

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR**

**FACULTAD DE ENFERMERÍA**

**CARRERA DE TERAPIA FÍSICA**

**DISERTACIÓN DE GRADO PARA OPTAR POR EL TÍTULO DE LICENCIADA  
EN TERAPIA FÍSICA**

**VALORACIÓN FUNCIONAL DEL DOLOR LUMBAR EN LAS ACTIVIDADES  
DE LA VIDA DIARIA MEDIANTE EL CUESTIONARIO OSWESTRY EN AMAS  
DE CASA MAYORES A 30 AÑOS DEL CONJUNTO PORTAL DE SAN JOSÉ II  
EN EL PERIODO DE DICIEMBRE 2019 A FEBRERO DEL 2020**

**ELABORADO POR:**

**GABRIELA FERNANDA ROJAS CONDOLO**

**QUITO, SEPTIEMBRE, 2020**

## RESUMEN

Actualmente el dolor lumbar es una patología frecuente en atención primaria, el 80% de la población lo va a padecer en algún momento de su vida. Las personas entre 45 y 65 años tienen más probabilidad de sufrir una lumbalgia. Objetivo: Valorar la incapacidad funcional durante las actividades diarias en amas de casa con dolor lumbar mediante el cuestionario Oswestry. La población de estudio fue 15 mujeres amas de casa. Se realizó un cuestionario para conocer si presentaba dolor lumbar y las características del mismo. También se evaluó la incapacidad mediante el cuestionario de Oswestry. Del total de 15 mujeres, 9 presentaron una discapacidad mínima y 6 presentaron una discapacidad moderada.

## **ABSTRACT**

Lower back pain is a common pathology in primary care, 80% of the population will suffer from it at some point in their lives. People between the ages of 45 and 65 are more likely to have a lower back. Objective: To assess functional disability during daily activities in housewives with lower back pain using the Oswestry questionnaire. The study population was 15 female housewives. A questionnaire was taken to find out if he had lower back pain and the characteristics of it. Disability was also assessed through Oswestry's questionnaire. Of the 15 women, 9 had a minimum disability and 6 had moderate disability.

## DEDICATORIA

Este trabajo de investigación va dedicado a Dios por iluminarme y guiarme para encontrar en mi camino personas que me ayuden en mi desarrollo profesional.

A mis padres y hermano quienes sin su apoyo constante no hubiese llegado a donde estoy, por apoyarme todos los días de mi vida estudiantil, por darme consejos que me ayudarían a no rendirme cuando caía y por creer en mí cuando ni yo misma lo hacía.

A mi tía quien con gran esfuerzo me ayudó a finalizar mis estudios para poder trabajar en lo que tanto me gusta y ser una gran profesional.

A mi familia y amigos que han sido parte de mi vida estudiantil por su apoyo moral y la grata experiencia todos estos años.

## **AGRADECIMIENTO**

Doy gracias a Dios y a mi familia por el apoyo brindado para culminar una etapa más de la vida.

Agradecer a las amas de casa que sin ningún tipo de beneficio ayudaron a la recolección de datos para poder realizar este tema de investigación.

Un agradecimiento a la Pontificia Universidad Católica del Ecuador por acogerme y abrirme las puertas, a los profesores que han transcurrido a lo largo de mi carrera universitaria que gracias a ellos y a su amor por la carrera me han dejado grandes conocimientos de la carrera y sobretodo me han enseñado a ser humana, para poder entender a los demás, no solo tratar la patología sino a la persona. A mi director de tesis Mg. Fernando Iza, al Mg. Arián Aladro y a la Mg. Daniela Cárdenas quienes han sido un pilar fundamental para la culminación de la investigación.

# TABLA DE CONTENIDOS

|   |    |
|---|----|
| INTRODUCCIÓN .....                                    | 1  |
| Capítulo I: ASPECTOS BÁSICOS DE LA INVESTIGACIÓN..... | 2  |
| 1.1 Planteamiento del Problema.....                   | 2  |
| 1.2. Justificación.....                               | 3  |
| 1.3. Objetivos .....                                  | 4  |
| 1.3.1. Objetivo General .....                         | 4  |
| 1.3.2. Objetivos Específicos.....                     | 4  |
| 1.4. Metodología .....                                | 4  |
| Tipo de estudio .....                                 | 4  |
| Universo y muestra .....                              | 4  |
| Criterios de inclusión .....                          | 5  |
| Criterios de exclusión .....                          | 5  |
| Fuentes, Técnicas e Instrumentos.....                 | 5  |
| Técnicas .....  | 6  |
| Instrumentos.....                                     | 6  |
| Plan de Recolección y Análisis de información .....   | 6  |
| Capítulo II MARCO TEÓRICO E HIPÓTESIS.....            | 6  |
| 2.1- Dolor según varios autores.....                  | 6  |
| 2.1.1. Definición de Dolor Lumbar .....               | 7  |
| 2.1.2. Clasificación del dolor lumbar .....           | 8  |
| 2.1.3. Fisiología del dolor .....                     | 10 |
| 2.1.4. Fisiopatología de la columna lumbar .....      | 10 |
| 2.1.5. Causas del dolor lumbar .....                  | 13 |
| 2.1.6. Discapacidad por dolor .....                   | 14 |
| 2.2. Evaluación del dolor.....                        | 15 |
| 2.2.1. Definición.....                                | 15 |
| 2.2.2. Tipos de dolor.....                            | 16 |
| 2.2.3 Cuestionario Oswestry .....                     | 16 |
| 2.2.4. Propósito del cuestionario Oswestry .....      | 17 |
| 2.2.5. Instrucciones .....                            | 17 |
| 2.2.6. Limitaciones .....                             | 17 |
| 2.2.7. Puntuación.....                                | 18 |
| 2.3. Definición de Ama de casa .....                  | 18 |
| 2.3.1. Amas de casa y su trabajo doméstico .....      | 20 |
| 2.3.2. Riesgo laboral y Prevención .....              | 21 |
| Hipótesis.....  | 23 |

|  |    |
|--|----|
| Operacionalización de las variables .....  | 24 |
| Capítulo III: RESULTADOS Y DISCUSIÓN ..... | 28 |
| 3.1 Resultados .....                       | 28 |
| 3.2. Discusión.....                        | 38 |
| CONCLUSIONES.....                          | 41 |
| RECOMENDACIONES .....                      | 42 |
| REFERENCIAS.....                           | 43 |
| ANEXOS.....                                | 49 |

## INDICE DE GRÁFICOS

|  |                               |
|--|-------------------------------|
| <b>Gráfico 1:</b><br>EDAD DE LAS AMAS DE CASA CON DOLOR LUMBAR .....           | 28                            |
| <b>Gráfico 2:</b><br>HORAS DE ACTIVIDAD EN EL HOGAR .....                      | 29                            |
| <b>Gráfico 3:</b><br>PRESENCIA DEL DOLOR LUMBAR.....                           | ¡Error! Marcador no definido. |
| <b>Gráfico 4:</b><br>FRECUENCIA DEL DOLOR .....                                | 30                            |
| <b>Gráfico 5:</b><br>DOLOR SEGÚN EVA.....                                      | 31                            |
| <b>Gráfico 6:</b><br>TIEMPO DEL DOLOR .....                                    | 32                            |
| <b>Gráfico 7:</b><br>TIPO DE DOLOR .....                                       | 33                            |
| <b>Gráfico 8:</b><br>NIVEL DE INCAPACIDAD OSWESTRY .....                       | 34                            |
| <b>Gráfico 9:</b><br>5 ACTIVIDADES QUE SON REALIZADAS 2 VECES POR SEMANA ..... | 35                            |

## INDICE DE TABLAS

**Tabla 1:**

RELACIÓN ENTRE ACTIVIDADES LABORALES Y LA INCAPACIDAD..... 37

## INDICE DE ANEXOS

|                                |    |
|--------------------------------|----|
| <b>Anexo 1</b>                 |    |
| Consentimiento Informado ..... | 49 |
| <b>Anexo 2</b>                 |    |
| Cuestionario Oswestry .....    | 52 |
| <b>Anexo 1</b>                 |    |
| Cuestionario .....             | 49 |

# INTRODUCCIÓN

La lumbalgia se define como un dolor de columna lumbar, este dolor puede ser irradiado hacia miembros inferiores. Existen diferentes causas para presentar lumbalgia. Entre algunas las causas pueden ser por factores demográficos (juventud, sexo), físicos (trabajos pesados, trabajos manuales, trabajos de posiciones no neutros con vibración), psicosociales (estrés, baja satisfacción laboral), psicológicos, sanitarios, etc. (Hernández, 2016).

El dolor lumbar puede ser inespecífico o mecánico. El dolor mecánico surge de la columna vertebral, discos intervertebrales o tejidos blandos adyacentes. Esto incluye musculatura lumbosacra, hernia discal, espondilolistesis, fracturas vertebrales y lesión traumática. Un trauma repetitivo y uso excesivo son causas comunes de una lumbalgia crónica, posteriormente de haber sufrido una lesión laboral (Will, Bury, & Miller, 2018).

Algunos signos o síntomas para el dolor lumbar de origen mecánico pueden ser pérdida progresiva motora o sensorial, retención urinaria o incontinencia, antecedentes de enfermedades oncológicas y trauma significativo relacionado con la edad (Will et al., 2018).

Es por esta razón la importancia de realizar un trabajo de investigación en amas de casa debido a que están expuestas a sufrir lumbalgia crónica. Para ello, el trabajo se divide en las siguientes partes:

**Capítulo I:** se mencionan los antecedentes donde se destaca los aspectos más importantes que presenta la investigación.

**Capítulo II:** se realiza una investigación contextual del dolor lumbar, de su fisiología, causas, incapacidad y evaluación del dolor.

**Capítulo III:** se describen los resultados obtenidos mediante el cuestionario de Oswestry y se evalúa el nivel de incapacidad por dolor lumbar en amas de casa.

# Capítulo I: ASPECTOS BÁSICOS DE LA INVESTIGACIÓN

## 1.1 Planteamiento del Problema

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) (2012) menciona que “el dolor de espalda no es ni una enfermedad ni un diagnóstico, sino es un dolor de duración variable en un área de la anatomía, es frecuente y brinda respuestas tanto a estímulos externos e internos”. Es la primera causa de consulta a nivel mundial (70%) pero solo el 4% requiere cirugía. La lumbalgia aguda limita la actividad diaria en un periodo inferior a los 3 meses, en el 90% de los pacientes el dolor mejora en las primeras seis semanas. El dolor crónico es superior a los 3 meses (Garro, 2012).

El dolor lumbar es la causa más común de dolor en adultos y la segunda condición de salud después de infecciones de tracto respiratorio. Una cuarta parte de los adultos ha tenido al menos un día de dolor lumbar en los últimos tres meses y el 65%-80% de los adultos tienen dolor lumbar en algún momento de su vida. El dolor lumbar afecta la calidad de vida de los pacientes generando costos directos e indirectos donde existe un impacto significativo para los pacientes, sus familias, la comunidad, el mercado laboral y el sistema de salud (Laffont et al., 2016). Afecta tanto a hombres como a mujeres, entre los 30 y 50 años, aumentando la prevalencia con la edad (Chavarría, 2014).

El dolor lumbar crónico afecta hasta un 23% de la población mundial, es considerado un problema a nivel mundial. Según la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP) menciona que el 27% de la población general presenta dolor crónico. Para la editorial de la Academia Americana para el manejo del dolor (AAPM) menciona que 67 millones de estadounidenses (27%) padecen dolor lumbar crónico. Para la Federación Europea de Capítulos de la IASP menciona que en 16 países de la Unión Europea el 19% padecen dolor lumbar crónico (Covarrubias, 2010).

Algunos datos epidemiológicos muestran que la prevalencia de dolor lumbar en América Latina es similar a la prevalencia en los países desarrollados (Laffont et al., 2016). En los países desarrollados como Estados Unidos la lumbalgia crónica causa 10 millones de incapacidades al año y representa el 60% de las consultas por dolor de

espalda donde se invierte 50 millones de dólares. En México es la séptima causa de ausentismo laboral y un 13% acude a la consulta por dolor lumbar (Soto, Espinosa, Sandoval, & Gómez, 2015). En Ecuador la lumbalgia provoca incapacidad en un 10% de la población y es la segunda causa de ausentismo laboral en el mundo (Peñañiel, 2014). En el Distrito Metropolitano de Quito la lumbalgia no especificada representa el 1% afectando a 12,694 personas (Bustamante & Silvia, 2018).

## **1.2. Justificación**

En el presente trabajo de disertación se abordará el tema de la incapacidad en amas de casa, se conoce que el dolor lumbar es la segunda causa de ausentismo laboral y en el 10% de la población provoca una incapacidad, esto debido a múltiples factores (gesto motor, factores demográficos, edad, sexo, etc.) afecta a mujeres y hombres mayores a 30 años. El tema de disertación se escogió debido a la gran incidencia de dolor lumbar a nivel mundial, siendo primera causa de consulta a nivel mundial (70%), donde todas las personas alguna vez en su vida han presentado dolor lumbar, demostrando un gran impacto a nivel social, económico y físico. Además, conocer acerca del dolor lumbar ayudará a evitar mitos acerca de las “malas posturas” y conocer la importancia de tratar el dolor a tiempo.

El interés del investigador para realizar este estudio radicó en que se observaba que las mujeres que realizaban los quehaceres del hogar presentaban muy frecuentemente dolor lumbar y muchas veces no hacían caso a su dolor y seguían manteniéndolo por varias semanas o meses hasta llegar a una lumbalgia crónica afectando su calidad de vida. El beneficio de este estudio es recalcar la importancia de tratar una lumbalgia a tiempo y así evitar futuras discapacidades.

## **1.3. Objetivos**

### **1.3.1. Objetivo General**

Valorar funcionalmente las actividades diarias en amas de casa con dolor lumbar mediante el cuestionario Oswestry.

### **1.3.2. Objetivos Específicos**

- Caracterizar la muestra para conocer cuál es la población más vulnerable.
- Determinar el nivel de discapacidad en amas de casa con dolor lumbar.
- Describir las actividades de la vida diaria que se realiza con mayor frecuencia.
- Relacionar el nivel de incapacidad funcional con las actividades que realiza como mínimo dos veces por semana y edad.

## **1.4. Metodología**

### **Tipo de estudio**

Es un estudio cualitativo debido a que se tendrá resultados en porcentaje acerca del nivel de discapacidad que presentan las amas de casa por dolor lumbar, en el periodo de Diciembre del 2019 a Febrero del 2020.

Descriptivo porque se describió las sensaciones dolorosas y las actividades que lo causan, además, al finalizar se realizó una interpretación de los resultados que se obtuvo de acuerdo a la investigación.

### **Universo y muestra**

La población del estudio está conformada por mujeres que son amas de casa y la muestra que se tomó fue por conveniencia a 15 amas de casa mayores de 30 años de edad y que realicen actividades domésticas.

### **Criterios de inclusión**

- Amas de casa mayores a 30 años
- Personas que firmen el consentimiento informado.
- Que presenten dolor lumbar
- Que sean amas de casa
- Dolor lumbar mayor a 2 en escala de EVA.
- Dolor lumbar de origen mecánico.
- Presencia del dolor por más de dos semanas.

### **Criterios de exclusión**

- Amas de casa que presenten como antecedentes postraumáticos y posquirúrgicos de columna o enfermedad catastrófica.
- Mujeres embarazadas
- Mujeres que hayan ido a fisioterapia anteriormente o hayan tomado algún tipo de analgésico.

### **Fuentes, Técnicas e Instrumentos**

#### **Fuentes primarias**

En la investigación se realizó un cuestionario para conocer datos acerca de las actividades que realiza el ama de casa, y se aplicó la escala de valoración del dolor para conocer la incapacidad que tiene por causa del dolor.

#### **Fuentes secundarias**

Se utilizó referencias de artículos científicos los cuales encontraron evidencia científica, libros, los cuales se encuentran citados al final del trabajo de disertación.

## **Técnicas**

Se realizó una hoja de entrevista para poder obtener información clave que ayude a detectar las actividades que causan la incapacidad y se realizó una encuesta que ayude a confirmar los datos que se menciona en la entrevista.

## **Instrumentos**

Como se mencionó el cuestionario de Oswestry<sup>1</sup> (Anexo 1) y un cuestionario individual (Anexo 2) el cual constará de preguntas acerca del dolor que presenta el paciente al realizar sus actividades diarias.

## **Plan de Recolección y Análisis de información**

La recolección de datos se realizó con el cuestionario de Oswestry y el cuestionario individual, por otro lado, en el análisis de la información se utilizó el programa SPSS 22.0 y se realizó mediante gráficas donde se podrá conocer los resultados obtenidos.

# **Capítulo II MARCO TEÓRICO E HIPÓTESIS**

## **2.1- Dolor según varios autores**

El dolor según la International Association for the Study of Pain (IASP) se define como una experiencia emocional o sensorial desagradable, puede estar asociada a un daño tisular. El dolor es subjetivo y existe siempre que un paciente diga que algo le duele. El dolor tiene una alta prevalencia y gran impacto tanto individual, laboral, familiar, social y económico, afecta más a la mujer que al hombre y el dolor aumenta con la edad, llegando al 42,6% de los mayores de 65 años (López, Iturralde, Clerencia, & Galindo, 2004).

El dolor se define como una sensación molesta y aflictiva de una parte del cuerpo por causa interior o exterior, presenta tres dimensiones: sensorial-discriminativa, afectiva-

---

<sup>1</sup> Los detalles del instrumento de Oswestry podemos encontrarlo en el marco teórico en el título de dolor.

motivacional y cognitiva-evaluativa. El dolor es susceptible de cronificarse e involucra componentes fisiológicos, psicológicos y sociales (Pérez Martín, Pérez Muñoz, García Ares, Fuentes Gallardo, & Rodríguez Costa, 2020).

El dolor es una experiencia multifactorial y subjetiva, debe ser evaluado y tratado como tal. Influye el miedo y la ansiedad, variables con la edad, el sexo y la personalidad de la persona y junto con experiencias dolorosas previas. Algunos de los componentes del dolor son el grado de daño tisular, la fuerza, velocidad y tamaño del impacto (García, Gonzales, & Antúnez, 2017).

El dolor es un mecanismo de defensa, cuya función es detectar y localizar los procesos que dañan las estructuras corporales, pero también es un fenómeno subjetivo que puede o no puede estar vinculado con una lesión o patología. Además la intensidad del dolor no está relacionada con la gravedad de la alteración que lo produce (Iturbe, 2016).

### **2.1.1. Definición de Dolor Lumbar**

North American Spine Society (2020) mencionó que “el dolor lumbar se define como dolor musculoesquelético origen que se extiende desde la costilla más baja hasta el glúteo pliegue que a veces puede extenderse como dolor somático referido en el muslo (por encima de la rodilla)” (p.17).

El dolor lumbar es un síntoma, no una enfermedad, puede resultar por causas conocidas o desconocidas. Se define por la ubicación del dolor entre los márgenes de las costillas inferiores y los pliegues glúteos. Es acompañado de dolor en una o ambas piernas y puede estar acompañado de síntomas neurológicos en las extremidades inferiores (Hartvigsen et al., 2018).

El dolor lumbar es un problema de salud pública a nivel mundial, debido a múltiples factores ergonómicos, posturales, emocionales, físicos, etc. Lo cual conlleva a una limitación funcional que afecta la calidad de vida de la persona. Es un trastorno músculo esquelético que afecta al 70% de la población. Este dolor conlleva ausencias laborales y aumento de gastos económicos y por consiguiente, riesgo de padecer una discapacidad

transitoria por dolor lumbar especialmente en personas que manipulan cargas constantemente (Bazán, Perez, & Castro, 2018).

### **2.1.2. Clasificación del dolor lumbar**

El dolor lumbar se puede producir por varias causas y condiciones patológicas. Una correcta evaluación e identificar la etiología del dolor es esencial para un adecuado tratamiento (Zambrano, Samaniego, Pesantez, & Granda, 2019).

Según las características del dolor y la naturaleza del proceso etiológico:

#### **Lumbalgia por traumatismo**

El dolor muscular agudo en la zona baja de la espalda, ocurre cuando hay una exposición a una fuerza externa, como colisiones, levantar objetos pesados, existe una alteración en los tejidos blandos. La hernia de disco es también frecuente en estos casos, lo que ocasiona una compresión de los nervios. Las fracturas traumáticas del cuerpo vertebral. El dolor muscular más de 12 semanas se vuelve crónico, esto se desarrolla cuando se realiza el uso repetitivo de los tejidos blandos lesionados (Zambrano et al., 2019).

#### **Dolor lumbar causado por tumores**

Tumores malignos, como cáncer de pulmón, de mama, de estómago, de próstata, etc. Cuando este tipo de tumores como los angiomas o los neuromas se desarrollan en la médula lumbar o en la columna, los pacientes pueden experimentar dolor intenso de espalda baja (Zambrano et al., 2019).

#### **Dolor lumbar causado por degeneración**

A medida que la edad avanza, la incidencia de dolor lumbar aumenta y el desarrollo de lesiones asociadas a degeneración de la columna lumbar y tejidos adyacentes. Esto conduce a la degeneración del disco intervertebral, dolor lumbar articular intervertebral, estenosis espinal lumbar, etc. (Zambrano et al., 2019).

## **Dolor Lumbar por otras causas**

El dolor puede ser derivado de enfermedades como los órganos intraabdominales como hígado, vesícula biliar y páncreas. El dolor también surge de los órganos abdominales posteriores, incluido útero, ovarios y vejiga urinaria. También el dolor psicogénico asociado a la depresión y a la histeria (Zambrano et al., 2019).

Existen otras maneras de clasificar al dolor lumbar de acuerdo al tipo de dolor puede clasificarse en:

### **Dolor Lumbar no radicular**

Este dolor es regional, sin irradiación y sin compromiso general del paciente. Este dolor aparece después de levantar objetos y desaparece a las tres semanas, el dolor se reproduce al realizar esfuerzos o mantenerse de pie por mucho tiempo (Garro, 2012)

### **Dolor lumbar radicular**

Es de compromiso radicular, se acompaña de síntomas en el miembro inferior. Presenta dolor intenso en la posición sentada y en ocasiones es insoportable al acostarse (Garro, 2012).

### **Lumbalgia compleja**

Aparece después de un accidente importante, puede haber compromiso neurológico (Garro, 2012).

Chavarría (2014) encontró que según la duración de la lumbalgia se puede clasificar en:

- **Aguda:** Su duración es menor de 6 semanas, de inicio inesperado
- **Subaguda:** Duración de 6 a 12 semanas
- **Crónica:** Duración mayor de 12 semanas. Presenta episodios repetitivos del dolor, la duración de cada episodio es inferior a 3 meses

### **2.1.3. Fisiología del dolor**

El enfoque del dolor ha evolucionado en el siglo XIX, donde se pudo conocer que es una sensación a través de la fisiología sensorial. Sherrington quien en el siglo XX introdujo el término de nocicepción (del latín nocere: dañar). Los nociceptores son un grupo especial de receptores sensoriales capaces de diferenciar entre estímulos inocuos y nocivos. Los estímulos nociceptivos activan el conjunto de órganos sensoriales, desencadenan respuestas reflejas y conductuales que se asocian a la percepción del dolor. Los sistemas sensoriales informan al cerebro sobre el estado del medio ambiente y del medio interno del organismo. El dolor constituye un sistema de alarma que protege al organismo, liberan reacciones cuya finalidad es disminuir la causa que las produjo y limitar las consecuencias. El sistema del dolor se inserta en un conjunto de subsistemas (sensorial, motor, vegetativo, emocional, etc.) (Plaghki, Mouraux, & Le Bars, 2018).

El dolor es más que una experiencia sensorial discriminativa que permite conocer la intensidad, la localización, la duración, etc., de un estímulo nociceptivos. En la percepción del dolor participan tres factores. El sistema sensorial nociceptivo informa a la persona sobre la intensidad, la extensión, la localización, la duración y la calidad que puede ser presión, calor, frío, etc. del estímulo. Esto constituye un factor sensoriodiscriminativo que despierta al individuo y desvía sus recursos atencionales hacia el estímulo. El dolor motiva las reacciones de defensa. Se acompaña de una sensación desagradable que refuerza la motivación a la acción y es importante para la supervivencia. Estos tres factores, sensoriodiscriminativo, afectivo-motivacional y cognitivo, influyen mutuamente para elaborar una propiedad emergente del sistema nervioso central: la experiencia subjetiva de una percepción de dolor (Plaghki et al., 2018).

### **2.1.4. Fisiopatología de la columna lumbar**

La lumbalgia es un problema que se caracteriza por la alta prevalencia en la población y grandes efectos a nivel económico y social. En el dolor lumbar interfiere los factores musculares y psicosociales, lo que genera, miedo, atrofia muscular y conductas de evitación este favorece la cronificación. El 80% de los casos, no se pueden atribuir a una lesión específica. Entre el 10-15% de los casos es posible conocer la etiología, el 80-85%

de los casos se establece el diagnóstico de lumbalgia inespecífica, por la falta de correlación entre resultados y la historia clínica (Perez, 2006).

Las principales estructuras que pueden estar implicadas en el origen de la lumbalgia son:

### **Disco intervertebral**

El disco intervertebral (DIV) y su degeneración cumplen una función importante, se conoce que la degeneración discal es una condición previa para la formación de hernia discal. Los discos intervertebrales permiten resistir a la fuerza de la gravedad mediante presiones mecánicas externas y permite la movilidad multidireccional de la columna. Se relaciona por detrás con la pared anterior del conducto vertebral por delante se inserta con los ligamentos vertebrales longitudinales anterior y posterior. El grosor varía entre 10-15 mm y aumenta de L1-L2 a L4-L5 (Rannou, Mayoux-Benhamou, Poiraudau, & Revel, 2005).

Los discos están llenos de una sustancia gelatinosa, denominada núcleo pulposo que brinda amortiguación a la columna espinal, los discos brindan flexibilidad de la columna y actúan como amortiguadores durante las actividades diarias, está compuesto por un corsé de colágeno externo en el anillo fibroso y el núcleo pulposo hidrófilo, que es una sustancia gelatinosa compuesta por un 88% de agua entre el 70 al 90% y colágeno entre un 15 a 20% (mayor cantidad en discos cervicales y menos cantidad en discos lumbares). En el núcleo pulposo se ha identificado mucopolisacaridos como el ácido hialurónico, el condroitín-sulfato y el querato-sulfato, la función de ellos es retener y absorber agua y constituyen el 65% del peso del núcleo pulposo (Rannou et al., 2005).

En los discos intervertebrales existen varias inervaciones, cuando hay un dolor lumbar se puede observar que hay un aumento de esas terminaciones nerviosas en el anillo fibroso (46%) y en el núcleo pulposo (22%), es decir, terminaciones nerviosas situadas en la periferia del anillo fibroso hace que haya dolor lumbar. Durante la noche el disco aumenta su tamaño y grosor debido al incremento de agua y durante el día disminuye el tamaño (Sagredo, Peña, Brieva, Núñez, & Mendiola, 2002).

Cuando existe un proceso de envejecimiento del DIV se conoce como degeneración discal, comienza en la segunda década de vida y puede ser una condición para el desarrollo de una hernia discal. El DIV está sometido constantemente a fuerzas mecánicas (tienen una función moduladora en el mantenimiento y remodelación del tejido conjuntivo), algunos autores han mencionado que estas fuerzas pueden dar origen a una degeneración discal (Rannou et al., 2005).

Los discos en los adultos son avasculares y tienen poca inervación. En el feto el disco intervertebral evoluciona de entrada en un medio con poca irrigación. El DIV en la infancia recibe poca vascularización de las arteriolas procedentes del cuerpo vertebral. Conforme avanza la edad el DIV carece por completo de vasos. El DIV se halla inervado en la periferia. El núcleo pulposo (NP) carece de inervación sensitiva (Rannou et al., 2005).

La columna lumbar y las caderas son responsables de la movilidad del tronco. La unidad anatómica y funcional de la columna lumbar constituye de discos intervertebrales, foramen intervertebral, vértebras adyacentes, articulaciones interapofisiarias posteriores y los ligamentos. Se considera un trípode funcional, donde el DIV por delante y las articulaciones interapofisiarias posteriores por detrás dependen de la función. En bipedestación el DIV es sometido a fuerzas de compresión y las articulaciones interapofisiarias posteriores a una fuerza de cizallamiento (Rannou et al., 2005).

La DIV permite una gran amplitud de movimientos entre dos vértebras. Estas amplitudes varían de acuerdo a cada persona y a la edad. Las presiones intradiscales en el disco L3-L4 varía según la posición, en sedestación equivale a aplicar una carga de 100-175 kg, mientras que en bipedestación disminuye un 30% (Rannou et al., 2005).

### **Músculos Paravertebrales**

Los músculos paravertebrales son estabilizadores dinámicos. En bipedestación los músculos espinales, los músculos abdominales y la porción vertebral del psoas participan en el ajustamiento postural. Los músculos espinales se activan con la anteflexión de la columna vertebral, su participación se resalta a medida que aumenta el ángulo de anteflexión y con la carga de objetos pesados. En anteflexión completa, los músculos espinales se vuelven silenciosos. Cuando una persona trata de levantar un objeto del

suelo con los miembros inferiores en extensión, en la fase inicial del levantamiento los músculos erectores de la espalda se inactivan por flexión completa y la extensión del tronco obedece a la extensión de cadera donde los ligamentos deben soportar la carga levantada sin menor participación muscular. La porción vertebral del psoas y los músculos de la pared abdominal frenan la extensión lumbar, los músculos paravertebrales frenan la inclinación lateral (Rannou et al., 2005).

### **Fascia Toracolumbar**

La fascia toracolumbar es una envoltura inextensible que contiene a los músculos espinales. La tensión de esta fascia está regulada por la contracción de los músculos oblicuo interno y transverso del abdomen que se fijan por la superficie lateral. La contracción de los músculos de la pared anterolateral del abdomen interviene en la estabilidad raquídea que incide sobre la superficie convexa de la lordosis lumbar, asegura una contención anterior con el ligamento longitudinal anterior y la porción vertebral del psoas (Rannou et al., 2005).

#### **2.1.5. Causas del dolor lumbar**

Según NIOSH (Institute for Occupational Health and Safety) menciona que los principales movimientos generadores de lumbalgia son flexión anterior, flexión con torsión, trabajo físico duro con repetición, trabajo en un medio con vibraciones y trabajo de posturas estáticas (Perez, 2006).

Existe una evidencia de baja calidad con ningún tipo de relación longitudinal entre una mayor flexión lumbar durante el levantamiento y la aparición o persistencia de dolor lumbar. También hubo evidencia de baja calidad sin relación transversal entre mayor flexión de columna lumbar durante el levantamiento y la lumbalgia. No hay evidencia suficiente para mencionar que la flexión de la columna lumbar se debe minimizar al levantar y así evitar la aparición, persistencia o recurrencia de la lumbalgia (Saraceni et al., 2020).

Existe evidencia de que la carga en la columna lumbar puede ser un factor de riesgo para originar y persistir en una lumbalgia, pero la relación de riesgo entre la flexión lumbar

y la lumbalgia no está demostrada. Estudios biomecánicos en poblaciones sin dolor no apoyan un aumento en la presión del disco, la compresión o esfuerzo en el levantamiento de la espalda flexionando versus levantamiento de la carga con espalda recta, por lo que consejos para minimizar la flexión lumbar durante el levantamiento para reducir el riesgo de dolor lumbar es difícil de justificar (Saraceni et al., 2020).

Evidencia científica demuestra que el dolor lumbar está influenciado por factores biopsicosociales, esto incluye creencias negativas del dolor lumbar y el miedo al movimiento, esto persiste junto con los consejos actuales para evitar la flexión durante el levantamiento que no tiene la suficiente evidencia para justificarlo (Saraceni et al., 2020).

### **2.1.6. Discapacidad por dolor**

La incapacidad laboral es un proceso que hace que la persona tenga imposibilidad para realizar actividades en forma temporal o permanente. Para conocer que la persona tiene una incapacidad laboral relacionada por dolor, debe haber dos parámetros:

- Lesiones que causen limitación y restricciones funcionales.
- Limitaciones que causen un impedimento en las actividades del trabajo o imposibilidad laboral (Pardo, 2014).

La incapacidad es valorar las capacidades perdidas por alguna lesión, es necesario determinar la existencia de una lesión y las consecuencias que estas lesiones van a originar en el paciente. También hay que conocer las tareas realizadas por el trabajador y los requerimientos del trabajo (Pardo, 2014).

A nivel mundial los años vividos con discapacidad causada por dolor lumbar aumentó en un 54% entre 1990 al 2015, esto se debe al aumento de la población y el envejecimiento. En los países de bajos y medianos ingresos se observó un mayor aumento de los casos. Actualmente el dolor lumbar es la principal causa de discapacidad en todo el mundo. La discapacidad por dolor lumbar esta sobrerrepresentada entre personas de bajo nivel socioeconómico. En la mayoría de las personas con dolor lumbar se recuperan antes de las 3 semanas, sin embargo en una pequeña proporción de personas, el dolor persiste y se vuelve incapacitante (Hartvigsen et al., 2018).

Un dolor inicial de alta intensidad, angustia psicológica y dolor acompañante aumenta el riesgo del dolor lumbar incapacitante. El costo, el uso de la atención médica y la discapacidad por dolor lumbar varían entre los países y son influenciados por la cultura y los sistemas sociales (Hartvigsen et al., 2018).

La discapacidad del dolor lumbar es más alta en los grupos de edad laboral en todo el mundo, pero más preocupante en países de medio y bajo riesgo donde los empleos informales son comunes y las posibilidades de una modificación en el puesto de trabajo son limitadas. Así la discapacidad asociada con el dolor lumbar podría contribuir al ciclo de la pobreza en las regiones más pobres del mundo (Hartvigsen et al., 2018).

## **2.2. Evaluación del dolor**

### **2.2.1. Definición**

La Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES) en 1999 mencionaron recomendaciones para la evaluación y seguimiento de pacientes con dolor crónico. El impacto del dolor en otros aspectos de la vida del individuo se puede abordar mediante diferentes cuestionarios específicos de diversas patologías (Coutaux, 2019).

La evaluación del dolor puede ser simple y directa cuando se trata de un dolor agudo. La evaluación se basa en la ubicación e intensidad del dolor, importante en la práctica clínica. El dolor crónico tiene un gran impacto en la parte física, emocional y en la función cognitiva, la evaluación del dolor de larga duración (crónico) es más exigente en relación a la evaluación de un dolor agudo. Una evaluación integral requiere documentar el historial del dolor, examen físico y pruebas diagnósticas específicas. Hay una serie de instrumentos de evaluación del dolor contruidos para la evaluación de trastornos funcionales relacionados con el dolor en enfermedades o condiciones específicas (Breivik et al., 2008).

El dolor es una referencia del paciente, es subjetivo y no siempre guarda relación con la severidad de la lesión. El dolor afecta la vida del paciente, hace que este pierda la satisfacción, haya un deterioro del entorno y una repercusión laboral. Es necesario conocer al paciente y el dolor que presenta, los impedimentos y limitaciones a ciertas

actividades y recordar que el paciente no busca un diagnóstico ni un tratamiento, sino una justificación de su condición (Pardo, 2014) .

No existe ninguna prueba que sea objetiva que nos ayude a medir la intensidad del dolor que posee una persona. Pardo (2014) mencionó el protocolo para la evaluación del dolor:

1. Historia clínica
2. Exploración física (Diagnostico manual)
3. Pruebas complementarias
4. Tratamiento en base a la valoración.

**Ante el dolor se deben hacer ciertas preguntas:**

1. ¿Cuál es la causa del dolor?
2. ¿Qué tratamiento ha seguido y con qué respuesta?
3. ¿Qué limitaciones funcionales causa?
4. ¿Cómo el paciente describe su dolor?
5. ¿Se administra algún tipo de analgésico?
6. ¿Qué actividades se encuentran limitadas y cuales las mantiene?
7. ¿Qué capacidades requiere su trabajo?

### **2.2.2. Tipos de dolor**

Tipos de dolor como punzante (sensacion de ardor directamente en una determinada zona que se acompaña con dolor y es un dolor similar a un pinchazo sobre la zona del dolor), quemante (sensacion de quemazón, o frio intenso, hormigueo, adormecimiento, pesadez e incluso falta de sensibilidad en la zona afectada) o simplemente dolor sordo (dolor continuamente presente y poco intenso). El dolor origina compensaciones, lo que dificulta la marcha, claudicación, correr, caminar, no es capaz de realizar correctamente las tareas del hogar, trabajo o actividades de la vida diaria de forma transitoria o permanente (Laffont et al., 2016).

### **2.2.3 Cuestionario Oswestry**

El índice de discapacidad de Oswestry es una herramienta informada por el paciente específico de la enfermedad más utilizada para medir la discapacidad funcional relacionada con el dolor de espalda. Este cuestionario de discapacidad fue descrito por Fairbank y sus colegas. Esta traducido a varios idiomas y se ha adaptado a muchas culturas. Fritz e Irrgang publicaron una versión modificada donde reemplazaron la

pregunta sobre la vida sexual con una pregunta sobre el efecto que tiene el dolor lumbar sobre el empleo o las tareas domésticas, además es una herramienta válida, confiable y sensible. Se la ha adaptado a tres idiomas (Hamad, Fahad, Mohamed, & Ayman, 2020).

Este cuestionario incluye 10 elementos que cubren el dolor lumbar y los efectos que tiene el dolor en sus actividades diarias. Además de la evaluación del dolor, las funciones evaluadas son: el cuidado personal, levantar objetos, caminar, sentarse, pararse, dormir, vida social, viajar y vida sexual. En la escala modificada la pregunta de vida sexual se reemplaza por empleo/tareas domésticas. Cada elemento consta de seis opciones que van desde 0 (sin discapacidad) a 5 (discapacidad máxima). El encuestado elige la afirmación con la que se sienta representado. Para obtener un puntaje de discapacidad, se debe sumar los puntajes y se divide para el puntaje total posible (es decir, 50). Para obtener el porcentaje de discapacidad de un paciente el total resultante se multiplica por 100, donde se puede obtener 0% (sin discapacidad) y 100% (discapacidad más grave) (Hamad et al., 2020).

#### **2.2.4. Propósito del cuestionario Oswestry**

El propósito de esta herramienta es evaluar la discapacidad relacionada con el dolor en personas con dolor lumbar. La población objetivo para Oswestry son personas con dolor de espalda agudo, subagudo y crónico (Fairbanks, Couper, Davies, & O'Brien, 2008).

#### **2.2.5. Instrucciones**

Este cuestionario es autoadministrado. Para completar la prueba se necesita el cuestionario y un esfero. La mayoría de las personas completan la prueba en menos de cinco minutos. Esta prueba es utilizada en fisioterapia para determinar la incapacidad funcional debido al dolor lumbar y es simple, rápida y económica (Fairbanks et al., 2008).

#### **2.2.6. Limitaciones**

Una limitación de esta prueba es que es subjetiva, debido a que no existe una medida absoluta de discapacidad debido al dolor. Una desventaja de esta prueba es que los

pacientes tienden a dejar las preguntas en blanco. Es importante que todas las preguntas sean respondidas para obtener un resultado más puntual (Fairbanks et al., 2008).

### **2.2.7. Puntuación**

Cada ítem se puntúa de 0 a 5, el primero hace referencia a la intensidad del dolor y los siguientes ítems miden la discapacidad en el contexto de actividades de la vida diaria.

Cuando mayor es el puntaje en total dará como resultado mayor índice de discapacidad.

Los resultados se encuentran en porcentaje

- **De 0-20%:** limitación funcional mínima
- **De 21-40%:** limitación moderada
- **De 41-60%:** limitación severa
- **De 61-80%:** discapacidad máxima
- **Mayor de 80%:** limitación funcional máxima

(Alcántara Bumbiedro, Flórez Garcia, Echávarri Pérez, & García Pérez, 2006).

## **2.3. Definición de Ama de Casa**

En la historia la labor del hogar fue vista como una obligación para la mujer desde muy pequeña. Cada 5 mujeres mayores de edad se dedican al trabajo doméstico no remunerado en los diferentes países del mundo. La figura que tiene esta mujer es un conjunto de actividades no remuneradas que satisfacen las necesidades básicas de la vida diaria (Lobera & García, 2014).

Tradicionalmente el trabajo doméstico estaba designado a las mujeres, se expresa por ama de casa a las mujeres de 12 años en adelante, en relación de pareja. Actualmente ser una ama de casa, no solamente lo desempeña una mujer casada o con pareja, también puede ser una hija o algún miembro femenino de la familia (Soria & Mayen, 2017).

El trabajo doméstico son actividades del hogar dirigidos a la satisfacción de los miembros de la familia, son de carácter obligatorio y gratuito. Las amas de casa deben cuidar de los miembros de la familia, satisfacer las necesidades físicas, afectivas,

emocionales y materiales, sin embargo estas actividades no son consideradas como un trabajo (Soria & Mayen, 2017).

Las amas de casa se dedican en promedio 5,94 horas al cuidado de niños, adultos mayores y enfermos, realizan múltiples actividades, tienen límites entre el tiempo de trabajo y el descanso, indefensión, al realizar actividades del hogar así su estado de salud este mal, tenga problemas familiares o vejez (Mellado, 2019).

Con la Revolución Industrial, se consideró trabajo solo si se vincula a la producción y la retribución económica, si una actividad no produce bienes, no tiene valor y por ello el trabajo doméstico es catalogado como una inactividad, y es considerado como tareas obligatorias para las mujeres (Soria & Mayen, 2017).

Hace algunas décadas, el papel tradicional de las mujeres ha cambiado, hoy en día muchas mujeres desempeñan un rol productivo y uno tradicional como amas de casa. No obstante, las mujeres son las principales encargadas del trabajo en el hogar, sin un cambio de distribución entre géneros. Las mujeres que trabajan fuera del hogar y también realizan sus actividades domésticas, realizan múltiples roles, como madres, esposas, empleadas y amas de casa. Esta situación afecta su salud física, su bienestar psicológico y su desempeño laboral. Estas mujeres se enfrentan a diario a una sobrecarga laboral y a situaciones de riesgo en su bienestar físico y psicológico (Soria & Mayen, 2017).

En la actualidad las transformaciones de cada familia y el tamaño familiar ha alterado el reparto de los tradicionales roles de género. Entre los años 1978 y 1998 las mujeres que se dedicaban al trabajo doméstico era un 54%, es decir, que en los últimos 30 años las mujeres que se dedicaban a las labores del hogar, a tiempo completo se ha reducido a la mitad, lo que muestra que si hace 30 años, 1 de cada 2 mujeres se dedicaban a las actividades del hogar a tiempo completo, en la actualidad es 1 de cada 5 mujeres, esto se debe a la nueva mentalidad femenina que está orientada a obtener una profesión y no depender de los cónyuges (Lobera & García, 2014). Las amas de casa son vulnerables en presentar dolor lumbar, debido a que realizan diferentes actividades en su quehacer diario, el cual conlleva al riesgo de padecer algún tiempo de limitación física funcional (Bazán et al., 2018).

### **2.3.1. Amas de casa y su trabajo doméstico**

Existe una fragmentación de la unidad doméstica, lo que originó una desigualdad entre el trabajo de la mujer y del hombre. La mujer tiene la responsabilidad de quedarse en la casa para dar soporte al capitalismo, que requiere la presencia del hombre en el mercado. La definición de trabajo doméstico como un trabajo de la mujer originó una división sexual del trabajo (Montiel, 2007).

Como un trabajo realizado históricamente por la mujer, la actividad doméstica constituye la fuente de trabajo femenino más importante. La mujer ama de casa es definida como trabajadora por cuenta propia en el sector doméstico y es la encargada de asumir la gestión y producción doméstica del hogar (Montiel, 2007).

Las labores de la mujer ama de casa implican, el trabajo doméstico en base a la maternidad y la conyugalidad. Sus labores están destinadas a otros: a cuidarlos, a proveer de satisfactores físicos y materiales. Al ser la mujer la principal ocupante de la esfera doméstica, concebida como la guardiana del hogar, el concepto de ama de casa se trata de un trabajo realizado en condiciones serviles (Montiel, 2007).

Las amas de casa de acuerdo a las labores que realizan presentan una alta posibilidad de asistencia a consulta debido a la gran exigencia de esfuerzo físico. Algunos elementos que rodean a la ama de casa hacen que el dolor lumbar sea multifactorial y diferente para cada mujer. Las labores domésticas muchas veces son realizadas de manera incorrecta, que desencadena problemas en el raquis lumbar, las mujeres con alto quehacer doméstico o estrés laboral tienen mayor riesgo de sufrir dolor a este nivel. El 80% de las amas de casa presentan dolor lumbar, debido a que el tipo de trabajo que realizan produce fatiga por el excesivo esfuerzo muscular (Will et al., 2018).

El trabajo de ama de casa ha sido socialmente construido como responsabilidad personal. Este trabajo se manifiesta a través de nueve elementos centrales:

1. La no remuneración, debido a que los bienes y servicios domésticos no están destinados al intercambio mercantil y las relaciones económicas de la familia.
2. La jornada interminable, debido a que no existe regulación, este trabajo se caracteriza por largas jornadas.

3. La multiplicidad de las actividades, este trabajo implica una variedad de tareas como: administración de recursos y del consumo, cuidado y socialización de los niños, limpiar, cocinar, planchar, coser, atender a enfermos y ancianos, transportar a los miembros de la unidad familiar a los servicios educativos, recreativos y de salud, reparar y dar mantenimiento al espacio doméstico
4. La rigidez, el límite entre el tiempo de trabajo y el tiempo de ocio o descanso.
5. La escasa cualificación, al trabajo doméstico se lo ha definido como un trabajo que no requiere un aprendizaje especializado.
6. El límite de autonomía, la libertad de acción y pensamiento de la ama de casa se vuelve limitada por el espacio doméstico y las funciones.
7. La indefensión, las amas de casa no tienen una garantía ante situaciones adversas, ya que no tienen contratos que cubran sus necesidades.
8. La invisibilidad, el trabajo de la mujer miembro de la familia se ve como una obligación.
9. La soledad, como individual y aislado, este trabajo se realiza en solitario (Montiel, 2007).

### **2.3.2. Riesgo laboral y Prevención**

El trabajo que tiene cada profesión puede afectar o ayudar al desarrollo de las capacidades, pero también puede dar inicio a la pérdida de aquellas capacidades (Organización Internacional del Trabajo, 2013).

Se conoce como riesgo laboral a situaciones de trabajo que rompen el equilibrio físico, mental y social de las personas. Según la Organización Internacional del Trabajo (OIT) (2013), proporciona que son frecuentes los riesgos para la salud en mujeres amas de casa, como caídas desde lo alto, resbalones en suelos húmedos, golpes, descargas eléctricas, quemaduras, cortaduras, alergias o intoxicaciones (insecticidas, pegamentos, aerosoles). Se reporta con frecuencia dolor en espalda baja y alta, dolores musculares, por levantamiento de objetos pesados y posturas mantenidas por mucho tiempo. El trabajo monótono, el aislamiento de su familia y la falta de tiempo libre pueden producir fatiga, estrés y/o depresión. Las mujeres que desempeñan tareas del hogar, se enfrentan una sobrecarga laboral y a situaciones de riesgo que pueden afectar el bienestar físico y psicológico (Soria & Mayen, 2017).

Según la OIT (2013) los derechos y obligaciones de las trabajadoras para la prevención de riesgos laborales son:

- Derecho a recibir información sobre riesgos concretos
- Recibir información acerca de medidas de protección y prevención
- Vigilancia de su estado de salud de forma periódica

Pero también sus obligaciones son:

- Cuidar su salud y seguridad en el trabajo
- Cumplir con las medidas de seguridad
- Usar equipos de protección de riesgos

En el hogar pueden ocurrir algunos accidentes:

- Para evitar caídas de altura se recomienda usar escaleras adecuadas para alcanzar objetos altos, no usar silla de ruedas o sillas plegables inestables.
- Para evitar caídas se recomienda no pisar suelos húmedos o resbaladizos con agua o aceites o algún objeto, usar calzado adecuado con suela antideslizante.
- Para evitar golpes o choques contra objetos, se recomienda colocar objetos pesados en el suelo o en estantes bajos, no dejar cajones abiertos.
- Para evitar cualquier tipo de quemaduras es necesario alejar enchufes y aparatos eléctricos de las zonas húmedas.
- Para evitar cortes y amputaciones utilizar un cuchillo adecuado con el filo hacia abajo, poner atención en la operación.

Algunas condiciones ergonómicas del trabajo al manipular o al levantar cargas es evitar movimientos repetitivos, levantar objetos pesados, evitar posturas mantenidas durante mucho tiempo debido a que esto produce problemas a nivel cervical y lumbar (Organización Internacional del trabajo, 2013).

Al momento de manipular es necesario:

- Minimizar el esfuerzo: usar carros con ruedas
- No levantar cargas pesadas por encima de los hombros
- No girar la columna al levantar las cargas, se debe girar los pies.
- Mantener la carga cerca del cuerpo al momento de movilizarlos.

- No levantar una carga pesada por encima de la cintura en un solo movimiento: apoyar primero los muslos, caderas y pecho.
- Hacer ejercicio con frecuencia (Organización Internacional del trabajo, 2013).

## **Hipótesis**

En relación a las actividades diarias, las amas de casa van a tener un mayor porcentaje de incapacidad mínima.

## Operacionalización de las variables

| Nombre            | Definición  | Tipo         | Escala/Categoría   | Indicador |
|-------------------|---|--------------|--|-----------|
| Edad              | Se trata de variable cuantitativa, continua. Es el tiempo que ha vivido una persona al día de realizar el estudio, es el número de años cumplidos, según la fecha de nacimiento (Real Academia Española, 2016). | Cuantitativo | 30 a 40 años<br>41 a 50 años<br>51 a 60 años<br>61 a 70 años<br>71 a 80 años<br>81 a 90 años | Media     |
| Tareas domésticas | Son actividades necesarias en el día a día para mantener un hogar habitable. Son actividades de la vida cotidiana que se realiza dentro de la casa (Gobierno Español, 2017).                                    | Cualitativo  | Lavado<br>Cocinar<br>Limpieza<br>Barrer y Trapear<br>Lavar los baños                         | Moda      |

|   |  |              |  |      |
|---|--|--------------|--|------|
|   |  |              | Atender a los miembros de la familia             |      |
| Tiempo en realizar las actividades domésticas | Medida periódica para conocer el proceso que se repite de una manera idéntica e indefinidamente (Real Academia Española, 2019).  | Cuantitativo | Menos de 1 hora<br>2 a 3 horas<br>Más de 3 horas | Moda |
| Presencia de dolor lumbar                     | Trastorno musculoesquelético entre las costillas inferiores y los pliegues glúteos. Es acompañado de dolor en una o ambas piernas y puede estar acompañado de síntomas neurológicos en las extremidades inferiores (Hartvigsen et al., 2018) | Cualitativo  | Si<br>No   | Moda |
| Frecuencia del dolor                          | Número de veces en el que en un intervalo de tiempo se repite un acontecimiento (Real Academia Española, 2019). Número de veces que presenta dolor la persona.   | Cualitativo  | Siempre<br>Casi siempre<br>A menudo<br>Rara vez  | Moda |
| Escala Visual Analógica (EVA)                 | Escala que permite describir al paciente la intensidad del dolor, consiste en una línea horizontal de 10 cm, en el extremo izquierdo se ubica la ausencia o menor intensidad y en el   | Cuantitativo | 1<br>2   | Moda |

|                 |   |             |  |      |
|-----------------|---|-------------|--|------|
|                 | derecho la mayor intensidad (Medicina de Rehabilitación Cubana, 2017).                              |             | 3<br>4<br>5<br>6<br>7<br>8<br>9<br>10  |      |
| Tiempo de dolor | Medida periódica con la que se repite el dolor o un signo o síntoma (Real Academia Española, 2019). | Cualitativo | Más de dos semanas<br><br>Hace un mes<br><br>Menos de 3 meses<br><br>Más de 3 meses<br><br>Más de un año | Moda |

|                                   |   |              |  |            |
|-----------------------------------|---|--------------|--|------------|
| Tipo de dolor                     | Características del dolor en relación a la duración, patogenia, localización, curso, intensidad, factores pronósticos y farmacología (Puebla, 2005).  | Cualitativo  | Quemante<br>Punzante<br>Constrictivo<br><br>Errante  | Moda       |
| Incapacidad relacionada con dolor | Situación en la que el trabajador tras padecer una enfermedad o un proceso traumático, presenta reducciones anatómicas o funcionales graves que disminuyan y/o anulen definitivamente la capacidad laboral (Pardo, 2014). | Cuantitativo | Incapacidad mínima: 0%-20%<br><br>Incapacidad Moderada: 21%-40%<br><br>Incapacidad Severa: 41%-60%<br><br>Discapacidad: 61%-80%<br><br>Discapacidad máxima: 81%-100% | Porcentaje |

## Capítulo III: RESULTADOS Y DISCUSIÓN

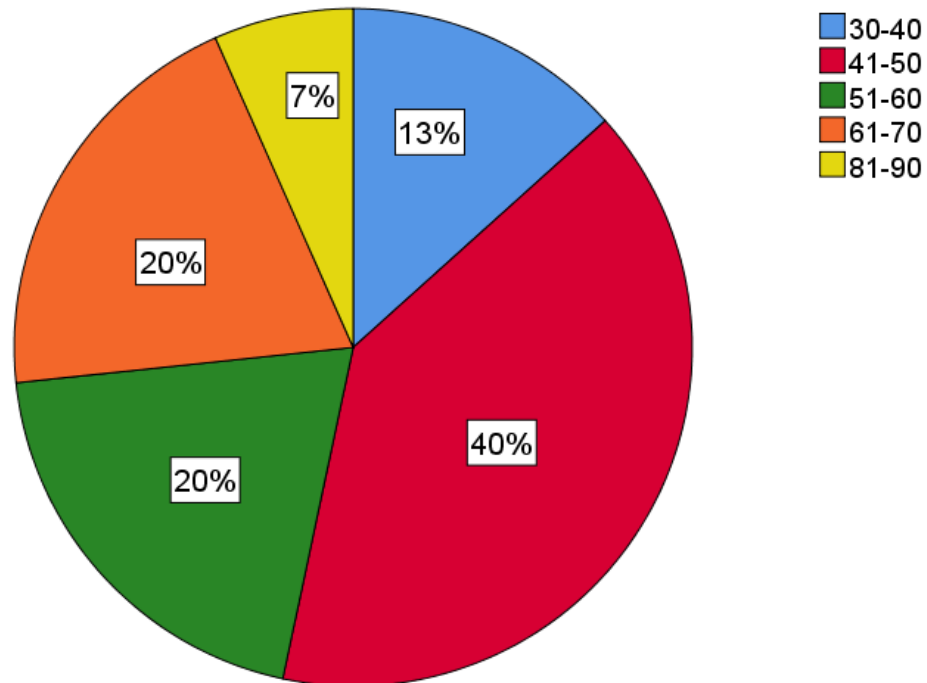
### 3.1 Resultados

#### Amas de casa que presentaron dolor lumbar

A continuación, se muestran los resultados de las personas que reportaron sintomatología asociada al dolor lumbar. Fueron evaluadas 15 mujeres, las cuales 15 reportaron dolor a nivel lumbar.

GRÁFICO 1

Edad de las mujeres amas de casa con dolor lumbar

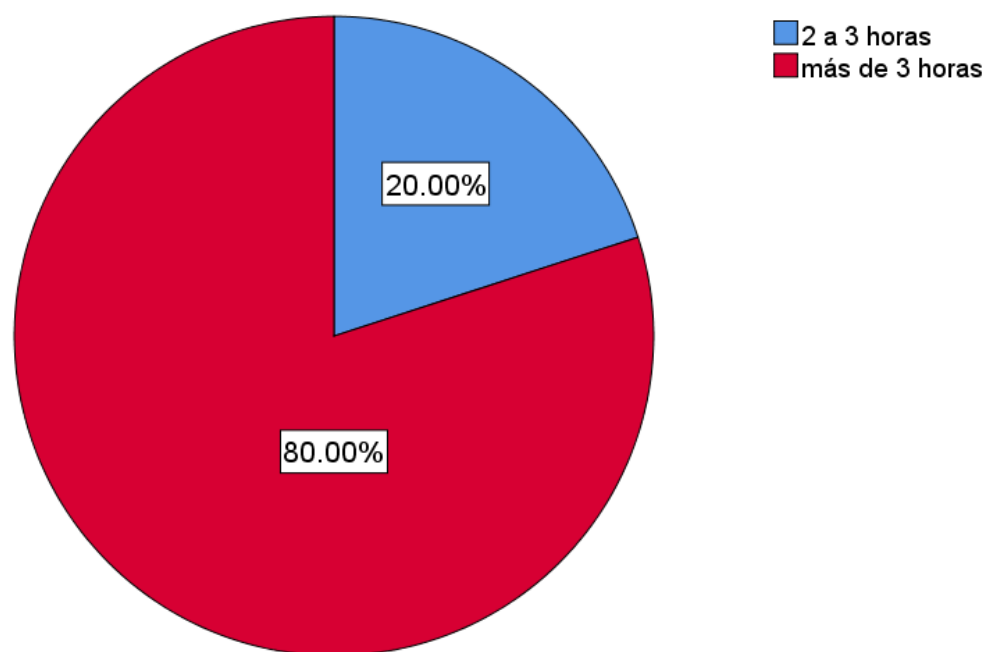


Fuente: Conjunto Portal de San José II

Elaborado por: Gabriela Rojas

En la gráfica se puede observar que la edad en las mujeres con mayor porcentaje el 40% tiene una edad entre 41 a 50 años y la muestra menos representativa entre 81 a 90 años.

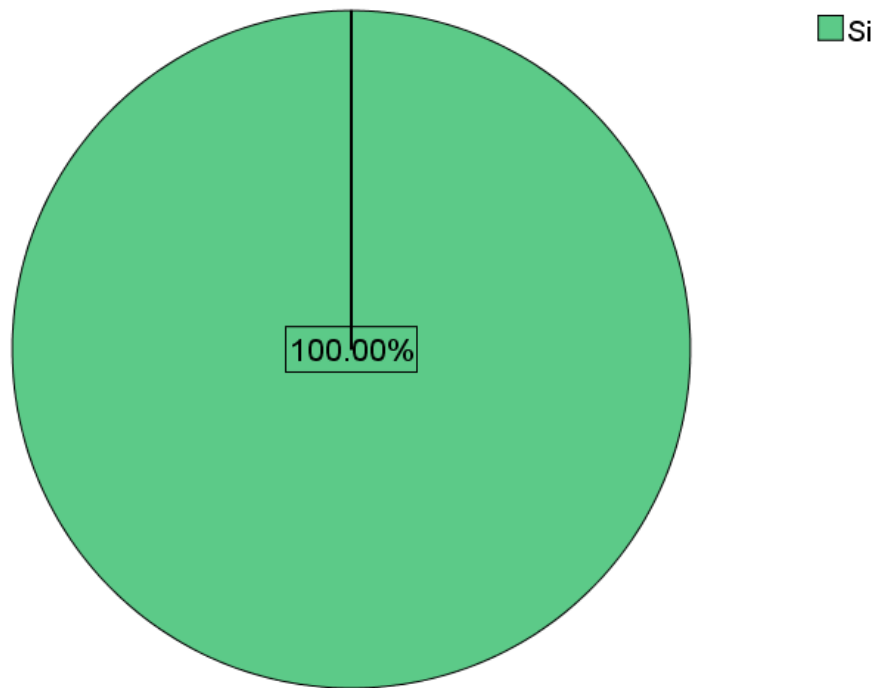
**GRÁFICO 2**  
**Horas de actividad en el hogar**



Fuente: Conjunto Portal de San José II  
Elaborado por: Gabriela Rojas

En la gráfica se puede observar que existe un 80% de la muestra que dedica más de 3 horas de actividad en el hogar, siendo un mínimo porcentaje de 20% que dedica de 2 a 3 horas.

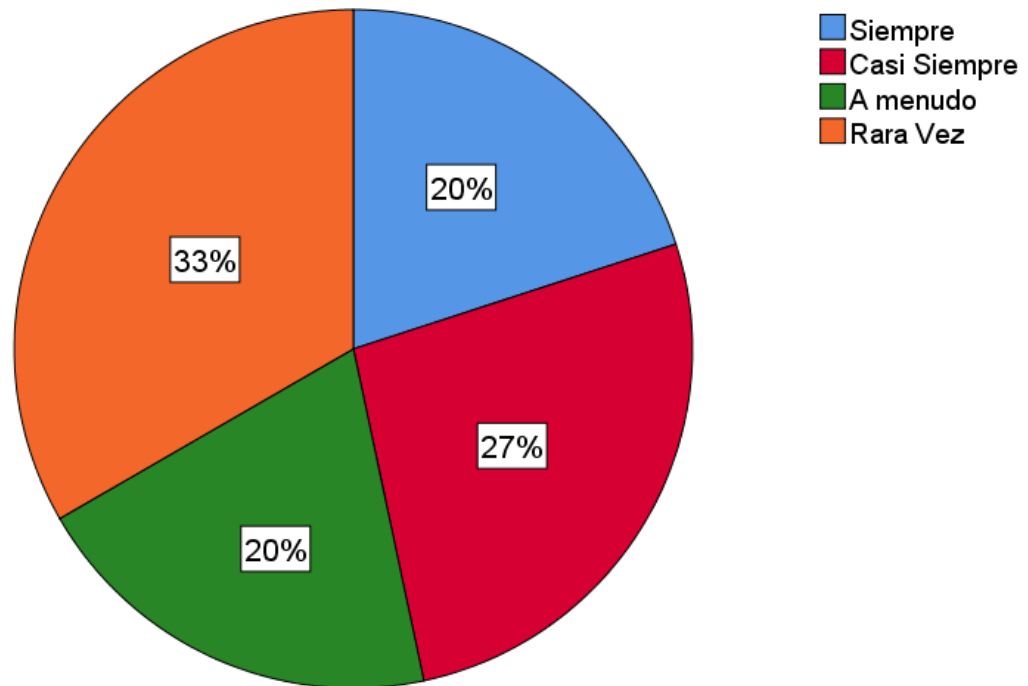
**GRÁFICO 3**  
**Presencia del dolor lumbar**



Fuente: Conjunto Portal de San José II  
Elaborado por: Gabriela Rojas

En la gráfica se puede observar que el 100% de las mujeres presentan dolor lumbar.

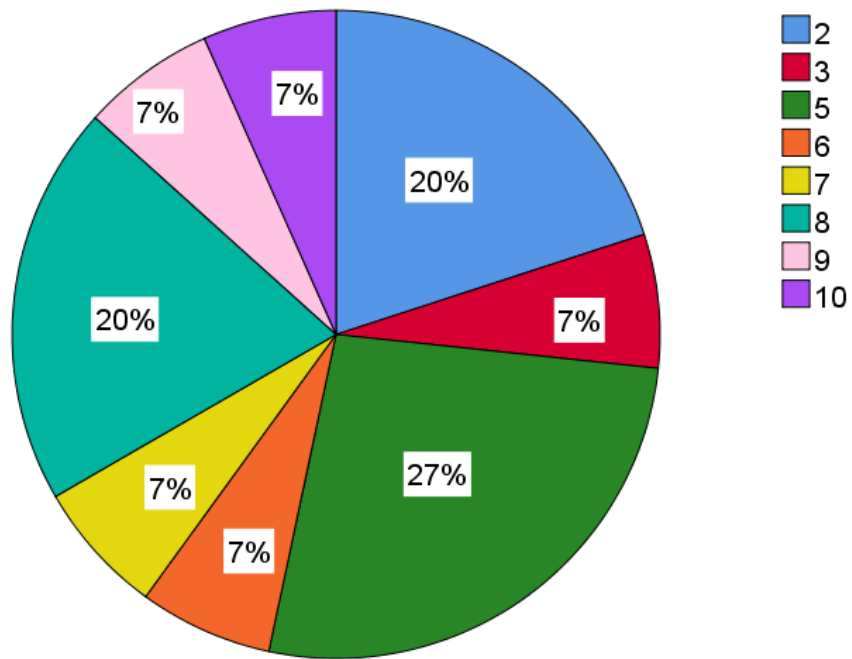
**GRÁFICO 4**  
**Frecuencia del dolor**



Fuente: Conjunto Portal de San José II  
Elaborado por: Gabriela Rojas

En la gráfica se puede que un mayor porcentaje (33%) de la muestra rara vez presenta dolor lumbar, y con un mínimo porcentaje de 20% presenta siempre y a menudo este tipo de dolor.

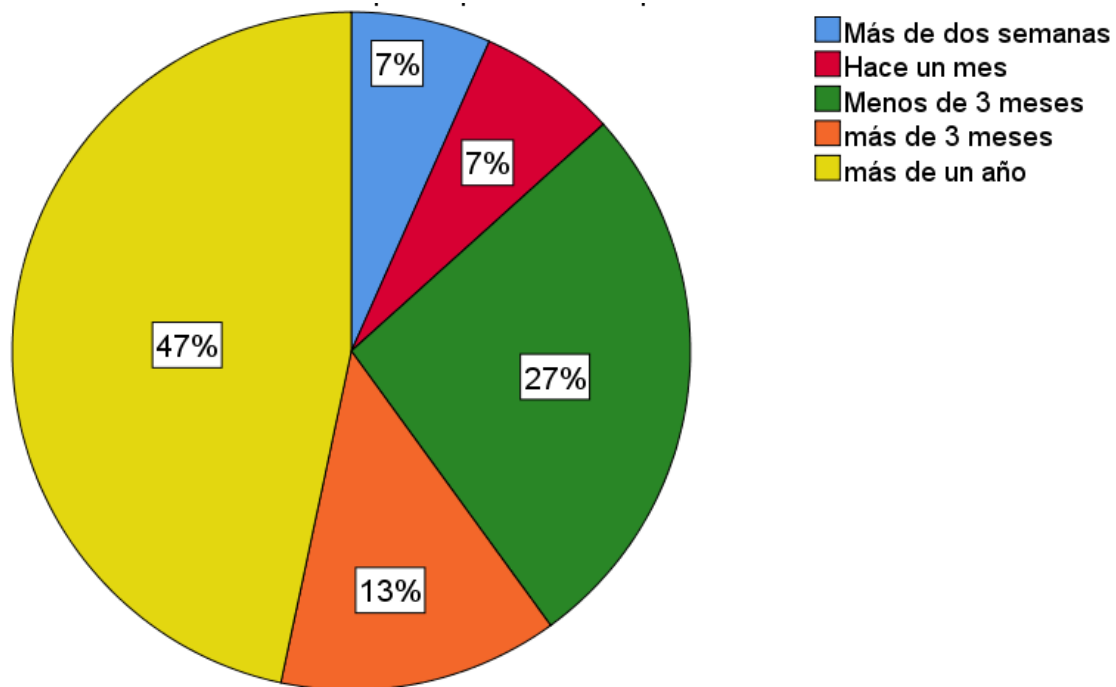
**GRÁFICO 5**  
**Dolor según EVA**



Fuente: Conjunto Portal de San José II  
Elaborado por: Gabriela Rojas

En la gráfica se puede observar con un mayor porcentaje del 27% que las mujeres mencionan que según EVA que su dolor lo calificarían con un 5.

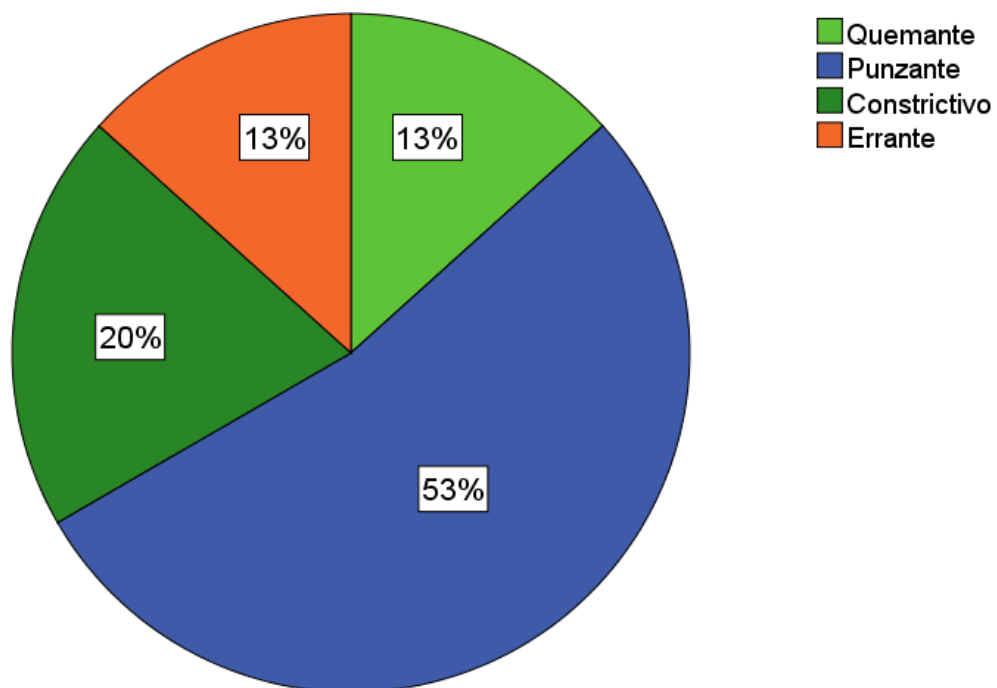
**GRÁFICO 6**  
**Tiempo del dolor**



Fuente: Conjunto Portal de San José II  
Elaborado por: Gabriela Rojas

En la gráfica se puede observar que el 47% de la muestra tienen el dolor lumbar por más de un año, mientras que el 7% que es un porcentaje mínimo menciona que el dolor varía entre más de dos semanas y hace un mes.

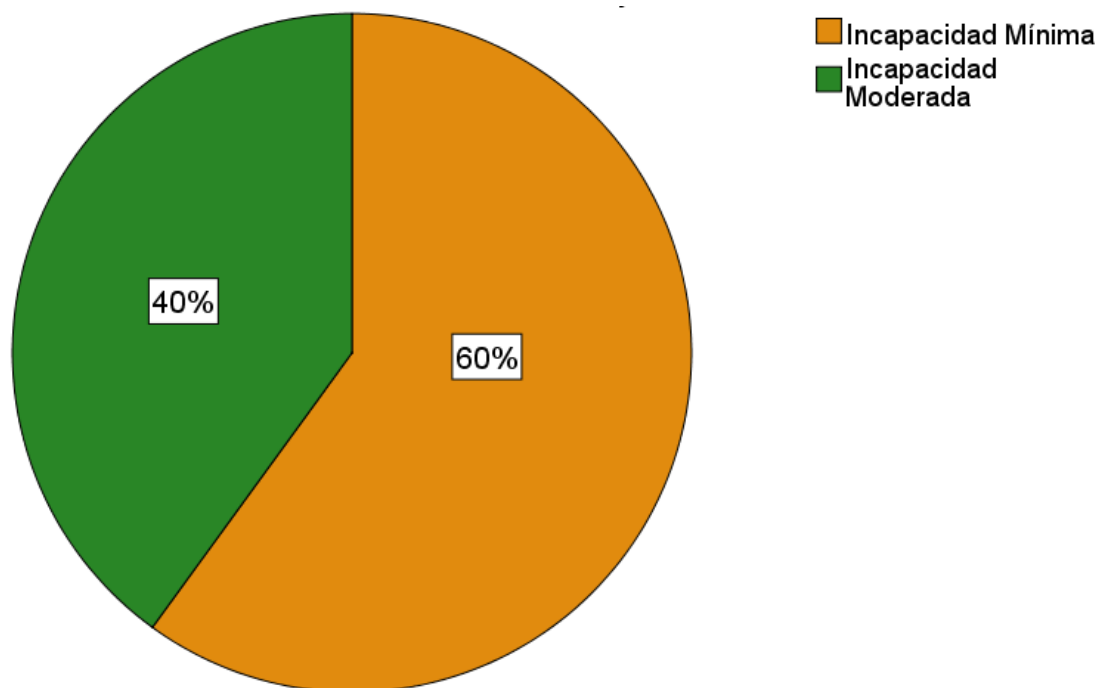
**GRÁFICO 7**  
**Tipo del dolor**



Fuente: Conjunto Portal de San José II  
Elaborado por: Gabriela Rojas

En la gráfica se puede observar que el 53% de la muestra indican que su dolor es de tipo punzante, mientras que el 13% que es un porcentaje mínimo mencionan que es de tipo quemante o errante.

**GRÁFICO 8**  
**Nivel de incapacidad Oswestry**

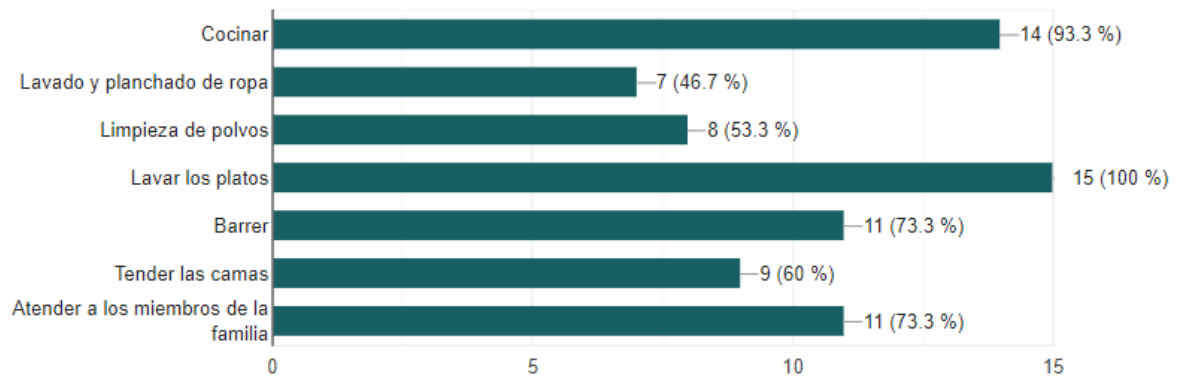


Fuente: Conjunto Portal de San José II  
Elaborado por: Gabriela Rojas

En la gráfica se puede observar que el porcentaje máximo el 60% tiene una incapacidad mínima, es decir, que no precisa tratamientos salvo consejos posturales y ejercicios, mientras que el 40% una incapacidad moderada, es decir, un tratamiento conservador.

## GRÁFICO 9

### 5 actividades que son realizados 2 veces por semana



Fuente: Conjunto Portal de San José II

Elaborado por: Gabriela Rojas

En la siguiente figura se puede observar que el 100% de la muestra realiza actividades como lavar los platos, mientras que el mínimo porcentaje se dedica al lavado y planchado de ropa.

**TABLA 1: RELACIÓN ENTRE ACTIVIDADES LABORALES Y LA INCAPACIDAD**

| Tipos actividad en el hogar          | Calificación de la incapacidad funcional |     |                      |     |
|--------------------------------------|--|-----|----------------------|-----|
|                                      | Incapacidad mínima                       |     | Incapacidad Moderada |     |
|                                      | Frecuencia                               | %   | Frecuencia           | %   |
| Cocinar                              | 9  | 60% | 5                    | 33% |
| Lavado y Planchado de ropa           | 3  | 20% | 4                    | 27% |
| Limpieza de polvos                   | 7  | 47% | 1                    | 7%  |
| Lavar los platos                     | 10                                       | 67% | 5                    | 33% |
| Barrer                               | 8  | 53% | 3                    | 20% |
| Tender las camas                     | 7  | 47% | 2                    | 13% |
| Atender a los miembros de la familia | 8  | 53% | 3                    | 20% |

Fuente: Conjunto Portal de San José II

Elaborado por: Gabriela Rojas

En la siguiente tabla 1 se puede observar que del total de amas de casa evaluadas (15), hubo una mayor representatividad de las personas que presentaron incapacidad mínima y que realizaban actividades como lavar los platos (67%), cocinar (60%) y atender a los miembros de la familia (53%). Mientras que las mujeres con incapacidad moderada las actividades que realizan con mayor frecuencia son cocinar (33%), lavar los platos (33%) y lavado y planchado de ropa (27%).

### **RELACIÓN ENTRE la variable EDAD y el Nivel de incapacidad**

La edad y los resultados del nivel de incapacidad del cuestionario de Oswestry no tiene una correlación entre sí,  $Rho = 0.394$ ,  $p > 0,05$ , lo cual indica que el hecho que se conozca la edad del paciente no indica el grado de incapacidad.

## 3.2. Discusión

El objetivo de este estudio fue valoración funcional del dolor lumbar durante las actividades diarias en amas de casa de más 30 años de edad del Conjunto Portal de San José II mediante el cuestionario Oswestry. Se encontró como primer resultado que el rango de edad de las amas de casa oscila entre 30 años a 90 años, presentando un mayor porcentaje entre 41 años a 50 años (40%). En cuanto a las horas de actividad en el hogar las amas de casa acumulaban más de 3 horas al día; un mayor número de amas de casa clasificaron la frecuencia del dolor con una presentación rara vez (33%); el dolor según el instrumento EVA es 5/10 (27%). En cuanto al tiempo de transcurso del dolor fue hace más de un año (47%) y de tipo punzante (53%). El nivel de incapacidad que presentan las amas de casa según el cuestionario de Oswestry es mínima (60%). Entre las cinco actividades que se realiza dos veces por semana es lavar los platos, seguida de cocinar, atender a los miembros de la familia, barrer y tender las camas. El mayor número de amas de casa que tuvieron una incapacidad mínima realizaban tareas como lavar los platos mientras que las mujeres que tuvieron una incapacidad moderada realizaban tareas como lavar los platos y cocinar mínimo dos veces por semana. Entre la edad y el nivel de incapacidad no se observó una relación de manera estadísticamente significativa. A continuación, se discutirán los resultados encontrados.

Al analizar los datos se encontró un estudio donde se demostró que la edad promedio con dolor lumbar es de  $41,06 \pm 13,09$  años (Bazán et al., 2018). Además se observó que el dolor de espalda es una patología que afecta en un 55,6% a las mujeres (Jiménez, 2018). Las mujeres entre 30 a 50 años tienen mayor predisposición para sufrir dolor lumbar debido al gesto motor y posturas forzadas al realizar las labores del hogar, estos factores llegan a desencadenar problemas en el raquis lumbar en un 80% en los adultos (Bazán et al., 2018). De acuerdo a los resultados de este estudio la muestra analizada estaría dentro del rango de edad que se indica en la literatura.

De acuerdo a los resultados obtenidos se encontró una mayor prevalencia de mujeres que realizan más de 3 horas sus actividades diarias en un 80% (GRÁFICO 2). Según la evidencia científica las personas que realizan más de 3 horas diarias de actividades en el hogar tienen más riesgo de sufrir una lumbalgia, en relación a las personas que realizan entre 2 a 3 horas sus actividades diarias. Esto se debe a la sobrecarga en la espalda baja

al realizar las labores del hogar y además a la falta de pausas activas que conllevan a la falta de circulación sanguínea a nivel muscular (Pérez, 2018). Se demuestra que los resultados del estudio de Pérez (2018) coinciden con los datos obtenidos en esta investigación, debido a que las amas de casa que realizan sus actividades del hogar no realizan ninguna pausa activa y mantienen posturas forzadas por más de 3 horas lo que genera dolor lumbar.

La frecuencia de aparición del dolor en este estudio es de rara vez (GRÁFICO 4), según Bazán, Pérez & Castro (2018) se conoce que la frecuencia del dolor va a depender de la edad, entre mayor edad, mayor frecuencia del dolor. Las mujeres entre 55 años tienen 1,45 veces más riesgo de presentar lumbalgia con una mayor frecuencia. Debido a la alteración músculo-esquelética y a la falta de atención primaria y sanidad, para poder detectar los casos de personas mayor a 40 años con lumbalgia subaguda y así derivar los tratamientos y evitar su cronificación e instauración en el tiempo (Peñafiel, 2014). Los resultados obtenidos demuestran que la importancia de la detección temprana de dolor lumbar es fundamental para evitar la frecuencia de aparición, especialmente en edades avanzadas.

En este estudio se muestra que según el instrumento EVA el dolor es de 5 (GRÁFICO 5) y con un tipo de dolor punzante (GRÁFICO 7). La mujer con dolor lumbar puede referir diferentes tipos de dolor como punzante (sensación de ardor directamente en una determinada zona que se acompaña con dolor y es un dolor similar a un pinchazo sobre la zona del dolor), quemante (sensación de quemazón, o frío intenso, hormigueo, adormecimiento, pesadez e incluso falta de sensibilidad en la zona afectada) o simplemente dolor sordo (dolor continuamente presente y poco intenso). El dolor origina compensaciones, lo que dificulta la marcha, claudicación, correr, caminar, no es capaz de realizar correctamente las tareas del hogar, trabajo o actividades de la vida diaria de forma transitoria o permanente (Castro & Perez, 2018).

En cuanto a la incapacidad funcional en este estudio, la gran mayoría de amas de casa presentaron incapacidad mínima en un 60% de los casos (Tabla 1). De acuerdo a datos epidemiológicos se conoce que el 33% de las personas con dolor lumbar presentan una discapacidad, exactamente 1.9 millones de personas. Por ejemplo en México el 15% de ausencias laborales se deben a la incapacidad por dolor lumbar, mientras que en Brasil

3.102 personas diagnosticadas con lumbalgia crónica recibieron pensiones por incapacidad permanente solo en el año 2007 (Narvaez, 2014). En este estudio el 60% de los casos presentan una incapacidad mínima debido a que en Ecuador hay 3.735.915 madres (entre 15 a 85 años y más) de las cuales 1.200.000 son amas de casa. Las mujeres destinan 31,49 horas a la semana de trabajos mientras que los hombres el 09,09. Es decir, las mujeres trabajan 22,40 horas más (INEC, 2014). Por esa razón en este estudio hay un alto número de mujeres con incapacidad debido a las horas que dedican al hogar frente a otros países, donde ser ama de casa es un trabajo considerado y remunerado.

Las actividades que se realizan dos veces por semana un mayor porcentaje de amas de casa declararon cocinar y lavar los platos, barrer y atender a los miembros de la familia (GRÁFICO 9). Las amas de casa se enfrentan diariamente a una sobrecarga laboral, se dedican al trabajo doméstico en un promedio de 70 horas a la semana, que supera la jornada laboral normal de 8 horas diarias, remuneradas. Lo que las expone a situaciones de riesgo para su bienestar físico y psicológico (Soria & Mayen, 2017).

Estas actividades pueden llegar a causar desde una incapacidad mínima hasta una incapacidad moderada. En un estudio realizado en el 2013 mencionan que las amas de casa mencionan que el trabajo de las amas de casa está expuesto a un estrés crónico en el trabajo (a largo plazo y acumulativo), esto puede desencadenar en el síndrome de burnout que se encuentra caracterizado por tres dimensiones como agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal, que es muy frecuente en personas cuyo trabajo implica atención o ayuda a personas. Algunos factores para el origen de este síndrome en amas de casa es el agotamiento, lo cual se agrava cuando tienen que realizar trabajo doméstico y el cuidado de los hijos, respecto al rol tradicional de ser madre y los quehaceres del hogar como sus responsabilidades (Rodríguez, Trillos, & Baute, 2014).

El análisis de correlación entre la variable edad y nivel de incapacidad, en un estudio realizado en el 2016 menciona que existe una alta prevalencia de incapacidad funcional entre ancianos y mujeres en un 42,8%. La edad es un factor de riesgo importante para la incapacidad funcional, personas mayores de 75 años tienen menor probabilidad de recuperarse tras una lesión y por consecuencia una incapacidad progresiva (Campos, Almeida, Campos, & Bogutchi, 2016).

Las limitaciones que surgieron en este estudio fue la falta de claridad en las preguntas del cuestionario. El tamaño de la muestra y la falta de seriedad por parte del entrevistado para responder las preguntas con sinceridad.

En cuanto a la implicación clínica se demuestra que las amas de casa presentan una probabilidad de padecer dolor lumbar debido a las actividades de sobreesfuerzo que realizan y a las horas que se dedican a las labores del hogar, los resultados pueden ayudarnos a establecer una pronta atención a las amas de casa que son un grupo vulnerable de padecer dolor lumbar y consecuentemente originar una incapacidad.

## **CONCLUSIONES**

La muestra estuvo compuesta por 15 amas de casa, del conjunto Portal San José II, mayores a 30 años con presencia de dolor lumbar con un 100% (GRÁFICO 3). En cuanto a las horas de actividad en el hogar, las amas de casa acumulaban más de 3 horas al día, y un mayor número de amas de casa clasificaron la frecuencia del dolor con una presentación rara vez (33%). La intensidad del dolor según EVA fue 5/10 (27%); en cuanto al tiempo de transcurso del dolor fue hace más de un año (47%) y de tipo punzante (53%).

El nivel de incapacidad según el cuestionario de Oswestry fue de incapacidad mínima en un 60%, mientras que el 40% reportaron una incapacidad moderada de las amas de casa encuestadas.

Las actividades que se realizan con mayor frecuencia como mínimo dos veces por semana fueron cocinar (93%), lavar los platos (100%), barrer (73%), y atender a los miembros de la familia (73%).

Al analizar la relación entre incapacidad funcional y las actividades de la vida diaria de las amas de casa se encontró un mayor grado de incapacidad en un 60% en las amas de casa en actividades como cocinar y lavar los platos, mientras que el 33% mostró una incapacidad moderada en cocinar y lavar los platos. No hubo correlación entre nivel de incapacidad y la edad de la ama de casa.

## RECOMENDACIONES

Se recomienda que en el Conjunto Portal de San José II haya un área enfocada en la salud que brinde asesorías preventivas para el dolor lumbar en amas de casa y reducir el riesgo de lumbalgia por sobreesfuerzo diario.

Se recomienda a las mujeres casadas y divorciadas implementar campañas de salud basadas en las pausas activas cada 30 minutos mediante ejercicio terapéutico (estiramientos musculares), reduciendo el tiempo de cocina y lavado de platos cuando presenten dolor lumbar para evitar discapacidad a futuro en las amas de casa.

Se recomienda a la Pontificia Universidad Católica del Ecuador implementar campañas de prevención en barrios de la ciudad de Quito para mujeres amas de casa o empleadas domésticas, con el fin de educar en las actividades diarias y evitar futuras lesiones en la región lumbar.

Se recomienda a los futuros estudiantes de Terapia Física realizar videos demostrativos con ejercicios de bajo impacto para la columna lumbar enfocados en las amas de casa con riesgo a padecer lumbalgia multifactorial y realizar un seguimiento continuo a esta población.

## REFERENCIAS

- Alcántara Bumbiedro, S., Flórez García, M. T., Echávarri Pérez, C., & García Pérez, F. (2006). Oswestry Validación ESEscala de incapacidad por dolor lumbar de Oswestry S. *Rehabilitación (madrid)*, 40(3), 150-158.
- Bazán, C., Perez, K. J., & Castro, N. L. (2018). Dolor Lumbar Y Su Relacion Con El Indice De Discapacidad En Un Hospital De Rehabilitacion. *Revista Científica Ciencia Médica*, 21(2), 13-20.
- Breivik, H., Borchgrevink, P. C., Allen, S. M., Rosseland, L. A., Romundstad, L., Hals, E. K. B., ... Stubhaug, A. (2008). Assessment of pain, 101(1), 17-24.  
<https://doi.org/10.1093/bja/aen103>
- Bustamante, K., & Silvia, A. (2018, marzo). Diagnóstico de salud Distrito Metropolitano de Quito, 40-60. Recuperado de  
[https://www.quito.gob.ec/documents/Salud/Diagnostico\\_Salud\\_DMQ2017.pdf](https://www.quito.gob.ec/documents/Salud/Diagnostico_Salud_DMQ2017.pdf)
- Campos, A. C. V., Almeida, M. H. M. de, Campos, G. V., & Bogutchi, T. F. (2016). Prevalence of functional incapacity by gender in elderly people in Brazil: a systematic review with meta-analysis. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 19(3), 545-559. <https://doi.org/10.1590/1809-98232016019.150086>
- Castro, N., & Perez, K. (2018). *Cronicidad del dolor lumbar y su relación con el grado de discapacidad en los pacientes que asisten al hospital de rehabilitación del Callao*. Universidad Católica Sedes Sapientiae. Recuperado de  
[http://repositorio.ucss.edu.pe/bitstream/handle/UCSS/715/Castro Reyes - Perez Dominguez \\_ Cronocidad - Lumbalgia.pdf?sequence=6&isAllowed=y](http://repositorio.ucss.edu.pe/bitstream/handle/UCSS/715/Castro Reyes - Perez Dominguez _ Cronocidad - Lumbalgia.pdf?sequence=6&isAllowed=y)
- Chavarría, J. (2014). Ortopedia Lumbalgia : Causas , Diagnostico Y Manejo. *Revista Medica de Costa Rica y Centroamerica LXXI*, (611), 447-454.
- Coutaux, A. (2019). El dolor y su tratamiento en adultos, 23(18).  
[https://doi.org/10.1016/S1636-5410\(18\)41700-X](https://doi.org/10.1016/S1636-5410(18)41700-X)

- Covarrubias-Gómez, A. (2010). Lumbalgia: Un problema de salud pública. *Revista Mexicana de Anestesiología*, 33(SUPPL. 1), 106-109.
- Fairbanks, J., Couper, J., Davies, J., & O'Brien, J. (2008). *Oswestry Low Back Pain Disability Questionnaire* (Vol. 61). Recuperado de [https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/30399446/oswestry\\_low\\_back\\_pain\\_disability\\_questionnaire.pdf?1357357956=&response-content-disposition=inline%3B+filename%3DThe\\_Oswestry\\_low\\_back\\_pain\\_disability\\_qu.pdf&Expires=1592107719&Signature=SA0mlqNWCpadl1FGUeus](https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/30399446/oswestry_low_back_pain_disability_questionnaire.pdf?1357357956=&response-content-disposition=inline%3B+filename%3DThe_Oswestry_low_back_pain_disability_qu.pdf&Expires=1592107719&Signature=SA0mlqNWCpadl1FGUeus)
- García, M., Gonzales, E., & Antúnez, A. (2017). Manejo del dolor en Atención Primaria, 385-396.
- Garro, K. (2012). Lumbalgias. *Medicina Legal de Costa Rica*, 29(2), 1409-1415. Recuperado de <http://www.scielo.sa.cr/pdf/mlcr/v29n2/art11.pdf>
- Gobierno Español. (2017). Actividades Domésticas, 1-8. Recuperado de <http://www.elaandalucia.es/WP/wp-content/uploads/Apoyo-para-las-actividades-domesticas.pdf>
- Hamad, A. A., Fahad, A., Mohamed, E., & Ayman, H. (2020). Cross-cultural adaptation and psychometric testing of the Arabic version of the Modified Oswestry Low Back Pain Disability, 1-18. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0231382>
- Hartvigsen, J., Hancock, M. J., Kongsted, A., Louw, Q., Ferreira, M. L., Genevay, S., ... Karppinen, J. (2018). Series Low back pain 1 What low back pain is and why we need to pay attention, 6736(18). [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)30480-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)30480-X)
- HERNÁNDEZ-HERRERO, D. (2016). Equilibrio postural y dolor de espalda: lumbalgia y biomecánica. *Boletín Sociedad Española Hidrología Médica*, 31(2), 203-209. <https://doi.org/10.23853/bsehm.2017.0214>
- INEC, C. N. para la I. de G. (2014, octubre 30). Mujeres trabajan más de 31 horas en el

hogar. Recuperado de <https://www.letelegrafo.com.ec/noticias/sociedad/6/mujeres-trabajan-mas-de-31-horas-en-el-hogar>

Iturbe, L. A. (2016). Farmacia Comunitaria, 30, 31-37. Recuperado de <https://www.elsevier.es/es-revista-farmacia-profesional-3-pdf-X0213932416474630>

Jiménez, F. C. (2018). Salud pública Dolor de espalda : una dolencia que se agudiza con la edad. *Salud Publica*, 560, 15-18.

Laffont, M., Sequeira, G., Kerzberg, E. M., Marconi, E., Guevel, C., & de las Mercedes Fernández, M. (2016). The non-silent epidemic: low back pain as a primary cause of hospitalisation. *Rheumatology International*, 36(5), 673-677. <https://doi.org/10.1007/s00296-015-3421-z>

Lobera, J., & García, C. (2014). Identidad , significado y medición de las amas de casa Identity , meaning and measurement of housewives. *Quaderns de Psicologia*, 16(1), 213-226. Recuperado de <https://www.quadernsdepsicologia.cat/article/view/v16-n1-lobera-garcia/1193-pdf-es>

López, A., Iturralde, F., Clerencia, M., & Galindo, J. (2004). Dolor - IASP. *Tratado de Geriatria para residentes*. Recuperado de [http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacion-doc/dolor\\_1.pdf](http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacion-doc/dolor_1.pdf)

Medicina de Rehabilitación Cubana. (2017). Escala Visual Analógica EVA. *Medicina de Rehabilitación Cubana*, 10. Recuperado de [http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacion/eav\\_1.pdf](http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacion/eav_1.pdf)

Mellado, G. (2019). DOLOR LUMBAR MECÁNICO EN AMAS DE CASA EN RELACIÓN CON LAS ACTIVIDADES DOMÉSTICAS FISIOTEC, 1-302.

Montiel, V. (2007). Por la visibilidad de las amas de casa: rompiendo la invisibilidad del trabajo doméstico. *Política y Cultura*, (28), 173-193.

Narvaez, M. (2014). «Grado de incapacidad física en pacientes con lumbalgia inespecífica

en un Hospital General de Zona». Universidad Veracruzana. Recuperado de <https://www.google.com/search?q=Grado+de+incapacidad+fisica+en+pacientes+con+lumbalgia+inespecifica+en+un+Hospital+General+de+Zona%22&oq=Grado+de+incapacidad+fisica+en+pacientes+con+lumbalgia+inespecifica+en+un+Hospital+General+de+Zona%22&aqs=chrome..69i5>

North American Spine Society. (2020). *Evidence-Based Clinical Guidelines for Multidisciplinary Spine Care: Diagnosis & Treatment of Low Back Pain*. North American Spine Society.

Organización Internacional del trabajo, O. (2013). MANUAL DE BUENAS PRÁCTICAS PARA TRABAJADORAS Y EMPLEADORAS DE SERVICIO DOMÉSTICO, 1-79. Recuperado de <https://www.bps.gub.uy/bps/file/6870/1/manual-trabajadoras-y-empleadoras-servicio-domestico.pdf>

Pardo, V. (2014). Impacto del dolor en la incapacidad laboral. Metodología de valoración. Grados funcionales de limitación. *Medicina y seguridad del trabajo*, 60(234), 133-142.

Peñafiel, J. C. (2014). *La Lumbalgia En El Ecuador : Causas Y Efectos Lumbalgia En El Ecuador : Causas Y Efectos Facultad De Economía Y Ciencias Empresariales Tema : La Lumbalgia En El Ecuador : Causas Y Efectos Artículo Académico Que Se Presenta Como Requisito Tutor Samborondón*. Universidad Espíritu Santo. Recuperado de <http://repositorio.uees.edu.ec/bitstream/123456789/1400/1/CARLOS QUICHIMBO PEÑAFIEL - PAPER.pdf>

Perez, J. (2006). Contribución al estudio de la lumbalgia inespecífica. *Revista Cubana Ortopedia Traumatología*, 20(2), 1-26.

Pérez, J. (2018). *INCIDENCIA DE LUMBALGIA Y FACTORES ASOCIADOS EN PACIENTES ADULTOS QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD EL VALLE DURANTE LOS MESES DE JULIO 2017 A FEBRERO 2018, CUENCA*. *Journal of Materials Processing Technology*. Universidad de Cuenca. <https://doi.org/10.1109/robot.1994.350900>

- Pérez Martín, Y., Pérez Muñoz, M., García Ares, D., Fuentes Gallardo, I., & Rodríguez Costa, I. (2020). The body hurts, and what about social pain? Does it hurts too? *Atencion Primaria*, 52(4), 267-272. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2019.10.003>
- Plaghki, L., Mouraux, A., & Le Bars, D. (2018). Fisiología del dolor. *EMC - Kinesiterapia - Medicina Física*, 39(1), 1-22. [https://doi.org/10.1016/s1293-2965\(18\)88603-0](https://doi.org/10.1016/s1293-2965(18)88603-0)
- Puebla, F. (2005). Dolor Tipos de dolor y escala terapéutica de la O . M . S . Dolor iatrogénico. *Revista de Oncología*, 28, 33-37. Recuperado de <http://scielo.isciii.es/pdf/onco/v28n3/06.pdf>
- Rannou, F., Mayoux-Benhamou, M.-A., Poiraudou, S., & Revel, M. (2005). Disco intervertebral y estructuras adyacentes de la columna lumbar: anatomía, histología, fisiología y biomecánica. *EMC - Aparato Locomotor*, 38(1), 1-15. [https://doi.org/10.1016/s1286-935x\(05\)70545-1](https://doi.org/10.1016/s1286-935x(05)70545-1)
- Real Academia Española, R. (2016). Edad. Recuperado de <https://dle.rae.es/edad?m=form>
- Real Academia Española, R. (2019a). Frecuencia del dolor. Recuperado de <https://dle.rae.es/frecuencia>
- Real Academia Española, R. (2019b). Tiempo. Recuperado de <https://dle.rae.es/tiempo>
- Rodríguez, U., Trillos, L. F., & Baute, V. C. (2014). Caracterización del síndrome de burnout en amas de casa residentes en el barrio rodrigo de bastidas de la ciudad de santa marta, colombia TT - Characterization of burnout syndrome in housewives who sit in the neighborhood rodrigo de bastidas in the city. *Rev. Psicogente*, 17(32), 431-441. Recuperado de [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0124-01372014000200014](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-01372014000200014)
- Sagredo, J. L. P., Peña, C., Brieva, P., Núñez, M. P., & Mendiola, A. H. (2002). Fisiopatología de la lum balgia, 29(10), 483-488.

- Saraceni, N., Kent, P., Ng, L., Campbell, A., Straker, L., & O'Sullivan, P. (2020). To flex or not to flex? Is there a relationship between lumbar spine flexion during lifting and low back pain? A systematic review with meta-analysis. *Journal of Orthopaedic and Sports Physical Therapy*, 50(3), 121-130. <https://doi.org/10.2519/jospt.2020.9218>
- Soria, R., & Mayen, A. (2017). Depresion y hábitos de salud en mujeres empleadas domésticas y amas de casa. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 20(1), 1-20. Recuperado de <https://www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin/vol20num1/Vol20No1Art7.pdf>
- Soto, M., Espinosa, R., Sandoval, J., & Gómez, F. (2015). Frecuencia de lumbalgia y su tratamiento en un hospital privado de la Ciudad de México. *Acta Ortopédica Mexicana*, 29(1), 40-45. Recuperado de <http://www.medigraphic.com/actaortopedica>
- Will, J. S., Bury, D. C., & Miller, J. A. (2018). Mechanical low back pain. *American Family Physician*, 98(7), 421-428.
- Zambrano, C., Samaniego, G., Pesantez, M., & Granda, M. (2019). Dolor de espalda baja ( Lumbalgia ), enfermedad que no discrimina : Clasificación , Diagnóstico y tratamiento. [https://doi.org/10.26820/recimundo/3.\(2\).abril.2019.610-627](https://doi.org/10.26820/recimundo/3.(2).abril.2019.610-627)

# ANEXOS

## ANEXO 1

### Consentimiento Informado

Este documento de consentimiento informado se dirige a las amas de casa, las mismas que son invitadas a participar en el proceso de recolección de datos del Cuestionario de Amas de casa y Cuestionario Oswestry.

El proyecto “Valoración Funcional del dolor lumbar en las actividades de la vida diaria mediante el Cuestionario Oswestry en amas de casa mayores a 30 años del Conjunto Portal de San José II” es propuesto por la estudiante Gabriela Fernanda Rojas Condolo para la obtención del título de Licenciada en Terapia Física, con la supervisión del Mgtr. Fernando Iza.

#### **Información**

El objetivo de la investigación es conocer el nivel de discapacidad que presenta por dolor lumbar y como esto afecta en sus actividades diarias. Su participación es totalmente voluntaria. Usted puede elegir participar o no hacerlo. No tendrá ningún tipo de sanción si elige no participar. Si cambia de idea en el proceso puede señalar no participar y esto será respetado.

Se garantizará confidencialidad y secreto profesional de la información. Si se detecta alguna información que ponga en riesgo su integridad esta será informada a la autoridad pertinente. Si tiene cualquier duda o pregunta durante o después del proceso puede contactarse con la estudiante Gabriela Rojas al correo [gr41084@gmail.com](mailto:gr41084@gmail.com), o al teléfono 0995768967.

#### **Consentimiento**

He leído la información proporcionada o me ha sido leída. He tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y se me ha contestado satisfactoriamente las preguntas que he realizado.

Consiento voluntariamente participar en este proyecto como participante y entiendo que tengo el derecho de retirarme del proceso de evaluación en cualquier momento (para el caso de una persona analfabeta se le solicita la huella dactilar)

Nombre del Evaluada \_\_\_\_\_

Firma del evaluada \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

Muchas gracias por su colaboración.

## ANEXO 2

### Escala de Incapacidad de Oswestry

**Por favor lea atentamente:** Estas preguntas han sido diseñadas para que su médico conozca hasta qué punto su dolor de espalda le afecta en su vida diaria. Responda a todas las preguntas, señalando en cada una sólo aquella respuesta que más se aproxime a su caso. Aunque usted piense que más de una respuesta se puede aplicar a su caso, marque sólo aquella que describa MEJOR su problema.

#### 1. Intensidad de dolor

- Puedo soportar el dolor sin necesidad de tomar calmantes
- El dolor es fuerte pero me arreglo sin tomar calmantes
- Los calmantes me alivian completamente el dolor
- Los calmantes me alivian un poco el dolor
- Los calmantes apenas me alivian el dolor
- Los calmantes no me quitan el dolor y no los tomo

#### 2. Cuidados personales (lavarse, vestirse, etc.)

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

#### 3. Levantar peso

- Puedo levantar objetos pesados sin que me aumente el dolor
- Puedo levantar objetos pesados pero me aumenta el dolor
- El dolor me impide levantar objetos pesados del suelo, pero puedo hacerlo si están en un sitio cómodo (ej. en una mesa)
- El dolor me impide levantar objetos pesados, pero sí puedo levantar objetos ligeros o medianos si están en un sitio cómodo
- Sólo puedo levantar objetos muy ligeros
- No puedo levantar ni elevar ningún objeto

#### 4. Andar

- El dolor no me impide andar
- El dolor me impide andar más de un kilómetro
- El dolor me impide andar más de 500 metros
- El dolor me impide andar más de 250 metros
- Sólo puedo andar con bastón o muletas
- Permanezco en la cama casi todo el tiempo y tengo que ir a rastras al baño

#### 5. Estar sentado

- Puedo estar sentado en cualquier tipo de silla todo el tiempo que quiera
- Puedo estar sentado en mi silla favorita todo el tiempo que quiera
- El dolor me impide estar sentado más de una hora
- El dolor me impide estar sentado más de media hora
- El dolor me impide estar sentado más de diez minutos
- El dolor me impide estar sentado

#### 6. Estar de pie

- Puedo estar de pie tanto tiempo como quiera sin que me aumente el dolor
- Puedo estar de pie tanto tiempo como quiera pero me aumenta el dolor
- El dolor me impide estar de pie más de una hora
- El dolor me impide estar de pie más de media hora
- El dolor me impide estar de pie más de diez minutos
- El dolor me impide estar de pie

#### 7. Dormir

- El dolor no me impide dormir bien
- Sólo puedo dormir si tomo pastillas
- Incluso tomando pastillas duermo menos de seis horas
- Incluso tomando pastillas duermo menos de cuatro horas
- Incluso tomando pastillas duermo menos de dos horas
- El dolor me impide totalmente dormir

#### 8. Actividad sexual

- Mi actividad sexual es normal y no me aumenta el dolor
- Mi actividad sexual es normal pero me aumenta el dolor
- Mi actividad sexual es casi normal pero me aumenta mucho el dolor
- Mi actividad sexual se ha visto muy limitada a causa del dolor
- Mi actividad sexual es casi nula a causa del dolor
- El dolor me impide todo tipo de actividad sexual

#### 9. Vida social

- Mi vida social es normal y no me aumenta el dolor
- Mi vida social es normal, pero me aumenta el dolor
- El dolor no tiene un efecto importante en mi vida social, pero sí impide mis actividades más enérgicas, como bailar, etc.
- El dolor ha limitado mi vida social y no salgo tan a menudo
- El dolor ha limitado mi vida social al hogar
- No tengo vida social a causa del dolor

#### 10. Viajar

- Puedo viajar a cualquier sitio sin que me aumente el dolor
- Puedo viajar a cualquier sitio, pero me aumenta el dolor
- El dolor es fuerte, pero aguanto viajes de más de dos horas
- El dolor me limita a viajes de menos de una hora
- El dolor me limita a viajes cortos y necesarios de menos de media hora
- El dolor me impide viajar excepto para ir al médico o al hospital

(Flórez-García, Echávarri-Pérez, García-Pérez, & Alcántara-Bumbiedro, 2006)

**ANEXO 3**  
**Cuestionario**

**1.- Información Personal**

|                    |  |
|--------------------|--|
| Nombre y Apellido: |  |
| Teléfono:          |  |

**2.- ¿En qué rango de edad se ubica?**

|              |  |
|--------------|--|
| 30-40 años   |  |
| 41 a 50 años |  |
| 51 a 60 años |  |
| 61 a 70 años |  |
| 71 a 80 años |  |
| 81 a 90 años |  |

**3.- ¿Cuántas horas dedica a las actividades de su hogar?**

|                 |  |
|-----------------|--|
| Menos de 1 hora |  |
| 1 a 2 horas     |  |
| 2 a 3 horas     |  |
| Más de 3 horas  |  |

**4.- ¿Mencione 5 actividades que realice todos los días como mínimo dos veces al día en su hogar?**

|                                      |  |
|--------------------------------------|--|
| Cocinar                              |  |
| Lavado y planchado de ropa           |  |
| Limpieza de polvos                   |  |
| Lavar los platos                     |  |
| Barrer                               |  |
| Tender las Camas                     |  |
| Atender a los miembros de la familia |  |

**5.- ¿Usted presenta dolor en la espalda baja?**

|    |  |
|----|--|
| Si |  |
| No |  |

**6.- ¿Con que frecuencia presenta dolor en la zona baja de la espalda?**

|              |  |
|--------------|--|
| Siempre      |  |
| Casi Siempre |  |
| A menudo     |  |
| Rara vez     |  |
| Nunca        |  |

**7.- ¿Cómo es el dolor en su espalda?**

|   |  |
|---|--|
| <b>Quemante:</b> sensación de ardor directamente en una determinada zona acompañada de dolor.     |  |
| <b>Punzante:</b> presencia del dolor similar a un pinchazo o una presión sobre la zona del dolor. |  |
| <b>Constrictivo:</b> presión fuerte o sensación de peso en una determinada zona.                  |  |
| <b>Sordo:</b> sensación de intensidad leve pero continuo que puede ir en aumento.                 |  |
| <b>Errante:</b> es inespecífico y el dolor pasa de un lado a otro                                 |  |

**8.- ¿El dolor es bien localizado?**

|    |  |
|----|--|
| Si |  |
| No |  |

**9.- ¿Hace que tiempo le duele la espalda baja?**

|                     |  |
|---------------------|--|
| Menos de una semana |  |
| Más de dos semanas  |  |
| Hace un mes         |  |
| Más de un mes       |  |
| Menos de 3 meses    |  |
| Más de 3 meses      |  |
| Más de un año       |  |

**10.- ¿Cuánto le duele la espalda baja, siendo 10 dolor insoportable y 0 sin dolor?**

**Escala de Dolor EVA**

|    |  |
|----|--|
| 1  |  |
| 2  |  |
| 3  |  |
| 4  |  |
| 5  |  |
| 6  |  |
| 7  |  |
| 8  |  |
| 9  |  |
| 10 |  |

**11.- El dolor que usted presenta hace que le incapacite realizar diferentes actividades de su hogar. Si su respuesta es SI mencione que actividades no puede realizar por presencia del dolor.**

|                                   |  |
|-----------------------------------|--|
| Si                                |  |
| No                                |  |
| Actividades que no puede realizar |  |