



Universidad Nacional Mayor de San Marcos

Universidad del Perú. Decana de América

Facultad de Medicina

Escuela Profesional de Tecnología Médica

Asociación entre la catastrofización y la calidad de vida en pacientes con dolor crónico de un hospital de Lima Perú, 2025

TESIS

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

AUTORES

Emily Esmeralda ESTACIO PARRA

Ximena Paola GONZALES FARIAS

ASESOR

Mg. Miguel Ángel NORABUENA ROBLES

Lima, Perú

2025



Reconocimiento – No Comercial – Compartir Igual – Sin restricciones adicionales

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

Usted puede distribuir, remezclar, retocar, y crear a partir del documento original de modo no comercial, siempre y cuando se dé crédito al autor del documento y se licencien las nuevas creaciones bajo las mismas condiciones. No se permite aplicar términos legales o medidas tecnológicas que restrinjan legalmente a otros a hacer cualquier cosa que permita esta licencia.

Referencia bibliográfica

Estacio E. Gonzales X. Asociación entre la catastrofización y la calidad de vida en pacientes con dolor crónico de un hospital de Lima Perú, 2025 [Tesis de pregrado]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina, Escuela Profesional de Tecnología Médica; 2025.

Metadatos complementarios

Datos de autor 1	
Nombres y apellidos	Emily Esmeralda Estacio Parra
Tipo de documento de identidad	DNI
Número de documento de identidad	71645059
URL de ORCID	https://orcid.org/0000-0002-6213-1538
Datos de autor 2	
Nombres y apellidos	Ximena Paola Gonzales Farias
Tipo de documento de identidad	DNI
Número de documento de identidad	75930731
URL de ORCID	https://orcid.org/0009-0005-6645-4392
Datos de asesor	
Nombres y apellidos	Miguel Ángel Norabuena Robles
Tipo de documento de identidad	DNI
Número de documento de identidad	10860890
URL de ORCID	https://orcid.org/0000-0002-4255-1826
Datos del jurado	
Presidente del jurado	
Nombres y apellidos	Claudia María Sánchez Huamash
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	47659217
Miembro del jurado 1	
Nombres y apellidos	Vilma Adela Tarmeño Rodriguez
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	25769373
Miembro del jurado 2	

Nombres y apellidos	José Orlando Noblecilla Querevalu
Tipo de documento	Obligatorio. Elegir un solo tipo de documento: DNI, Carné de extranjería emitido en Perú, Pasaporte, Cédula de identidad
Número de documento de identidad	25591943
Datos de investigación	
Línea de investigación	A.1.3.1. Salud Pública
Grupo de investigación	No aplica
Agencia de financiamiento	Sin financiamiento.
Ubicación geográfica de la investigación	Edificio: Hospital Central FAP País: Perú Departamento: Lima Provincia: Lima Distrito: Miraflores 15046 Calle:Av. Andrés Aramburú Cuadra 2 Latitud: -12.103812 Longitud: -77.029928
Año o rango de años en que se realizó la investigación	2025
URL de disciplinas OCDE	Ciencias de la salud, salud pública, salud ambiental https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.03.05



Universidad Nacional Mayor de San Marcos

Universidad del Perú, Decana de América

Facultad de Medicina

Escuela Profesional de Tecnología Médica



ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS EN MODALIDAD VIRTUAL PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADO(A)S EN TECNOLOGÍA MÉDICA EN EL ÁREA DE TERAPIA FÍSICA Y REHABILITACIÓN

Conforme a lo estipulado en el Art. 113 inciso C del Estatuto de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos (R.R. No. 03013-R-16) y Art. 45.2 de la Ley Universitaria 30220. El Jurado de Sustentación de Tesis nombrado por la Dirección de la Escuela Profesional de Tecnología Médica, conformado por los siguientes docentes:

Presidente: Mg. Claudia María Sánchez Huamash

Miembros: Lic. Vilma Adela Tarmeño Rodríguez

Lic. José Orlando Noblecilla Querevalu

Asesor(a): Mg. Miguel Ángel Norabuena Robles

Se reunieron en la ciudad de Lima, el día 24 de diciembre del 2025, siendo las 16:30 horas, procediendo a evaluar la Sustentación de Tesis, titulado **“Asociación entre la catastrofización y la calidad de vida en pacientes con dolor crónico de un hospital de Lima Perú, 2025”** para optar el Título Profesional de Licenciadas en Tecnología Médica en el Área de Terapia Física y Rehabilitación de las Señoritas:

Emily Esmeralda Estacio Parra Ximena Paola Gonzales Farias

Habiendo obtenido el calificativo de:

.....19.....

(En números)

...Diecinueve...

(En letras)

Que corresponde a la mención de:

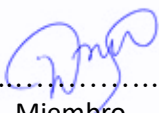
Quedando conforme con lo antes expuesto, se disponen a firmar la presente Acta.


.....
Presidente
Mg. Claudia María Sánchez Huamash
D.N.I: 47659217



Firmado digitalmente por SALAZAR
SALVATIERRA Emma Felicia FAU
20148092282 soft
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 29.12.2025 20:30:48 -05:00


.....
Miembro
Lic. Vilma Adela Tarmeño Rodríguez
D.N.I: 25769373


.....
Miembro
Lic. José Orlando Noblecilla Querevalu
D.N.I: 25591943



Firmado digitalmente por MUÑOZ
BARABINO Carmen Cecilia FAU
20148092282 soft
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 29.12.2025 10:34:00 -05:00


.....
Asesor(a) de Tesis
Mg. Miguel Ángel Norabuena Robles
D.N.I: 10860890

Datos de plataforma virtual institucional del acto de sustentación:

<https://us02web.zoom.us/j/89733414350?pwd=4oRdeKtubk4d8Eq3orzarCbwk2zlK4.1>

ID:

Grabación archivada en:



UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE

SAN MARCOS

Universidad del Perú, Decana de América

Anexo 1

CERTIFICADO DE SIMILITUD

Yo, Miguel Ángel Norabuena Robles en mi condición de asesor acreditado con el Dictamen de la UPG o de la EP N° 00074-2025-EPTM/UNMSM de la tesis, cuyo título es “Asociación entre la catastrofización y la calidad de vida en pacientes con dolor crónico de un hospital de Lima Perú, 2025”, presentado por las bachiller, Emily Esmeralda Estacio Parra y Ximena Paola Gonzales Farias para optar el Título Profesional de Licenciadas en Tecnología Médica en el Área de Terapia Física y Rehabilitación.

CERTIFICO que se ha cumplido con lo establecido en la Directiva de Originalidad y de Similitud de Trabajos Académicos, de Investigación y Producción Intelectual. Según la revisión, análisis y evaluación mediante la plataforma PIDS, el documento evaluado cuenta con el 12% de similitud, nivel PERMITIDO para continuar con los trámites correspondientes y para su **publicación en el repositorio institucional**.

Se emite el presente certificado en cumplimiento de lo establecido en las normas vigentes, como uno de los requisitos para la obtención del Título Profesional de Licenciadas en Tecnología Médica en el Área de Terapia Física y Rehabilitación.

Lima, 05 de enero de 2026

Firma del Asesor .

Nombres y Apellidos del asesor: Miguel Ángel Norabuena Robles

DNI: 10860890

* Según corresponda: bachiller, magíster, doctor; título profesional o título de segunda especialidad

La vigencia del presente certificado corresponde a un período de noventa (90) días desde la fecha de su emisión; siempre que no haya observaciones en el texto durante el proceso de revisión por el jurado informante o surja alguna contingencia.

TÍTULO DE LA TESIS: Asociación entre la catastrofización y la calidad de vida en pacientes con dolor crónico de un hospital de Lima Perú, 2025

AUTORAS:

Emily Esmeralda Estacio Parra

Ximena Paola Gonzales Farias

ASESOR:

Mg. Norabuena Robles, Miguel Ángel

DEDICATORIA

A nuestros queridos padres, por su apoyo y amor en todo momento, por su exigencia y aliento a lo largo de toda nuestra carrera profesional.

A nuestros hermanos, por su compañía, su risa y el apoyo que hace más ligero cada desafío.

A toda nuestra familia, por su cariño incondicional y por creer en nosotras en cada paso de este camino.

AGRADECIMIENTOS

A Dios, por su presencia constante y por permitirnos ser instrumentos de aprendizaje y servicio.

A nuestro asesor Mg. Miguel Norabuena, por su incansable guía, paciencia y valiosos consejos, los cuales fueron fundamentales para el desarrollo de esta investigación.

A quienes comparten nuestra vida, por su cariño y apoyo durante este proceso.

A nuestros docentes y licenciados por sus enseñanzas y por inspirarnos con su ejemplo profesional.

Y a la UNMSM, por brindarnos la oportunidad de formarnos en esta carrera y permitirnos crecer personal y académicamente.

ÍNDICE

CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN	9
1.1 DESCRIPCIÓN DE LOS ANTECEDENTES:	12
1.2 IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACIÓN	17
1.3 OBJETIVOS	19
1.3.1. OBJETIVO GENERAL	19
1.3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	19
1.4. BASES TEÓRICAS	20
1.4.1. BASE TEÓRICA	20
1.4.1.1. DOLOR CRÓNICO	20
1.4.1.2. CATASTROFISMO	21
1.4.1.3. CALIDAD DE VIDA EN DOLOR CRÓNICO	26
1.4.1.3.IMPACTO DEL CATASTROFISMO EN LA EXPERIENCIA DEL DOLOR Y LA CALIDAD DE VIDA	29
1.4.2. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS	30
1.4.3. FORMULACIÓN DE LA HIPÓTESIS	32
CAPÍTULO II: MÉTODOS	33
2.1. DISEÑO METODOLÓGICO.	34
2.1.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN	34
2.1.3 POBLACIÓN	34
2.1.4 MUESTRA y MUESTREO	35
2.1.4.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN.	35
2.1.4.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	35
2.1.5 VARIABLES	37
2.1.6 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	38
2.1.7 PROCEDIMIENTOS Y ANÁLISIS DE DATOS	39
2.1.8 CONSIDERACIONES ÉTICAS.	43
CAPÍTULO III: RESULTADOS	44
CAPÍTULO IV: DISCUSIÓN	51
CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	55
5.1. CONCLUSIONES	56
5.2. RECOMENDACIONES	57
ANEXOS	66

LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Características sociodemográficas y laborales de los pacientes con dolor crónico – HCFAP

Tabla 2. Variables clínicas de los pacientes con dolor crónico – HCFAP

Tabla 3. Asociación entre características sociodemográficas y catastrofismo de los pacientes con dolor crónico – HCFAP

Tabla 4. Asociación entre características sociodemográficas y clínicas y calidad de vida de los pacientes con dolor crónico – HCFAP

Tabla 5. Análisis bivariado entre catastrofización y calidad de vida en pacientes con dolor crónico –HCFAP

Tabla 6. Análisis multivariado entre la catastrofización y el componente mental de calidad de vida en pacientes con dolor crónico –HCFAP

RESUMEN

INTRODUCCIÓN:El dolor crónico es una condición que afecta a una gran parte de la población mundial, teniendo un impacto significativo en la calidad de vida y la funcionalidad de los pacientes. En Perú, la prevalencia del dolor crónico se estima en 38.5%, constituyendo una de las principales causas de discapacidad en la población adulta. Factores cognitivos como la catastrofización del dolor influyen directamente en la percepción y manejo del dolor, complicando la recuperación de los pacientes.

OBJETIVO: Determinar la asociación entre la catastrofización y la calidad de vida en pacientes con dolor crónico del Hospital Central de la Fuerza Aérea del Perú (HCFAP) durante el año 2025.

METODOLOGÍA:Se realizó un estudio de tipo cuantitativo, con diseño no experimental y de corte transversal, donde se utilizó un muestreo no probabilístico por conveniencia. La muestra estuvo compuesta por 116 pacientes con dolor crónico, quienes completaron los instrumentos Escala de Catastrofización del Dolor (PCS) y Encuesta de Salud SF-12. Los datos se analizaron utilizando pruebas descriptivas y de asociación, tales como chi-cuadrado y modelos de regresión de Poisson.

RESULTADOS: El 25,9% de los pacientes con dolor crónico presentó catastrofización, siendo la desesperanza la dimensión más frecuente (31,1%). El 93,1% de los participantes refirió un nivel bajo en el componente físico de la calidad de vida, y el 53,5% en el componente mental.

CONCLUSIONES: El estudio demostró una asociación significativa entre la catastrofización y el componente mental de la calidad de vida en pacientes con dolor crónico. Estos hallazgos subrayan la importancia de integrar la evaluación de factores biopsicosociales en el tratamiento del dolor crónico. Se destaca la necesidad de incorporar un enfoque integral que combine intervenciones cognitivo-conductuales, exposición gradual y ejercicios terapéuticos con el propósito de ofrecer una atención de alto valor y centrada en las necesidades de los pacientes.

PALABRAS CLAVE: Catastrofización del dolor, calidad de vida y dolor crónico.

ABSTRACT

INTRODUCTION: Chronic pain is a condition that affects a high percentage of the global population, having a significant impact on patients' quality of life and functionality. In Peru, the prevalence of chronic pain is estimated at 38.5%, making it one of the leading causes of disability in the adult population. Cognitive factors such as catastrophizing pain have a direct influence on pain perception and management, complicating patients' recovery.

OBJECTIVE: Determine the association between catastrophizing and quality of life in patients with chronic pain at the Peruvian Air Force Central Hospital (HCFAP) during the year 2025.

METHODOLOGY: The study was quantitative, non-experimental, and cross-sectional, using non-probability convenience sampling. The sample consisted of 116 patients with chronic pain, who completed the Pain Catastrophizing Scale (PCS) and SF-12 Health Survey. The data were analyzed using descriptive and association tests, such as chi-square and Poisson regression models.

RESULTS: 25.9% of patients with chronic pain presented catastrophizing, with hopelessness being the most frequent dimension (31.1%). 93.1% of participants had a low level in the physical component of quality of life, and 53.5% in the mental component.

CONCLUSIONS: The study showed a significant association between catastrophizing and the mental component of quality of life in patients with chronic pain. These results highlight the importance of including the assessment of biopsychosocial factors in the treatment of chronic pain. It emphasizes the need to incorporate a comprehensive approach that combines interventions for these factors, making care more efficient and improving patient care and well-being in physical therapy and rehabilitation services.

KEY WORDS: Catastrophizing pain, quality of life, and chronic pain.

CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN

A nivel mundial, se estima que el 20% de la población padece dolor crónico(1), condición persistente de más de tres meses que impacta de manera significativa la calidad de vida de quienes lo padecen al limitar su funcionalidad y participación en actividades diarias(1,2). La calidad de vida, entendida como la percepción subjetiva del bienestar físico, emocional y social de una persona(3), se ve gravemente afectada por el dolor crónico, tanto en su componente físico como mental (2).

A comienzos de la década actual, el dolor crónico fue reconocido como un problema de salud pública en Latinoamérica, con una prevalencia estimada en 190 millones de personas, lo que equivale a cerca de una tercera parte de la población, representando un problema de salud pública(4). Si bien se han desarrollado múltiples estrategias para tratar el dolor crónico desde un enfoque físico, estos enfoques resultan insuficientes para una gestión eficaz debido a la multifactorialidad y la multidimensionalidad del dolor crónico. Factores cognitivos, como la catastrofización, definida como “una orientación negativa exagerada hacia las experiencias de dolor reales o anticipadas”(5) influyen directamente en la percepción del dolor y pueden dificultar la recuperación de las personas(6). Este factor contribuye significativamente al deterioro de la calidad de vida, debido a que repercute en la percepción del dolor, aumenta la discapacidad e interfiere en las actividades de vida diaria y el funcionamiento físico recreativo y de competencia(7). La tendencia a amplificar el dolor agrava tanto los problemas emocionales como funcionales asociados al dolor crónico, afectando de manera global el bienestar físico y mental de las personas(8).

De hecho, la interacción entre la catastrofización y el dolor crónico agrava aún más la discapacidad, porque los pacientes con altos niveles de catastrofización tienden a experimentar mayor intensidad del dolor, menor capacidad de adaptación y un incremento en el uso de recursos de salud, lo que compromete la calidad de vida y el desarrollo normal en el día a día(9, 10).

De acuerdo con la Federación Latinoamericana de Asociaciones para el Estudio del Dolor (FEDELAT), las personas con esta condición enfrentan importantes barreras en el acceso a la atención médica, demorando en promedio dos años en recibir un diagnóstico

adecuado y por lo tanto un tratamiento orientado a las necesidades particulares de cada usuario(4). Aunque la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha reconocido el dolor crónico como una enfermedad en sí misma, en Latinoamérica aún existen brechas significativas para la gestión adecuada, como la falta o la información incorrecta, la escasez de profesionales de salud capacitados y el acceso limitado a tratamientos efectivos recomendados por guías clínicas actualizadas. Estas dificultades han llevado a que la región registre hasta tres veces más casos de dolor crónico en comparación con otras partes del mundo, lo que subraya la urgencia de implementar estrategias de salud pública que mejoren la atención de las personas(4).

Dado el impacto en la discapacidad y el alto uso de servicios de salud (6), el abordaje del dolor crónico requiere un enfoque transdisciplinario que involucre médicos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, psicólogos, nutricionistas, enfermeras y más con el objetivo reducir el impacto que genera el dolor en la calidad de vida y el normal funcionamiento (1,9). En Perú, el estudio realizado por Leyva et al. (2023) reportó que en Lima el 38,5% de la población adulta padece dolor crónico, lo que afecta de forma significativa en la calidad de vida que limita la participación en actividades diarias como la socialización y la prácticas de ocio(11). A pesar de la alta prevalencia, el acceso a tratamientos adecuados aún sigue siendo un tema pendiente porque estos se basan exclusivamente en el modelo biomédico, lo que podría agravar la discapacidad, la carga emocional y los gastos asociados a tratamientos no actualizados. En los hospitales peruanos, muchos pacientes con dolor crónico requieren terapia física de alto valor, pero factores como la catastrofización del dolor aún no son evaluados de manera regular, a pesar del impacto que genera en la recuperación, la perpetuación del dolor y la adherencia al tratamiento. La evidencia científica es contundente e indica que quienes presentan altos niveles de catastrofización experimentan un dolor más intenso, menor respuesta a los tratamientos de rehabilitación y un mayor uso de servicios de salud perpetuando la discapacidad y manifestando en una pobre calidad de vida (10).

En base a lo expuesto, el propósito de la presente investigación fue determinar la asociación entre la catastrofización y la calidad de vida en personas con dolor crónico del Hospital Central de la Fuerza Aérea del Perú (HCFAP).

1.1 DESCRIPCIÓN DE LOS ANTECEDENTES:

En el ámbito internacional:

Montag, L.T. y cols. (2023)(12) en Canadá, realizaron un estudio titulado "Examining the roles of depression, pain catastrophizing, and self-efficacy in quality of life changes following chronic pain treatment", cuyo objetivo fue determinar el papel de factores cognitivos como el catastrofismo del dolor, la depresión y la autoeficacia frente al dolor en los cambios en la calidad de vida (QOL) en pacientes con dolor crónico, después de un año de tratamiento especializado. Este estudio fue de tipo observacional, aplicado en una población de 197 pacientes adultos que asistieron a una clínica interdisciplinaria de dolor crónico en Kingston, Ontario, Canadá. La muestra incluyó pacientes con diversos tipos de dolor crónico, y se evaluaron mediante la Escala de Catastrofización del Dolor (PCS-6), el Cuestionario de Salud SF-12v2 para medir la calidad de vida, el Cuestionario de Salud del Paciente PHQ-9 para la depresión, y la Escala de Autoeficacia frente al Dolor PSEQ-2. Los resultados mostraron que un mayor catastrofismo del dolor al inicio del tratamiento se asoció con mejoras significativas en la calidad de vida mental después de un año, mediadas por una disminución de los niveles de depresión. Además, esta relación se moderó por los cambios en la autoeficacia frente al dolor, ya que los pacientes con autoeficacia mejorada o sin cambios mostraron mayores mejoras en la calidad de vida. El estudio concluye que los factores cognitivos y afectivos, especialmente el catastrofismo del dolor y la autoeficacia, juegan un papel crucial en la mejora de la calidad de vida en pacientes con dolor crónico, sugiriendo que las intervenciones psicosociales centradas en mejorar la autoeficacia podrían optimizar los resultados del tratamiento.

Van Bogaert, M. y cols. (2023)(13) en Bélgica, realizaron un estudio titulado "Exploring Interactions Between Sex, Pain Characteristics, Disability, and Quality of Life in People With Chronic Spinal Pain: A Structural Equation Model", cuyo

objetivo fue explorar las interacciones entre sexo, características del dolor, discapacidad y calidad de vida en personas con dolor espinal crónico no específico (nCSP). Este estudio fue de tipo observacional y diseño transversal, aplicado en una población de 120 participantes con dolor espinal crónico, quienes participaron en un ensayo clínico aleatorizado. Los instrumentos utilizados incluyen la Escala de Catastrofización del Dolor (PCS), la Escala de Kinesiofobia de Tampa (TSK), el Cuestionario de Vigilancia y Conciencia del Dolor (PVAQ), y la Escala de Discapacidad por Dolor (PDI). Los resultados mostraron que la catastrofización del dolor tuvo un efecto directo significativo sobre la discapacidad y la calidad de vida mental, mientras que la intensidad del dolor mediaba la relación entre las cogniciones del dolor y la calidad de vida física. Además, las mujeres reportaron una mayor intensidad de dolor y umbrales de dolor más bajos en comparación con los hombres. La conclusión del estudio destaca que las cogniciones relacionadas con el dolor, especialmente la catastrofización, son factores clave en la discapacidad y la calidad de vida, sugiriendo que la intervención en estas áreas podría mejorar los resultados en pacientes con dolor espinal crónico.

Kazi y cols. (2021)(14) en Estados Unidos llevaron a cabo el estudio titulado "Pain Catastrophizing and Quality of Life in Adult With Chronic Rhinosinusitis", cuyo objetivo fue determinar la relación entre el catastrofismo del dolor, la ansiedad, la depresión y la calidad de vida específica de la enfermedad en pacientes con rinosinusitis crónica (CRS) que experimentan dolor facial. Este estudio fue de cohorte prospectivo y se realizó en una población de 75 pacientes adultos diagnosticados con CRS, según los criterios de la American Academy of Otolaryngology - Head & Neck Surgery. Los instrumentos utilizados incluyen la Escala de Catastrofización del Dolor (PCS) para medir los niveles de catastrofismo, la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS) para evaluar la ansiedad y la depresión, y el Índice de Discapacidad de la Rinosinusitis (RSDI) para medir la calidad de vida específica de la CRS. Los resultados mostraron correlaciones significativas entre el catastrofismo del dolor y niveles más altos de ansiedad y

depresión, así como una peor calidad de vida relacionada con la CRS, sin encontrar diferencias significativas en la evidencia objetiva de la enfermedad entre los pacientes con y sin catastrofismo. El estudio concluyó que el catastrofismo del dolor está asociado con una disminución de la calidad de vida en pacientes con CRS que experimentan dolor facial, sugiriendo que los otorrinolaringólogos deben considerar la gestión de comorbilidades psicológicas para mejorar los resultados clínicos en estos pacientes.

Walankar, P. y cols. (2020)(15) en India, realizaron un estudio titulado "Psychosocial factors, disability and quality of life in chronic shoulder pain patients with central sensitization", cuyo objetivo fue comparar el dolor, la catastrofización del dolor, la kinesiofobia, la discapacidad y la calidad de vida entre pacientes con dolor de hombro crónico con y sin sensibilización central. Este estudio fue de tipo transversal, aplicado en una población de 80 pacientes con dolor unilateral de hombro crónico, con edades entre 40 y 60 años, quienes asistieron a una clínica entre agosto de 2018 y febrero de 2019. Los instrumentos utilizados incluyeron la Escala de Catastrofización del Dolor (PCS), la Escala de Tampa de Kinesiofobia, el Índice de Dolor y Discapacidad de Hombro (SPADI), y el Cuestionario de Calidad de Vida SF-36. Los resultados mostraron que los pacientes con sensibilización central presentaron niveles significativamente más altos de catastrofización del dolor, kinesiofobia y discapacidad en comparación con aquellos sin sensibilización central. Además, estos pacientes reportaron una peor calidad de vida tanto en los componentes físico como psicológico del SF-36. El estudio concluye que la sensibilización central contribuye significativamente a la discapacidad y al empeoramiento de la calidad de vida, sugiriendo que los factores psicosociales deben ser evaluados junto con los factores físicos para proporcionar un enfoque integral en el tratamiento del dolor de hombro crónico.

Martínez-Calderón et al. (2019)(16) en España, realizaron un estudio titulado "Pain Catastrophizing and Function in Individuals with Chronic Pain: A Systematic Review", cuyo objetivo fue examinar la relación entre la catastrofización del dolor y los resultados funcionales en personas que experimentan dolor crónico, con el objetivo de comprender cómo los pensamientos catastróficos sobre el dolor afectan el funcionamiento físico y emocional.. El diseño de este estudio fue una revisión sistemática y metanálisis, analizando estudios transversales y longitudinales. La población estuvo compuesta por personas con dolor musculoesquelético crónico y se incluyeron 85 estudios en la revisión, lo cual proporciona una base amplia para generalizar los resultados en diferentes contextos de dolor crónico. Los resultados indicaron una asociación significativa entre niveles más elevados de catastrofismo del dolor y una mayor intensidad del dolor y discapacidad funcional. Los pacientes con dolor crónico con elevados pensamientos catastróficos sobre el dolor experimentan un dolor más intenso y capacidades físicas reducidas. El estudio concluyó que la catastrofización del dolor es un predictor significativo de dolor y discapacidad en pacientes con dolor crónico, y que los niveles basales más elevados de catastrofismo se asocian con un aumento del dolor crónico y la discapacidad a lo largo del tiempo. Los hallazgos sugieren que abordar el catastrofismo en las intervenciones clínicas podría ayudar a reducir tanto la intensidad del dolor como la discapacidad, mejorando así potencialmente la calidad de vida.

Hayashi, Kazuhiro y cols. (2019)(17) en Japón, llevaron a cabo un estudio titulado "*Pain Catastrophizing Is Independently Associated with Quality of Life in Patients with Severe Hip Osteoarthritis*", cuyo objetivo fue investigar si el catastrofismo del dolor se asocia de manera independiente con la calidad de vida en pacientes con artrosis de cadera severa. Este estudio fue de tipo transversal, realizado en el Aichi Medical University Hospital, incluyendo a 99 pacientes con diagnóstico confirmado de artrosis de cadera severa, candidatos a artroplastia total de cadera. Los instrumentos utilizados incluyeron la Pain Catastrophizing Scale (PCS) para evaluar el catastrofismo y el Japanese Orthopaedic Association Hip-Disease Evaluation

Questionnaire (JHEQ) para medir la calidad de vida relacionada con la cadera. Los resultados mostraron que mayores puntajes en el PCS se asociaron significativamente con una peor calidad de vida, incluso después de ajustar por edad, sexo, índice de masa corporal y severidad del dolor. El valor p para esta asociación fue <0.001 . El estudio concluyó que el catastrofismo del dolor es un factor independiente que impacta negativamente la calidad de vida en pacientes con artrosis de cadera severa, recomendando abordar estos pensamientos en el tratamiento preoperatorio para optimizar los resultados postoperatorios.

En el ámbito nacional:

La Serna Gallegos, Lucia Violeta y Maraví Loyola, Yiye Judith (2018)(18) en Perú, llevaron a cabo una investigación titulada “Catastrofismo ante el dolor crónico en adultos mayores que se atienden en un hospital de Lima, 2018”, cuyo objetivo fue determinar los niveles de catastrofización en adultos mayores con dolor crónico que asisten a un hospital en Lima. Este estudio fue de tipo descriptivo, con un diseño transversal, y se realizó en una población de adultos mayores que acuden al servicio de fisioterapia del hospital. La muestra estuvo compuesta por 252 adultos mayores. Los instrumentos utilizados incluyeron la Escala de Catastrofización del Dolor (PCS), la cual mide tres factores: rumiación cognitiva, magnificación y desesperanza, evaluados mediante un sistema de respuesta tipo Likert. Los resultados revelaron que el 86,1% de los pacientes presentaron niveles altos de catastrofización del dolor, siendo los niveles más elevados observados en aquellos con menor nivel educativo, con una relación estadísticamente significativa ($p<0.005$). El estudio concluyó que los adultos mayores con niveles educativos bajos tienden a mostrar mayores niveles de catastrofismo, lo cual se asocia con una mayor intensidad del dolor y podría impactar negativamente en su independencia funcional y calidad de vida.

Debido a todo lo mencionado, se formula la siguiente interrogante:

¿Cuál es la asociación entre la catastrofización y la calidad de vida en pacientes con dolor crónico de un hospital de Lima Perú, 2025?

1.2 IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACIÓN

El dolor crónico es un problema de salud pública significativo que afecta 20% de la población mundial (1), con repercusiones sociales y económicas considerables. De acuerdo con la IASP (Asociación Internacional para el Estudio del Dolor), el dolor crónico es aquel que persiste o reaparece por más de tres meses, y se entiende como una experiencia sensorial y emocional compleja, lo que implica que sus efectos pueden ir más allá del aspecto físico (19,20) Esta condición impacta negativamente en la salud física, así como en el bienestar emocional, cognitivo y social , limitando la calidad de vida de las persona de manera multidimensional(21).

Según un estudio realizado en Irán, los pacientes con dolor crónico reportaron una menor calidad de vida en comparación con la población general, afectando principalmente su función física, bienestar emocional y habilidades sociales. Además, se observó que el dolor crónico interfiere con actividades cotidianas y profesionales, creando un ciclo de aislamiento social y estrés emocional (F), este ciclo se ve exacerbado por la catastrofización del dolor(7). Esta reacción cognitiva negativa amplifica la experiencia del dolor y también contribuye al deterioro emocional de las personas y favorece al desencadenante de depresión y ansiedad, lo que repercute aún más en la calidad de vida (8). En ese sentido, la identificación de la catastrofización es clave en el tratamiento del dolor crónico, pues permite implementar intervenciones multimodales que mejoren tanto el bienestar físico como cognitivo siguiendo las recomendaciones de guías clínicas actualizadas(21).

El principal aporte teórico de este estudio es ofrecer a los clínicos una comprensión más profunda sobre cómo los factores cognitivos, como la catastrofización, pueden influir en la persistencia del dolor. Este estudio no pretende abordar la catastrofización como un trastorno cognitivo, sino reconocerla como un factor que influye en la conducta hacia el dolor. La identificación permite comprender mejor la respuesta terapéutica y optimizar los resultados de la rehabilitación. El estudio contribuirá a la creación de una base teórica sólida que permita integrar el enfoque biopsicosocial con los tratamientos multimodales, promoviendo un modelo de

atención más holístico para el dolor crónico que aborda no solo el dolor físico, sino también las dificultades emocionales y sociales que comprometen la calidad de vida de las personas(21). Este enfoque integral resalta la importancia de tratar de manera conjunta los aspectos físicos, emocionales y sociales que juegan un papel crucial en la persistencia de los síntomas y en la optimización del bienestar en las diversas dimensiones (4).

Desde el punto de vista práctico, el estudio pretende poner en perspectiva el impacto del catastrofismo en la cronificación del dolor y el rol determinante en la adherencia al tratamiento fisioterapéutico. Comprender esta relación permitirá a los terapeutas físicos evaluar los factores que condicionan la evolución clínica y la respuesta al tratamiento, especialmente aquellos relacionados con la percepción y afrontamiento del dolor. Los hallazgos contribuirán a fortalecer el enfoque integral, guiando decisiones terapéuticas informadas y promoviendo un modelo de tratamiento que integre todas las dimensiones del dolor.

El estudio de Watson et al. (2023)(22) refiere que la educación en neurociencia del dolor (PNE) reduce de manera significativa la catastrofización del dolor, lo que se traduce en una mejora en la función física, el bienestar emocional y mejora de la calidad de vida de los pacientes. Este hallazgo es relevante para la presente investigación, ya que demuestra que el PNE no solo contribuye al manejo físico del dolor, sino que también aborda los aspectos emocionales y cognitivos relacionados con la catastrofización, mejorando la calidad de vida de los pacientes con dolor crónico (22).

El estudio presente posee un relevante aporte social al contribuir en la comprensión del impacto que la catastrofización del dolor crónico tiene sobre la calidad de vida en las personas. Ello permite visibilizar la necesidad de incorporar un enfoque biopsicosocial en la atención del dolor crónico para de esta manera promover un modelo de atención centrado en la persona, que no solo busca la disminución del dolor, sino también la mejora sostenida de la calidad de vida, fortaleciendo el rol

social del terapeuta físico en la prevención de la discapacidad, promoción del bienestar y la optimización de la salud en poblaciones con dolor crónico.

Por lo tanto, es esencial que los profesionales se capaciten en educación en neurociencias del dolor, en técnicas de exposición gradual al ejercicio y en el manejo de factores cognitivo-conductuales. Estas intervenciones, alineadas con las guías clínicas actuales(23), mejorarán la alianza terapéutica, permitiendo que los terapeutas físicos desempeñen un papel activo en el tratamiento y la prevención del dolor crónico, contribuyendo así al mejoramiento de la calidad de vida de los pacientes.

Este estudio se llevará a cabo bajo los lineamientos del ODS 3 (Salud y Bienestar), con el objetivo de mejorar los resultados de la atención y tratamiento del dolor crónico mediante un enfoque integral que combine la intervención fisioterapéutica con la consideración de factores cognitivos, como la catastrofización, que influyen en la calidad de vida de los pacientes. En este sentido, la catastrofización asociada al dolor se constituye como un factor relevante en el pronóstico, la recuperación y la adherencia al tratamiento de personas con dolor crónico. Este fenómeno no solo genera efectos físicos, sino también comportamentales, influenciados por experiencias previas, tratamientos pasados y la información recibida. Esta información, tanto de los profesionales de la salud como de los medios de comunicación, juega un papel crucial en la forma en que los pacientes perciben y afrontan su dolor. El propósito de este estudio no es abordar todas las dimensiones del dolor, sino identificar y analizar la presencia de la catastrofización como una variable que puede condicionar la efectividad del tratamiento físico, mejorando así la calidad de vida de los pacientes con dolor crónico.

1.3 OBJETIVOS

1.3.1. OBJETIVO GENERAL

Determinar la asociación entre la catastrofización y la calidad de vida en pacientes con dolor crónico de un hospital de Lima Perú, 2025

1.3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar la asociación entre la catastrofización del dolor y el componente **mental** de la calidad de vida en pacientes con dolor crónico de un hospital de Lima, Perú, 2025.
- Identificar la asociación entre la catastrofización del dolor y el componente **físico** de la calidad de vida en pacientes con dolor crónico de un hospital de Lima, Perú, 2025.

1.4. BASES TEÓRICAS

1.4.1. BASE TEÓRICA

1.4.1.1. DOLOR CRÓNICO

DEFINICIÓN Y CARACTERÍSTICAS:

El dolor crónico es una condición persistente que excede los tres meses de duración, lo cual lo convierte en un problema de salud pública global. Según la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP), se define como una experiencia sensorial y emocional desagradable, asociada a un daño tisular real o potencial(24). Este fenómeno tiene un componente subjetivo, ya que cada individuo lo experimenta de manera única, y no necesariamente está vinculado a un daño físico detectable.

El dolor crónico, en su naturaleza multidimensional, es influenciado por una combinación de factores biológicos, psicológicos y sociales, lo que repercute en la calidad de vida de los pacientes. Según la IASP, el dolor y la nocicepción (procesos de detección del daño en los tejidos) no son lo mismo, lo que subraya la necesidad de comprender el dolor más allá de los aspectos puramente fisiológicos, integrando también la dimensión emocional y cognitiva (25).

CLASIFICACIÓN DEL DOLOR:

El dolor crónico puede clasificarse de acuerdo con varios criterios. Según su duración, se puede dividir en agudo y crónico. El dolor agudo es una respuesta fisiológica predecible ante un daño tisular, como una lesión o inflamación, que suele desaparecer una vez que el proceso curativo ha concluido (26). En cambio, el dolor crónico persiste más allá del tiempo esperado para la curación de los tejidos y, debido a su naturaleza compleja, requiere un enfoque terapéutico multidisciplinario (26).

En cuanto a su fisiopatología, el dolor puede ser clasificado en nociceptivo, neuropático o nociplástico. El dolor nociceptivo está relacionado con la activación de los receptores encargados de detectar el daño tisular. El dolor neuropático proviene de una lesión o trastorno en el sistema nervioso, mientras que el dolor nociplástico se caracteriza por la alteración del procesamiento del dolor en el sistema nervioso central, sin una causa (26).

1.4.1.2. CATASTROFISMO

DEFINICIÓN

El **catastrofismo del dolor** se comprende como un concepto psicológico que describe una reacción desadaptativa y exageradamente negativa ante la experiencia del dolor, tanto en su anticipación como en su percepción real(27). Este término ha sido ampliamente utilizado en investigaciones en el ámbito del dolor crónico para referirse a un conjunto de pensamientos negativos que

conlleva a percibir angustia, mayor sensibilidad y disminuye su capacidad afrontar y adaptarse al dolor(27). Este tipo de pensamiento puede amplificar la experiencia del dolor y tener un impacto adverso en la recuperación y en la calidad de vida de las personas.

DIMENSIONES DEL CATASTROFISMO

El catastrofismo del dolor se estructura en tres componentes únicos pero interrelacionados. cada una de las cuales representa un aspecto distinto de la respuesta catastrófica frente al dolor(28):

- Rumiación: Esta dimensión se caracteriza por una atención constante y repetitiva hacia las sensaciones de dolor. La rumia es un elemento fundamental del catastrofismo, un proceso mental que se caracteriza por pensamientos negativos recurrentes sobre el dolor o la angustia. Este proceso puede agravar los síntomas y afectar el bienestar psicológico(29).

Las personas con elevados niveles de rumiación suelen concentrarse en sus percepciones de dolor y en los pensamientos negativos que estas generan, lo cual limita su capacidad para desconectarse de estos pensamientos o participar en actividades que favorezcan su calidad de vida(30). Por ejemplo, expresiones como “no puedo dejar de pensar en cuánto me duele” reflejan esta tendencia. Este patrón puede intensificar los síntomas físicos y deteriorar la salud psicológica(29).

Estudios de principios del siglo XXI ya mostraban que la rumiación era uno de los factores más asociados con la percepción del dolor en casos de dolor musculoesquelético. Se planteó que este vínculo podía explicarse por mecanismos atencionales que intensificaban la experiencia del dolor(31). Sin embargo, investigaciones posteriores indicaron que este efecto podría estar más relacionado con la desesperanza inherente a la catastrofización que con los mecanismos atencionales en sí mismos(29).

- Magnificación : En esta dimensión, la persona exagera la gravedad del dolor o

las consecuencias potenciales que este podría tener. Quienes experimentan magnificación suelen ver su dolor mucho más peligroso o devastador de lo que realmente es, lo cual aumenta su ansiedad y percepción de vulnerabilidad. Al amplificar la evaluación negativa de los síntomas, la magnificación puede influir en la forma en que las personas manejan su experiencia de dolor, exacerbando el impacto emocional asociado. La magnificación se refleja en pensamientos como: "tengo miedo de que el dolor empeore", los cuales, junto con la impotencia, intensifican la percepción de amenaza y la sensación de falta de control frente al dolor (29,30,31).

El artículo de Sullivan et al. , menciona que aunque la magnificación contribuye a la experiencia emocional del dolor neuropático, su impacto fue menor en comparación con la desesperanza(31). Los hallazgos sugieren que la magnificación afecta principalmente los aspectos emocionales del dolor, mientras que su relación con el dolor evocado o físico no fue significativa. Esto refuerza la idea de que la magnificación amplifica la percepción subjetiva de amenaza asociada al dolor, pero no necesariamente influye en la intensidad fisiológica del mismo.

- Impotencia : Esta dimensión representa la sensación de falta de control sobre el dolor. Las personas con altos niveles de impotencia tienden a sentirse incapaces de manejar o disminuir su dolor, lo que intensifica su sensación de desesperación y limita su capacidad para adaptarse a la situación. La impotencia se manifiesta en pensamientos recurrentes como: "no hay nada que pueda hacer para reducir la intensidad del dolor", lo que refuerza una postura de resignación frente a su condición. También llamada “desesperanza” en algunas literaturas, es una dimensión central en estudios sobre artritis, puesto que ha sido destacada como un factor relevante que impacta algunas medidas de la actividad de la enfermedad. Esto sugiere una posible relación entre la desesperanza y respuestas neuroinmunológicas alteradas en el contexto del dolor(32).

Estas tres dimensiones del catastrofismo forman un patrón de pensamiento que puede llevar a la persona a experimentar el dolor de manera más intensa y prolongada, afectando su vida cotidiana y su bienestar general.

MEDICIÓN DEL CATASTROFISMO:

La catastrofización puede ser evaluada mediante diversos instrumentos desarrollados en el ámbito de la psicometría del dolor. Algunos cuestionarios, como el Coping Strategies Questionnaire (CSQ), el Pain-Related Self-Statements Scale (PRSS) y el Cognitive Emotion Regulation Questionnaire (CERQ), incluyen componentes relacionados con pensamientos negativos y respuestas emocionales ante el dolor; sin embargo, estos instrumentos abarcan constructos más amplios y solo incorporan elementos parciales del pensamiento catastrófico. En contraste, la Escala de Catastrofización del Dolor (PCS) es una herramienta desarrollada para evaluar las dimensiones cognitivas y emocionales de la catastrofización del dolor. Consta de tres componentes principales: rumiación, que se refiere a la tendencia a concentrarse repetitivamente en pensamientos relacionados con el dolor; magnificación, que implica exagerar la gravedad y las posibles consecuencias del dolor; y desesperanza, que representa la sensación de no tener control ni estrategias para afrontar el dolor. La escala está compuesta por 13 ítems, cada uno calificado en una escala de 0 ("nunca") a 4 ("todo el tiempo")(33).

Según Sullivan et al. (33) la PCS fue diseñada para medir cómo estos factores cognitivos influyen en la percepción y respuesta al dolor. Esta escala ha sido validada en múltiples estudios, demostrando su fiabilidad y la fuerte relación entre puntuaciones elevadas en la PCS y mayor angustia emocional, mayor intensidad del dolor y un impacto negativo en la funcionalidad diaria. Además, los autores destacan la importancia de la PCS en el ámbito clínico, ya que permite predecir resultados en pacientes con dolor crónico y orientar estrategias de tratamiento para mejorar su manejo del dolor(34).

NEUROFISIOLOGÍA

Las diferencias individuales en la percepción del dolor han motivado investigaciones orientadas a identificar los factores genéticos implicados en su desarrollo, especialmente en contextos de dolor crónico. Si bien el catastrofismo del dolor ha sido menos explorado, se estima que entre el 36 % y 37 % de su variabilidad es atribuible a la herencia, lo que sugiere un predominio de factores ambientales. Esta tendencia se asocia más estrechamente con la sensibilidad a la ansiedad y el miedo al dolor que con rasgos como el neuroticismo.

Desde etapas tempranas del desarrollo, el aprendizaje desempeña un papel fundamental en la forma en que se percibe y se responde al dolor. Las reacciones de los cuidadores frente a situaciones dolorosas, como las vacunaciones, influyen directamente en la manera en que los niños aprenden a gestionar el malestar. A lo largo de la infancia, tanto las experiencias personales como el entorno familiar y sociocultural contribuyen a la consolidación de patrones catastróficos, especialmente cuando los menores observan comportamientos exagerados ante el dolor en sus figuras parentales. Este fenómeno ha sido reportado con mayor frecuencia en niños prematuros, particularmente cuando sus madres adoptan actitudes sobreprotectoras frente al dolor(35).

En el plano neurobiológico, se ha identificado que el catastrofismo se asocia con la activación de regiones como la red de saliencia, el córtex cingulado anterior y la amígdala, todas implicadas en el procesamiento del dolor y la regulación emocional. Estas activaciones pueden generar un ciclo de retroalimentación que amplifica la percepción del malestar y favorece su cronificación. Además, las interacciones sociales mantenidas desde la infancia hasta la adultez continúan modulando estas respuestas emocionales y cognitivas ante el dolor.

En síntesis, el catastrofismo del dolor es un fenómeno complejo determinado por factores genéticos, sociales y neurobiológicos, los cuales, en conjunto, influyen en la sensibilidad individual y en el riesgo de desarrollar dolor crónico(35).

VARIABLES ASOCIADAS AL CATASTROFISMO

El catastrofismo del dolor se relaciona estrechamente con diversas variables emocionales, como la depresión, la ansiedad y el estrés, las cuales amplifican la percepción del dolor y agravan los resultados en pacientes con dolor crónico. Estas variables presentan correlaciones significativas con la intensidad del dolor, indicando que las alteraciones emocionales influyen directamente en la experiencia dolorosa. De la misma manera, se ha identificado que el catastrofismo puede mediar en la relación entre la depresión y el aislamiento social, exacerbando el impacto del dolor crónico. Por ello, es fundamental abordar estas variables en el tratamiento del dolor, implementando estrategias que permitan disminuir los niveles de catastrofismo y promover un mejor manejo(36).

INTERVENCIONES Y MANEJO DEL CATASTROFISMO EN EL CONTEXTO DEL DOLOR

El manejo del catastrofismo del dolor en el contexto clínico se centra en intervenciones que ayudan a modificar este patrón cognitivo negativo. La terapia cognitivo-conductual ha demostrado ser efectiva en la reestructuración de pensamientos catastrofistas, lo que permite una mejor gestión del dolor. Además, las intervenciones breves también pueden ser útiles, logrando efectos similares a tratamientos más largos. Se destaca la importancia de intervenir tempranamente, especialmente durante la infancia y adolescencia, para prevenir la cronicidad del dolor y el desarrollo de catastrofismo. Es crucial que los profesionales de la salud integren el catastrofismo del dolor en la evaluación clínica de manera empática y respetuosa, evitando etiquetar a los pacientes como "catastrofistas", y proporcionando herramientas para mejorar el afrontamiento del dolor. Finalmente, el modelo de evitación del miedo y las intervenciones basadas en la neurociencia del dolor son enfoques clave que pueden ser implementados para reducir el impacto del catastrofismo y mejorar los resultados del tratamiento(37).

1.4.1.3. CALIDAD DE VIDA EN DOLOR CRÓNICO

La calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) es un concepto

multidimensional que evalúa cómo una persona percibe subjetivamente los efectos de su salud en su vida diaria. A diferencia de la calidad de vida en general, que incluye factores como el ingreso, la educación y el entorno ambiental, esta se centra exclusivamente en aspectos de salud física, mental y social que afectan el bienestar y la funcionalidad del individuo(38). Este concepto es crucial para las personas que viven con condiciones crónicas, ya que su bienestar no se basa únicamente en la ausencia de síntomas. Para ellos, el sentirse bien también depende de su habilidad para adaptarse y encontrar maneras de llevar una vida plena y satisfactoria.

MEDICIÓN

El Cuestionario de Salud de Formato Breve (SF-12) es un instrumento ampliamente utilizado para evaluar la calidad de vida relacionada con la salud. Desarrollado para medir la percepción del estado de salud en un formato breve, el SF-12 incluye 12 ítems distribuidos en ocho dominios: funcionamiento físico, limitaciones por problemas físicos, dolor corporal, salud general, vitalidad, funcionamiento social, limitaciones por problemas emocionales y salud mental percibida. Este instrumento ha demostrado ser eficaz en diversas poblaciones con enfermedades crónicas, proporcionando resultados confiables y válidos que permiten entender el impacto del dolor en la vida cotidiana de los pacientes. Además, dado que es un instrumento más breve, requiere menos esfuerzo del paciente y del médico siendo factible de aplicar en contextos de atención sanitaria(39). Luo et al. validaron el SF-12 en dolor de espalda crónico y Hayes determinó una adecuada fiabilidad y validez en adultos con dolor no relacionado con el cáncer(40,41).

IMPACTO DEL DOLOR EN LA CALIDAD DE VIDA

El dolor crónico se define como aquel dolor que persiste más allá del tiempo habitual de curación, careciendo así de la función de advertencia que caracteriza al dolor agudo relacionado con la nocicepción fisiológica(42). Su persistencia sin una causa identificable o sin cambios en la lesión física convierte al dolor crónico

en una condición compleja, que impacta negativamente no solo en la dimensión física de los pacientes, sino también en su bienestar mental y social(42).

Las personas que viven con dolor crónico suelen experimentar una calidad de vida más baja en comparación con personas sanas. Esto no solo se debe al dolor en sí mismo, sino también a la influencia que este tiene sobre su percepción del mundo y sus relaciones interpersonales. A menudo, enfrentan frustración, vergüenza y una sensación de dependencia, ya que les resulta difícil hacer actividades cotidianas que antes realizaban sin problema. Esta situación puede hacerles sentir impotentes e incluso como una carga para sus seres queridos, lo cual afecta profundamente su bienestar emocional y social(43).

Una de las dificultades añadidas para los pacientes con dolor crónico es la falta de comprensión de su entorno, que en muchos casos no logra empatizar con su situación, especialmente cuando el dolor no tiene signos visibles. Además, estos pacientes se enfrentan al estigma social que percibe el dolor crónico como una “enfermedad benigna” o incluso de origen cognitivo, lo que contribuye a su aislamiento y a una sensación de desamparo. Esta estigmatización afecta profundamente la salud mental de los pacientes, que además de sufrir el dolor físico deben enfrentarse a la invalidación de su experiencia por parte de la sociedad(44).

El CVRS no solo refleja el estado de salud percibido por el paciente, sino que también puede predecir la probabilidad de recuperación o adaptación a largo plazo(45,46). La evaluación del CVRS en personas con dolor crónico permite conocer la perspectiva subjetiva de los pacientes respecto a su experiencia del dolor y cómo este afecta negativamente sus vidas(47). Así, el CVRS se convierte en un indicador esencial para planificar intervenciones terapéuticas que mejoren la calidad de vida de estos pacientes.

IMPACTO EMOCIONAL DEL DOLOR CRÓNICO

El dolor crónico no solo genera una carga física, sino también una carga

emocional considerable. Los pacientes experimentan un aumento en el riesgo de trastornos mentales como la depresión, debido a la naturaleza persistente e incontrolable del dolor(48). En un estudio realizado en Chile, Rodríguez et al.(49) identificaron que el dolor crónico impacta significativamente los patrones de sueño de los pacientes, afectando directamente su capacidad para realizar actividades diarias. Además, el estudio reveló que las personas con dolor crónico enfrentan restricciones sociales notables debido a la falta de comprensión y apoyo de quienes los rodean. La mayoría de las mujeres entrevistadas manifiestan síntomas de depresión, y muchas no reciben atención médica para tratar estos síntomas, lo que evidencia una brecha crítica en el tratamiento integral de esta población(49).

1.4.1.3.IMPACTO DEL CATASTROFISMO EN LA EXPERIENCIA DEL DOLOR Y LA CALIDAD DE VIDA

El catastrofismo del dolor es un factor fundamental que influye en cómo las personas experimentan y sufren el dolor. A lo largo de la vida, las experiencias tempranas de dolor y la interacción con los cuidadores en la infancia, contribuyen a la formación de una perspectiva cognitiva y emocional que intensifica la percepción del dolor. Esta mentalidad catastrofista puede activar mecanismos neurobiológicos que aumentan la sensibilidad al dolor, lo que favorece la cronificación(7).

El catastrofismo está relacionado con varios procesos psicobiológicos, como la sensibilización central, en la cual los circuitos cerebrales asociados al dolor responden con mayor intensidad. Los factores genéticos y ambientales también juegan un papel crucial en su desarrollo, ya que el dolor tiene una base hereditaria pero también se influye por las experiencias de la infancia y la adolescencia. Este fenómeno no solo incrementa la severidad del dolor percibido, sino que también contribuye al sufrimiento psicológico, como ansiedad, depresión y sensación de vulnerabilidad. Estas respuestas exacerbadas interfieren con la capacidad de afrontar el dolor, afectando negativamente la funcionalidad y el bienestar general,

elementos fundamentales de la calidad de vida(50), por lo que empeoran la capacidad de los individuos para realizar actividades cotidianas y participar en la vida social, afectando su bienestar general.

Un estudio menciona que los factores como resiliencia y optimismo pueden reducir el impacto del catastrofismo del dolor, evitando que se convierta en un ciclo destructivo. La intervención temprana, especialmente en la infancia, tiene un gran potencial para disminuir la vulnerabilidad al catastrofismo y mejorar la gestión del dolor a largo plazo. Es necesario adoptar un enfoque integral y comprensivo, reconociendo que el catastrofismo del dolor no es simplemente una exageración, sino una respuesta emocional y cognitiva que amplifica la experiencia del dolor(50).

1.4.2. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

1. **Calidad de vida relacionada con la salud:** Este concepto evalúa cómo una persona percibe subjetivamente los efectos de su salud en su vida diaria. En el contexto del dolor crónico, no solo se centra en la ausencia de síntomas, sino en la “capacidad del paciente para llevar una vida satisfactoria pese a su condición”. Además incluye aspectos físicos, mentales y sociales que afectan el bienestar general y la funcionalidad de los pacientes con afecciones crónicas(51).
2. **Catastrofización del dolor:** Este es un constructo psicológico que describe una inclinación cognitiva y emocional hacia la exageración del dolor. Este fenómeno se manifiesta en forma de pensamientos negativos recurrentes, que incluyen la rumiación, la magnificación del dolor y una sensación de impotencia ante su manejo(52). Las personas con altos niveles de catastrofización suelen percibir el dolor como algo incontrolable, lo cual se ha asociado con una mayor intensidad del dolor, una discapacidad funcional más pronunciada y resultados psicosociales negativos, como un incremento en la ansiedad y la depresión(53).
3. **Cuestionario de Salud de Formato Breve (SF-12):** Herramienta validada

“diseñada para medir la calidad de vida relacionada con la salud”, abarcando aspectos esenciales tanto de la salud física como mental. Ofrece un puntaje general que refleja el estado de salud del paciente de forma integral. Este cuestionario es particularmente valioso en estudios de dolor crónico, ya que es fácil de administrar y permite captar cómo el dolor afecta en las esferas física y emocional de la vida del paciente(54).

4. **Dolor crónico:** Se entiende como un tipo de dolor que persiste durante al menos tres meses, superando el tiempo de curación esperado de la lesión o condición subyacente. A diferencia del dolor agudo, que es una respuesta temporal y adaptativa del sistema nervioso, el dolor crónico se considera una patología en sí misma que se extiende más del tiempo esperado de curación de una lesión tisular(55). Este tipo de dolor se caracteriza por ser una experiencia sensorial y emocional desagradable que interfiere significativamente con el funcionamiento diario y el bienestar del individuo(56).
5. **Escala de catastrofización del dolor (PCS):** Instrumento utilizado para evaluar los niveles de catastrofización del dolor. Este cuestionario, desarrollado por Michael Sullivan en 1995, evalúa las tres dimensiones de la catastrofización (rumiación, magnificación e impotencia(57)).
6. **Impotencia:** Dimensión de la catastrofización que alude a la percepción de falta de control sobre el dolor, se relaciona con sentimientos de desesperanza y la creencia de que nada puede aliviar el dolor(58).
7. **Magnificación:** Dimensión de la catastrofización que se refiere a la tendencia a exagerar la gravedad del dolor o sus consecuencias potenciales. Las personas que presentan magnificación tienden a percibir su dolor como más amenazante de lo que realmente es, lo cual puede resultar en una mayor intensidad del dolor(58).
8. **Modelo Biopsicosocial del dolor:** Enfoque integral que considera el dolor crónico como “un resultado de la interacción entre factores biológicos, psicológicos y sociales, resaltando que el dolor no es solo una experiencia sensorial, sino que está influenciado por elementos psicológicos como el

estrés, la ansiedad, la depresión y la catastrofización del dolor”(59). Además, los factores sociales, tales como el apoyo social, las relaciones interpersonales, el contexto cultural y las expectativas sobre el dolor y la enfermedad, también afectan esta experiencia. La combinación de estos factores puede influir en la percepción del dolor, la respuesta al tratamiento y los resultados a largo plazo(59).

9. **Rumiación:** Dimensión de la catastrofización que alude a un patrón de pensamiento caracterizado por una atención repetitiva y persistente. Las personas con altos niveles de rumiación tienden a centrarse de manera excesiva en su experiencia de dolor y en los pensamientos negativos relacionados con este, lo cual puede afectar negativamente los resultados del tratamiento del dolor crónico, dado que se asocia con una mayor intensidad del dolor(60).

1.4.3. FORMULACIÓN DE LA HIPÓTESIS

Ho: No existe asociación entre la catastrofización y la calidad de vida en pacientes con dolor crónico de un hospital de Lima Perú, 2025

H1: Existe asociación entre la catastrofización y la calidad de vida en pacientes con dolor crónico de un hospital de Lima Perú, 2025

CAPÍTULO II: MÉTODOS

2.1. DISEÑO METODOLÓGICO.

2.1.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN

Este estudio fue de tipo cuantitativo porque se utilizaron datos numéricos y estadística para la medición de los resultados que permitieron comprender la asociación entre la catastrofización del dolor y la calidad de vida en pacientes con dolor crónico.

2.1.2 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

El estudio es de diseño no experimental porque no se hizo ninguna intervención en los participantes ni se alteraron las variables de estudio. El diseño fue de corte transversal, con un enfoque analítico, dado que las mediciones se llevaron a cabo en un solo momento con el objetivo de analizar posibles asociaciones entre las variables.

2.1.3 POBLACIÓN

La población del estudio estuvo conformada por pacientes con dolor crónico que asistieron al servicio de Terapia Física y Rehabilitación del Hospital Central de la Fuerza Aérea del Perú (HCFAP) durante agosto del 2025.

Para estimar esta población, se utilizó un consolidado mensual de atenciones proporcionado por el Servicio de Medicina Física y Rehabilitación, el cual registraba el número promedio de pacientes atendidos en los meses previos. A partir de dicho archivo, se identificaron específicamente los casos clasificados como trastornos dolorosos crónicos, que constituyen el grupo más relevante para el presente estudio. La población se caracteriza por ser heterogénea, integrada por pacientes con distintos tipos de dolor musculoesquelético, atendidos de manera ambulatoria en los turnos de mañana y tarde, conformada por militares en actividad, militares en retiro y familiares que asisten al servicio de Terapia Física y Rehabilitación. Esta distribución refleja el flujo habitual de usuarios del servicio durante el periodo considerado.

2.1.4 MUESTRA y MUESTREO

La muestra de este estudio estuvo conformada por pacientes con dolor crónico que asistieron al Servicio de Terapia Física y Rehabilitación del Hospital Central de la Fuerza Aérea del Perú en Lima. Dado que el acceso a una muestra representativa fue limitado, se optó por un muestreo no probabilístico por conveniencia, seleccionando a los participantes en función de su disponibilidad y asistencia regular al servicio de terapia física del hospital.

Debido a las características del muestreo por conveniencia, no se utilizó una fórmula estadística para calcular el tamaño de la muestra, sino que se basó en la disponibilidad de los pacientes que cumplan con los criterios de inclusión y que estuvieron dispuestos a participar en el estudio.

2.1.4.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN.

- Presentar un diagnóstico médico de dolor crónico con una duración mínima de tres meses, registrado en la historia clínica y emitido por un médico, y estar recibiendo tratamiento en el servicio de Terapia Física y Rehabilitación del Hospital Central de la Fuerza Aérea del Perú.
- Estar en un rango de edad entre 18 y 75 años.
- Poseer la capacidad de comunicarse y responder de forma independiente a los instrumentos del estudio, como la Escala de Catastrofización del Dolor (PCS) y el Cuestionario de Salud SF-12.
- Haber firmado el consentimiento informado, indicando su disposición a participar y su comprensión de los objetivos y procedimientos del estudio.

2.1.4.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Pacientes con condiciones clínicas que interfieran con la comprensión o respuesta válida a los instrumentos del estudio, como trastornos neurológicos diagnosticados, enfermedades psiquiátricas graves o deterioro cognitivo relevante, según evaluación médica.

- Estar participando en otros estudios de intervención en dolor crónico, lo que podría afectar sus respuestas y percepción del dolor, introduciendo sesgos en los datos.
- Pacientes que decidan retirar su consentimiento antes de finalizar la evaluación necesaria para el estudio.

2.1.5 VARIABLES

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensión	Indicador	Categorías	Tipo de variable	Escala	Instrumento de medición
Catastrofización	Respuesta cognitiva exagerada ante el dolor.	Estado de catastrofización medido mediante la Escala de Catastrofización del Dolor (PCS).	Rumiación Magnificación Impotencia	Puntaje total en la PCS.	Sí (≥ 30) No (< 30)	Cualitativa dicotómica	Nominal	Escala de Catastrofización del Dolor (PCS)
Calidad de vida	Estado de una persona de su bienestar físico, mental y social.	Estado de calidad de vida medido mediante la Encuesta de Salud de Formato Breve.	Físico Mental	Puntaje en salud física y salud mental del cuestionario SF-12.	Buena (>50) Mala (≤ 50)	Cualitativa dicotómica	Nominal	Encuesta de Salud de Formato Breve (SF-12)

2.1.6 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Para la recolección de datos se realizó una entrevista a las personas con el objetivo de verificar si cumplen los criterios de inclusión para ser elegidos en la investigación. Posteriormente se aplicó los cuestionarios de PCS y SF-12.

La **Escala de Catastrofización del Dolor (PCS)**, mide la intensidad de la catastrofización en personas con dolor crónico, evaluando aspectos clave como la rumiación, magnificación e impotencia. La PCS es un cuestionario validado de 13 ítems en formato de escala Likert, desarrollado por Michael Sullivan en 1995, que permite evaluar el impacto del pensamiento catastrófico en las experiencias de dolor. Los participantes califican sus experiencias de dolor en una escala de 0 a 4, de acuerdo con cómo se sienten al experimentarlo. Con una puntuación máxima de 52, los puntajes más altos reflejan una mayor tendencia hacia el pensamiento catastrófico frente al dolor(61).

Para fines del presente estudio, los valores de la PCS se interpretaron de forma dicotómica: una puntuación total menor a 30 será considerada como “no catastrofización del dolor”, mientras que una puntuación superior o igual a 30 será considerada como “sí catastrofización del dolor”, en concordancia con estudios previos que han propuesto este punto de corte como clínicamente significativo(62,63).

El segundo instrumento utilizado fue la **Encuesta de Salud de Formato Breve de 12 ítems (SF-12)**, que evalúa la calidad de vida relacionada con la salud. El SF-12 incluye 12 ítems organizados en ocho escalas: "funcionamiento físico", "limitaciones por problemas físicos", "dolor corporal", "salud general", "vitalidad", "funcionamiento social", "limitaciones por problemas emocionales" y "salud mental percibida". Estos ítems se combinan y transforman para generar dos puntajes compuestos: uno para la salud física (Resumen del Componente Físico, PCS) y otro para la salud mental (Resumen del Componente Mental, MCS), que oscilan entre 0 (el peor estado de salud) y 100 (el mejor estado de salud)(64). Para el cálculo de los puntajes PCS y MCS, se utilizó la calculadora

en línea gratuita proporcionada por OrthoToolkit, que facilita la obtención de los puntajes compuestos a partir de las respuestas obtenidas en el SF-12(65).

En este estudio, los valores finales de los puntajes para la salud física y la salud mental se categorizaron de acuerdo con los siguientes rangos: un puntaje mayor a 50 se interpretará como una buena calidad de vida, mientras que un puntaje igual o menor a 50 se asociará con una mala calidad de vida. Este punto de corte se utiliza como referencia, y se ha adoptado en concordancia con estudios previos que han propuesto este valor como un umbral clínicamente relevante para diferenciar entre niveles de calidad de vida en diversas poblaciones(66). Por lo tanto, los puntajes superiores a 50 indican una mejor calidad de vida, mientras que los puntajes inferiores o iguales a 50 reflejan una calidad de vida por debajo del promedio.

Finalmente para un mejor tratamiento de los datos se confeccionó una ficha de recolección, la cual permitió organizar de manera sistemática y confiable la información obtenida de cada participante. La ficha de recolección contiene datos sociodemográficos como edad, género, nivel educativo y otras variables relevantes para el análisis y los valores finales de los cuestionarios aplicados. Estos datos fueron esenciales para contextualizar los resultados y entender mejor las posibles asociaciones en grupos similares. Para evaluar la confiabilidad de la ficha de recolección de datos se realizó una prueba piloto.

2.1.7 PROCEDIMIENTOS Y ANÁLISIS DE DATOS

2.1.7.1 PROCEDIMIENTOS

Preparación

Se obtuvieron los permisos por parte del Servicio de Terapia Física y Rehabilitación del Hospital Central de la Fuerza Aérea del Perú y del Comité de Ética en Investigación de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos para la realización del estudio.

Tamizaje y selección

Se invitó a participar a todos los pacientes que presenten dolor crónico y acuden al servicio de Terapia Física y Rehabilitación, enfatizando la participación voluntaria mediante la firma de un consentimiento informado que no repercutirá cambios en su terapia y cuyos resultados serán de estricta confidencialidad.

Recolección de datos

El enrolamiento de participantes se realizó en el Servicio de Terapia Física y Rehabilitación, de lunes a viernes entre las 8:00 a.m. y las 5:00 p.m., durante un período aproximado de un mes. Las encuestadoras se presentaron a cada paciente, ofrecieron una breve explicación sobre el estudio y pidieron su autorización para comprobar si cumplen con los criterios de inclusión. Posteriormente, se invitó a los pacientes que califiquen a pasar a una espacio privado para mayor comodidad, donde recibieron una explicación completa sobre el objetivo del estudio y lo que implicaría su participación. También se les proporcionó el formato de consentimiento informado, que contiene todos los detalles relevantes sobre el estudio (Anexo N°1). Las encuestadoras estuvieron disponibles para resolver cualquier duda que el paciente pudiera tener y en el caso de los que estuvieran de acuerdo, firmaron el consentimiento informado.

Una vez firmado el consentimiento, las encuestadoras entregaron en formato físico la ficha de recolección de datos (Anexo N°2) y los instrumentos de evaluación, el PCS (Anexo N°3) y el SF-12 (Anexo N°4), asegurándose de responder cualquier pregunta que surja durante su llenado. Primero, se completó el cuestionario de recolección de datos, seguido del PCS, que evaluará las dimensiones de rumiación, magnificación e impotencia ante el dolor. Por último, se administró el SF-12 para evaluar la calidad de vida del paciente.

Los resultados de la PCS y SF 12 fueron vaciados a una ficha de recolección de datos que contenían datos sociodemográficos y las variables de estudio. La cual fue corroborada por una prueba piloto (Anexo N°5).

Consolidación de data

Los datos recolectados fueron ingresados en una hoja de cálculo de Excel para su consolidación y análisis.

2.1.7.2 ANÁLISIS DE LOS DATOS.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE LOS DATOS

Se llevó a cabo un análisis descriptivo en el que las variables categóricas se presentaron mediante frecuencias absolutas y porcentajes (relativas). Este análisis correspondió al análisis univariado, permitiendo caracterizar de manera general las variables sociodemográficas y clínicas de los participantes. Antes de realizar los análisis inferenciales, se realizó una **prueba de normalidad** para evaluar la distribución de las variables numéricas. En el análisis inferencial, se usó la prueba de **chi cuadrado** para examinar la asociación entre la catastrofización y la calidad de vida. Posteriormente, debido al diseño transversal y a la naturaleza dicotómica de las variables de desenlace, se emplearon modelos de **regresión de Poisson** con varianza robusta para estimar razones de prevalencia crudas y ajustadas. El nivel de significancia se fijó en $p < 0,05$ y los análisis se realizaron con el software STATA versión 17.

VALIDEZ Y CONFIABILIDAD.

Los instrumentos seleccionados para este estudio, la Escala de Catastrofización del Dolor (PCS) y el Cuestionario de Salud SF-12, cuentan con un sólido respaldo en investigaciones internacionales. Ambos cuestionarios han pasado rigurosas pruebas de validez y confiabilidad, lo que asegura su precisión en la medición de las variables clave en poblaciones similares.

La Escala de Catastrofización del Dolor (PCS) desarrollada por Michael J. Sullivan en 1995 en la Universidad de McGill (Canadá), es un instrumento ampliamente validado para medir la catastrofización del dolor, ha demostrado alta consistencia interna y confiabilidad en pruebas repetidas, lo que respalda su precisión al medir las dimensiones de rumiación, magnificación e impotencia en relación con el dolor. Un estudio piloto realizado por La Serna & Maraví en Perú reportó un coeficiente del alfa de Cronbach

cuyas valoraciones son 0,893 para la escala total, 0,874 para la rumia cognitiva, 0,756 para magnificación y 0,798 para desesperanza. lo que garantiza su confiabilidad en el entorno del país(67).

La Encuesta de salud de formato breve de 12 ítems (SF-12), elaborado por John E. Ware Jr. y colaboradores en 1996 como parte del Medical Outcomes Study (Estados Unidos), es ampliamente reconocida y validada para medir la calidad de vida relacionada con la salud. Ha pasado por pruebas exhaustivas de validez y confiabilidad, resultando una medición de alfa de Cronbach de 0,980, garantizando su confiabilidad y utilidad práctica dado que es sencillo de utilizar e interpretar (68,69,70).

CONFIABILIDAD

Para evaluar la confiabilidad de los instrumentos utilizados en la investigación, se realizó un análisis mediante el coeficiente alfa de Cronbach en una prueba piloto con una muestra de 15 participantes.

Prueba piloto y análisis de alfa de Cronbach

Se llevó a cabo una prueba piloto aplicando la Escala de Catastrofización del Dolor (PCS), la encuesta SF-12 y la ficha de recolección de datos a 15 pacientes con diagnóstico de dolor crónico. Previo a la aplicación, se verificó que los participantes cumplieran con los criterios de inclusión establecidos para el estudio. Los datos recogidos en esta fase piloto se registraron en una base de datos y posteriormente fueron analizados utilizando el software estadístico Stata versión 17, empleando el comando alpha para determinar la consistencia interna de cada instrumento.

El análisis mostró un coeficiente alfa de Cronbach de 0.9578 para la escala total de la PCS, indicando una alta confiabilidad del instrumento para medir la catastrofización del dolor en esta población. La correlación ítem-total corregida para cada uno de los 13 ítems presentó valores entre 0.60 y 0.90, lo que refleja que todos los ítems contribuyen significativamente a la consistencia interna del instrumento. Asimismo, los valores del alfa si se elimina algún ítem fueron menores al alfa total, lo que sugiere que ninguno de los ítems debe ser eliminado para mantener la alta confiabilidad. (Anexo N°6)

En cuanto al SF-12, cabe destacar que las preguntas presentan diferentes rangos de respuesta (de 1 a 2, 4 o 5 opciones), lo cual puede afectar ligeramente el cálculo del alfa de Cronbach debido a la variabilidad en las escalas. Sin embargo, a pesar de esta limitación, el coeficiente alfa obtenido ($\alpha = 0.8592$) indica una alta consistencia interna, respaldando la fiabilidad del instrumento para evaluar la calidad de vida relacionada con la salud en esta población.

Estos resultados respaldaron la fiabilidad de los instrumentos para su aplicación en la población estudiada, garantizando la validez de los datos que se recogieron en la investigación principal.

2.1.8 CONSIDERACIONES ÉTICAS.

Este estudio se llevó a cabo respetando los principios éticos establecidos en la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial, así como las normativas vigentes para proteger tanto los derechos como la privacidad de los participantes. El protocolo fue presentado al Comité de Ética en Investigación de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos para su revisión y aprobación, asegurando que se cumplieran los estándares éticos y científicos necesarios en estudios con personas. Los participantes recibieron una explicación clara y detallada sobre los objetivos, procedimientos, posibles riesgos y beneficios del estudio, tanto de forma verbal como escrita. Cada uno de ellos firmó un consentimiento informado, garantizando su comprensión y aceptación de los términos de participación. Este proceso se realizó conforme a las directrices de la Declaración de Helsinki, que subraya la importancia de la libertad de decisión y el respeto por la autonomía de los participantes. Para preservar el anonimato, los datos recopilados no incluyeron información que permitiera identificar a los participantes de forma directa. Asimismo, toda la información personal fue codificada y almacenada en una base de datos segura, a la que solo las investigadoras tuvieron acceso.

CAPÍTULO III: RESULTADOS

Entre el periodo de agosto del 2025 se incluyeron a 150 participantes con dolor crónico que asisten al servicio de Terapia Física y Rehabilitación del Hospital Central de la Fuerza Aérea del Perú. Se excluyeron aquellos trabajadores que no contenían las variables de interés y que no cumplían alguno de los criterios de inclusión. Tras aplicar estos criterios, en el análisis se incluyeron 116 participantes (**Figura 1**).

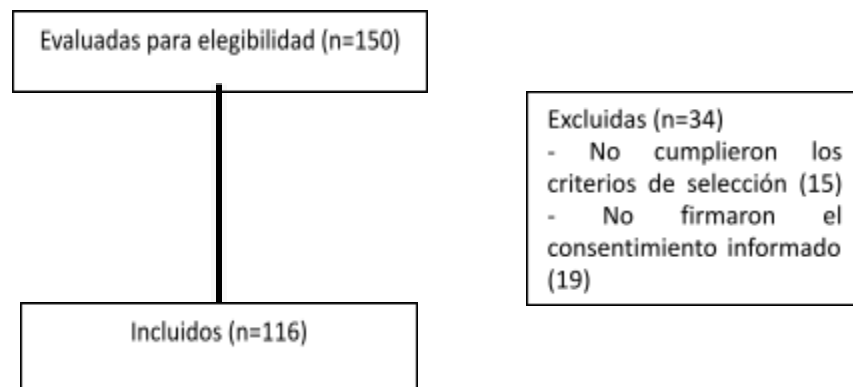


Figura 1. Diagrama de flujo de selección de la muestra.
Fuente: Elaboración propia

De acuerdo con la **Tabla 1**, el 59,5% de los participantes fueron mujeres, mientras que el 40,5% fueron hombres. En cuanto a la edad, la mayoría de los participantes tenía 51 años o más, representando el 81% del total, mientras que el 10,4% se encontraba en el rango de 31 a 50 años, y solo el 8,6% tenía menos de 30 años. Respecto al lugar de nacimiento, el 57,8% de los participantes proviene de Lima, mientras que el 42,3% procede de provincia. En cuanto al estado civil, el 56% de los participantes estaba casado, el 29,3% era viudo, y el 14,7% se encontraba soltero, sin que ningún participante haya reportado estar divorciado. En relación al nivel educativo, el 51,7% de los pacientes había cursado estudios superiores, el 27,6% tenía estudios técnicos, y el 20,7% solo estudios secundarios. Finalmente, en lo que respecta a la ocupación, el 59,5% de los participantes realizaba actividades no militares, incluyendo tareas del hogar, el 31% estaba jubilado, y el 9,5% desempeñaba actividades militares.

Tabla 1. Características sociodemográficas y laborales de los pacientes con dolor crónico –HCFAP

Categoría	Cantidad (n)	Porcentaje (%)
DEMOGRÁFICAS		
Sexo		
Mujeres	69	59,5%
Hombres	47	40,5%
Edad		
≤ 30 años	10	8,6%
31-50 años	12	10,4%
51 años o más	94	81%
Nivel educativo		
Secundaria	24	20,7%
Técnico	32	27,6%
Superior	60	51,7%
Ocupación		
Actividad militar	11	9,5%
Actividad no militar	69	59,5%
Jubilado	36	31%

En cuanto a las variables clínicas, el 25,9% de los participantes presentó catastrofización. Respecto a sus dimensiones, el 28,5% manifestó rumiación, el 28,5% magnificación y el 31,1% desesperanza. Asimismo, el 6,9% presentó buena calidad de vida en el componente físico y el 53,5% de los participantes reportó calidad de vida mala, en el componente mental. (**Tabla 2**).

Tabla 2. Variables clínicas de los pacientes con dolor crónico – HCFAP

Categoría	Cantidad (n)	Porcentaje (%)
Catastrofización		
No	86	74,1%
Sí	30	25,9%
Rumación		
No	83	71,5%
Sí	33	28,5%
Magnificación		
No	83	71,5%
Sí	33	28,5%
Desesperanza		
No	80	68,9%
Sí	36	31,1%
Calidad de vida (Componente físico)		
Mala	108	93,1%
Buena	8	6,9%
Calidad de vida (Componente mental)		
Mala	62	53,5%
Buena	54	46,5%

En la **Tabla 3**, se observa la relación entre las características sociodemográficas con la prevalencia de catastrofización. La prevalencia de catastrofización fue mayor en las mujeres (30,4%) que en los hombres (19,1%), en los participantes de 51 años o más (25) en comparación con los grupos de ≤ 30 años (2) y 31-50 años (3), y en aquellos con estudios secundarios (41,7%) frente a los de estudios técnicos (21,9%) y superiores (21,7%). Además, la catastrofización fue más frecuente en participantes en actividad no militar (33,3%) en comparación con aquellos en actividad militar (18,2%) y los jubilados (13,9%). Sin embargo, ninguna de estas diferencias resultó ser estadísticamente significativa ($p>0,05$).

Tabla 3. *Asociación entre características sociodemográficas y catastrofismo de los pacientes con dolor crónico – HCFAP*

Categoría	Catastrofismo No	Catastrofismo Sí	Valor p
DEMOGRÁFICAS			
Sexo			
Mujeres	48 (69,6)	21 (30,4)	0,173
Hombres	38 (80,9)	9 (19,1)	
Edad			
≤ 30 años	8	2	1
31-50 años	9	3	
51 años o más	69	25	
Nivel educativo			
Secundaria	14 (58,3)	10 (41,7)	0,139
Técnico	25 (78,1)	7 (21,9)	
Superior	47 (78,3)	13 (21,7)	
Ocupación			
Actividad militar	9 (81,8)	2 (18,2)	0,081
Actividad no militar	46 (66,7)	23 (33,3)	
Jubilado	31 (86,1)	5 (13,9)	

En la **Tabla 4** se observa que la prevalencia de calidad de vida mental buena fue mayor en los hombres (59,6%) que en las mujeres (37,7%), diferencia que fue estadísticamente significativa. También se encontró asociación con la edad, siendo esta más frecuente en el grupo de 31 a 50 años (75%) y menos frecuente en el grupo de menores de 30 años (20%).

Tabla 4. Asociación entre características sociodemográficas, clínicas y calidad de vida de los pacientes con dolor crónico – HCFAP

Categoría	CV CSM Mala	CV CSM Buena	Valor p
DEMOGRÁFICAS			
Sexo			
Mujeres	43 (62,3)	26 (37,7)	0,02
Hombres	19 (40,4)	28 (59,6)	
Edad			
≤ 30 años	8 (80)	2 (20)	0,034
31-50 años	3 (25)	9 (75)	
51 años o más	51 (54,3)	43 (45,7)	
Nivel educativo			
Secundaria	15 (62,5)	9 (37,5)	0,357
Técnico	14 (43,7)	18 (56,3)	
Superior	33 (55)	27 (45)	
Ocupación			
Actividad militar	5 (45,4)	6 (54,5)	0,063
Actividad no militar	43 (62,3)	26 (37,7)	
Jubilado	14 (38,9)	22 (61,1)	
CLÍNICAS			
Calidad de vida (Componente física)			
No	57 (52,8)	51 (47,2)	0,722
Sí	5 (62,5)	3 (37,5)	

En la **Tabla 5**, se observa que el 73.33% de los participantes que presentaron catastrofización reportaron una calidad de vida mental mala, mientras que solo el 26.67% de los que también presentaron catastrofización reportaron una calidad de vida mental buena. Por otro lado, el 46.51% de los participantes sin catastrofización indicaron una calidad de vida mental buena, en comparación con el 53.49% que reportaron una calidad de vida mental mala. Esta diferencia fue estadísticamente significativa (valor $p = 0.011$), lo que sugiere asociación entre la catastrofización y el componente mental de calidad de vida.

En cuanto al componente físico, el 96.67% de los participantes que presentaron catastrofización reportaron una calidad de vida física mala, mientras que solo el 3.33% de quienes también presentaron catastrofización indicaron una calidad de vida física buena. Sin embargo, esta diferencia no fue estadísticamente significativa (valor $p = 0.371$), lo que sugiere que la catastrofización no influye de manera significativa en la calidad de vida física.

A partir de estos resultados, se pueden confirmar las hipótesis previamente formuladas: Ho (hipótesis nula): “No existe asociación entre la catastrofización y la calidad de vida en pacientes

con dolor crónico de un hospital de Lima, Perú, 2025” se rechaza en el componente mental y se acepta en el componente físico, dado que no se encontró una relación significativa en este último. H1 (hipótesis alternativa): “Existe asociación entre la catastrofización y la calidad de vida en pacientes con dolor crónico de un hospital de Lima, Perú, 2025”, se acepta en el componente mental y se rechaza en el componente físico.

Tabla 5. *Análisis entre catastrofización y el componente mental y físico de la calidad de vida en los pacientes con dolor crónico –HCFAP*

	Catastrofización		Valor p
Calidad de vida	No	Sí	
Componente Mental			
Mala	40 (53.49)	22 (73,33)	0,011
Buena	46 (46.51)	8 (26.67)	
Componente Físico			
Mala	79 (91.86)	29 (96.67)	0,371
Buena	7 (8.14)	1 (3.33)	

En la **Tabla 8** se visualiza que en el análisis crudo, la prevalencia de calidad de vida mental buena en los participantes con catastrofización fue un 51% menor en comparación con aquellos sin catastrofización, siendo esta diferencia estadísticamente significativa. Sin embargo, al ajustar por sexo y edad, la prevalencia de calidad de vida mental buena en los participantes con catastrofización fue un 42% menor que en aquellos sin catastrofización, sin alcanzar significancia estadística.

Tabla 6. Análisis multivariado entre la catastrofización y el componente mental de buena calidad de vida en los pacientes con dolor crónico –HCFAP

	Análisis crudo RP (IC 95%)	Valor p	Análisis ajustado* RP (IC 95%)	Valor p
Catastrofismo				
No	1,00		1,00	
Sí	0,49 (0,27 – 0,93)	0,030	0,58 (0,31 – 1,07)	0,081

*Ajustado a sexo y edad.

CAPÍTULO IV: DISCUSIÓN

En el estudio realizado en el servicio de Terapia Física y Rehabilitación del Hospital Central de la Fuerza Aérea del Perú se identificó una asociación estadísticamente significativa entre catastrofización y el componente mental de la calidad de vida. La muestra estuvo conformada mayoritariamente por mujeres, quienes representaron el 59,5% de los participantes, este dato refleja la mayor prevalencia de dolor crónico en mujeres observada en nuestra muestra, coincidiendo con lo reportado en estudios previos. Según Parisián et al. (2025)(71), las mujeres presentan una mayor sensibilidad al dolor y un mayor impacto funcional y emocional en comparación con los hombres. Además, estudios como el de Arruda et al. (2025)(72) destacan que las diferencias biológicas y cognitivas, como los efectos hormonales, pueden incrementar la percepción del dolor y contribuir a una mayor catastrofización, lo que agrava la discapacidad funcional y deteriora la calidad de vida de las pacientes.

La prevalencia de catastrofización fue del 25,9% siendo la dimensión más frecuente la desesperanza (31,1%), seguida de la rumiación y magnificación con el 28,5% cada una. En cuanto a la calidad de vida, el 93,1% de los participantes presentó un nivel bajo en el componente físico y el 53,5% en el componente mental. Estas cifras resaltan la significativa relación entre los factores cognitivos y el bienestar emocional de los pacientes con dolor crónico. Estos resultados coinciden en algunos puntos con estudios previos. En el estudio de Van Bogaert et al. en Bélgica (13), reportaron que la catastrofización del dolor tenía un efecto directo sobre la discapacidad por dolor y el componente mental de la calidad de vida en pacientes con dolor espinal crónico. Este resultado coincide con el estudio; sin embargo, el trabajo belga mostró un efecto más robusto. Una posible explicación es que su investigación empleó un modelo de ecuaciones estructurales que permite aislar de manera más precisa los efectos de las cogniciones del dolor sobre la calidad de vida, mientras que el diseño transversal del presente estudio, se centró en asociaciones directas sin explorar interacciones complejas.

Del mismo modo, Kazi et al. en Estados Unidos(14) encontraron que los pacientes con rinosinusitis crónica y dolor facial con altos niveles de catastrofización presentaban mayor ansiedad y depresión, además de una peor calidad de vida específica de la enfermedad. Este hallazgo coincide con los resultados del presente estudio, al mostrar que la catastrofización está estrechamente vinculada con el deterioro de la calidad de vida, independientemente de la fuente

del dolor crónico. A pesar que existe diferencia entre las patologías originarias de dolor (rinosinusitis crónica vs dolor musculoesquelético diverso) se evidencia que el catastrofismo está presente en diferentes condiciones clínicas repercutiendo directamente sobre la calidad de vida.

En Japón, Hayashi et al.(17) revelaron que la catastrofización se asociaba de manera independiente con una peor calidad de vida en pacientes con artrosis de cadera severa, incluso tras ajustar por edad, sexo, índice de masa corporal y severidad del dolor. A diferencia de este estudio, donde la asociación perdió significancia al ajustar, los resultados japoneses subrayan que en condiciones musculoesqueléticas graves la catastrofización puede actuar como predictor independiente de la calidad de vida. Esta discrepancia se podría deber a que ellos evaluaron a candidatos a artroplastia total de cadera, en este caso se trató de una muestra heterogénea de pacientes con distintos tipos de dolor crónico.

En contraste, Montag et al. en Canadá(12) hallaron que niveles más altos de catastrofización, al inicio de un tratamiento especializado en dolor crónico, se asociaron con mejoras posteriores en la calidad de vida mental, mediadas por la reducción de la depresión y un aumento de la autoeficacia. Estos resultados aparentemente refutan nuestros hallazgos, pero la diferencia se basa en que usaron un diseño longitudinal que evaluó la evolución tras un año de intervención especializada, a diferencia de nuestro diseño transversal que no consideró cambios en variables mediadoras como la depresión o la autoeficacia. De esta manera se resalta la importancia de considerar diseños prospectivos que permitan identificar trayectorias de cambio en la relación entre catastrofización y calidad de vida.

Asimismo, en el ámbito nacional, La Serna y Maraví(18) en un estudio llevado a cabo en Lima reportaron que el 86,1% de los adultos mayores con dolor crónico presentaban altos niveles de catastrofización lo que se asoció con el nivel educativo. Este resultado difiere con nuestro estudio donde la prevalencia de catastrofización fue de 25,9% y no se encontró asociación con el nivel educativo. Esta diferencia podría atribuirse a que nuestro estudio incluyó a pacientes adultos de diferentes edades, mientras que el de La Serna se centró en adultos mayores, configurándose como un grupo más vulnerable a presentar pensamientos desadaptativos frente al dolor. Los hallazgos de este estudio nos revelan la importancia de la catastrofización en la

calidad de vida de pacientes con dolor crónico atendidos en el servicio de Terapia Física y Rehabilitación, resaltando la necesidad de no solo considerar los aspectos físicos, sino también los biopsicosociales, en el marco del proceso de rehabilitación. De esta manera, se resalta que los fisioterapeutas cumplen un rol esencial en la identificación de factores cognitivos y emocionales que pueden influir en el dolor y limitar los resultados del manejo correspondiente.

CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. CONCLUSIONES

1. El estudio evidenció una asociación estadísticamente significativa entre la catastrofización y la calidad de vida en los pacientes con dolor crónico atendidos en el servicio de Terapia Física y Rehabilitación del Hospital Central de la Fuerza Aérea del Perú. Este hallazgo respalda la hipótesis de que los pensamientos catastróficos influyen de manera relevante en la percepción general de la calidad de vida de los pacientes, particularmente en el componente mental.
2. El estudio reveló una asociación estadísticamente significativa entre la catastrofización y el componente mental de la calidad de vida. Estos hallazgos sugieren que la catastrofización constituye un factor relevante que influye en el bienestar mental de los pacientes con dolor crónico, resaltando la importancia de integrar la evaluación de aspectos cognitivos conductuales dentro del tratamiento.
3. No se evidenció una asociación estadísticamente entre la catastrofización y el componente físico de la calidad de vida, lo que indica que el pensamiento catastrófico ejerce un impacto predominante en la esfera emocional más que en la funcionalidad física del paciente con dolor crónico. Este resultado resalta la importancia de profundizar en la identificación de otros factores clínicos y biopsicosociales que podrían influir de manera más directa en la calidad de vida física en esta población.
4. Estos hallazgos generan la posibilidad de desarrollar investigaciones futuras orientadas a evaluar intervenciones que combinen componentes físicos, emocionales y sociales en el tratamiento del dolor crónico. De esta manera se resalta la necesidad de un enfoque biopsicosocial en el campo de la terapia física y rehabilitación brindando una atención integral y centrada en el paciente.

5.2. RECOMENDACIONES

1. Basado en los hallazgos del estudio, se recomienda que los profesionales de la salud integren la detección temprana de pensamientos catastróficos en su práctica clínica. Se sugiere la colaboración interdisciplinaria con otros especialistas, y la implementación de programas que incluyan educación en neurociencias del dolor. Este enfoque no solo abordaría los aspectos físicos del dolor, sino también los componentes emocionales y cognitivos, mejorando así la adherencia al tratamiento y optimizando los resultados funcionales y emocionales. La integración de estos enfoques contribuirá a reducir el impacto biopsicosocial del dolor crónico, promoviendo una mejor calidad de vida para los pacientes. Con el fin de fortalecer futuras investigaciones sobre el dolor crónico, se recomienda ampliar la recolección de datos a hospitales de diversas regiones. Esto permitiría mejorar la representatividad de los resultados y su aplicabilidad en contextos nacionales, considerando la diversidad de la población y los diferentes tipos de dolor crónico que pueden influir en la catastrofización y la calidad de vida.
2. Es esencial que futuras investigaciones consideren la inclusión de factores biopsicosociales como la depresión, la ansiedad, calidad de sueño, actividad física y el nivel de apoyo social, ya que estos pueden influir significativamente en la catastrofización y en la calidad de vida de los pacientes. La incorporación de estos factores proporcionará una visión más integral de la interacción de las variables y permitirá intervenciones más completas y personalizadas.
3. A pesar de las limitaciones del estudio, los resultados proporcionan información valiosa para la práctica clínica en el ámbito de la fisioterapia y rehabilitación. Los hallazgos pueden servir de base para la implementación de intervenciones más integrales en el manejo del dolor crónico, con énfasis en los factores cognitivos. Las futuras investigaciones pueden construir sobre estos resultados para explorar en profundidad la relación entre la catastrofización y la calidad de vida en diferentes contextos y poblaciones.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Treede R-D, Rief W, Barke A, Aziz Q, Bennett MI, Benoliel R, et al. A classification of chronic pain for ICD-11. *Pain* [Internet]. 2015;156(6):1003–7. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1097/j.pain.0000000000000160>
2. Rikard SM, Strahan AE, Schmit KM, Guy GP Jr. Chronic pain among adults - United States, 2019-2021. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* [Internet]. 2023 [citado el 21 de Enero de 2025];72(15):379–85. Disponible en: https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/72/wr/mm7215a1.htm?utm_medium=email&utm_source=govdelivery
3. Teoli D, Bhardwaj A. Quality of life. En: StatPearls. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK536962/?utm_source=
4. Grünenthal F. Guía de dolor crónico para periodistas [Internet]. Disponible en: <https://redmpc.wordpress.com/wp-content/uploads/2020/10/guiia-de-dolor-croinico-para-periodistas.pdf>
5. Franchignoni, F., Giordano, A., Ferriero, G. et al. Measurement precision of the Pain Catastrophizing Scale and its short forms in chronic low back pain. *Sci Rep* 12, 12042 (2022). <https://doi.org/10.1038/s41598-022-15522-x>
6. Simic K, Savic B, Knezevic NN. Pain catastrophizing: how far have we come. *Neurol Int*. 2024;16(3):483–501. doi: 10.3390/neurolint16030036.
7. Shimada S, Doorenbos AZ, Goldstein E, Wi D. A systematic review of pain catastrophizing and chronic musculoskeletal pain. *Pain Manag Nurs* [Internet]. 2025; Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.pmn.2025.07.014>
8. Cooke ME, Edwards RR, Wheeler GL, Schmitt WA, Nielsen LV, Streck JM, et al. Pain catastrophizing is associated with reduced neural response to monetary reward. *Front Pain Res (Lausanne)* [Internet]. 2023;4:1129353. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.3389/fpain.2023.1129353>
9. Ikemoto T, Hayashi K, Shiro Y, Arai Y-C, Marcuzzi A, Costa D, et al. A systematic review of cross-cultural validation of the Pain Catastrophizing Scale. *Eur J Pain*. 2020;24(7):1228–41. doi: 10.1002/ejp.1587.

10. Ruiz Romero MV, López Tarrida AC, Porrúa Del Saz A, Gómez Hernández MB, Martínez Monrobé MB, Sánchez Villar E, Cruz Valero C, Pereira Delgado C. Effectiveness of a multimodal intervention for improving chronic pain care [Efectividad de una intervención multimodal para la mejora de la atención al dolor crónico.]. *Rev Esp Salud Publica*. 2023 Sep 6;97:e202309071. Spanish. PMID: 37921370; PMCID: PMC10558111. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10558111/>
11. Leyva EO, Bockos IF, Vela Barba CL, Aldazabal DA, Vitorino CE, García-Mostajo JA, et al. Pain prevalence and chronicity in a developing country in Latin America: a population-based survey in Lima, Peru. *Pain Manag*. 2023;13(1):45–59. doi: 10.2217/pmt-2022-0061.
12. Montag LT, Salomons TV, Wilson R, Duggan S, Bisson EJ. Examining the roles of depression, pain catastrophizing, and self-efficacy in quality of life changes following chronic pain treatment. *Can J Pain*. 2023;7(1):2156330. doi: 10.1080/24740527.2022.2156330.
13. Van Bogaert W, Liew BXW, Fernández-de-Las-Peñas C, Valera-Calero JA, Varol U, Coppeters I, et al. Exploring interactions between sex, pain characteristics, disability, and quality of life in people with chronic spinal pain: a structural equation model. *J Pain*. 2024;25(3):791–804. doi: 10.1016/j.jpain.2023.10.01.
14. Kazi A, West E, Rahman S, Kim S, Sima A, Schuman TA. Pain catastrophizing and quality of life in adults with chronic rhinosinusitis. *Laryngoscope*. 2021;131(9):1939–45. doi: 10.1002/lary.29405.
15. Walankar PP, Panhale VP, Patil MM. Psychosocial factors, disability and quality of life in chronic shoulder pain patients with central sensitization. *Health Psychol Res*. 2020;8(2):8874. doi: 10.4081/hpr.2020.8874.
16. Martinez-Calderon J, Jensen MP, Morales-Asencio JM, Luque-Suarez A. Pain catastrophizing and function in individuals with chronic musculoskeletal pain: a systematic review and meta-analysis. *Clin J Pain*. 2019;35(3):279-293. doi:10.1097/AJP.0000000000000676.
17. Hayashi, K., Morishima, T., Ikemoto, T., Miyagawa, H., Okamoto, T., Ushida, T., et al. (2019). Pain catastrophizing is independently associated with quality of life in patients with severe hip osteoarthritis. *Pain Medicine*, 20(11), 2220-2227. <http://dx.doi.org/10.1093/pm/pny265>

18. La Serna Gallegos LV, Maravi Loyola YJ. Catastrofismo ante el dolor crónico en adultos mayores que se atienden en un hospital de Lima, 2018 [tesis]. Lima (PE): Universidad Privada Norbert Wiener; 2019. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.13053/2966>.
19. Raja SN, Carr DB, Cohen M, Finnerup NB, Flor H, Gibson S, et al. The revised International Association for the Study of Pain definition of pain: concepts, challenges, and compromises: Concepts, challenges, and compromises. Pain [Internet]. 2020;161(9):1976–82. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001939>
20. Treede R-D, Rief W, Barke A, Aziz Q, Bennett MI, Benoliel R, et al. A classification of chronic pain for ICD-11. Pain [Internet]. 2015;156(6):1003–7. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1097/j.pain.000000000000160>
21. Hadi MA, McHugh GA, Closs SJ. Impact of chronic pain on patients' quality of life: A comparative mixed-methods study. J Patient Exp [Internet]. 2019;6(2):133–41. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1177/2374373518786013>
22. Watson JA, Ryan CG, Cooper L, Ellington D, Whittle R, Lavender M, et al. Pain neuroscience education for adults with chronic musculoskeletal pain: A mixed-methods systematic review and meta-analysis. J Pain [Internet]. 2019;20(10):1140.e1-1140.e22. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpain.2019.02.011>
23. Thapa R, Ang D. Nociplastic pain: A practical guide to chronic pain management in the primary care setting. Cleve Clin J Med [Internet]. 2025;92(4):236–47. Disponible en: <https://www.ccm.org/content/ccjom/92/4/236.full.pdf>
24. Vidal Fuentes J. Versión actualizada de la definición de dolor de la IASP: un paso adelante o un paso atrás. Rev Soc Esp Dolor [Internet]. 2020; Disponible en: <http://dx.doi.org/10.20986/resed.2020.3839/2020>
25. de Zárate J del AO. Curso básico sobre dolor. Tema 1. Fisiopatología, clasificación y tratamiento farmacológico. Farm Prof (Internet) [Internet]. 2015 [citado el 2 de diciembre de 2025];29(1):36–43. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7711948>
26. GRUNENTHAL. Manual básico de dolor de la SGADOR para residentes [Internet]. Edición Enfoque Editorial SC, editor. 2017 [citado el 2 de diciembre de 2025]. Disponible en: https://sgador.com/wp-content/uploads/2018/04/Manual-SGADOR-24x17_WEB_20-03.pdf

27. Wilk M, Zimba O, Haugeberg G, Korkosz M. Pain catastrophizing in rheumatic diseases: prevalence, origin, and implications. *Rheumatol Int.* 2024;44(6):985–1002. doi: 10.1007/s00296-024-05583-8.
28. Craner JR, Gilliam WP, Sperry JA. Rumination, magnification, and helplessness: how do different aspects of pain catastrophizing relate to pain severity and functioning? *Clin J Pain.* 2016;32(12):1028–35. doi: 10.1097/AJP.0000000000000355.
29. Meints SM, Stout M, Abplanalp S, Hirsh AT. Pain-related rumination, but not magnification or helplessness, mediates race and sex differences in experimental pain. *J Pain.* 2017;18(3):332–9. doi: 10.1016/j.jpain.2016.11.005.
30. Toro RA, González Gutiérrez E, Navarro Ocampo A, Ortiz Prada HV. Rumiación cognitiva y psicopatologías externalizantes: una revisión sistemática. *Rev Iberam Psicol.* 2020;13(2):125–34. doi: 10.47909/iberpsicol.2020.v13.n2.1756.
31. Sullivan MJL, Lynch ME, Clark AJ. Dimensions of catastrophic thinking associated with pain experience and disability in patients with neuropathic pain conditions. *Pain.* 2005;113(3):310–5. doi: 10.1016/j.pain.2004.11.003.
32. Quartana PJ, Campbell CM, Edwards RR. Pain catastrophizing: a critical review. *Expert Rev Neurother.* 2009;9(5):745–58. doi: 10.1586/ern.09.34.
33. Sullivan MJL, Bishop SR, Pivik J. The Pain Catastrophizing Scale: development and validation. *Psychol Assess.* 1995;7(4):524–532. doi: 10.1037/1040-3590.7.4.524.
34. Furrer A, Michel G, Terrill AL, Jensen MP, Müller R. Modeling subjective well-being in individuals with chronic pain and a physical disability: the role of pain control and pain catastrophizing. *Disabil Rehabil.* 2019;41(5):498–507. doi:10.1080/09638288.2017.1390614.
35. Haythornthwaite JA, Campbell CM, Edwards RR. When thinking about pain contributes to suffering: the example of pain catastrophizing. *Pain.* 2024;165(11S):S68–75. doi: 10.1097/j.pain.0000000000003372.
36. Asanova A, Ovdii M, Mukharovska I, Skrynnyk O. The role of catastrophizing, depression and anxiety in chronic pain: a cross-sectional pilot study. *Int Neurol J.* 2024;20(7):334–42. doi: 10.22141/2224-0713.20.7.2024.1113.
37. Sullivan MJL, Tripp DA. Pain catastrophizing: Controversies, misconceptions and future directions. *J Pain* [Internet]. 2024;25(3):575–87. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpain.2023.07.004>.

38. Guyatt GH, Feeny DH, Patrick DL. Measuring health-related quality of life. *Ann Intern Med.* 1993;118(8):622–629. doi: 10.7326/0003-4819-118-8-199304150-00009.
39. Failde I, Medina P, Ramírez C, Arana R. Assessing health-related quality of life among coronary patients: SF-36 vs. SF-12. *Public Health.* 2009;123(9):615–7. doi:10.1016/j.puhe.2009.07.013
40. Luo X, George ML, Kakouras I, Edwards CL, Pietrobon R, Richardson W, et al. Reliability, validity, and responsiveness of the short form 12-item survey (SF-12) in patients with back pain. *Spine (Phila Pa 1976).* 2003;28(15):1739–45. doi:10.1097/01.BRS.0000083169.58671.96.
41. Hayes CJ, Bhandari NR, Kathe N, Payakachat N. Reliability and validity of the Medical Outcomes Study Short Form-12 Version 2 (SF-12v2) in adults with non-cancer pain. *Healthcare (Basel).* 2017;5(2):22. doi:10.3390/healthcare5020022.
42. Treede RD, Rief W, Barke A, et al. A classification of chronic pain for ICD-11. *Pain.* 2015;156(6):1003–7. doi: 10.1097/j.pain.0000000000000160.
43. Smith JA, Osborn M. Pain as an assault on the self: an interpretative phenomenological analysis of the psychological impact of chronic benign low back pain. *Psychol Health.* 2007;22(5):517–34. doi:10.1080/14768320600941756.
44. Hong JH, Kim HD, Shin HH, et al. Assessment of depression, anxiety, sleep disturbance, and quality of life in patients with chronic low back pain in Korea. *Korean J Anesthesiol.* 2014;66(6):444–50. doi:10.4097/kjae.2014.66.6.444.
45. Woby SR , Urmston M , Watson PJ . Self-Efficacy mediates the relation between pain-related fear and outcome in chronic low back pain patients. *Eur J Pain* 2007;11:711–8.doi:10.1016/j.ejpain.2006.10.009
46. Cummings EC, van Schalkwyk GI, Grunschel BD, et al. Self-efficacy and paradoxical dependence in chronic back pain: a qualitative analysis. *Chronic Illn.* 2017;13(3):251–61. doi: 10.1177/1742395317690033.
47. Vetter TR. A primer on health-related quality of life in chronic pain medicine. *Anesth Analg.* 2007;104(3):703–18. doi:10.1213/01.ane.0000255290.64837.61.

48. Zis P, Daskalaki A, Bountouni I, Sykioti P, Varrassi G, Paladini A. Depression and chronic pain in the elderly: links and management challenges. *Clin Interv Aging*. 2017;12:709–20. Disponible en: <https://doi.org/10.2147/CIA.S113576>
49. Rodríguez I, Abarca E, Herskovic V, Campos M. Living with Chronic Pain: A Qualitative Study of the Daily Life of Older People with Chronic Pain in Chile. *Pain Res Manag*. 2019 Apr 1;2019:8148652. doi: 10.1155/2019/8148652. PMID: 31065304; PMCID: PMC6466839.
50. Haythornthwaite JA, Campbell CM, Edwards RR. When thinking about pain contributes to suffering: the example of pain catastrophizing. *Pain*. 2024;165(11S):S68–75. doi: 10.1097/j.pain.0000000000003372.
51. Guyatt GH, Feeny DH, Patrick DL. Measuring health-related quality of life. *Ann Intern Med*. 1993;118(8):622–629. doi: 10.7326/0003-4819-118-8-199304150-00009.
52. Petrini L, Arendt-Nielsen L. Understanding Pain Catastrophizing: Putting Pieces Together. *Front Psychol*. 2020 Dec 16;11:603420. doi: 10.3389/fpsyg.2020.603420. PMID: 33391121; PMCID: PMC7772183.
53. Yuan Y, Schreiber K, Flowers KM, Edwards R, Azizoddin D, Ashcraft L, Newhill CE, Hruschak V. The relationship between emotion regulation and pain catastrophizing in patients with chronic pain. *Pain Med*. 2024 Jul 1;25(7):468-477. doi: 10.1093/pm/pnae009. PMID: 38374234.
54. Luo X, George ML, Kakouras I, Edwards CL, Pietrobon R, Richardson W, et al. Reliability, validity, and responsiveness of the short form 12-item survey (SF-12) in patients with back pain. *Spine (Phila Pa 1976)*. 2003;28(15):1739–45. doi:10.1097/01.BRS.0000083169.58671.96.
55. American Society of Anesthesiologists Task Force on Chronic Pain Management; American Society of Regional Anesthesia and Pain Medicine. Practice guidelines for chronic pain management: an updated report by the American Society of Anesthesiologists Task Force on Chronic Pain Management and the American Society of Regional Anesthesia and Pain Medicine. *Anesthesiology*. 2010 Apr;112(4):810-33. doi: 10.1097/ALN.0b013e3181c43103. PMID: 20124882.
56. Treede RD, Rief W, Barke A, Aziz Q, Bennett MI, Benoliel R, Cohen M, Evers S, Finnerup NB, First MB, Giamberardino MA, Kaasa S, Korwisi B, Kosek E, Lavand'homme P, Nicholas M, Perrot S, Scholz J, Schug S, Smith BH, Svensson P,

- Vlaeyen JWS, Wang SJ. Chronic pain as a symptom or a disease: the IASP Classification of Chronic Pain for the International Classification of Diseases (ICD-11). *Pain*. 2019 Jan;160(1):19-27. doi: 10.1097/j.pain.0000000000001384. PMID: 30586067.
57. Sullivan MJL, Bishop SR, Pivik J. The pain catastrophizing scale: development and validation. *Psychol Assess* 1995;7:524–532.
 58. Craner JR, Gilliam WP, Sperry JA. Rumination, Magnification, and Helplessness: How do Different Aspects of Pain Catastrophizing Relate to Pain Severity and Functioning? *Clin J Pain*. 2016 Dec;32(12):1028-1035. doi: 10.1097/AJP.0000000000000355. PMID: 26783987.
 59. Gatchel RJ, Peng YB, Peters ML, Fuchs PN, Turk DC. The biopsychosocial approach to chronic pain: scientific advances and future directions. *Psychol Bull*. 2007 Jul;133(4):581-624. doi: 10.1037/0033-2909.133.4.581. PMID: 17592957.
 60. Kucyi A, Moayed M, Weissman-Fogel I, Goldberg MB, Freeman BV, Tenenbaum HC, Davis KD. Enhanced medial prefrontal-default mode network functional connectivity in chronic pain and its association with pain rumination. *J Neurosci*. 2014 Mar 12;34(11):3969-75. doi: 10.1523/JNEUROSCI.5055-13.2014. PMID: 24623774; PMCID: PMC6705280.
 61. Sullivan MJL, Bishop SR, Pivik J. The pain catastrophizing scale: development and validation. *Psychol Assess* 1995;7:524–532.
 62. Sullivan MJL. The Pain Catastrophizing Scale—User Manual [Internet]. Montreal: McGill University; 1995, 2001, 2004, 2006, 2009. Available from: https://aspecthealth.ca/wp-content/uploads/2017/03/PCManual_English1.pdf
 63. Alvarez-Astorga A, García-Azorín D, Hernández M, de la Red H, Sotelo E, Uribe F, et al. Pensamiento catastrófico ante el dolor: presencia en una población de migrañosos. *Neurología*. 2021;36(1):24–8. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.nrl.2018.10.005>
 64. Ware JE Jr, Kosinski M, Keller SD. A 12-item short-form health survey: Construction of scales and preliminary tests of reliability and validity. *Med Care*. 1996;34(3):220–33. doi: 10.1097/00005650-199603000-00003.
 65. Plaza L. Tratamiento ortopédico en fracturas de húmero proximal Neer en dos fragmentos en adultos mayores. *Órgano Científico y Divulgativo Oficial de la Sociedad Venezolana*

- de Cirugía Ortopédica y Traumatología. 2020;57. Disponible en: <https://svcot.org.ve/wp-content/uploads/2022/09/SVCOT-2020-2.pdf#page=22>
66. Turner-Bowker D, Hogue SJ. Short Form 12 Health Survey (SF-12). In: Michalos AC, editor. Encyclopedia of Quality of Life and Well-Being Research. Dordrecht: Springer; 2014. p. 5812-4. doi: 10.1007/978-94-007-0753-5_2698.
67. La Serna Gallegos LV, Maravi Loyola YJ. Catastrofismo ante el dolor crónico en adultos mayores que se atienden en un hospital de Lima, 2018 [tesis]. Lima (PE): Universidad Privada Norbert Wiener; 2019. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.13053/2966>.
68. Richard PDW. Características sociodemográficas y su relación con el nivel de estilo de vida y la percepción del estado de salud en líderes religiosos, Lima [Tesis de Licenciatura]. Lima: Universidad Peruana Unión; 2017. Disponible en: <https://repositorio.upeu.edu.pe/handle/20.500.12840/924>
69. Cantoral Díaz KD. Distancia recorrida y la calidad de vida en trabajadores textiles de la galería Santa Rosa, Lima 2022 [Internet]. Lima, Perú: Universidad Privada Norbert Wiener; 2024 [citado el 2 de invierno de 2025]. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.13053/11943>
70. Ware JE Jr, Kosinski M, Turner-Bowker DM, Gandek B. How to score version 2 of the SF-12 Health Survey with a supplement documenting. QualityMetric. 2002;1(1):1-14.
71. Parisien M, Fillingim M, Tanguay-Sabourin C, Roy M, Vachon-Pressseau E, Diatchenko L. Sex-specific genetics underlie increased chronic pain risk in women: genome-wide association studies from the UK Biobank. Br J Anaesth [Internet]. 2025;135(2):401–15. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.bja.2025.04.013>
72. Barreto MCA, Ávila MA, Cartes-Velásquez R, de Castro SS. The burden of chronic pain on women: A secondary analysis of data from the National Study on Disability (ENDISC) in Chile. Eur J Pain [Internet]. 2025;29(7):e70080. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1002/ejp.70080>

ANEXOS

ANEXO 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO

TÍTULO: "Asociación entre la catastrofización y la calidad de vida en pacientes con dolor crónico de un hospital de Lima Perú, 2025"

Investigadores: Emily Esmeralda Estacio Parra, Ximena Paola Gonzales Farias.

Propósito del estudio: Se le invita a participar en un estudio cuyo objetivo es determinar la asociación entre la catastrofización y la calidad de vida en pacientes con dolor crónico de un hospital de Lima Perú, 2025. Su participación permitirá ampliar el conocimiento en este campo y contribuir al desarrollo de mejores estrategias de intervención en pacientes con dolor crónico.

Participación: Con su consentimiento, se le realizará una evaluación bajo todas las consideraciones de seguridad y respeto. La evaluación se llevará a cabo en las instalaciones del Servicio de Terapia Física y Rehabilitación del HCFAP y será realizada por personal capacitado. El estudio consta de una fase: Cuestionario: Se le entregará un formulario impreso con preguntas sobre su experiencia con el dolor, y su calidad de vida.

Riesgos del estudio: Este estudio no representa ningún riesgo para el participante.

Beneficios de participación: Su participación contribuirá al avance del conocimiento en salud y fisioterapia, beneficiando a futuros pacientes con dolor crónico. Al finalizar el estudio, como muestra de agradecimiento, se brindará una capacitación gratuita sobre estrategias de manejo del dolor crónico, donde podrá resolver cualquier duda relacionada con el tema.

Costos o estipendios: La participación en este estudio no implica ningún costo ni compensación económica. La evaluación se llevará a cabo dentro del horario habitual del servicio de Medicina Física y Rehabilitación del HCFAP.

Confidencialidad del estudio: Toda la información obtenida en el estudio es completamente confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. El participante será registrado con un código, el mismo que se usará para el análisis, presentación de resultados, publicaciones, entre otros; de manera que el nombre del participante permanecerá en total confidencialidad. Ninguna persona ajena a la investigación podrá conocer los datos de los participantes.

Derecho de autonomía: Si usted no desea participar o continuar en el estudio por cualquier razón, puede retirarse con toda libertad sin que esto represente algún costo adicional, pago o consecuencia negativa por hacerlo.

Donde y con quién conseguir información: En el caso de tener alguna duda o comentario sobre su participación en este estudio, por favor póngase en contacto con Emily Esmeralda Estacio Parra al número 953 989 323 correo: emily.estacio@unmsm.edu.pe

Declaración voluntaria:

Yo, _____, he sido informado(a) sobre el propósito del estudio,

los procedimientos involucrados, los posibles riesgos, beneficios y la confidencialidad de la información obtenida. Entiendo que mi participación en este estudio es voluntaria y gratuita y que puedo retirarme en cualquier momento sin que esto implique ningún costo o consecuencia negativa. Por lo tanto, acepto participar voluntariamente en el estudio: "Asociación entre la catastrofización, la calidad de vida y cantidad de áreas de dolor en pacientes con dolor crónico de un hospital de Lima Perú, 2025".

Nombre: _____

DNI: _____

Fecha: ____/____/2025

FIRMA DEL PARTICIPANTE

ANEXO 2

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

DATOS DE IDENTIFICACIÓN:

(Código):

Fecha:

Sexo: ☐ Masculino ☐ Femenino

Edad: _____ años

Lugar de Nacimiento: _____

Lugar de Residencia: _____

Estado civil: ☐ Soltero ☐ Casado ☐ Divorciado ☐ Viudo ☐ Otro: _____

Nivel Educativo: ☐ Primaria ☐ Secundaria ☐ Técnica ☐ Superior

Ocupación:

PAIN CATASTROPHIZING SCALE (PCS)	Puntaje PCS Total (0-52)	¿Catastrofismo clínico? (>30)

SF-12	PCS (Componente Físico)	MCS (Componente Mental)	Puntaje Total SF-12

ANEXO 3

PAIN CATASTROPHIZING SCALE (PCS)

Todas las personas experimentamos situaciones de dolor en algún momento de nuestra vida. Las personas estamos a menudo expuestas a situaciones que pueden causar dolor como las enfermedades, las heridas, los tratamientos dentales o las intervenciones quirúrgicas.

Estamos interesados en conocer el tipo de pensamientos y sentimientos que usted tiene cuando siente dolor. A continuación se presenta una lista de 13 frases que describen diferentes pensamientos y sentimientos que pueden estar asociados al dolor. Utilizando la siguiente escala, por favor, indique el grado en que usted tiene esos pensamientos y sentimientos cuando siente dolor.

Cuando siento dolor...

1. Estoy preocupado todo el tiempo pensando en si el dolor desaparecerá

0: Nada en absoluto
1: Un poco
2: Moderadamente
3: Mucho
4: Todo el tiempo

2. Siento que ya no puedo más

0: Nada en absoluto
1: Un poco
2: Moderadamente
3: Mucho
4: Todo el tiempo

3. Es terrible y pienso que esto nunca va a mejorar

0: Nada en absoluto
1: Un poco
2: Moderadamente
3: Mucho
4: Todo el tiempo

4. Es horrible y siento que esto es más fuerte que yo

0: Nada en absoluto
1: Un poco
2: Moderadamente
3: Mucho
4: Todo el tiempo

5. Siento que no puedo soportarlo más

0: Nada en absoluto
1: Un poco
2: Moderadamente
3: Mucho
4: Todo el tiempo

6. Temo que el dolor empeore

0: Nada en absoluto
1: Un poco
2: Moderadamente
3: Mucho
4: Todo el tiempo

7. No dejo de pensar en otras situaciones en las que experimento dolor

0: Nada en absoluto
1: Un poco
2: Moderadamente
3: Mucho
4: Todo el tiempo

8. Deseo desesperadamente que desaparezca el dolor

0: Nada en absoluto
1: Un poco
2: Moderadamente
3: Mucho
4: Todo el tiempo

9. No puedo apartar el dolor de mi mente

0: Nada en absoluto
1: Un poco
2: Moderadamente
3: Mucho
4: Todo el tiempo

10. No dejo de pensar en lo mucho que me duele

0: Nada en absoluto
1: Un poco
2: Moderadamente
3: Mucho
4: Todo el tiempo

11. No dejo de pensar en lo mucho que deseo que desaparezca el dolor

0: Nada en absoluto
1: Un poco
2: Moderadamente
3: Mucho
4: Todo el tiempo

12. No hay nada que pueda hacer para aliviar la intensidad del dolor

0: Nada en absoluto
1: Un poco
2: Moderadamente
3: Mucho
4: Todo el tiempo

13. Me pregunto si me puede pasar algo grave

0: Nada en absoluto
1: Un poco
2: Moderadamente
3: Mucho
4: Todo el tiempo

ANEXO 4

SF-12

.....

INSTRUCCIONES: Las preguntas que siguen se refieren a lo que usted piensa sobre su salud. Sus respuestas permitirán saber cómo se encuentra usted y hasta qué punto es capaz de hacer sus actividades habituales.

Por favor, conteste cada pregunta marcando una casilla. Si no está seguro/a de cómo responder a una pregunta, por favor, conteste a lo que le parezca más cierto.

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

1	2	3	4	5
☐	☐	☐	☐	☐
Excelente	Muy Buena	Buena	Regular	Mala

Las siguientes preguntas se refieren a cosas o actividades que usted podría realizar en un día normal. Su salud actual, ¿le limita hacer esas actividades o cosas? Si es así, ¿cuánto?

- | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | 1 | 2 | 3 |
| | ☐ | ☐ | ☐ |
| | Sí, me limita mucho | Sí, me limita un poco | No, no me limita nada |
2. **Esfuerzos moderados**, como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar 1 hora.
3. Subir **varios** pisos por la escalera.

Durante las **últimas 4 semanas**, ¿ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, **a causa de su salud física**?

- | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| | 1 | 2 |
| | ☐ | ☐ |
| | Sí | No |
4. ¿Hizo **al menos** de lo que hubiera querido hacer?
5. ¿Tuvo que **dejar de hacer algunas** tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas?

Durante las **4 últimas semanas**, ¿ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, **a causa de algún problema emocional** (como estar triste, deprimido o nervioso)?

- | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| | 1 | 2 |
| | ☐ | ☐ |
| | Sí | No |
6. ¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer, por algún problema emocional?
7. ¿No hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan cuidadosamente como de costumbre, por algún problema emocional?

8. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)?

1	2	3	4	5
☐	☐	☐	☐	☐
Nada	Un poco	Regular	Bastante	Mucho

Las preguntas que siguen se refieren a como se han sentido y como se han ido las cosas durante las 4 últimas semanas. En cada pregunta responda lo que se parezca más a como se ha sentido usted. Durante las 4 últimas semanas. ¿Cuánto tiempo...

- | | | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| | Siempre | Casi siempre | Muchas veces | Algunas veces | Solo alguna vez | Nunca |
9. ...Se sintió calmado y tranquilo?
10. ...Tuvo mucha energía?
11. ...Se sintió demasiado triste?

12. Durante las últimas 4 semanas, ¿con qué frecuencia la salud física o los problemas emocionales se han dificultado sus actividades sociales (como visitar a los amigos o familiares)?

1	2	3	4	5
☐	☐	☐	☐	☐
Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Sólo alguna vez	Nunca

ANEXO 5

MATERIAL COMPLEMENTARIO

`. alpha v1 v2 v3 v4 v5 v6 v7 v8 v9 v10 v11 v12 v13, item`

Test scale = mean(unstandardized items)

Item	Obs	Sign	item-test correlation	item-rest correlation	average interitem covariance	alpha
v1	15	+	0.7173	0.6662	.9666667	0.9573
v2	15	+	0.6540	0.6030	.9969697	0.9585
v3	15	+	0.8319	0.7982	.9363636	0.9539
v4	15	+	0.9151	0.8961	.9082251	0.9512
v5	15	+	0.9243	0.9117	.9499278	0.9519
v6	15	+	0.7660	0.7131	.9304473	0.9568
v7	15	+	0.8105	0.7840	.9831169	0.9550
v8	15	+	0.8654	0.8342	.9099567	0.9530
v9	15	+	0.7806	0.7392	.9515152	0.9554
v10	15	+	0.8901	0.8660	.9150794	0.9520
v11	15	+	0.7946	0.7494	.9291486	0.9555
v12	15	+	0.9091	0.8947	.958658	0.9525
v13	15	+	0.8393	0.8069	.9345599	0.9537
Test scale					.943895	0.9578

`. alpha s1 s2 s3 s4 s5 s6 s7 s8 s9 s10 s11 s12, item`

Test scale = mean(unstandardized items)

Item	Obs	Sign	item-test correlation	item-rest correlation	average interitem covariance	alpha
s1	15	-	0.6978	0.6314	.2722078	0.8431
s2	15	+	0.7868	0.7251	.2537662	0.8348
s3	15	+	0.6777	0.5969	.2683117	0.8442
s4	15	+	0.5553	0.5024	.2987879	0.8536
s5	15	+	0.4320	0.3746	.3072727	0.8584
s6	15	+	0.5819	0.5280	.295671	0.8522
s7	15	+	0.6995	0.6598	.2901299	0.8480
s8	15	-	0.7360	0.6439	.2489177	0.8404
s9	15	-	0.6488	0.5089	.2533333	0.8567
s10	15	-	0.5954	0.4412	.2619048	0.8636
s11	15	+	0.6760	0.6132	.2782684	0.8452
s12	15	+	0.7582	0.6780	.2493506	0.8374
Test scale					.2731602	0.8592

INSTRUMENTO SUGERIDO PARA LA VALIDACIÓN POR JUEZ

Instrumento a validar: Ficha de Recolección de Datos

Proyecto de tesis: Asociación entre la catastrofización y la calidad de vida en pacientes con dolor crónico de un hospital de Lima Perú, 2025

Tesista: Estacio Parra Emily Esmeralda, Gonzales Farías Ximena Paola

Indicaciones para el juez experto:

Evalúe cada ítem del instrumento usando una escala de 1 a 4, donde:

1 = Bajo / Inadecuado

2 = Regular

3 = Adecuado

4 = Muy adecuado

Marque con una (✓) o (X) en el puntaje correspondiente. Puede incluir observaciones si lo desea.

Ítem	Contenido del ítem	Objetivo	Escala evaluativa				Observaciones
			1	2	3	4	
1	Sexo	Identificar el sexo biológico del paciente para análisis sociodemográficos.				✓	
2	Edad	Determinar la edad cronológica del paciente como variable continua.				✓	
3	Lugar de nacimiento	Identificar el origen geográfico del paciente para análisis sociodemográfico.				✓	
4	Estado civil	Registrar el estado civil como variable sociodemográfica relevante.				✓	
5	Lugar de residencia	Ubicar la zona geográfica del paciente para análisis contextuales.				✓	
6	Nivel Educativo	Conocer el nivel de estudios alcanzado como indicador sociocultural.				✓	
7	Ocupación	Registrar la actividad laboral o profesional del paciente para el perfil sociodemográfico.				✓	
8	Frecuencia de asistencia a terapia física.	Evaluar la adherencia a la terapia física.				✓	
9	Cantidad de sesiones realizadas	Conocer la cantidad total de sesiones completadas.				✓	
10	Tipo de terapia	Identificar el tipo de tratamiento recibido por el paciente.				✓	
11	¿Cuántos medicamentos toma al día?	Registrar la carga farmacológica del paciente.				✓	

12	Uso de ayuda biomecánica	Determinar si el paciente necesita apoyo para movilizarse.				✓	
13	¿Realiza ejercicio?	Evaluar la práctica regular de actividad física.				✓	
14	Horas de sueño por noche	Cuantificar la duración habitual del sueño nocturno.				✓	
15	Calidad del sueño	Medir la percepción subjetiva del descanso.				✓	
14	Consumo de tabaco	Determinar si existe hábito tabáquico actual o pasado.				✓	
15	Consumo de alcohol	Registrar el consumo de alcohol como factor de riesgo asociado.				✓	
16	Presencia de comorbilidades	Detectar condiciones médicas coexistentes que puedan influir en el dolor y funcionalidad.				✓	
17	Número de áreas con dolor	Cuantificar la extensión corporal del dolor percibido.				✓	
18	Intensidad del dolor (EVA)	Cuantificar la percepción subjetiva de dolor mediante escala visual analógica.				✓	

Validado por: SANTOS LUCIO CHERO PISFI

DNI o N° de colegiatura: 06139258 CTMP: 2252

Institución: HOSPITAL CENTRAL FUERZA AEREA DEL PERU

Cargo actual: FISIOTERAPEUTA

Grado académico más alto: DOCTOR EN EDUCACIÓN

Lugar y fecha: 04/06/2025

Firma y sello: 
Santos Lucio Chero Pisfi
 Fisioterapeuta CTMP 2252 INE-007
 Fisioterapia Cardiorespiratoria

INSTRUMENTO SUGERIDO PARA LA VALIDACIÓN POR JUEZ

Instrumento a validar: Ficha de Recolección de Datos

Proyecto de tesis: Asociación entre la catastrofización y la calidad de vida en pacientes con dolor crónico de un hospital de Lima Perú, 2025

Tesista: Estacio Parra Emily Esmeralda, Gonzales Farias Ximena Paola

Indicaciones para el juez experto:

Evalúe cada ítem del instrumento usando una escala de 1 a 4, donde:

1 = Bajo / Inadecuado

2 = Regular

3 = Adecuado

4 = Muy adecuado

Marque con una (✓) o "X" en el puntaje correspondiente. Puede incluir observaciones si lo desea.

Item	Contenido del ítem	Objetivo	Escala evaluativa				Observaciones
			1	2	3	4	
1	Sexo	Identificar el sexo biológico del paciente para análisis sociodemográficos.				X	
2	Edad	Determinar la edad cronológica del paciente como variable continua.				X	
3	Lugar de nacimiento	Identificar el origen geográfico del paciente para análisis sociodemográfico.				X	
4	Estado civil	Registrar el estado civil como variable sociodemográfica relevante.				X	
5	Lugar de residencia	Ubicar la zona geográfica del paciente para análisis contextuales.				X	
6	Nivel Educativo	Conocer el nivel de estudios alcanzado como indicador sociocultural.				X	
7	Ocupación	Registrar la actividad laboral o profesional del paciente para el perfil sociodemográfico.				X	
8	Frecuencia de asistencia a terapia física.	Evaluar la adherencia a la terapia física.				X	
9	Cantidad de sesiones realizadas	Conocer la cantidad total de sesiones completadas.				X	
10	Tipo de terapia	Identificar el tipo de tratamiento recibido por el paciente.				X	
11	¿Cuántos medicamentos toma al día?	Registrar la carga farmacológica del paciente.				X	

12	Uso de ayuda biomecánica	Determinar si el paciente necesita apoyo para movilizarse.				X	
13	¿Realiza ejercicio?	Evaluar la práctica regular de actividad física.				X	
14	Horas de sueño por noche	Cuantificar la duración habitual del sueño nocturno.				X	
15	Calidad del sueño	Medir la percepción subjetiva del descanso.				X	
14	Consumo de tabaco	Determinar si existe hábito tabáquico actual o pasado.				X	
15	Consumo de alcohol	Registrar el consumo de alcohol como factor de riesgo asociado.				X	
16	Presencia de comorbilidades	Detectar condiciones médicas coexistentes que puedan influir en el dolor y funcionalidad.				X	
17	Número de áreas con dolor	Cuantificar la extensión corporal del dolor percibido.				X	
18	Intensidad del dolor (EVA)	Cuantificar la percepción subjetiva de dolor mediante escala visual análoga.				X	

Validado por: AIMEE YAJAIRA DIAZ MAU

DNI o N° de colegiatura: 9981 RNE 0077

Institución: HOSPITAL CENTRAL FUERZA AEREA DEL PERU

Cargo actual: FISIOTERAPEUTA

Grado académico más alto: DOCTORA EN EDUCACIÓN

Lugar y fecha: 04/06/2025

Firma y sello: _____

[Signature]

Lic. Amador Díaz Mau
Tecnólogo Médico
Especialista en Fisioterapia
Cervicorrespiratoria
STMP N° 9000-000000077

INSTRUMENTO SUGERIDO PARA LA VALIDACIÓN POR JUEZ

Instrumento a validar: Ficha de Recolección de Datos

Proyecto de tesis: Asociación entre la catastrofización y la calidad de vida en pacientes con dolor crónico de un hospital de Lima Perú, 2025

Tesista: Estacio Parra Emily Esmeralda, Gonzales Farias Ximena Paola

Indicaciones para el juez experto:

Evalúe cada ítem del instrumento usando una escala de 1 a 4, donde:

1 = Bajo / Inadecuado

2 = Regular

3 = Adecuado

4 = Muy adecuado

Marque con una (✓) o "X" en el puntaje correspondiente. Puede incluir observaciones si lo desea.

Ítem	Contenido del ítem	Objetivo	Escala evaluativa				Observaciones
			1	2	3	4	
1	Sexo	Identificar el sexo biológico del paciente para análisis sociodemográficos.				X	
2	Edad	Determinar la edad cronológica del paciente como variable continua.				X	
3	Lugar de nacimiento	Identificar el origen geográfico del paciente para análisis sociodemográfico.			X		

4	Estado civil	Registrar el estado civil como variable sociodemográfica relevante.			X		
5	Lugar de residencia	Ubicar la zona geográfica del paciente para análisis contextuales.				X	
6	Nivel Educativo	Conocer el nivel de estudios alcanzado como indicador sociocultural.				X	
7	Ocupación	Registrar la actividad laboral o profesional del paciente para el perfil sociodemográfico.				X	
8	Frecuencia de asistencia a terapia física.	Evaluar la adherencia a la terapia física.				X	
9	Cantidad de sesiones realizadas	Conocer la cantidad total de sesiones completadas.				X	
10	Tipo de terapia	Identificar el tipo de tratamiento recibido por el paciente.				X	
11	¿Cuántos medicamentos toma al día?	Registrar la carga farmacológica del paciente.				X	

12	Uso de ayuda biomecánica	Determinar si el paciente necesita apoyo para movilizarse.				X	
13	¿Realiza ejercicio?	Evaluar la práctica regular de actividad física.				X	
14	Horas de sueño por noche	Cuantificar la duración habitual del sueño nocturno.				X	
15	Calidad del sueño	Medir la percepción subjetiva del descanso.				X	
14	Consumo de tabaco	Determinar si existe hábito tabáquico actual o pasado.				X	
15	Consumo de alcohol	Registrar el consumo de alcohol como factor de riesgo asociado.				X	
16	Presencia de comorbilidades	Detectar condiciones médicas coexistentes que puedan influir en el dolor y funcionalidad.				X	
17	Número de áreas con dolor	Cuantificar la extensión corporal del dolor percibido.				X	
18	Intensidad del dolor (EVA)	Cuantificar la percepción subjetiva de dolor mediante escala visual análoga.				X	

Validado por: LICENCIADO JONATHAN FRANCIA CUYA

DNI o N° de colegiatura: CTMP: 8478

Institución: HOSPITAL CENTRAL FAP

Cargo actual: FISIOTERAPEUTA Y DOCENTE

Grado académico más alto: LICENCIADO

Lugar y fecha: MIRAFLORES - LIMA 3 DE JUNIO 2025

Firma y sello:

.....
Lic. Jonathan Jesús Francia Cuya
 FISIOTERAPEUTA
 TRAUMATOLOGÍA - DEPORTES
 CTMP: 8478

INSTRUMENTO SUGERIDO PARA LA VALIDACIÓN POR JUEZ

Instrumento a validar: Ficha de Recolección de Datos

Proyecto de tesis: Asociación entre la catastrofización y la calidad de vida en pacientes con dolor crónico de un hospital de Lima Perú, 2025

Tesista: Estacio Parra Emily Esmeralda, Gonzales Farias Ximena Paola

Indicaciones para el juez experto:

Evalúe cada ítem del instrumento usando una escala de 1 a 4, donde:

1 = Bajo / Inadecuado

2 = Regular

3 = Adecuado

4 = Muy adecuado

Marque con una (✓) o "X" en el puntaje correspondiente. Puede incluir observaciones si lo desea

Ítem	Contenido del ítem	Objetivo	Escala evaluativa				Observación
			1	2	3	4	
1	Sexo	Identificar el sexo biológico del paciente para análisis sociodemográficos.				X	
2	Edad	Determinar la edad cronológica del paciente como variable continua.				X	
3	Nivel educativo	Conocer el nivel de estudios alcanzado como indicador sociocultural.				X	
4	Estado civil	Registrar el estado civil como variable sociodemográfica relevante.			X		
5	Lugar de residencia	Ubicar la zona geográfica del paciente para análisis contextuales.				X	
6	Nivel Educativo	Conocer el nivel de estudios alcanzado como indicador sociocultural.					
7	Ocupación	Registrar la actividad laboral o profesional del paciente para el perfil sociodemográfico.				X	
8	Frecuencia de asistencia a terapia física.	Evaluar la adherencia a la terapia física.				X	
9	Cantidad de sesiones realizadas	Conocer la cantidad total de sesiones completadas.				X	
10	Tipo de terapia	Identificar el tipo de tratamiento recibido por el paciente.	X				
11	¿Cuántos medicamentos toma al día?	Registrar la carga farmacológica del paciente.			X		

12	Uso de ayuda biomecánica	Determinar si el paciente necesita apoyo para movilizarse.				X	
13	¿Realiza ejercicio?	Evaluar la práctica regular de actividad física.				X	
14	Horas de sueño por noche	Cuantificar la duración habitual del sueño nocturno.				X	
15	Calidad del sueño	Medir la percepción subjetiva del descanso.				X	
14	Consumo de tabaco	Determinar si existe hábito tabáquico actual o pasado.			X		
15	Consumo de alcohol	Registrar el consumo de alcohol como factor de riesgo asociado.			X		
16	Presencia de comorbilidades	Detectar condiciones médicas coexistentes que puedan influir en el dolor y funcionalidad.				X	
17	Número de áreas con dolor	Cuantificar la extensión corporal del dolor percibido.				X	
18	Intensidad del dolor (EVA)	Cuantificar la percepción subjetiva de dolor mediante escala visual análoga.				X	

Validado por: Jorge Gabriel Yanaquín Ballón
DNI o N° de colegiatura: 06719901 CTMP-0359
Institución: UNCA
Cargo actual: Jefe de Fisioterapia
Grado académico más alto: Mg.
Lugar y fecha: 3/6/25, UNMSM. FOC Med.
Eli. de JM.

Firma y sello: _____

MINISTERIO DE SALUD
INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEUROLÓGICAS
DPTO. DE NEUROREHABILITACIÓN
LIC. JORGE MARCELO YANAGUIN BALLÓN
Jefe de Fisioterapia
Técnico Médico: TF
CTMP: 0359

	Mg. Santos	Dr. Díaz	Lic. Francia	Mg. Marroquín	
1	1	1	1	1	4
2	1	1	1	1	4
3	1	1	1	1	4
4	1	1	1	1	4
5	1	1	1	1	4
6	1	1	1	1	4
7	1	1	1	1	4
8	1	1	1	1	4
9	1	1	1	1	4
10	1	1	1	0	3
11	1	1	1	1	4
12	1	1	1	1	4
13	1	1	1	1	4
14	1	1	1	1	4
15	1	1	1	1	4
16	1	1	1	1	4
17	1	1	1	1	4
18	1	1	1	1	4
Total	18	18	18	17	71

PRUEBA DE CONCORDANCIA ENTRE LOS JUECES EXPERTOS.

$$b = Ta / (Ta + Td) \times 100$$

Donde:

Ta= N° total de acuerdos

Td=N° total de desacuerdos

b= Grado de concordancia de jueces

Valora con 1 la respuesta positiva, 0 respuesta negativa.

Por lo tanto:

$$b = (Ta / Ta + Td) \times 100$$

$$b = (71 / 72) \times 100$$

$$b = 98.6\% = 0.986 = \text{EXCELENTE: } > 0.90$$

ANEXO 6

