48 años de edad y 1 participante (0.8%) que tiene más de 49 años de edad tienen un nivel medio de bienestar psicológico. Por otro lado, 39 participantes (30,9%) que tienen entre 21 a 27 años de edad, 4 participantes (3.2%) que tienen 28 a 34 años de edad, y 1 participante (0.8%) que tiene 35 a 41 años de edad tienen un nivel bajo de bienestar psicológico. De igual manera 10 participantes (7.9%) que tienen entre 21 a 27 años de edad tienen un nivel alto de bienestar psicológico, en relación al estudio esto indica que son los jóvenes quienes tienen una mejor dinámica de afrontar mentalmente el dolor lumbar a diferencia de personas de mayor edad.

Tabla 10

Bienestar psicológico en los universitarios con diagnóstico de dolor lumbar, según edad.

<i>Bienestar Psicológico</i>	<i>Edad</i>									
	<i>21 - 27</i>		<i>28 a 34</i>		<i>35 a 41</i>		<i>42 a 48</i>		<i>49+</i>	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Alto	10	7,9%	0	,0%	0	,0%	0	,0%	0	,0%
Bajo	39	30,9%	4	3,2%	1	0,8%	0	,0%	0	,0%
Medio	47	37,3%	17	13,5%	4	3,2%	3	2,4%	1	0,8%

En la Tabla 11 se observa que del total de encuestados universitarios que tienen dolor lumbar, 9 participantes de sexo femenino (7.1%) y 3 participantes de sexo masculino (2.4%) tienen un nivel alto de bienestar psicológico. 25 participantes de sexo femenino (19.8%) y 11 participantes de sexo masculino (8.7%) tienen un nivel bajo de bienestar psicológico. 60 participantes de sexo femenino (47.6%) y 18 participantes de sexo masculino (14.3%) tienen un nivel medio de bienestar psicológico. Por otro lado, se observa que 3 participantes de sexo femenino (2.4%) y 1 participante de sexo masculino (0.8%) tienen un nivel alto de calidad de vida, 18 participantes de sexo femenino (14.3%) y 10 participantes de sexo masculino (7.9%) tienen un nivel bajo de calidad de vida. Por último, 73 participantes de sexo femenino (57.9%) y 21 participantes de sexo masculino (16.7%) tienen un nivel regular de calidad de vida. En relación al estudio esto indica que el dolor lumbar tiene una influencia marcada sobre los participantes, debido a que gran mayoría de ellos manifiesta tener índices regulares de calidad de vida, como de bienestar psicológico.

Tabla 11

Bienestar psicológico y calidad de vida en los estudiantes universitarios con diagnóstico de dolor lumbar, según sexo

<i>Escala</i>	<i>Femenino</i>		<i>Masculino</i>	
	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
<i>Bienestar Psicológico</i>				
Alto	9	7,1%	3	2,4%
Bajo	25	19,8%	11	8,7%
Medio	60	47.6%	18	14,3%
<i>Calidad de Vida</i>				
Alto	3	2,4%	1	0,8%
Bajo	18	14,3%	10	7,9%
Regular	73	57,9%	21	16,7%

En la Tabla 12 se observa que del total de encuestados universitarios que tienen dolor lumbar, 52 participantes (41,3%) entre los 21 a 27 años de edad, 11 participantes (8.7%) entre 28 a 34 años de edad, 3 participantes (2.4%) entre 35 a 41 años de edad, así como 3 participantes (2.4%) entre 42 a 48 años de edad, y 1 participante (0.8%) de 49 años a más de edad tienen un nivel medio de bienestar psicológico. Por otro lado 32 participantes (25.4%) entre 21 a 27 años de edad, 6 participantes (4.8%) entre 28 a 34 años de edad, y 2 participantes (1.6%) entre 35 a 41 años de edad tienen un nivel bajo de bienestar psicológico. Por otro lado, 49 participantes (38.9%) entre 21 a 27 años de edad, 19 participantes (15.1%) entre 28 a 34 años de edad, 2 participantes (1.6%) entre 35 a 41 años de edad, 3 participantes (2.4%) entre 42 a 48 años de edad, y 1 participante (0.8%) de 49 años a más tienen un nivel regular de calidad de vida. 33 participantes (26.2%) entre 21 a 27 años de edad, 2 participantes (1.6%) entre 28 a 34 años de edad, y 3 participantes (2.4%) entre 35 a 41 años de edad tienen un nivel bajo de calidad de vida. En relación al estudio esto indica que en su gran mayoría son jóvenes los que

sienten una especial influencia del dolor lumbar en la calidad de vida y el bienestar psicológico, a diferencia de las personas de mayor edad.

Tabla 12

Bienestar psicológico y calidad de vida en los estudiantes universitarios con diagnóstico de dolor lumbar, según edad

<i>Escala</i>	<i>Edad</i>									
	<i>21 - 27</i>		<i>28 a 34</i>		<i>35 a 41</i>		<i>42 a 48</i>		<i>49+</i>	
	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
<i>Bienestar Psicológico</i>										
Alto	12	9,5%	4	3,2%	0	,0%	0	,0%	0	,0%
Bajo	32	25,4%	6	4,8%	2	1,6%	0	,0%	0	,0%
Medio	52	41,3%	11	8,7%	3	2,4%	3	2,4%	1	0,8%
<i>Calidad de vida</i>										
Alto	14	11,1%	0	,0%	0	,0%	0	,0%	0	,0%
Bajo	33	26,2%	2	1,6%	3	2,4%	0	,0%	0	,0%
Regular	49	38,9%	19	15,1%	2	1,6%	3	2,4%	1	0,8%

En la Tabla 13 se muestra que del total de encuestados universitarios que tienen dolor lumbar 9 participantes (7.1%) tienen un alto nivel de calidad de vida, 39 participantes (31.0%) tienen un nivel bajo de calidad de vida, y 78 participantes (61.9%) con un nivel regular de calidad de vida. Asimismo, se observa que 19 participantes (15.1%) tienen un nivel alto de bienestar psicológico, y 31 participantes (24.6%) tienen un nivel bajo de bienestar psicológico y 76 (60.3%) tienen un nivel medio de bienestar psicológico, en relación al estudio esto indica que los participantes sienten con mayor influencia los estragos del dolor lumbar en

su calidad de vida y bienestar psicológico, reduciendo ambas a un nivel de calidad regular tal cual indican los datos.

Tabla 13

Bienestar psicológico y la calidad de vida en los universitarios con diagnóstico de dolor lumbar

<i>Escala</i>	<i>Universitarios con dolor lumbar</i>	
	<i>N</i>	<i>%</i>
<i>Bienestar Psicológico</i>		
Alto	19	15,1%
Bajo	31	24,6%
Regular	76	60,3%
<i>Calidad de Vida</i>		
Alto	9	7,1%
Bajo	39	31,0%
Regular	78	61,9%

En la Tabla 14 se muestra que, en relación al bienestar psicológico y la calidad de vida, el coeficiente de T de Student = 30,223 y el valor $p = .002$. A un nivel de significancia de .05, se cumple que $p < \alpha$, lo que significa que se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alternativa. Por lo tanto, existe una relación significativa entre la diferencia de resultados entre el bienestar psicológico y la calidad de vida en universitarios con diagnóstico de dolor lumbar. Es preciso señalar que el resultado del coeficiente de correlación indica que existe una correlación directa regular entre los resultados de bienestar psicológico y la calidad de vida en universitarios con diagnóstico de dolor lumbar, que en relación al estudio ayuda a fundamentar la hipótesis principal.

Tabla 14*T Student para calidad de vida y bienestar psicológico*

Calidad de Vida - Bienestar Psicológico	<i>Diferencias emparejadas</i>					<i>t</i>	<i>gl</i>	<i>Sig. (bilateral)</i>
	<i>Media</i>	<i>Desviación Estándar</i>	<i>Media de error estándar</i>	<i>95% de intervalo de confianza de la diferencia</i>				
				<i>Inferior</i>	<i>Superior</i>			
	73,833	27,422	2,443	68,998	78,668	30,223	125	,002

CAPITULO V. DISCUSIÓN

En la presente investigación se ha detallado la relación entre las variables de bienestar psicológico y calidad de vida en estudiantes con diagnóstico de dolor de lumbar.

Esta investigación demuestra que el dolor lumbar es característico entre las personas jóvenes más que en los adultos, especialmente entre las mujeres de 21 a 27 años de edad, como los varones de la misma edad. Este hallazgo se relaciona con el de Jara y Villacorta (2017) quienes realizaron una investigación que pretendió determinar los factores que se asocian al dolor lumbar en los estudiantes de Terapia Física y Rehabilitación en 49 estudiantes. Los resultados mostraron una alta prevalencia de dolor lumbar 85% (42), en cuanto a género, las mujeres fueron más afectadas 86% (36).

En el estudio de Kamar et. al. (2013) se hizo un hallazgo similar al encontrarse que, en una población de 215 estudiantes de pregrado de medicina y enfermería de universidades peruanas, también el dolor lumbar se hacía presente con mayor intensidad para las mujeres (64%) que para los varones (36%), y en especial para los estudiantes de medicina. En la perspectiva de Solé (2017), el dolor lumbar, vendría a ser un trastorno fisioterapéutico que se da en un área anatómica, que se restringe a una determinada edad (debido a que no necesariamente los datos coinciden para todas las edades en igual forma). Los resultados indican que la prevalencia de vida de estos problemas músculo esqueléticos en el cuello y las extremidades superiores por causa laboral es alta (87,3%), y en otros casos se observa un 81,9% y de 65.94%. El 57.4% de los menores de 30 años, debido a alguna causa se lesionaron en los 3 primeros años de ejercicio profesional. Los más frecuentes fueron en el hombro (62.1%) y en muñeca y/o mano (54.9%), donde también la mayoría de participantes de este estudio manifestó tener un tipo de incomodidad (Malca, 2017).

Todo esto deja claro entonces que el dolor lumbar es una condición física que se da especialmente entre los estudiantes universitarios jóvenes, y aquellas personas que suelen tener una vida mayormente sedentaria, ya sea por las necesidades pedagógicas o laborales (debido a cargos administrativos u otros) en donde hay un

esfuerzo especial de la columna para trabajar. El dolor muchas veces es más evidente en estudiantes fisioterapeutas quienes hacen uso de movimientos bruscos, y técnicas un tanto complejas que comprometen la columna vertebral tal cual lo resaltan Vincent et. al. (2016). Aunque también este resultado se asocia con la edad avanzada y el sexo femenino (Kamar, et. al., 2013), y se intensifica aún más debido a permanecer en la práctica durante 10 años o más. Otros intensificadores del dolor serían el sobrepeso u obesidad y el levantamiento de objetos pesados o pacientes en el trabajo.

La razón por la que el dolor lumbar es más intenso en las mujeres que en los varones, se debe en la perspectiva de Kamar et. al. (2013) a la mayor actividad física que estas realizan como parte de sus actividades diarias. En su estudio con mujeres que oscilan entre los 18 a 36 años de edad Kamar encontró que la rutina de las mujeres llega a ser más agotadora que la de los varones, debido a que el 83% de ellas realiza múltiples actividades a la vez, así su esfuerzo llega a ser el doble de un varón promedio, sin considerar las actividades que competen al hogar, en donde los varones sólo tienen el 19% de participación activa, debido a que muchos de ellos son consumidos por las labores diarias en búsqueda del solvento familiar. En el caso de las mujeres, aunque muchas de ellas tengan responsabilidades laborales, también se ven identificadas con las labores hogareñas que no pueden descuidar (43%).

Por otro lado, los datos sugieren que los estudiantes entre 28 a 34 años de edad (13,5%), 35 a 41 años de edad (3.2%), 42 a 48 años de edad (2.4%) suelen tener un nivel medio de bienestar psicológico pero mayor calidad de vida (13.7% a más en promedio), probablemente porque a esta edad ellos pasan a una nueva etapa de la vida, en donde el cuidado de la salud física es primordial (Burillo, Fernández & Agüir, 2006). Asimismo, el bienestar psicológico en esta etapa de la vida se puede asociar con la estabilidad psicológica emocional que produce tener una pareja y a su vez, asumir mayores responsabilidades como la de los hijos y emprendimientos propios con el objetivo de establecer el bienestar de la familia (Caballo, 1993). Es preciso señalar que la tendencia de los estudiantes a tener un nivel de calidad de vida regular a bajo se debe a la presencia de dolor lumbar como lo sugiere Quispe (2018), haciendo que el nivel de calidad de vida en los estudiantes sea de baja

calidad de vida con un 34%, en cuanto al nivel de calidad de vida según género, se encontró que el nivel que predomina tanto para el género femenino como masculino es el de tendencia a regular calidad de vida con un 35,7% y 15,1% respectivamente. Finalmente, en el nivel de calidad de vida según edad, se encontró que las edades de 21 a 27 años el nivel que predomina es el de tendencia a baja calidad de vida, con un 25,4% y regular calidad de vida 38,9% respectivamente. En su gran mayoría esto se ve intensificado debido a que muchos de los jóvenes universitarios no tienen tiempo para realizar actividades físicas u otras que ayuden a mejorar la tensión del dolor lumbar.

Aunque también se ha encontrado que las personas adultas tienen dolor lumbar bastante moderado por la actividad de escritorio que realizan, lo que también disminuye su calidad de vida, haciendo que esto afecte sus ingresos económicos (38%), así como sus relaciones sociales con amigos cercanos (44%) o con vecinos (34%), y también en relación directa a su vida familiar en el hogar (28%), sus relaciones íntimas con la pareja (34%) y en relación a su salud (41%) (Mezones, 2016), Aunque esta investigación no encontró influencia directa entre el dolor lumbar y cómo esto afecta la calidad de vida de las personas en sus relaciones sociales, se debe explicitar que fue porque en su gran mayoría los participantes fueron jóvenes. El estudio de Mezones (2016) fue aplicado en personas de 38 a 44 años de edad, siendo más incidente el dolor en esa edad y afectando mucho más la calidad de vida. Por lo que se puede concluir que, a mayor edad, mayor probabilidad que el dolor lumbar afecte la calidad de vida en relación a las relaciones sociales.

Así mismo con los resultados obtenidos todos los participantes tienen al menos un tipo de dolor de espalda. Los resultados del estudio actual coinciden con los de otros países. Matalinares, et. al. (2016) también confirmaron los resultados del estudio (62%). Donde se indicó que especialmente los jóvenes (59.5%) tenían dolor musculoesquelético (más de un tipo de dolor). Caballo (1993) indicó que el 74,4% de los participantes tenían dolor de espalda. Asimismo, la prevalencia de dolor lumbar asociado a la lactancia en el caso de las mujeres fue del 62,3%. Sathya, Ramakrishnan y Priyanka (2015) indicaron que los participantes tenían tasas de lesiones más altas (30.0%).

En esa misma línea se encuentra el estudio de Matta (2018) quien encontró que la Calidad de vida relacionado a la salud de 126 participantes (49.2%) presentan calidad de vida muy alta; 86 participantes (34.4%) calidad de vida promedio; 21 participantes (8.4%) calidad de vida baja y 20 participantes (8%) calidad de vida alta. En relación a la función física predominó la calidad de vida muy alta (34.4%), en rol físico, calidad de vida muy alta (52.8%), en dolor corporal, calidad de vida muy alta (56.8%), en salud general, calidad de vida promedio (58.8%), en vitalidad, calidad de vida muy alta (56.4%), en función social, calidad de vida muy alta (38%), en rol emocional, calidad de vida muy alta (52%) y en salud mental, calidad de vida muy alta (57.2%). Agüero (2018) sugiere que el estilo de vida influye en la perspectiva respecto al dolor lumbar, disminuyendo considerablemente el dolor para quienes practican algún tipo de actividad física.

Christensen et al. (2015) encontró que, considerando la relación entre los factores sociales y el dolor de espalda, era más generalizada entre la clase baja de la sociedad. Algunos de los estudios en este sentido mostraron que los factores sociales desempeñaron un papel importante en la prevalencia del dolor de espalda. Por lo tanto, la mayoría de los casos de dolor de espalda ocurrieron en personas con bajo nivel de educación, estatus social y conciencia. En el estudio de Christensen et al, parecía que la alta carga de trabajo y la tensión, la falta de personal de trabajo, el entorno inadecuado del lugar de trabajo hace que ignoren su conocimiento y conciencia relevantes para el correcto desempeño de las actividades.

Algunos estudios como el Vincent et. al. (2016) han encontrado que la presencia de dolor lumbar es más intenso en las personas que tienen rangos de mayor edad: 28 a 34 años aproximadamente, tal como también lo señala Silva (2017), quien encontró que el 44% de adultos mayores que tenían entre 70 a 79 años de edad, 62% de sexo femenino; 74% no tenían nivel de escolaridad, 50% eran viudos; 68% con calidad de vida regular, 18% con calidad de vida mala y 18% buena calidad de vida. Según la dimensión física, el 82% tiene calidad de vida regular y sólo el 18% presentaba buena calidad de vida; en la dimensión psicológica un 92% tenían regular calidad de vida; en la dimensión de relaciones interpersonales, 58% mostró tener regular calidad de vida, mientras que sólo el 6% tenía buena calidad de vida

y en la dimensión ambiental los adultos mayores presentaron regular calidad de vida en un 96%. En la perspectiva de Silva esto se debe a que especialmente las personas adultas, viven con mayor estrés que las jóvenes, por cuestiones que tienen que ver con deudas, responsabilidades, obligaciones, etc. A diferencia de los jóvenes que tienen que luchar con un currículo académico, las responsabilidades sociales del adulto siempre son más tensas (Vincent et. al., 2016).

Otro resultado significativo del estudio de Vincent et. al. (2016) fue la relación significativa reportada entre la prevalencia y la no prevalencia del dolor y la depresión, pero no hubo una relación significativa entre la ansiedad y el estrés. Los hallazgos de otros estudios mostraron que las personas que no están satisfechas con el trabajo tienen más probabilidades de quejarse de dolor de espalda, lo que deja claro una relación psicológica entre el dolor lumbar y el estrés en algunas poblaciones.

También en el estudio de Marcie et al. (2014), la depresión y la ansiedad se correlacionaron con la intensidad del dolor, por lo tanto, una conclusión oportuna sería que los participantes con dolor de espalda tenían depresión pues el bajo estado de ánimo se correlaciona con la ausencia laboral debido al dolor de espalda. Es así entonces que los síntomas depresivos tenían una relación negativa con la calidad de vida, logrando la mejoría o el deterioro de esta a medida que los días de tratamiento avanzan.

Cabe resaltar que los síntomas de afrontamiento del estrés disminuyen notablemente el riesgo de que el participante sufra de estrés, guardando así una relación significativa, pero indirecta. Esto significa que los estudiantes más jóvenes perciben una mayor influencia del estrés en relación a sus actividades antes que los adultos (Matalinares, et al., 2016). Asimismo, se encontró que, la depresión, la ansiedad y el estrés influyen en el curso clínico del dolor lumbar mecánico, la detección de los síntomas anteriores es crucial para un manejo óptimo del fisioterapeuta, esto demuestra pues que el dolor lumbar tiene una influencia directa sobre el bienestar psicológico, y este a su vez puede llegar a determinar la calidad de vida de los jóvenes universitarios con dolor lumbar, entre los que se encuentran los siguientes datos. Matalinares, et al. (2016) indican que, la depresión se ve más

con el grupo de menor edad (48.6%) es decir, 22 personas del grupo de edad de 25-35 años tienen depresión leve, moderada o severa a diferencia del grupo de mayor edad donde la depresión representa el 15.4%, es decir 5 personas del grupo de edad de 36-45 tienen depresión leve, moderada o grave. 29.8% (25 personas) tienen ansiedad severa en el grupo entre los 25-35 años mientras que 5.9% (11 personas) sufren de ansiedad severa en el grupo de edad de 36-45. La gravedad del estrés fue mayor en el grupo de mayor edad de 36-45 (23.0%), es decir, de 13 personas 3 sufrieron estrés severo en comparación con el grupo de edad más joven (21.6%), es decir, de 37 personas 8 sufrieron de estrés severo

En relación a la calidad de vida se puede decir que el trabajo se correlaciona con lo encontrado por Vargas (2018) quien encontró relación estadística significativa ($\chi^2 = 12,786$; $p=0,005 < 0,005$) entre el estilo de vida y la calidad de vida profesional de los enfermeros(as) del Hospital Hipólito Unanue. Al concluir la mencionada investigación se encontró que un 60,5% de profesionales de enfermería presentó un estilo de vida saludable y con relación a la calidad de vida profesional se obtuvo como resultado una buena calidad de vida profesional con un 38,6%.

Esto a su vez tiene una relación directa con lo encontrado por Marcie et al. (2014), quien obtuvo los siguientes resultados, que algún grado de depresión estaba presente en 73 (74%) pacientes en estudio, incluidos todos los pacientes con dolor lumbar severa. En el grupo de pacientes con dolor lumbar severo, la tasa de depresión moderada, severa y muy grave fue 1.36 veces la registrada en el grupo de pacientes con dolor lumbar moderado y 2,58 veces mayor que la encontrada en el grupo de pacientes con dolor lumbar leve. Los síntomas más comunes fueron síntomas físicos generales 70 (71%), psíquicos o ansiedad 69 (70%) y estado de ánimo deprimido 66 (67%). Se concluyó que la depresión fue más severa en pacientes con dolor lumbar con enfermedad grave en comparación con pacientes con dolor lumbar leve o moderado.

Por otro lado, cabe resaltar que las personas que viven en provincias son menos propensas a sufrir de dolor lumbar, debido a que en estos lugares el ritmo de vida es otro y el índice de familias saludables se mantiene en un promedio relativamente alto en las comunidades de Huayhuas (36%), Antarumi (24%) de lo que sucede en la zona urbana, lo que da fundamento válido al argumento que propone Vincent et.

al. (2016) el estrés constante de la ciudad y las responsabilidades propias de la vida urbana, aumentan el índice de sentir menor calidad de vida, y aún más cuando existe un problema lumbar de por medio.

El dolor lumbar se relaciona positiva y significativamente con el bienestar psicológico, y a su vez tiene repercusiones en la calidad de vida. Estos datos también son de importancia porque gran mayoría de los participantes tienen una calidad de vida regular (50.0%), esto puede deberse al estrés al que usualmente los estudiantes son expuestos durante la vida académica, que indistintamente a su estado de salud exige de ellos un rendimiento pleno en las actividades académicas tal como lo sugiere Lara et. al., (2015).

Esto también deja entrever que los estudiantes, a pesar de sus actividades académicas sobrellevan el dolor lumbar y lo superan (Burillo, Fernández & Agüir, 2006), aunque requieren de actividad física regular, y menor tiempo permanecer sentados para lograr un dolor lumbar menos crónico. El antecedente de Jara y Villacorta (2017) establece un precedente para este hallazgo que da mayor relevancia al estudio, e indica que gran mayoría de estudiantes indistintamente de las carreras que tengan (incluyendo a Terapia Física y Rehabilitación), y que tengan dolor lumbar, usualmente tendrán una relación causa-efecto que es necesario pueda ser tratada lo más antes posible antes que las situaciones.

Es interesante notar también que en su mayoría son los participantes de sexo femenino quienes manifiestan mayor bienestar psicológico a pesar de tener un porcentaje importante de bajo y regular nivel de calidad de vida a causa del dolor lumbar, entre lo que se podría inferir que se debería a reacciones hormonales, emocionales y sentimentales de las que el hombre usualmente no es partícipe. Aunque el estudio de Santos (2017) encontró que al estudiar el bienestar psicológico vinculado con el optimismo se encontró que existen niveles predominantes, en el bienestar psicológico el “nivel regular” y en el optimismo el “optimista”; también en las dimensiones del bienestar psicológico se halló que en Autoaceptación y Relaciones Positivas con los Demás muestran un nivel bajo, mientras que, en las dimensiones de Autonomía, Dominio del Entorno, Crecimiento Personal y Propósito en la Vida presentan un nivel alto; explorando los resultados en los subgrupos existentes según las variables sociodemográficas y las

relacionadas a la discapacidad encontramos similares resultados a los generales. Esto quiere decir que la manera en cómo se afronta un problema, ya sea desde un punto de vista positivo o negativo, deja mucha diferencia en la superación de ese problema.

Tal es la razón en la que se deben entender los datos encontrados en nuestro estudio en relación a los estudiantes jóvenes que oscilan entre 21 a 27 años de edad y tienen un nivel de calidad de vida bajo (25.4%), así mismo los que se encuentran entre 28 a 34 años de edad (5.6%), eso significa que de 10 estudiantes jóvenes por lo menos 3 de ellos no son capaces de sobrellevar el dolor lumbar (véase la sección Calidad de Vida y dolor lumbar), y en la perspectiva de Chira (2018) esto se debe al afrontamiento negativo hacia la vida que poseen dado que en el trabajo que dicho autor realizó, 49,41% de participantes tenía una perspectiva negativa hacia la vida y el desarrollo de esta, considerándose así poco satisfechos con las vivencias en los diferentes dominios que involucra la Calidad de vida.

En igual medida se halló en un estudio que indica que los pacientes con dolor lumbar que están en la lista de enfermos o en riesgo de estar en la lista de enfermos, están más angustiados mentalmente comparado a una muestra elegida al azar de la población general. Los síntomas de somatización, ansiedad, ansiedad fóbica, obsesivo-compulsivo, depresión y hostilidad son más comunes entre los pacientes con dolor lumbar en comparación con la población general. Por lo que se entiende que el bienestar psicológico influye positivamente sobre el cuadro de dolor lumbar (Christensen et. al., 2015). Este estudio también debe compararse con el de Fernández (2017) quien encontró que aquellas personas que tienen métodos de afrontamiento hacia la enfermedad que pueden ser intrusivos o evitativos, logran mejorar en promedio su nivel de bienestar psicológico (36%). De igual manera lo sugiere Cabrera (2017) en su estudio de estrategias de afrontamiento y la calidad de vida quien encontró que estaban positivamente relacionados (,395 a ,139) donde se observa que los participantes que usan por lo menos alguna estrategia de afrontamiento positiva hacia cualquier cuadro de enfermedad tienen mayor probabilidad de superar ese cuadro, y mejorar su bienestar psicológico.

En ese sentido se concluye que la perspectiva positiva o negativa que los participantes tienen hacia el afrontamiento del dolor lumbar relacionado a su calidad

de vida, determinará la mejoría del participante o su posterior estado complejo del cuadro.

Otro dato importante que se debe señalar en esta sección va en la misma línea que se encontró en la sección de calidad de vida y depresión, que supone que las personas que tienen dolor lumbar tienen rasgos de depresión, sin embargo ¿esto puede alterar su bienestar psicológico? Los datos encontrados en esta investigación sugieren que los jóvenes que se encuentran entre 21 a 27 años de edad tienen un nivel bajo de bienestar psicológico (30.9%), y medio (37.3%), eso quiere decir, que también el dolor lumbar tiene una influencia directa sobre el bienestar psicológico.

Solari (2018) partiendo de esta incógnita sugiere que el bienestar psicológico y la depresión no están relacionados en las personas mayores de 65 a 85 años, lo que indica que, a mayor bienestar psicológico, la presencia de la depresión será menor. Asimismo, las correlaciones entre la depresión y las sub-escalas del bienestar psicológico, son negativas y altamente significativas, lo que nos indican que, a mayor depresión, el bienestar subjetivo, bienestar material, bienestar laboral y las relaciones con la pareja serán menos satisfactorias para la persona. En la misma línea lo sustenta Oramas, Santana y Vergara (2006) quienes indican que el bienestar psicológico como regulador, mediador y motivador influye positivamente sobre la depresión, actuando como mecanismo de defensa contra ese, permitiendo que el participante tenga un mejor estado anímico incluso ante situaciones que llegan a ser crónicas en su vida, por ejemplo: cáncer, sida, etc.

Por su parte, Robles, Sánchez & Galicia (2011) sostienen que en las personas jóvenes se presenta una relación significativa entre el bienestar psicológico y la depresión, haciéndose mucho más evidente en el caso de las mujeres más que en los hombres. Esto apoya la idea de que existe una tendencia propia en la mentalidad de las mujeres de culparse a sí misma por sus fracasos, y a mantener dichos pensamientos por más tiempo, lo que propicia síntomas depresivos, los cuales a su vez impactan sobre el bienestar psicológico. En el caso de los varones, esto estaría más relacionado a temas que tienen que ver con cuestiones de dinero o posición social, que al perderlos o verse afectados en esas dimensiones hace que manifiesten síntomas depresivos.

Tomando en cuenta lo mencionado anteriormente podemos concluir que la depresión que manifiestan los estudiantes con dolor lumbar no está asociado directamente al bienestar psicológico, sino mayormente a la calidad de vida. Es decir, la situación en la que se encuentran respecto a su salud con el dolor lumbar, hace que la depresión sea más evidente. Sin embargo, existe la posibilidad que la depresión también sea un asunto psicosomático, relacionado al bienestar psicológico, aunque no es determinante, debido a que la evidencia científica señala que, a mayor bienestar psicológico, existe menos posibilidad de sufrir depresión, actuando el afrontamiento positivo del bienestar psicológico como un antídoto que ayuda a superar los momentos de soledad, tristeza o enfermedad.

Por otro lado, no se debe olvidar también que los estudiantes sufren cuadros de depresión por un alto índice de estrés los cuales están relacionados (Bazán, 2016), lo que es el caso de nuestra población debido a que se encuentra sometida a un ritmo de vida acelerado en la universidad, pero poco tiempo le permiten el ocio o el entretenimiento que pueda aliviar el estrés. Así, se puede concluir que en los estudiantes con dolor lumbar pueden también sufrir de depresión a causa del estrés académico, y que luego se puede extender a un detonante laboral o de relaciones sociales conforme este vaya creciendo en los diversos aspectos de su vida.

De acuerdo a la hipótesis general se halló una correlación positiva y significativa entre el bienestar psicológico y la calidad de vida, resultado que coincide con la de otros autores (Montazeri & Mousavi, 2010; Farezadi, et al., 2008), demostrando que los encuestados perciben psicológicamente la calidad de vida, es decir desde un punto de vista subjetivo (cómo se sienten) más que objetivo (cómo dicen otros que se sienten). En tanto ellos en el aspecto psicológico se sientan mal, eso merma significativamente su calidad de vida, por más que a nivel fisiológico no tengan ningún tipo de dolor (Diener, Suh & Oishi, 1997).

Aranda & Hernández (2017) siguiendo esa línea de pensamiento sugieren que la calidad de vida también se ve influenciada por los vínculos familiares, la estabilidad económica, o el bienestar con las propias creencias subjetivas. Eso quiere decir que la calidad de vida no solamente está determinada en cuestiones de salud, sino que también se determina por los bienes materiales o incluso las relaciones sociales. El hecho de que en dicho estudio 31% de estudiantes tenga una calidad

de vida baja y 72% tenga una calidad de vida regular, no solamente debe leerse en relación al dolor lumbar, sino también en cuanto a sus propias expectativas de vida sobre la calidad de esta. Si bien el dolor lumbar tiene una relación directa con la calidad de vida, no se debe suponer que sea el principal determinante de esta.

Por otro lado, esta investigación encontró que en su mayoría los participantes tienen una incapacidad moderada en relación al dolor lumbar (46.0%) y especialmente los participantes que se encuentran entre el rango de 21 a 27 años de edad (25.4%), una conclusión que también comparte Camargo, et. al. (2009), y por la que se ha sugerido como causante principal de este dolor a la vida sedentaria a la que está sometida el estudiante actual, desarrollando entre 4 a 6 horas de actividades académicas sentados en escritorios, bibliotecas, y salones de clases. Algunos casos más extremos reportan que por lo menos un 16% de estudiantes en la vida universitaria pasa entre 8 a 12 horas sentado, provocando esto un agudo dolor lumbar (Jara & Villacorta, 2017), de significancia muy trascendental tal cual lo establece el antecedente de Carranza, Hernández y Alhuay (2017), quien en su estudio buscó determinar la relación que había entre el bienestar psicológico y el rendimiento académico en los alumnos de la carrera de psicología de una universidad particular de Tarapoto. Los resultados indican que existe una relación directa y estadísticamente significativa entre ambas variables, mientras más alto sea el bienestar psicológico, más alto también será el rendimiento académico.

Siguiendo la misma línea de pensamiento, se puede decir que los datos encontrados en esta investigación también sugieren una importante correlación con el antecedente de Gutiérrez (2017), quien en su estudio buscó determinar si había relación entre el bienestar psicológico y la ansiedad, los resultados que se obtuvieron indican claramente que hay una relación inversa, moderada y estadísticamente significativa entre las dos variables (Pearson = .002), también resultó que los estudiantes perciben su bienestar psicológico bajo y fuertes nivel de ansiedad, eso significa que el bienestar psicológico regula el nivel de ansiedad que el estudiante puede experimentar durante su tiempo de estudio.

De igual manera los datos nos permiten inferir que la ansiedad posiblemente tiene un origen patológico, que puede en tal caso partir del estrés que provoca la universidad y las diversas actividades que se producen en dicho entorno, ante el

que los estudiantes reaccionan con estrés. La vida de un estudiante tiene diversos focos de estrés, los principales de ellos son los exámenes semanales (48%), las tareas o actividades (28%), las prácticas profesionales (13%), y la investigación (11%) (Farezadi, et al., 2008). A esto se suma el hecho de que por las actividades muchos de ellos no ingieren a tiempo sus alimentos como el desayuno, almuerzo o comida, lo que complica el cuadro del estrés y sus efectos nocivos sobre la calidad de vida.

La limitación que se tuvo durante el desarrollo de la investigación es que el abarcar solamente estudiantes de una universidad privada, no permitiendo considerar algunos factores como son: condiciones académicas, sociales, económicas, entre otras condiciones; que se puedan dar en estudiantes de una universidad pública, o más aún en estudiantes de otras regiones del país. Lo cual no permite que se generalicen los resultados en toda la población universitaria de Perú.

CONCLUSIONES

1. Existe una relación directa y significativa entre el Bienestar psicológico y de la calidad de vida en universitarios con diagnóstico de dolor lumbar, cuyo valor de rho = 0,320
2. Existen 69 participantes (54.8%) de sexo femenino y 27 participantes (21.4%) de sexo masculino tienen un nivel medio de bienestar psicológico. Asimismo 4 (3.2%) participantes de sexo femenino y 1 participante (0.8%) de sexo masculino tienen un nivel alto de bienestar psicológico. Este estudio no determinó cuál es la principal razón por la que ellos no tienen bienestar psicológico alto, probablemente como lo sugiere la literatura se deba a causas internas, que pueden ser relacionadas a su idiosincrasia, cultura, etc.
3. Existen 14 participantes (11.1%) de sexo femenino y 4 participantes (3.2%) de sexo masculino tienen un nivel alto de calidad de vida. 35 participantes (27.8%) de sexo femenino y 9 participantes (7.1%) de sexo masculino tienen un nivel bajo de calidad de vida. Asimismo 45 participantes (35.7%) de sexo femenino y 19 participantes (15.1%) de sexo masculino tienen un nivel regular de calidad de vida. La principal razón por la que los participantes tienen un nivel regular de calidad de vida, es por la influencia que tiene el dolor lumbar en sus diferentes actividades de la vida cotidiana, lo que merma directamente su salud.
4. Existen 49 participantes (38.9%) tienen entre 21 a 27 años de edad, 11 participantes (8.7%) tienen entre 28 a 34 años de edad, 1 participante (0.8%) tiene 35 a 41 años de edad, y 3 (2.4%) participante tienen entre 42 a 48 años de edad tienen una regular calidad de vida. Asimismo, 15 participantes (11.9%) que tienen entre 21 a 27 años de edad y 3 participantes (2.4%) que tienen entre 28 a 34 años de edad tienen un nivel alto de calidad de vida. Todo ello indica que los principales afectados con el dolor lumbar son los participantes jóvenes, antes que las personas adultas, lo que se corresponde con otras investigaciones resaltadas en el estudio, y que debilita la calidad de vida de los participantes.

5. Existen 47 participantes (37.3%) entre los 21 a 27 años de edad, 17 participantes (13.5%) entre 28 a 34 años de edad, 4 participantes (3.2%) entre 35 a 41 años de edad, así como 3 participantes (2.4%) entre 42 a 48 años de edad, y 1 participante (0.8%) de 49 años a más de edad tienen un nivel medio de bienestar psicológico. Por otro lado 39 participantes (30.9%) entre 21 a 27 años de edad, 4 participantes (3.2%) entre 28 a 34 años de edad, y 1 participante (0.8%) entre 35 a 41 años de edad tienen un nivel bajo de bienestar psicológico. 10 participantes (7.9%) entre 21 a 27 años de edad tienen un nivel alto de bienestar psicológico. Este estudio no determinó cuál es la principal razón por la que las personas jóvenes no tienen bienestar psicológico alto, probablemente como lo sugiere la literatura se deba a causas internas, que pueden ser relacionadas a su idiosincrasia, cultura, etc.
6. Existen 69 participantes (54.8%) de sexo femenino y 27 participantes (21.4%) de sexo masculino tienen un nivel medio de bienestar psicológico. Por otro lado 21 estudiantes (16.7%) del sexo femenino y 4 participantes (3.2%) tienen un nivel bajo. Asimismo 4 participantes (3.2%) de sexo femenino y 1 participante (0.8%) de sexo masculino tienen un nivel alto de bienestar psicológico. Lo que sugiere que son especialmente las mujeres quienes a pesar de las dificultades propias del día a día afrontan la vida con una actitud positiva, incluso más que los hombres.
7. Existe 14 participantes (11.1%) de sexo femenino y 4 participantes (3.2%) de sexo masculino tienen un nivel alto de calidad de vida. 35 participantes (27.8%) de sexo femenino y 9 participantes (7.1%) de sexo masculino tienen un nivel bajo de calidad de vida. Asimismo 45 participantes (35.7%) de sexo femenino y 19 participantes (15.1%) de sexo masculino tienen un nivel regular de calidad de vida. Todo esto deja entre ver que la calidad de vida se ve opacada por el dolor lumbar tanto en personas jóvenes como adultas, aunque en diferentes niveles.
8. Existen 19 participantes (15.1%) que tienen un alto nivel de calidad de vida, 44 participantes (34.9%) que tienen un nivel bajo de calidad de vida, y 63 participantes (50.0%) con un nivel regular de calidad de vida. Asimismo, se

observa que 5 participantes (3.9%) tienen un nivel alto de bienestar psicológico, 25 participantes (19.8%) tienen un nivel bajo de bienestar psicológico, y 96 participantes (76.2%) tienen un nivel medio de bienestar psicológico. Siendo el dolor lumbar uno de los principales causantes de un bajo nivel de calidad de vida y disminución de bienestar psicológico.

RECOMENDACIONES

1. Realizar investigaciones que involucren las mismas variables en otras poblaciones de estudiantes para identificar el nivel de bienestar psicológico y calidad de vida que experimentan en las diferentes etapas de su carrera profesional. Con ello las instituciones formativas pueden realizar acciones de prevención y tratamiento a los estudiantes.
2. Dado que en este estudio se demostró que existe relación entre la calidad de vida, en relación al dolor lumbar, y las actividades sedentarias como el trabajo de escritorio, se sugiere que se emplee un estudio similar en otras poblaciones con personal administrativo, o que se encuentra trabajando en escritorio, a fin de darle mayor peso a los datos encontrados en la teoría planteada de esta investigación.
3. Para mejorar la calidad de vida, fomentar la sonrisa en los estudiantes universitarios, los efectos de sonreír sobre el estrés han sido bien documentados. Sonreír ayuda a enviar un fuerte impulso a la mente, que luego altera su neuroquímica. Los estudios han mostrado que las personas a las que se les dijo que mantuvieran una sonrisa genuina en sus caras tenían una frecuencia cardíaca más baja después de las actividades estresantes.
4. Incluir en la alimentación saludable, las vitaminas y minerales poseen beneficios para la salud que garantizan que reciba las vitaminas y los minerales adecuados todos los días. Asegúrese de tomar al menos un suplemento diario para recibir las vitaminas y minerales esenciales que su cuerpo necesita todos los días. Estos son necesariamente para todos los tipos de funcionamiento óptimo de la mente y el cuerpo. Convierta esto en un hábito de salud imprescindible para usted y encuentre un excelente suplemento una vez al día que pueda tomar para satisfacer sus necesidades diarias para ayudar en mejorar su calidad de vida.

5. También se recomienda la realización de actividad física recreativa, ya que está demostrado que el realizar ejercicios ayuda a mejorar el estado de ánimo, así como también ayuda a distraer la mente y produce relajación luego de las arduas jornadas académicas o labores educativas.

REFERENCIAS

- ABC Salud (2015). El 80% de la población va a sufrir dolor de espalda en algún momento de su vida. Recuperado de <https://www.abc.es/salud/noticias/20150831/abci-espalda-dolor-lumbalgia-201508311134.html>
- Andachi, D. (2015). *El Método Pold en Pacientes con Lumbalgia que asisten al Área de Fisioterapia del Comando Provincial de Policía Tungurahua CP N° 9*. Informe para obtener el Título Profesional, Universidad Técnica De Ambato, Ecuador.
- Argyle, M. y Martín, M. (1987). *The Psychological cause of Happiness*. Londres: Methuan.
- Arya, R. (2014). Low back pain – Signs, symptoms, and management. Recuperado de <http://medind.nic.in/jac/t14/i1/jact14i1p30.pdf>
- Atostegui, L. y Nuñez, V. (2008). Aspectos estadísticos del Cuestionario de Calidad de Vida relacionada con salud Short Form–36 (SF-36). *Estadística Española*. 50(167): 147-192.
- Braunwald, E., Fauci, A., Kasper, D., Hauser, S., Longo, D. y Jameson, J. (2002) *Harrison: Principios de Medicina Interna* (15 ed). Madrid, España: McGraw-Hill.
- Burillo, T., Fernández, M. y Agüir, E. (2006). Absentismo laboral por dolor de espalda en personal hospitalario: estudio cohortes. *MAPFRE Medicina* (Esp.). 17(1): 1-11.
- Caballo, V. (1993). Relaciones entre diversas medidas conductuales y de autoinforme de las habilidades sociales. *Psicología Conductual*, 1, 73-99
- Camargo, D.; Orozco, L., Hernández, J., & Niño, G. (2009). Dolor de espalda crónico y actividad física en estudiantes universitarios de áreas de la salud. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 16(8), 429-436.
- Carranza, R., Hernández, R. y Alhuay, J. (2017). Bienestar psicológico y rendimiento académico en estudiantes de pregrado de psicología. *Rev. Int. Investig. Cienc. Soc.* Vol. 13 (2): 133-146.
- Casado, I., Moix, J. y Vidal, J. (2008). Etiología, cronificación y tratamiento del dolor lumbar. Recuperado de

http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-52742008000300007

- Casullo, M. (2002). *Evaluación del Bienestar Psicológico en Iberoamérica*. Buenos Aires: Paidós
- Casullo, M. y Castro, A. (2000). *Evaluación del bienestar psicológico en estudiantes argentinos*. Revista de Psicología de la PUCP. Vol. XVIII, 1, 2000.
- Christensen, J., Fisker, A., Lykke, E., Raabæk, L., Steen, O., Hartvigsen, J. y Langberg, H. (2015). Comparison of mental distress in patients with low back pain and a population-based control group measured by Symptoms Check List – A case-referent study. *Scandinavian Journal of Public Health*. Vol 43, Issue 6, pp. 638-647.
- Córdova, M. (2013). *Estadística Descriptiva e Inferencial*. 5ta Edición. Lima: Editorial Moshera S.R.L.
- Cortez, M. (2016). *Propiedades psicométricas de la Escala de Bienestar Psicológico de Martina Casullo en adolescentes de Trujillo*. Ciencia y Tecnología, Año 12, Nº 4, 101-112
- Dibiun (2015). Dirección de Bienestar Universitario de Universidad de Lima. Informe Anual de situación demográfica, salud, social, económica del estudiante universitario. Lima.
- Dibiun (2016). Dirección de Bienestar Universitario de Universidad de Lima. Informe Anual de situación demográfica, salud, social, económica del estudiante universitario. Lima.
- Dibiun (2017). Dirección de Bienestar Universitario de Universidad de Lima. Informe Anual de situación demográfica, salud, social, económica del estudiante universitario. Lima.
- Diener, E., Suh, E., & Oishi, S. (1997). Recent findings on subjective well-being. *Indian Journal of Clinical Psychology*, 24, 25-41.
- Domínguez, S. (2014). Análisis psicométrico de la escala de bienestar psicológico para adultos en estudiantes universitarios de lima: un enfoque de ecuaciones estructurales. *Psychologia: Avances de la Disciplina*, 8(1), 23-31

- Duthey, B. (2013). Priority Medicines for Europe and the World "A Public Health Approach to Innovation". Recuperado de http://www.who.int/medicines/areas/priority_medicines/BP6_24LBP.pdf
- Farezadi, Z. et al. (2008). *Chronic pain and psychological well-being*. Simposium Sains Kesehatan Kebangsaan ke 7. Hotel Legend, Kuala Lumpur.
- Fhon, J. R. S., Janampa, J. T. G., Huaman, T. M., Marques, S., & Rodrigues, R. A. P. (2016). Sobrecarga y calidad de vida del cuidador principal del adulto mayor. *Avances en Enfermería*, 34(3), 251-258.
- Garro, K. (2012). *Lumbalgias*. Revista de Medicina Legal de Costa Rica, 29 (2).
- Gawai, N., & Phadke, A. (2018). Quality of Urban Life: Identification of Livable Urban Spaces within Mumbai Metropolitan Region. *International Archives of the Photogrammetry, Remote Sensing & Spatial Information Sciences*, 42(5), 117–121. <https://doi.org/10.5194/isprs-archives-XLII-5-117-2018>
- Gayle, M. (2016). *The Relationship between Psychological Wellbeing and Health-Related Physical Fitness in Professional Rugby Players*. Universidad de Pretoria.
- Genaro et al. (2014). *Adaptación del cuestionario sf-36 para medir calidad de vida relacionada con la salud en trabajadores cubanos*. *Revista Cubana de Salud y Trabajo*, 15(1): 62-70.
- Guerra, A., Silva, A., Sousa, C., Ferreira, L., Carvalho, H., & Silva, S. (2017). A Componente Mental: um aspeto positivo da Qualidade de Vida de uma população. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, (5), 75. <https://doi.org/10.19131/rpesm.0171>
- Gutiérrez, M. (2017). *Bienestar psicológico y ansiedad en estudiantes de una universidad nacional del norte del Perú*. Tesis para optar el Título de Licenciada en Psicología. Universidad Privada del Norte. Trujillo, Perú.
- Guyatt, G. H. (1993). Measurement of Health-Related Quality of Life in Heart Failure. *Journal of the American College of Cardiology*, 22(4), A185-A191.
- Härter, M, Reuter K, Gross-Hardt K, Bengel J. (2001). Screening for anxiety, depressive and somatoform disorders in rehabilitation – validity of HADS

and GHQ-12 in patients with musculoskeletal disease. *Disabil Rehabil*; 23(16):737-744

- IntraMed (2007). Lumbalgia o dolor de espalda baja. Recuperado de <https://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoID=49355>
- Jara, J. & Villacorta V. (2017). *Factores Asociados del Dolor Lumbar en los Estudiantes de Terapia Física y Rehabilitación del Hospital de Rehabilitación del Callao*. Tesis para optar el Título de Licenciado en Terapia Física y Rehabilitación. Universidad Católica Sedes Sapientiae. Lima.
- LaDou, J. (1999). *Diagnóstico y Tratamiento en Medicina Laboral y Ambiental* (2da ed). México: Manual Moderno. (pp 83-88)
- Lara, N., Saldaña, Y., Fernández, N., & Delgadillo, H. (2015). Salud, calidad de vida y entorno universitario en estudiantes mexicanos de una universidad pública. *Revista hacia la promoción de la salud*, 20(2), 102-117.
- Maggio, E. & Alvarez, M. (2013). Concepto de Problema. Retrieved from <http://www.angelfire.com/theforce/trabajo/trabajo.htm>
- Malca, S. (2017). Trastornos musculoesqueléticos de origen laboral en el cuello y las extremidades superiores de los fisioterapeutas en Cataluña. Recuperado de <https://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/420862/Tsms1de1.pdf?sequence=2&isAllowed=y>
- Matalinas, M. (2016). *Afrontamiento del estrés y bienestar psicológico en estudiantes universitarios de Lima y Huancayo*. Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos – Editorial Universitaria.
- Ministerio de Salud del Perú (2016). Casos de lumbalgia por etapas de vida, según departamento. [Base de datos excel] Perú.
- Montazeri A., Mousavi S.J. (2010). Quality of Life and Low Back Pain. In: Preedy V.R., Watson R.R. (eds) *Handbook of Disease Burdens and Quality of Life Measures*. Springer, New York, NY
- Novoa et al. (2014). Psychological well-being and quality of life in patients treated for thyroid cancer after surgery. *Terapia Psicológica*, 28(1): 69-84.

- Oramas, A., Saantana, S. y Vergara, A. (2006). El bienestar psicológico, un indicador positivo de la salud mental. Recuperado de <http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/insat/rst06106.pdf>
- Oramas, A.; Santana, S. & Vergara, A. (2006). El bienestar psicológico, un indicador positivo de la salud mental. *Revista cubana de salud y trabajo*, 7(1-2): 34-9.
- Osoha, D., Rodrigues, G., Myles, J., Zee, B., & Pater, J. (1998). Interpreting the Significance of Changes in Health-related Quality-of-life Scores. *Journal of Clinical Oncology*, 16(1), 139-144.
- Payarez, K. et al. (2018). Validación en Colombia del cuestionario de discapacidad de Oswestry en pacientes con dolor bajo de espalda. Recuperado de <https://aprendeenlinea.udea.edu.co/revistas/index.php/iatreia/article/view/4507>
- Pillay, S. (2016). The psychology of low back pain. Recuperado de <https://www.health.harvard.edu/blog/psychology-low-back-pain-201604259537>
- Rees et al. (2011). *Back and neck pain are related to mental health problems in adolescence*. BMC Public Health, 11:382
- Robles, F.; Sánchez, A. & Galicia, I. (2011). Relación del bienestar psicológico, depresión y rendimiento académico en estudiantes de secundaria. *Psicología Iberoamericana*, 19(2): 27-37.
- Rojas, A., Torres, S., Romero, A., & Vergara, M. (1983). *Estudio diagnóstico de los problemas de los estudiantes de la Universidad del Norte no residentes en Barranquilla*. (Tesis de pregrado-Tecnología Médica). Universidad San Juan Bautista, Perú.
- Rojas, D. (2016). "Frecuencia de incapacidad por dolor lumbar en mujeres que laboran en comedores populares de Villa Maria del Triunfo 2015". (Tesis de pregrado-Psicología). Universidad del Norte, Colombia.
- Ryff, C. & Keyes, C. (1995). The Structure of Psychological Well-Being Revisited. *Journal of Personality and Social Psychology*. 69(4), 719-727.
- Ryff, C. (1989). Happiness is Everything, or Is It? Exploration on the Meaning of Psychological Well-Being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57(2), 1069-1081.

- Salvador, D. (2016). *Bienestar Psicológico y Habilidades Sociales en Alumnos de Primer Grado de Nivel Secundaria de una Institución Educativa Particular de la Trujillo*. Universidad Privada Antenor Orrego, Perú.
- Salvador, L.; Lucas R.; Ayuso, J. y Miret M. (2014). "Use of the terms 'Wellbeing' and 'Quality of Life' in health sciences: A conceptual framework". *Eur. J. Psychiat*, 28(1): 50-65.
- Schwimmer, J. B., Burwinkle, T. M., & Varni, J. W. (2003). Health-related Quality of Life of Severely Obese Children and Adolescents. *Jama*, 289(14), 1813-1819.
- Shiri, R., Karppinen J, Leino-Arjas P, Solovieva S, Viikari-Juntura E. (2010). The association between smoking and low back pain: a meta-analysis. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20102998>
- Urzúa, A. (2012). "Calidad de vida: Una revisión teórica del concepto". *Terapia Psicológica*, 30(1): 61-71.
- Vargas, E. (2000). *Medicina Legal*. (2da ed). D.F., México: Trillas. (pp 410)
- Vazquez, C. et al. (2009). *Bienestar psicológico y salud: Aportaciones desde la Psicología Positiva*. Anuario de Psicología Clínica y de la Salud, 5: 15-28.
- Veenhoven, R. (1994). El estudio de la satisfacción con la vida. *Intervención Psicosocial*, 3, 87-116.
- Velásquez, A. 2014. *Síndrome de Burnout y Bienestar Psicológico en Enfermeras de la Microred de Salud de San Juan de Miraflores – Villa María del Triunfo, 2014*. Tesis para optar el Título de Licenciado en Psicología. Universidad Autónoma del Perú, Perú.
- Vilagut, G.; Ferrer, M.; Rajmil, L.; Rebollo, P.; Permanyer-Miralda, G. Quintana, J. (2005). El cuestionario de salud SF-36 español: Una década de experiencia y nuevos desarrollos. *Gaceta sanitaria*, 19(2), 135-50.

ANEXOS

ANEXO A

Instrumento Bienestar Psicológico

ESCALA BIEPS-A (Adultos)

Sexo: _____

Edad: _____

Le pedimos que lea con atención las frases siguientes. Marque su respuesta en cada una de ellas sobre la base de lo que pensó y sintió durante el último mes. Las alternativas de respuesta son: **–ESTOY DE ACUERDO– NI DE ACUERDO NI EN DESACUERDO –ESTOY EN DESACUERDO–** No hay respuestas buenas o malas: todas sirven. No deje frases sin responder. Marque su respuesta con *una cruz (aspa) en uno* de los tres espacios.

N	ENUNCIADO	De acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	En desacuerdo
1	Creo que sé lo que quiero hacer con mi vida.			
2	Si algo me sale mal puedo aceptarlo, admitirlo.			
3	Me importa pensar qué haré en el futuro.			
4	Puedo decir lo que pienso sin mayores problemas.			
5	Generalmente le caigo bien a la gente.			
6	Siento que podré lograr las metas que me proponga.			
7	Cuento con personas que me ayudan si lo necesito.			
8	Creo que en general me llevo bien con la gente.			
9	En general hago lo que quiero, soy poco influenciable			
10	Soy una persona capaz de pensar en un proyecto para mi vida.			
11	Puedo aceptar mis equivocaciones y tratar de mejorar.			
12	Puedo tomar decisiones sin dudar mucho.			
13	Encaro sin mayores problemas mis obligaciones diarias.			

ANEXO B

Instrumento de Calidad de Vida

Cuestionario SF-36 modificado

Marque (subraye o circule) una sola respuesta para cada una de las preguntas siguientes:

1. En general, usted diría que su salud es:

1 Excelente; 2 Muy buena; 3 Buena; 4 Regular; 5 Mala

2. ¿Cómo diría que es su salud actual, comparada con la de hace un año?

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

Las siguientes preguntas se refieren a actividades o cosas que usted podría hacer en un día normal:

3. ¿Su salud actual le limita para hacer esfuerzos intensos tales como correr, levantar objetos pesados, o participar en deportes agotadores?

1 Sí, me limita mucho; 2 Sí, me limita un poco; 3 No, no me limita nada

4. ¿Su salud actual le limita para hacer esfuerzos moderados, como mover una mesa, limpiar el piso, jugar a lanzarse la pelota o caminar más de una hora?

1 Sí, me limita mucho; 2 Sí, me limita un poco; 3 No, no me limita nada

5. ¿Su salud actual le limita para coger o llevar encima el peso de la jaba de compras en la bodega o tienda?

1 Sí, me limita mucho; 2 Sí, me limita un poco; 3 No, no me limita nada

6. ¿Su salud actual le limita para subir varios pisos por la escalera?

1 Sí, me limita mucho; 2 Sí, me limita un poco; 3 No, no me limita nada

7. ¿Su salud actual le limita para subir un solo piso por la escalera?

1 Sí, me limita mucho; 2 Sí, me limita un poco; 3 No, no me limita nada

8. ¿Su salud actual le limita para agacharse o arrodillarse?

1 Sí, me limita mucho; 2 Sí, me limita un poco; 3 No, no me limita nada

9. ¿Su salud actual le limita para caminar diez o más cuadras (un kilómetro o más)?

1 Sí, me limita mucho; 2 Sí, me limita un poco; 3 No, no me limita nada

10. ¿Su salud actual le limita para caminar varias cuadras (de 200 a 900 metros)?

1 Sí, me limita mucho; 2 Sí, me limita un poco; 3 No, no me limita nada

11. ¿Su salud actual le limita para caminar una sola cuadra (unos 100 metros)?

1 Sí, me limita mucho; 2 Sí, me limita un poco; 3 No, no me limita nada

12. ¿Su salud actual le limita para bañarse o vestirse por sí mismo?

1 Sí, me limita mucho; 2 Sí, me limita un poco; 3 No, no me limita nada

Las siguientes preguntas se refieren a problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas:

13. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas a causa de su salud física?

1 Sí; 2 No

14. Durante las 4 últimas semanas, ¿hizo menos de lo que hubiera querido hacer a causa de su salud física?

1 Sí; 2 No

15. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?

1 Sí; 2 No

16. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo dificultad para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas (por ejemplo, le costó más de lo normal) a causa de su salud física?

1 Sí; 2 No

17. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?

1 Sí; 2 No

18. Durante las 4 últimas semanas, ¿hizo menos de lo que hubiera querido hacer a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?

1 Sí; 2 No

19. Durante las 4 últimas semanas, ¿no hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan cuidadosamente como de costumbre a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?
1 Sí; 2 No

20. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto su salud física o los problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales habituales con la familia, los amigos, los vecinos u otras personas?
1 Nada; 2 Un poco; 3 Regular; 4 Bastante; 5 Mucho

21. ¿Tuvo dolor en alguna parte del cuerpo durante las 4 últimas semanas?
1 No, ninguno; 2 Sí, pero muy poco; 3 Sí, un poco; 4 Sí, moderado; 5 Sí, mucho; 6 Sí, muchísimo

22. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (incluye el trabajo fuera y dentro de la casa)?
1 Nada; 2 Un poco; 3 Regular; 4 Bastante; 5 Mucho

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

23. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió lleno de vitalidad?
1 Siempre; 2 Casi siempre; 3 Muchas veces; 4 Algunas veces; 5 Sólo alguna vez; 6 Nunca

24. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo estuvo muy nervioso?
1 Siempre; 2 Casi siempre; 3 Muchas veces; 4 Algunas veces; 5 Sólo alguna vez; 6 Nunca

25. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió tan abatido que nada podía animarle?
1 Siempre; 2 Casi siempre; 3 Muchas veces; 4 Algunas veces; 5 Sólo alguna vez; 6 Nunca

26. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió calmado y tranquilo?
1 Siempre; 2 Casi siempre; 3 Muchas veces; 4 Algunas veces; 5 Sólo alguna vez; 6 Nunca

27. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo tuvo mucha energía?
1 Siempre; 2 Casi siempre; 3 Muchas veces; 4 Algunas veces; 5 Sólo alguna vez; 6 Nunca

28. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió desanimado y triste?
1 Siempre; 2 Casi siempre; 3 Muchas veces; 4 Algunas veces; 5 Sólo alguna vez; 6 Nunca

29. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió agotado?
1 Siempre; 2 Casi siempre; 3 Muchas veces; 4 Algunas veces; 5 Sólo alguna vez; 6 Nunca

30. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió feliz?
1 Siempre; 2 Casi siempre; 3 Algunas veces; 4 Sólo alguna vez; 5 Nunca

31. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió cansado?
1 Siempre; 2 Casi siempre; 3 Algunas veces; 4 Sólo alguna vez; 5 Nunca

32. Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a los amigos o familiares)?
1 Siempre; 2 Casi siempre; 3 Algunas veces; 4 Sólo alguna vez; 5 Nunca

Por favor, diga si le parece cierta o falsa cada una de las siguientes frases.

33. Creo que me pongo enfermo más fácilmente que otras personas.
1 Totalmente cierta; 2 Bastante cierta; 3 No lo sé; 4 Bastante falsa; 5 Totalmente falsa

34. Estoy tan sano como cualquiera.
1 Totalmente cierta; 2 Bastante cierta; 3 No lo sé; 4 Bastante falsa; 5 Totalmente falsa

35. Creo que mi salud va a empeorar.
1 Totalmente cierta; 2 Bastante cierta; 3 No lo sé; 4 Bastante falsa; 5 Totalmente falsa

36. Mi salud es excelente.
1 Totalmente cierta; 2 Bastante cierta; 3 No lo sé; 4 Bastante falsa; 5 Totalmente falsa

ANEXO C

Ficha técnica del instrumento

Descripción del instrumento Instrumento Bienestar Psicológico

Valoración de las respuestas de la escala de bienestar Psicológico.

BIEPS – A

De Acuerdo	3 puntos
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	2 puntos
En desacuerdo	1 punto

Fuente: Casullo (2002). Evaluación del bienestar Psicológico en Iberoamérica. Buenos Aires, Argentina: Paidós.

Percentiles correspondientes a los puntajes directos de la escala de bienestar Psicológico (BIEPS – A)

Percentil	Categorías
1 -25	Bajo
26 – 75	Medio
76 – 99	Alto

Fuente: Bienestar Psicológico de los adolescentes pertenecientes a familias tradicionales y familias doble carrera (15)

ANEXO D

Ficha técnica del instrumento SF-36

CREACIÓN:	Estados Unidos por Ware y Sherbourne en 1992 para el Estudio de los Resultados Médicos (Medical Outcomes Study, MOS).
TRADUCCIÓN:	Esta prueba ha sido traducida y utilizada en varias lenguas y probada psicométricamente en diversos países (Gandek y Ware, 1998; Keller et al., 1998; Vilagut, 2005; Ware et al., 1998; Zúñiga et al., 1999).
ITEMS	Contiene 36 ítems que identifican tanto estados positivos como negativos de salud (Alonso et al., 1995).
EDAD DE ADMINISTRACIÓN	Este cuestionario está dirigido a personas mayores de 14 años de edad y preferentemente debe de ser autoadministrada, aunque también es aceptable la administración mediante entrevista personal y telefónica.
DIMENSIONES:	<p>Las 8 dimensiones que evalúa el SF- 36 son el</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Funcionamiento Físico (FF), grado en que la salud limita las actividades físicas tales como el autocuidado, caminar, inclinarse, llevar pesos y los esfuerzos moderados e intensos; 2) Rol Físico (RF), grado en el que la salud física interfiere en el trabajo y en otras actividades diarias; 3) Dolor Corporal (DC), intensidad del dolor y su efecto en las actividades cotidianas; 4) Salud General(SG), valoración personal de la salud; 5) Vitalidad (V), sentimiento de energía frente al sentimiento de cansancio y agotamiento; 6) Funcionamiento Social (FS), grado en que el estado de salud física o emocional interfieren en la vida social habitual; 7) Rol Emocional (RE), grado en que los problemas emocionales interfieren en el trabajo u otras actividades diarias y 8) Salud Mental (SM), mide la salud mental general, lo que incluye la depresión, la ansiedad, el control emocional y de la conducta (Alonso et al., 1998; Zúñiga, et al., 1999). <p>Además, el cuestionario nos permite obtener dos índices globales:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ EL COMPONENTE DE SALUD FÍSICA (CSF) que está compuesto por las dimensiones de FF, RF, DC y SG; y, ✓ EL COMPONENTE DE SALUD MENTAL (CSM) constituido por las de V, FS, RE y SM (Mena et al., 2006; Vilangut et al., 2005; Ware et al., 1998).