



**Universidad
Norbert Wiener**

Powered by **Arizona State University**

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

Tesis

“Nivel de kinesiophobia y la discapacidad de hombro en pacientes de un
Centro de Terapia en San Juan de Lurigancho, 2023.”

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

Presentado por

Autora: Lara Navarro, Leydi Alexandra

Código ORCID: <https://orcid.org/0009-0005-2998-5880>

Asesora: Dra. Lovato Sánchez, Nita Giannina

Código ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5827-9732>

Lima - Perú

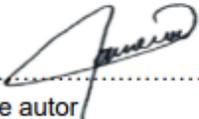
2023

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

Yo, Leydi Alexandra Lara Navarro, egresado de la Facultad de Ciencias de la salud y Escuela Académica Profesional de Tecnología médica en terapia física y rehabilitación de la Universidad privada Norbert Wiener declaro que el trabajo académico "NIVEL DE KINESIOFOBIA Y LA DISCAPACIDAD DE HOMBRO EN PACIENTES DE UN CENTRO DE TERAPIA EN SAN JUAN DE LURIGANCHO, 2023" Asesorado por el docente: Dra. Nita Giannina Lovato Sánchez DNI 40868567 ORCID: 0000-0002-5827-9732 tiene un índice de similitud de 18% Dieciocho por ciento, con código 14912:293954975 verificable en el reporte de originalidad del software Turnitin.

Así mismo:

1. Se ha mencionado todas las fuentes utilizadas, identificando correctamente las citas textuales o paráfrasis provenientes de otras fuentes.
2. No he utilizado ninguna otra fuente distinta de aquella señalada en el trabajo.
3. Se autoriza que el trabajo puede ser revisado en búsqueda de plagios.
4. El porcentaje señalado es el mismo que arrojó al momento de indexar, grabar o hacer el depósito en el turnitin de la universidad y,
5. Asumimos la responsabilidad que corresponda ante cualquier falsedad, ocultamiento u omisión en la información aportada, por lo cual nos sometemos a lo dispuesto en las normas del reglamento vigente de la universidad.



 Firma de autor
 Leydi Alexandra Lara Navarro
 DNI: 73046173



 Firma
 Dra. Nita Giannina Lovato Sánchez
 DNI: 40868567

Lima, 26 de octubre de 2023.

 Universidad Norbert Wiener	DECLARACIÓN DE AUTENTICIDAD Y RESPONSABILIDAD	
	CÓDIGO: UPNW-EES-FOR-069	VERSION: 01 REVISIÓN: 01

Yo, Leydi Alexandra Lara Navarro identificado con DNI Nro. 73046173, domiciliado en A.A.H.H Sarita Colonia Mz. S lote 17 II sector, Callao; *Bachiller* de la carrera profesional de Tecnología Médica en Terapia Física y Rehabilitación, he realizado el Trabajo de Investigación titulado “NIVEL DE KINESIOFOBIA Y LA DISCAPACIDAD DE HOMBRO EN PACIENTES DE UN CENTRO DE TERAPIA EN SAN JUAN DE LURIGANCHO, 2023”

para optar el *grado académico/título profesional* de Tecnología médica en terapia física y rehabilitación, para lo cual,

DECLARO BAJO JURAMENTO lo siguiente:

1. El título del Trabajo de Investigación ha sido creado por mi persona, es original y no existe otro con igual denominación.
2. Después de la revisión de la tesis con el software de originalidad se declara 19% de coincidencias.
3. Se conduce la investigación de acuerdo a lo estipulado en el protocolo y consentimiento(s) informado(s) aprobados por el CIEI.
4. Se inicia esta investigación únicamente luego de haber obtenido la aprobación del CIEI -UPNW.
5. Para la recopilación de datos se ha solicitado la autorización respectiva a la empresa u organización, evidenciándose que la información presentada es real.
6. No existe mala conducta científica (fabricación de datos, falsificación y plagio).
7. En el caso de omisión, copia, plagio u otro hecho que perjudique a uno o varios autores es responsabilidad única de mi persona como investigador eximiendo de todo a la Universidad Privada Norbert Wiener (UPNW) y me someto a los procesos pertinentes originados por mi persona.

Lima, 07 de Marzo del 2023



Nombre del investigador: Leydi Alexandra Lara Navarro
 DNI: 73046173
 Fecha: (06/03/2023)

DEDICATORIA

Dedico este trabajo a mis padres que siempre me han apoyado en la vida, que a pesar de todos los problemas estaremos juntos, a mi hermanita, quien es la que me impulsa a ser mejor día a día.

AGRADECIMIENTO

Gracias a Dios, nuevamente a mis padres y mi tía Eulalia por apoyarme al inicio de toda esta carrera, gracias por confiar en mí; a mis maestros por su dedicación y consejos durante todo este periodo.

ÍNDICE

Caratula	1
Declaración jurada de autoría y originalidad de trabajo	2
Dedicatoria	3
Agradecimiento	4
Índice	5
Resumen	8
Abstract	9

CAPITULO I: EL PROBLEMA

1.1. Planteamiento del problema	10
1.2. Formulación del problema	12
1.2.1. Problema general	12
1.2.2. Problemas específicos	12
1.3. Objetivos de la investigación	13
1.3.1 Objetivo general	13
1.3.2 Objetivos específicos	13
1.4. Justificación de la investigación	14
1.4.1 Teórica	14
1.4.2 Metodológica	14
1.4.3 Práctica	14
1.5. Limitaciones de la investigación	15

CAPITULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de la investigación	16
2.2. Bases teóricas	21
2.3. Formulación de hipótesis	27
2.3.1. Hipótesis general	
2.3.2. Hipótesis específicas	

CAPITULO III: METODOLOGÍA

3.1. Método de la investigación	27
3.2. Enfoque de la investigación	27
3.3. Tipo de investigación	27
3.4. Diseño de la investigación	27
3.5. Población, muestra y muestreo	28
3.6. Variables y operacionalización	39

3.7. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	33
3.7.1. Técnica	33
3.7.2. Descripción de instrumentos	33
3.7.3. Validación	35
3.7.4 confiabilidad	36
3.8. Plan de procesamiento y análisis de datos	36
3.9. Aspectos éticos	37
CAPITULO IV: PRESENTACION Y DISCUSION DE LOS RESULTADOS	
4.1. Resultados	38
4.1.1 Análisis descriptivo de resultados	38
4.1.2 Prueba de Hipótesis	39
4.1.3 Contrastación de hipótesis	40
4.1.4 Discusión de resultados	43
CAPITULO V: CONSLUSIONES Y RECOMENDACIONES	
5.1. Conclusiones	46
5.2 recomendaciones	47
REFERENCIAS	
ANEXOS	
Anexo 1: Matriz de consistencia	55
Anexo 2: Instrumentos	59
Anexo 3: Aprobación del comité de ética	63
Anexo 4: Formato de consentimiento informado	64
Anexo 5: carta de aprobación de la institución para recolectar datos	66
Anexo 6: reporte de similitud del turnitin.	67

ÍNDICE DE TABLAS:

Tabla N°1 Características demográficos

Tabla N°2. Prueba de Normalidad

Tabla N°3. Correlación del nivel de kinesiophobia y discapacidad de hombro de los pacientes.

Tabla N°4. Correlación del nivel de kinesiophobia y la intensidad de dolor de los pacientes.

Tabla N°5. Correlación de la discapacidad y la intensidad de dolor de los pacientes.

RESUMEN

La presente investigación tuvo como objetivo determinar la relación entre el nivel de kinesiofobia y discapacidad de hombro en pacientes que asisten a un centro de terapia en San Juan de Lurigancho 2023. Es una investigación cuantitativa, correlacional y de cohorte transversal, tiene una participación de 120 pacientes entre las edades de 18 a 65 años de edad, realizado por un muestreo no probabilístico por conveniencia, para medir las variables se utilizó dos instrumentos, en el caso de kinesiofobia se mide con la escala de TAMPA (TSK-11), y para dolor y discapacidad de hombro SHOULDER PAIN DISABILITY INDEX (SPADI). La presente investigación dio como resultado que el 53% de los participantes fue del sexo masculino y el 47% del sexo femenino, en cuanto al nivel de kinesiofobia, se encontró un alto nivel de kinesiofobia en un 57%, en cuanto al nivel de grado de discapacidad moderado al 58% y alto en un 32%. Se concluye se encontró una correlación significativa menor a 0.005, y el coeficiente de correlación fue de 0.631, lo cual indica que existe una correlación moderada entre ambas variables.

Palabra Clave: Kinesiofobia, Discapacidad, Spadi, Escala de Tampa, Hombro Doloroso.

ABSTRACT

The objective of this research was to determine the relationship between the level of kinesiophobia and shoulder disability in patients attending a therapy center in San Juan de Lurigancho 2023. It is a quantitative, correlational and cross-sectional cohort research, with a participation of 120 patients between the ages of 18 to 65 years of age, carried out by a non-probabilistic convenience sampling, to measure the variables two instruments were used, in the case of kinesiophobia it is measured with the TAMPA scale (TSK-11), and for shoulder pain and disability SHOULDER PAIN DISABILITY INDEX (SPADI). The present investigation resulted in 53% of the participants being male and 47% female, regarding the level of kinesiophobia, a high level of kinesiophobia was found in 57%, regarding the degree level. moderate disability at 58% and high at 32%. It is concluded that a significant correlation of less than 0.005 was found, and the correlation coefficient was 0.631, which indicates that there is a moderate correlation between both variables.

Keyword: Kinesiophobia, Disability, Spadi, Tampa Scale, Painful Shoulder

1. CAPITULO I: EL PROBLEMA

1.1. Planteamiento del problema

La articulación glenohumeral es una de las más complejas, así como una de las que más movimiento presenta, por lo cual tiende a sufrir múltiples lesiones, de tipo degenerativas, inflamatorias y traumáticas 1. Estas lesiones frecuentes, hacen que esta patología sea la tercera causa más frecuente de discapacidad musculoesquelética, seguida de dolor lumbar y dolor cervical. 2.

A nivel europeo, como España que el 50% de sus habitantes mayores de 50 años han sufrido una lesión en el manguito rotador, se considera que la prevalecía el dolor de hombro se encuentra entre el 16 y 26%, con una incidencia anual de 6 a 25 nuevos casos por cada 1000 habitantes en el primer nivel de atención. 3 al igual en el Reino Unido, el 1 % de sus habitantes adultos mayores de 45 años, visitan anualmente al médico por un nuevo episodio de dolor en la articulación glenohumeral.4

A nivel latinoamericano, en países en vías de desarrollo, el Síndrome De Hombro Doloroso (SDH) viene siendo la tercera causa de consultas en el primer nivel de atención, en pacientes menores de 60 años, y mientras pasen los años, aumenta la incidencia entre un 16 a 25%, aumentando su incapacidad en el 20% de los habitantes que lo padecen. 4

En Colombia, las alteraciones musculoesqueléticas del manguito rotador se encuentran dentro de las primeras 5 causas de enfermedades osteomuscular laboral, aumentando su prevalencia del 118% más en varones que en mujeres, según el “Informe Ejecutivo de la Segunda Encuesta

Nacional de Condiciones de Seguridad y Salud en el Trabajo en el Sistema General de Riesgos Laborales”. 5

En Brasil se estima que el dolor crónico de la articulación glenohumeral tiene una afectación entre el 7% y 34% de los habitantes, siendo de igual manera la 3era causa de enfermedad musculoesquelética, influyendo en las actividades de la vida diaria y el sueño. 6

A nivel nacional se ha presentado un estudio informando que 1405 casos de hombros doloroso, encontrándose que, el 52,9 % son por pinzamiento subacromial, el 19,8 % por secuela traumatólogica, y menos del 2 % de hombro congelado.

En el 2017 el hospital Sabogal publicó datos estadísticos indicando que la frecuencia de hombro doloroso se encuentra en pacientes entre 3 y 6 décadas, teniendo como precedente una lesión anterior en hombro; presentando hiperalgesia y movimiento limitado. Los factores de riesgo presentes en el SDH son multifactoriales, que se dan entre el estrés, fatiga, cansancio, desgaste o degeneración. 4

Según el hospital san juan de Lurigancho, se realizó un análisis de la situación de salud hospitalaria, en el servicio de medicina física, en el periodo 2016 – 2017, que las lesiones de hombro ocupan el segundo lugar con una mayor morbilidad en pacientes masculinos 7.

Los pacientes que padecen este tipo de lesiones en hombro y el dolor crónico dan como resultado la disminución de sus actividades físicas y sociales, así mismo el paciente, por encima de la patología, condicionan su comportamiento. 2

Los factores psicológicos podrían ser los más influyentes en la sensación, transformación, interpretación y afrontamiento del dolor crónico. En este caso la kinesiofobia genera menos

rango de movimiento (ROM) en los pacientes con dolor musculoesquelético crónico 7, por lo cual afecta significativamente la calidad y duración del tiempo de rehabilitación 8.

Viendo la problemática de esta patología, los antecedentes presentados y el aumento de los casos, es necesario investigar si existe relación entre estos casos con los factores psicosociales, tales como la kinesiofobia, para complementar un tratamiento fisioterapéutico integral y adecuado a las necesidades de los pacientes que la padecen.

1.2. Formulación del problema

1.2.1. Problema general

¿Cuál es la relación entre el nivel de kinesiofobia y la discapacidad de hombro en los pacientes que asisten a un centro de terapia en San Juan de Lurigancho en el 2023?

1.2.2. Problemas específicos

- ¿Cuál es el nivel de kinesiofobia de los pacientes que asisten a un centro de terapia en San Juan de Lurigancho en el 2023?
- ¿Cuál es el grado de discapacidad de los pacientes que asisten a un centro de terapia en San Juan de Lurigancho en el 2023?
- ¿Cuál es la relación entre el nivel de kinesiofobia y la intensidad de dolor de los pacientes que asisten a un centro de terapia en San Juan de Lurigancho en el 2023?
- ¿Cuál es la relación entre discapacidad de hombro e intensidad de dolor de los pacientes que asisten a un centro de terapia en San Juan de Lurigancho en el 2023?

1.3. Objetivos de la investigación

1.3.1 Objetivo general

Determinar la relación entre el nivel de kinesiofobia y discapacidad de hombro de los pacientes.

1.3.2 Objetivos específicos

- Determinar el nivel de kinesiofobia de los pacientes.
- Determinar el grado de discapacidad de los pacientes.
- Determinar la relación entre el nivel de kinesiofobia y la intensidad de dolor de los pacientes.
- Determinar la relación entre discapacidad y la intensidad de dolor de los pacientes.

1.4. Justificación de la investigación

1.4.1 Teórica

La discapacidad física se define como la pérdida de agilidad, fuerza y resistencia con la que se realizan las actividades, por lo cual al generarse impide a la persona realizar sus actividades de la vida diaria producido generalmente por un daño del sistema nervioso, en nuestro caso hablaremos de la discapacidad física por un daño musculoesquelético en la articulación de hombro, la cual es imprescindible para que nuestros pacientes puedan realizar actividades simples como el aseo, la vestimenta, alimentación y el trabajo, al tener la lesión en dicha articulación el paciente al querer realizar estas actividades se verá limitado por el

dolor, la pérdida de la movilidad y la fuerza. Este estudio busca identificar la relación que existe entre la kinesiofobia y la discapacidad de hombro; ya que esta podría ser la causa que nuestros pacientes reincidan nuevamente en el tratamiento, desde ya hace algún tiempo hablamos de tratar al paciente de manera integral, y los factores psicosociales no pueden estar ajenos a ello, para realizar este estudio realizaremos cuestionarios validados de manera internacional, lo cual al ser aplicados nos dará como resultado si existe relación entre nuestras variables.

1.4.2 Metodológica

Se ha optado por este tipo de diseño ya que es más factible en el tiempo y se genere un menor costo económico, ya que se realizará dos cuestionarios (TAMPA y SPADI) los cuales solo nos toma 10 min. Con un total de 24 preguntas, para la escala de Tampa es utilizado para medir la magnitud del dolor crónico la validez del constructo, se extrajeron 2 factores que consiguieron explicar el 72,37% de la varianza. Mientras la validez convergente muestra una correlación positiva moderada con EVA, en Spadi en su validez de constructo, se observaron fuertes correlaciones positivas entre la versión española del SPADI y DASH, se observaron correlaciones positivas moderadas entre la versión española del SPADI y la EVA. El tiempo de aplicación de estos cuestionarios es de mínimo 5 minutos y máximo 10 min.

1.4.3 Práctica

Al conocer adecuadamente la relación entre nuestras variables de estudio podría dar nuevos caminos a intervenciones multimodales que implique no sólo

una intervención a nivel del tejido, si no, incluyendo de la misma manera al aspecto psicosocial, ante ello, podríamos encontrar banderas amarillas dentro de nuestra evaluación fisioterapéutica, y así aplicar a futuro un nuevo enfoque de tratamiento.

Ya que este estudio se realizará en un centro particular, los resultados se podrían estudiar en otro tipo de instituciones para así verificar si se da en igual proporción o hay una diferencia entre la relación de nuestras variables y si es que ese podría modificar la intervención fisioterapéutica.

1.5. Limitaciones de la investigación

1.5.1 Temporal:

Esta investigación se realizará entre el mes de marzo y abril del 2023.

1.5.2 Espacial:

Esta investigación se realizará en el centro de terapia 'LA CASA DEL FISIO'

Ubicado en San Juan de Lurigancho Jr. Bengalias 607

1.5.3 Recursos:

Se utilizarán recursos propios

2. CAPITULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes

Cerdán y Ventura. (12) En la investigación presentaron el objetivo “*Explorar el pinzamiento subacromial y la funcionalidad en pacientes con síndrome de hombro doloroso*”, el presente trabajo fue de tipo observacional, descriptivo y de corte transversal, Para desarrollar este estudio se utilizó diferentes técnicas: la primera fue la encuesta y la observación de tipo experimental, es aquí donde se aplicaron los test ortopédicos, La población estaba conformada por 136 individuos diagnosticados con hombro doloroso que asistieron a la especialidad de medicina física y rehabilitación en el Hospital San Juan de Lurigancho, referente a las características sociodemográficas relacionadas los años se obtuvo una mayoría entre los 53 y 59 años, 74% en mujeres y de oficio prevalece madres de familia con 34%. Referente a los síntomas característicos del dolor glenohumeral y movilidad del miembro superior predominó el lado derecho con un 59% y 74% respectivamente, el 91% de los individuos presentaron dolor crónico y el 41% tendinitis del supraespinoso como diagnóstico según ecografía. El pinzamiento subacromial obtuvo un porcentaje de 66% siendo positivo a la investigación. Con respecto a la función fue: dolor severo 51%, discapacidad 36%, movimiento funcional compensatorio y dolor con 50% y 53% respectivamente y por último el 83% presentó una disminución de fuerza muscular con una contracción isométrica en rotación interna.

Victor Diaz-Narváez et. Al. (13), en la presente investigación tuvieron como objetivo “*Describir la relación entre catastrofización, kinesiofobia y discapacidad funcional de miembro superior con intensidad de dolor en pacientes cursando síndrome de hombro doloroso*”, la

investigación es de tipo cuantitativo, explicativo, correlacional de corte transversal, este estudio incluyó a 30 pacientes (20 del sexo femenino y 10 del sexo masculino) con síndrome de hombro doloroso que se atendieron en un centro de salud pública, en los resultados se muestra una relación significativa entre la variable catastrofización y la variable intensidad de dolor (Tau b de kendall = 0,496, P = 0,005), la relación de limitación de la funcionalidad con intensidad de dolor (Tau b de kendall = 0,365, P = 0,008); excepto en la relación entre kinesiofobia y la intensidad del dolor (Tau b de kendall = 0,181, P = 0,186).

Miriam Herrera Marrufo et. al., (14), en la presente investigación tuvieron como objetivo *“Determinar el índice de discapacidad que generan las lesiones de hombro en pescadores que habitan en Telchac Puerto”*, el estudio fue de tipo transversal y descriptivo por una muestra a conveniencia, realizado mediante la historia clínica, inspección y palpación, la valoración a través del goniometro y evaluación de fuerza muscular en hombros y aplicando el cuestionario sobre Discapacidad de Hombro, Codo y Mano (DASH), incluyendo a 81 pescadores entre 20 y 65 años, todos varones, hallando un 66.66% que presentaron lesiones de hombro a consecuencia de sus labores diarias, la pesca. Esta actividad provocó la disminución en el rango de los movimientos de hombro, la afectación de sus AVD 66.66%, y limitando la fuerza muscular en un 54.32%. ante estos porcentajes, provocó un índice de discapacidad promedio del 25.61%, con una desviación estándar de 0.22. entre los picos más altos de discapacidad, se encontró a los pescadores de 61 a 65 años con un 50.48% y a los de 51 a 60 años con un 41.63%. Las alteraciones en hombro generadas por la pesca artesanal, afectan el rendimiento de los trabajadores para realizar diversas actividades de fuerza, en la vida diaria, hobbies, trabajo, entre

otros, por lo que se necesita realizar una evaluación no solo del tejido sino en forma integral añadiendo los aspectos físicos y funcionales.

Gonzales y Sotomayor. (11) en su investigación que tuvo como fin “*Determinar el nivel de kinesiofobia en los adultos mayores que asisten al Hospital PNP San José, durante la primera quincena del mes de junio del 2018*”, Fue un estudio de tipo descriptivo, cuantitativo y transversal. El nivel de kinesiofobia se calculó a través de la Escala de Tampa. La población está conformada por 130 individuos mayores que asistían al nosocomio de la policía nacional del Perú San José, situado en Lima-Perú, ante el resultado se encontró que un 40% de pacientes son varones, y un 60% mujeres. La edad media fue de 78 años, con un 33% de ellos entre 60 y 70 años, 50% de ellos entre 71 y 80 años y el 16,9% de los 81 años a más. Otro resultado mostró un nivel elevado de kinesiofobia, con un 60,8% de la población. De ellos, en mujeres fue donde se presentó altos niveles de kinesiofobia (36,15%) en relación a los hombres. El grupo etario que presentó mayores niveles de kinesiofobia fueron los de 71 a 80 años con una 27,69%, en segundo lugar el grupo de 60 y 70 años con un 20,77%.

L De Baets, et al., (9) en su investigación tuvieron como objetivo “*examinar si la percepción de la función del brazo en una muestra de personas con hombro congelado se asoció con el miedo relacionado con el dolor*”, realizaron un estudio observacional, de regresión, se realizó mediante cuestionarios realizados a pacientes que fueron evaluados entre el año 2017 y 2018 en varios centros de atención primaria, con una muestra de 85 pacientes, siendo 59 mujeres representando un 69%, El miedo relacionado al dolor, la catastrofización del dolor y la autoeficacia del dolor se asociaron significativamente con la función del brazo ($r = 0,51$; $r \}$ y

0,45 y $r = -0,69$, $p < 0,0001$). El 31% de la varianza de la función del brazo se explicó mediante variables de control, siendo la intensidad del dolor la única significativa.

Alejandro Luque-Suarez, et al., (7) en su última investigación tuvieron como objetivo *“explorar la asociación transversal entre la kinesiofobia y la intensidad del dolor y la discapacidad entre las personas con dolor crónico de hombro”*. realizaron un estudio observacional, de tipo transversal, se realizó mediante una encuesta, con una muestra de 65 pacientes mayores de 18 años con dolor de hombro por más de 3 meses, aplicaron 1 instrumento para medir el la discapacidad de hombro (dolor y funcionalidad) y otro para la kinesiofobia, ambos instrumentos tienen un buen porcentaje de validez y confiabilidad, en el presente estudio el 63.1% de participantes fueron mujeres, En el análisis de regresión lineal multivariable, solo una mayor kinesiofobia (estandarizada $b = 0,35$, $p < 0,01$) y el sexo (estandarizado $b = -0,29$, $p < 0,01$) contribuyeron a explicar el 19% de la varianza en el dolor glenohumeral y la discapacidad puntuaciones.

Danilo Harudy Kamonseki, et al., (10) en el presente trabajo tuvieron como objetivo *“Identificar y describir fenotipos relacionados con la kinesiofobia, la evitación del miedo y la catastrofización del dolor, y determinar las características clínicas y demográficas relacionadas con cada fenotipo en función de la función auto informada de los miembros superiores en individuos con dolor de hombro”*, realizaron un estudio transversal, este estudio se realizó mediante un reclutamiento de una base de datos del hospital En este estudio participaron 177 personas con dolor de hombro, se realizó con los siguientes cuestionarios, Escala de Tampa de Kinesiofobia, Cuestionario de Creencias para Evitar el Miedo, Escala de Catastrofización del

Dolor, Discapacidades del Brazo, Cuestionario de hombro y mano (DASH), al analizar los resultados se encontró dos grupos basados en la kinesiofobia, evitación del miedo y la catastrofización del dolor, el grupo con peor perfil de miedo relacionado con el dolor presentó ($p < 0,05$) edad mayor, menor funcionalidad y mayor intensidad de dolor. Este mismo grupo también se asoció con el lado dominante (OR = 2,10, IC del 95% = 1,03, 4,41) y menor función (OR = 0,96, IC del 95% = 0,94, 0,98).

2.2. Bases teóricas

2.2.1 Discapacidad

Definición

Según la OMS define a la discapacidad como una restricción o ausencia de la capacidad para realizar una actividad dentro de la normalidad del ser humano.

Caracterizado por insuficiencias o excesos en el desempeño y comportamiento en una actividad del día a día. (16)

Estos pueden ser temporales o permanentes, reversibles o irreversibles y progresivos o regresivos. En el caso de nuestra investigación vamos a hablar de una discapacidad física motora que se desarrolla de manera crónica, nuestros pacientes se verán restringidos a realizar ciertas actividades de la vida diaria tales como aseo personal, vestimenta, transporte y en el aspecto laboral. (15,16)

DISCAPACIDAD DE HOMBRO:

Según la OMS en el 2019, señalaron que los trastornos musculoesqueléticos son la primera causa de discapacidad a nivel mundial, como se mencionó anteriormente, la patología de hombro se encuentra en el tercer lugar después de la lumbalgia y cervicalgia,

estas patologías tiene un desarrollo crónico, que no ha sido tratado a tiempo por lo cual a generado esta discapacidad lo cual no permite realizar al paciente sus actividades de vida diaria con normalidad, generando frustración, impotencia y disminución de recursos económicos.

PRINCIPALES PATOLOGIAS:

- Inestabilidad glenohumeral:

Siendo el glenohumeral una de las articulaciones más inestables del cuerpo, constituye casi el 50% de las luxaciones, la estabilidad de esta articulación es intrínsecamente inestable que depende del balance entre los mecanismos que determinan el movimiento y su estabilidad. Esta articulación depende de la armonía de los músculos estabilizadores dinámicos como estáticos para lograr la función adecuada, pero ante cualquier alteración entre ellos, da como resultado final la inestabilidad.

- fracturas

- clavícula.

Las fracturas de clavícula, son las lesiones más comunes, constituyen el 44% de las fracturas en la región escapular, dado mayormente en hombres jóvenes, muchas veces si no ocurre un desplazamiento el tratamiento llega a ser conservador, y aunque muchas veces no se llega a dar la consolidación, al paciente le resulta incapacitante ya que la clavícula es el hueso que proporciona la estabilidad y potencia a la extremidad torácica, gracias a la inserción de los músculos y ligamentos.

- Húmero:

Estas fracturas representan entre el 4 y 5 % de todas las fracturas, y son las segundas más frecuentes del miembro superior, la mayor incidencia se presente en pacientes que presentan una

baja densidad ósea como los adultos mayores, pero también se da en pacientes jóvenes, en esos casos se presenta en accidentes de alto impacto.

Neer estudió los resultados a largo plazo de las intervenciones quirúrgicas acerca de su evolución tórpida las cuales se presentan con un dolor intenso y marcada incapacidad, y la necesidad de un tratamiento de rehabilitación prologado.

- Tendinitis cálcica:

Se produce por el depósito de cristales de hidroxapatita afectando a cualquier tendón a nivel de su inserción, aunque en algunas ocasiones también podría salir afectada con esta calcificación la Bursa subdeltoidea. Este tipo de patología lo sufren en especial los pacientes mayores de 50 años, sin importar el sexo, puede ser asintomática, encontrarse en un proceso agudo o crónico, su principal característica es el dolor en la región antero externa del hombro.

- Pinzamiento

Afección en la que se combinan diversas alteraciones morfológicas, conformado por el arco acromial, el cual se encuentra constituido por el acromion, ligamiento coracoacromial en la parte superior y en la parte inferior está conformado por la cabeza del humero y sus tuberosidades correspondientes, dentro de este arco se encuentra el tendón del supraespinoso y la Bursa subacromial, esta afección se presenta con dolor en la parte anterior del hombro, generando la limitación de los movimientos combinados como la flexión y abducción. (6)

FACTOR PSICOSOCIAL

El factor psicosocial se define como las condiciones personales del paciente que engloba las relaciones con su entorno, ya sea familiar, laboral o social, las cuales van a influenciar en la

actitud y motivación del paciente frente a las condicionantes en la salud, la enfermedad y su respectiva recuperación. (26)

Estos factores se subdividen en los siguientes:

- Factores cognitivo afectivos: Según investigaciones que las personas con emociones negativas, tales como la vergüenza o la culpa, incluso alteraciones del sueño, presentar mayor probabilidad de desarrollar dolor musculoesquelético, de mayor intensidad, limitando sus actividades de vida diaria a mediano o largo plazo.
- Catastrofismo: Se cataloga como la presencia o tendencia de pensamientos negativos de manera irracional ante la percepción de una amenaza dolorosa, lo cual disminuye la eficacia de la terapia física, lo cual también se relaciona con la intensidad de dolor y grado de discapacidad. (27)
- Depresión y ansiedad: Se ha descubierto entre diversos estudios que existe una relación lineal entre síntomas depresivo, discapacidad y dolor, lo cual resulta como disminución de la calidad de vida en los pacientes, lo cual ha identificado a la depresión como un factor predictivo del dolor crónico, en la región cervical, hombro, muñeca y manos. (27)
- Hipervigilancia y kinesiofobia: La hipervigilancia se considera como un componente cognitivo producido como la ansiedad ante la presencia de dolor; pero no hay mucha relación entre ellos, en cambio cuando hablamos de kinesiofobia, lo que se refiere el miedo al movimiento, si encontramos relación con grado de discapacidad, generando una correlación moderada. (27;28)
- Dolor:

Según la IASP Asociación internacional para el estudio del dolor (IASP), define al dolor como una *experiencia sensorial y emocional desagradable asociada a un daño tisular real o*

potencial o potencial, lo cual resalta que no solo involucra al proceso fisiológico, si no, que también engloba un componente emocional de gran importancia. (29)

El dolor siempre será un proceso subjetivo, ya que cada paciente afrontará el dolor de acuerdo a sus experiencias previas relacionadas con el dolor a lo largo de su vida. (28)

Si bien al dolor lo podemos clasificar en, dolor agudo, el cual es un proceso que se presenta abruptamente, no mayor a 3 meses de duración, y el dolor crónico, que tiene una permanencia mayor a 3 meses, y persiste a la causa original. (29)

Dolor Crónico:

Si bien el proceso del dolor agudo al dolor crónico, lleva un tiempo de 3 meses, este puede durar mas de estos, incluso años, llevando este proceso a ser una condición, lo cual desencadena un periodo de inactividad, conllevando a un des acondicionamiento físico, alterando la funcionalidad y actividades del paciente, generando frustración y miedo. (28)

El dolor crónico es el principal motivo de consultas médicas, produciendo incapacidad y ausentismo laboral, lo cual genera un alto gasto económico en la sociedad. (28)

Según el Estudio mundial de carga de enfermedad ente 2010 al 2016, han manifestado que las enfermedades musculoesqueléticas son unas de las principales causas de discapacidad a nivel mundial. (30)

El sistema musculoesquelético es quien permite el movimiento, permitiendo al paciente trabajar, realizar actividades de la vida diaria (AVD), recreaciones y actividades familiares, las cuales no son tratadas de manera eficaz, produce una gran perdida productiva, familiar, comunitaria y sobre todo emocional. (30)

- Instrumento para la medición sobre Discapacidad de hombro (SPADI)

Este test, en su versión original fue presentado por Roach et al. En 1991, el cual era un cuestionario para evaluar el dolor y la discapacidad en patologías asociadas a patologías de hombro, validada como escala analógica visual, y en 1995, se validó como escala numérica por Williams et al. La cual se podía aplicar mediante el teléfono, obteniendo resultados válidos y fiables. (18)

Kinesiofobia

En 1990 el término kinesiofobia fue introducido por Miller, Kori y Todd en la Novena Reunión Científica Anual de la Sociedad Estadounidense del Dolor, en donde lo definen como “un miedo excesivo, irracional, y debilitante del movimiento físico y la actividad resultante de una sensación de vulnerabilidad debido a una lesión dolorosa o una nueva lesión”, (Kori et al., 1990). (17)

Este miedo extremo al realizar un movimiento, es debido a la presencia del dolor, aunque esta lesión ya sea de manera crónica, ya que el paciente al haber experimentado el dolor cree que volverá con la misma intensidad o un mal movimiento genere una nueva lesión.

Esta falta de movilidad generará con el tiempo un deterioro de la condición física, evitación del movimiento, generando una incapacidad funcional y síntomas depresivos, ya que no podrá realizar sus actividades como antes. (17)

Ante ello cabe resaltar el papel de los factores psicológicos en el proceso donde la patología se vuelve crónica, considerando a la kinesiofobia como un factor que va de la mano con el dolor crónico y la discapacidad.

- La Escala de Kinesiofobia de Tampa (EKT)

El cuestionario EKT original se utilizó para “discriminar el miedo no excesivo y fobia entre pacientes con dolor musculoesquelético crónico” Inicialmente fue utilizado para medir el

miedo al movimiento relacionado solo con el dolor lumbar crónico, a través del tiempo se ha utilizado ya para diversas partes del cuerpo, está compuesto por 11 ítems que mide el miedo al movimiento. La respuesta de cada pregunta se valora con una numeración del 1 al 4. (19) (25)

2.3. Formulación de hipótesis

2.3.1. Hipótesis general

- Hipótesis nula:

No existe relación entre el nivel de kinesiofobia y discapacidad de hombro en los pacientes que asisten a un centro de terapia en San Juan de Lurigancho en el 2023.

- Hipótesis alterna:

Si existe relación entre el nivel de kinesiofobia y discapacidad de hombro en los pacientes que asisten a un centro de terapia en San Juan de Lurigancho en el 2023.

2.3.2. Hipótesis específicas

- Existe relación entre el nivel de kinesiofobia y la intensidad de dolor de los pacientes.
- No existe relación entre el nivel de kinesiofobia y la intensidad de dolor de los pacientes.
- Existe relación entre discapacidad y la intensidad de dolor de los pacientes.
- No existe relación entre discapacidad y la intensidad de dolor de los pacientes.

3. CAPITULO III: METODOLOGÍA

3.1. Método de la investigación

Esta investigación se realizará a través del método hipotético deductivo, ya que nuestro trabajo partirá de una hipótesis afirmativa, la cual busca falsear o refutar las mismas, deduciendo que las conclusiones obtenidas deberán ser contrastadas con los resultados obtenidos en la presente investigación (Bernal, 2006). (20)

3.2. Enfoque de la investigación

Esta investigación tendrá un enfoque cuantitativo ya se pretende establecer la correlación entre nuestras dos variables, por lo cual a través de la medición obtendremos los resultados, con el fin de comprobar las teorías planteadas. (20)

3.3. Tipo de investigación

Esta investigación será de tipo aplicada, ya que buscaremos identificar a través del conocimiento científico, los medios por los que se puede contribuir para solucionar una necesidad reconocida.

De nivel correlacional, ya que nuestro propósito es relacionar a nuestras dos variables dentro de una misma problemática. (Sampieri, 1994)

3.4. Diseño de la investigación

Esta investigación tendrá un diseño observacional de cohorte transversal, ya que existe evidencia de asociación estadística válidas para nuestras variables, ya que realizaremos encuestas para obtener los datos y se medirán las variables en una sola entrevista (Manterola, 2014)

3.5 Población, Muestreo Y Muestra

3.5.1 Población

Estará compuesta por 120 pacientes con lesiones de hombro, que acuden al centro de terapia “LA CASA DEL FISIO” en el año 2023.

3.5.2 Muestreo

Se realizará un Muestreo no probabilístico por conveniencia de acuerdo a criterios de inclusión y de exclusión, quedando una muestra de 100 pacientes para la presente investigación.

3.5.3.1 Criterios de inclusión

- Pacientes de 18 a 80 años.
- Presencia de dolor mayor a 3 meses
- Pacientes que deseen ser partícipes del estudio.

3.5.1.2 Criterios de exclusión

- Pacientes embarazadas
- Pacientes post ACV
- Pacientes con Parkinson

3.5.3 Muestra

Está conformada por 100 pacientes que acuden al centro de terapia “LA CASA DEL FISIO” que presenten dolor a nivel de hombro en el año 2023.

3.6. Variables y operacionalización

VARIABLES	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN	ESCALA VALORATIVA
KINESIOFOBIA	Esta variable se medirá a través de la escala de TAMPA	<ul style="list-style-type: none"> • Bajo nivel de kinesiofobia • Alto nivel de kinesiofobia 	<ul style="list-style-type: none"> • Tengo miedo de lesionarme si hago ejercicio. • Si me dejara vencer por el dolor, el dolor aumentaría. • Mi cuerpo me esta diciendo que tengo algo serio. • Tener dolor siempre quiere decir 	ordinal	<p>puntajes entre 11 y 27 son denominados como un nivel bajo</p> <p>puntajes entre 28 al 44 se considera como un nivel alto</p>

que en el
cuerpo hay
una lesión.

- Tengo miedo a lesionarme sin querer.
- Lo más seguro para evitar que aumente el dolor es tener cuidado y no hacer movimientos innecesarios.
- No me dolería tanto si no tuviese algo serio en mi cuerpo.
- El dolor me dice cuando

			<p>debo parar la actividad para no lesionarme.</p> <ul style="list-style-type: none">• No es seguro para una persona con mi enfermedad hacer actividades físicas.• No puedo hacer todo lo que la gente normal hace por que me podría lesionar con facilidad.• Nadie debería hacer	
--	--	--	---	--

			<p>actividades físicas cuando tiene dolor.</p>		
<p>DISCAPACIDAD DE HOMBRO</p>	<p>Esta variable se medirá a través del TEST SPADI</p>	<ul style="list-style-type: none"> • A mayor dolor mayor discapacidad 	<ul style="list-style-type: none"> • Dolor • ¿En su peor momento? • ¿Cuándo se acuesta por ese lado? • ¿Alcanzar algo en un estante alto? • ¿Al tocarse la parte posterior del cuello? • ¿Al empujar con el brazo afecto? • Discapacidad 	<p>ordinal</p>	<p>A mayor porcentaje mayor discapacidad</p>

- | | | | | |
|--|--|--|---|--|
| | | | <ul style="list-style-type: none">• Lavándose el pelo• Lavándose la espalda• Poniéndose una camisa o casaca• Poniéndose una camisa con botones adelante• Poniéndose pantalones• Colocando un objeto en alto• Cargando un objeto de 4.5 kg.• Cogiendo algo del bolsillo trasero | |
|--|--|--|---|--|

3.7. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

3.7.1. Técnica

La encuesta es una técnica que se realiza mediante la aplicación de un cuestionario a una población a la que estamos estudiando, esta encuesta consiste en recolectar datos que nos darán la información que se necesita para tabular los resultados del estudio y así verificar si nuestra hipótesis se cumple.

3.7.2. Descripción de instrumentos

La ficha que será utilizada para nuestra investigación estará constituida por 3 partes, las cuales estarán conformadas por los datos sociodemográficos, el cuestionario para evaluar la kinesiofobia y el test para discapacidad de hombro, los cuales detallaremos a continuación

PARTE 1 irá la ANAMNESIS la cual estará constituida por los datos sociodemográficos de los pacientes, tales como, Edad, Sexo, tiempo de lesión.

Parte2 KINESIOFOBIA estará conformada por 11 preguntas que corresponden a dar la información sobre el miedo del paciente al generar movimiento, por lo cual el puntaje mínimo será de 11 y el máximo de 44. El cuestionario original contiene 17 preguntas que nos indican información sobre el dolor y la intensidad de los síntomas, estas respuestas varían de 1 a 4 puntos, donde una respuesta en total desacuerdo vale 1 punto, parcialmente en desacuerdo 2 puntos, parcialmente de acuerdo 3 puntos, y

totalmente de acuerdo equivale a 4 puntos, obteniendo un resultado mínimo de 17 puntos y un máximo de 68, la cual indica un alto grado de kinesiofobia. (21)

PARTE 3 DISCAPACIDAD DE HOMBRO SPADI, este test contiene un total de 13 preguntas las cuales se les cuestiona sobre la capacidad que tienen para realizar sus actividades de la vida diaria, cada pregunta obtiene un puntaje del 0 al 10, donde 0 es que no presenta dolor o dificultad, y el 10 que representa el peor dolor imaginable o dificultad elevada que necesita ayuda, este tes se divide en 2 sub escalas , la primera es sobre el dolor, que está representado por 5 preguntas y un rango de 0 a 50 puntos representados en porcentaje, igualmente, se presenta la subescala sobre discapacidad, con 8 preguntas y un rango de 0 a 80 puntos, igualmente representado en porcentajes; estas dos puntuaciones se promedian, teniendo una puntuación total de 100, en donde se interpreta que si se encuentra una mayor puntuación, nos indica una mayor discapacidad de hombro. (18)

FORMULA:

- Puntuación total de dolor: _____ / 50 x 100 = _____%
- Puntuación total de discapacidad: _____ / 80 = _____ %
- Puntuación total SPADI:

(puntuación del dolor + puntuación de discapacidad) / 130 = _____%

ESCALA DE TAMPA

3.7.3. Validación

TAMPA

El cuestionario de Tampa es utilizado para medir la magnitud del dolor crónico, según estudios al detectar que el paciente padece de dolor crónico influye de manera positiva para disminuir los efectos sobre los pacientes.

Con respecto a la validez, correspondiente a la validez del constructo, se extrajeron 2 factores que consiguieron explicar el 72,37% de la varianza. Mientras la validez convergente muestra una correlación positiva moderada con EVA (escala visual analógica), en la subescala de evitación de movimiento de la Escala Tampa de kinesiofobia, la Escala del catastrofismo para el dolor, el Cuestionario de discapacidad por dolor lumbar de Roland-Morris, y el Cuestionario de conductas de miedo-evitación, y una correlación negativa moderada con el Cuestionario de autoeficacia en el dolor crónico. El tiempo medio de aplicación fue en menos de 3 min. (24)

SPADI

Para el análisis de validez de constructo, se observaron fuertes correlaciones positivas entre la versión española del SPADI y DASH (dolor: $r = 0,80$; $p < 0,01$; discapacidad: $r = 0,76$; $p < 0,01$). Se observaron correlaciones positivas moderadas entre la versión española del SPADI y la EVA (dolor: $r = 0,67$; $p < 0,01$; discapacidad: $r = 0,65$; $p < 0,01$). Se obtuvieron correlaciones negativas moderadas entre la versión española del SPADI y SST-Sp (dolor: $r =$

0,71; $p < 0,01$; discapacidad: $r = 0,75$; $p < 0,01$). Sin embargo, el dolor total en la versión española del SPADI solo se correlacionó débilmente con los componentes físicos y mentales del SF-12 (ambos $r = 0,40$; $p < 0,01$). (23)

3.7.4. Confiabilidad

3.7.4.1 SPADI

Para la aplicación del instrumento se realizó la confiabilidad mediante el coeficiente alfa de Cronbach que para el test SPADI su resultado fue de 0,965 y sus subescalas fueron 0,931 para la subescala de dolor y 0,953 para la subescala de discapacidad.

3.7.4.2 TAMPA

Para la aplicación del presente instrumento se realizó la confiabilidad mediante el coeficiente alfa de Cronbach del TSK-11 varían de 0,7 a 0,9, lo que indica una consistencia interna de aceptable a excelente.

3.8. Plan de procesamiento y análisis de datos

Los datos que van a ser recolectados serán vaciados en una hoja de Excel, luego de ello serán procesados en el programa de SPSS versión 21.0, donde las variables serán tabuladas a través de un análisis estadístico. Finalmente, para contrastar las hipótesis se realizará las técnicas descriptivas e inferenciales.

3.9. Aspectos éticos

Se le presentará a los participantes el consentimiento informado y de manera voluntaria los participantes lo firmaran, dando su autorización para ser partícipe del estudio en desarrollo, no se expondrá al paciente a algún riesgo de su integridad física ni psicológica, se respetará el pudor de su integridad.

Según las Principios éticos de Helsinki, nos indica que, para toda investigación, cada uno de los pacientes debe recibir la información adecuada sobre los objetivos, métodos, fuente de financiación, si es que el estudio presenta conflicto de intereses, riesgo, beneficios o incomodidad del paciente.

De la misma manera, se le debe informar al paciente que tiene el derecho retirarse del estudio y del consentimiento en cualquier momento, sin exponerse a represalias. (31)

CAPITULO IV: PRESENTACION Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

4.1 RESULTADOS

4.1.1 Análisis descriptivo de los resultados

En la tabla 1 se puede apreciar los datos demográficos de los pacientes, en donde del 100% de la muestra resalta el sexo masculino con un 53% de participantes, teniendo mayor frecuencia las edades comprendidas entre 35-48 años con un 37%; seguido de aquellos comprendidos entre 49 – 62 años con un 24%.

SEXO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
MASCULINO	53	53%
FEMENINO	47	47%
TOTAL	100	100%

EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
21 - 34	20	20%
35 - 48	37	37%
49 - 62	24	24%
63 - 76	19	19%
TOTAL	100	100%

Tabla N°1 Características demográficos
Elaboración propia

En la tabla 2 se realizó la prueba de normalidad de las variables de estudio, en donde dado el nivel de significancia menor al 0.05, se establece que las variables no tienen distribución normal, por lo tanto, en el presente estudio aplicaremos pruebas no paramétricas.

Kolmogorov-Smirnova	Sig.
Nivel de Kinesiofobia	0,000
Grado de discapacidad	0,000
Dolor	0,002
Discapacidad	0,000

a. Correlación de significación de Lilliefors.

Tabla N°2. Prueba de Normalidad

Elaboración propia

En la tabla 3, se realizó la prueba de correlación para ver si existe relación entre las variables Nivel de kinesiofobia y Discapacidad de hombro, en donde se encontró correlación significativa, dada la significancia menor al 0.05, el coeficiente de correlación resultante fue de 0.547, con lo cual se concluye que existe una correlación moderada entre ambas variables, además existe una relación directa dado el signo positivo del coeficiente de correlación.

Rho de Spearman	Nivel de Kinesiofobia – Discapacidad de hombro
Sig.	0,000
Coefficiente de correlación	0,547

Tabla N°3. Correlación del nivel de kinesiofobia y discapacidad de hombro de los pacientes.

Elaboración propia

En la tabla 4, se realizó la prueba de correlación para ver si existe relación entre las variables Nivel de kinesiofobia y la Intensidad de dolor, en donde se encontró correlación significativa, dada la significancia menor al 0.05, el coeficiente de correlación resultante fue de 0.631, con lo cual se concluye que existe una correlación moderada entre ambas variables, además existe una relación directa dado el signo positivo del coeficiente de correlación.

Rho de Spearman	Nivel de Kinesiofobia – Intensidad de dolor
Sig.	0,000
Coefficiente de correlación	0,631

Tabla N° 4. Correlación del nivel de kinesiofobia y la intensidad de dolor de los pacientes.

Elaboración propia

En la tabla 5, se realizó la prueba de correlación para ver si existe relación entre las variables Discapacidad y la Intensidad de dolor, en donde se encontró correlación significativa, dada la significancia menor al 0.05, el coeficiente de correlación resultante fue de 0.829, con lo cual se concluye que existe una correlación alta entre ambas variables, además existe una relación directa dado el signo positivo del coeficiente de correlación.

Rho de Spearman	Discapacidad - Intensidad de dolor
Sig.	0,000
Coefficiente de correlación	0,829

Tabla N°5. Correlación de la discapacidad y la intensidad de dolor de los pacientes.

Elaboración propia

GRAFICOS

En el grafico 1, podemos notar un mayor porcentaje de pacientes que tiene alto nivel de kinesiophobia con 57%, seguido de un nivel bajo de kinesiophobia con 29%, por último, tenemos en menor porcentaje de pacientes con un nivel moderado de kinesiophobia con un 14% del total de pacientes que asisten a un centro en San Juan de Lurigancho, 2023.

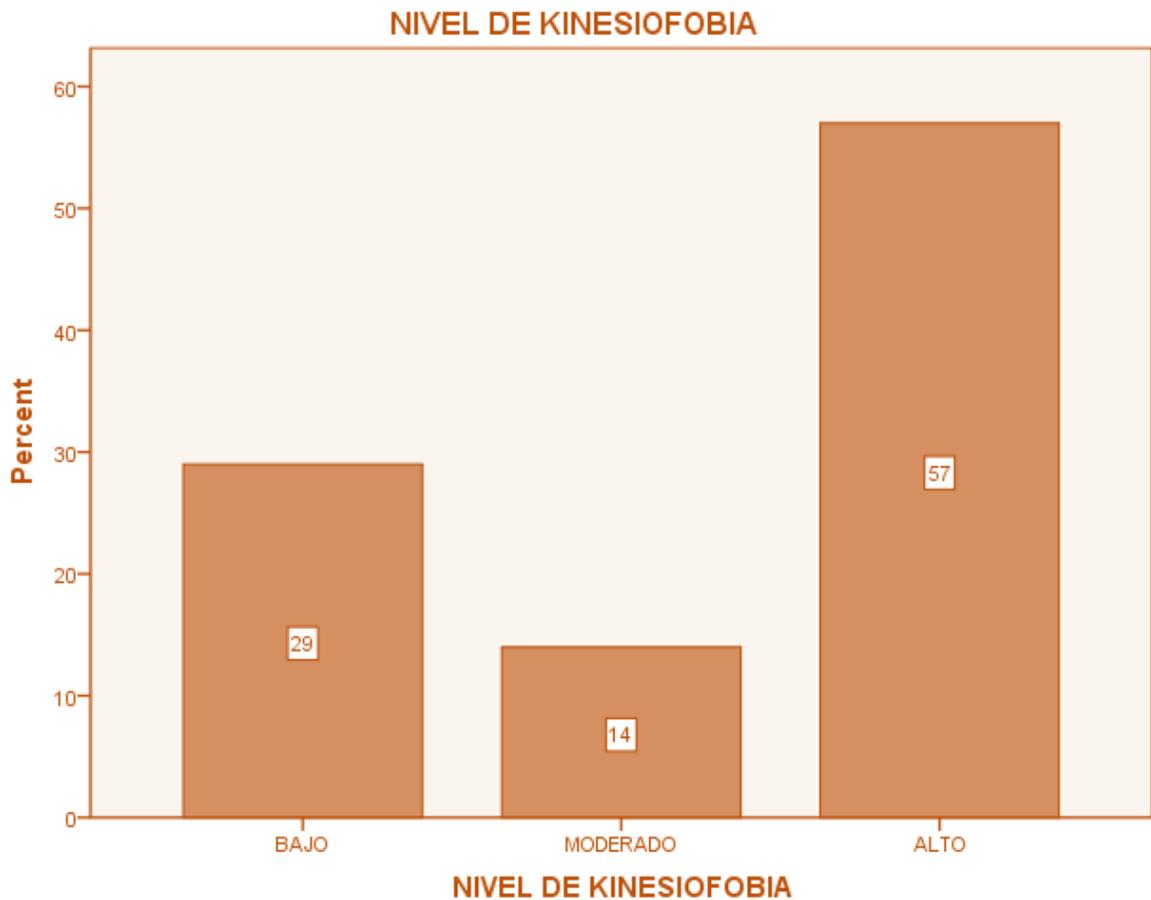


Gráfico 1. Nivel de kinesiophobia de los pacientes que asisten a un centro en San Juan de Lurigancho, 2023.

En el grafico 2, podemos notar un mayor porcentaje de pacientes que tiene grado moderado de discapacidad con 58%, seguido de un grado alto de discapacidad con 32%, por último, tenemos en menor porcentaje de pacientes con un grado bajo de discapacidad con un 10% del total de pacientes que asisten a un centro en San Juan de Lurigancho, 2023.

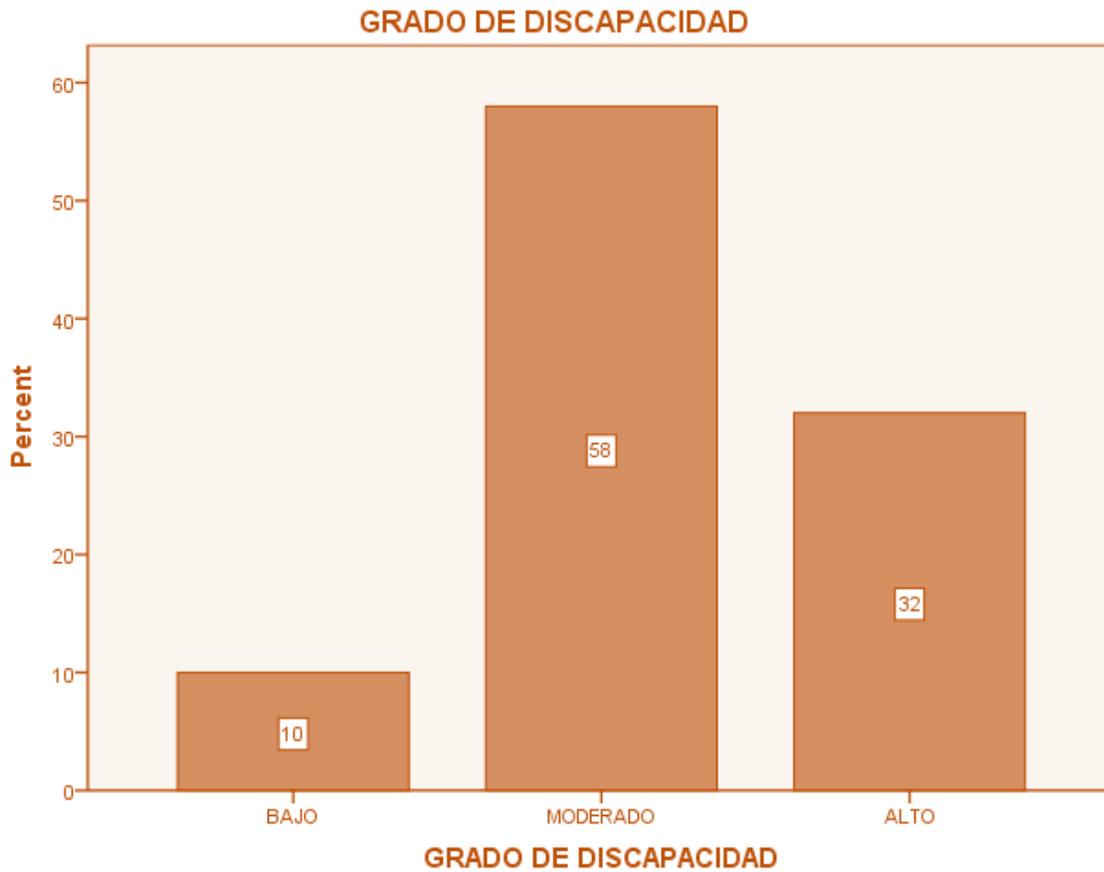


Gráfico 2. Grado de discapacidad de los pacientes que asisten a un centro en San Juan de Lurigancho, 2023

4.1.2. Discusión de resultados.

El objetivo general de este estudio ha sido determinar la relación entre el nivel de kinesiophobia y discapacidad de hombro en los pacientes que asisten a un centro de terapia en San Juan de Lurigancho, el cual nos dio como resultado se concluye que existe una correlación moderada entre ambas variables, la cual difiere con Diaz V., de su estudio titulado “Describir la relación entre catastrofización, kinesiophobia y discapacidad funcional de miembro superior con intensidad de dolor en pacientes cursando síndrome de hombro doloroso”, el cual dio como resultado que no existe correlación entre Kinesiophobia y Dolor

Analizando el primer objetivo específico de este estudio el cual fue determinar el nivel de kinesiophobia en los pacientes que asisten a un centro de terapia en San Juan de Lurigancho, el cual nos dio como resultado que el porcentaje de pacientes tiene un alto nivel de kinesiophobia con 57%, seguido de un nivel bajo de kinesiophobia con 29%, por último, tenemos en menor porcentaje de pacientes con un nivel moderado de kinesiophobia con un 14% del total de pacientes, el grupo etario que presentan un nivel alto de kinesiophobia se encuentra entre 49 a 62 años con un 18%, seguido del grupo entre 35 a 48 años, con un 17%, el cual tiene un resultado casi similar al de Gonzales y Sotomayor, que indica en su estudio “Determinar el nivel de kinesiophobia en los adultos mayores que asisten al Hospital PNP San José, durante la primera quincena del mes de junio del 2018”, refiriendo que el porcentaje de su población se encontró un nivel alto de kinesiophobia teniendo un porcentaje del 60,8% de la población.

Analizando el segundo objetivo específico de este estudio el cual fue determinar el grado de discapacidad de los pacientes que asisten a un centro de terapia en San Juan de Lurigancho, el

cual nos dio como resultado que el mayor porcentaje de pacientes que tiene grado moderado de discapacidad con 58%, seguido de un grado alto de discapacidad con 32%, por último, tenemos en menor porcentaje de pacientes con un grado bajo de discapacidad con un 10%, lo cual difiere con el estudio *“Índice de discapacidad que generan las lesiones de hombro en pescadores que habitan en Telchac puerto, Yucatán”* de Miriam Herrera que indica el grado más alto de afectación es en un 58% de la población entre 61 a 65 años de edad que presenta alto grado de discapacidad, seguido de un 33.41% moderada discapacidad y el 26.07% de mínima discapacidad.

Analizando el tercer objetivo específico de este estudio que fue determinar la relación entre el nivel de kinesiofobia y la intensidad de dolor de los pacientes que asisten a un centro de terapia en San Juan de Lurigancho, el cual nos dio como resultado una correlación significativa, dada la significancia menor al 0.05, el coeficiente de correlación resultante fue de 0.631, con lo cual se concluye que existe una correlación moderada entre ambas variables, además existe una relación directa dado el signo positivo del coeficiente de correlación, lo cual coincide con el estudio *“La kinesiofobia está asociada con el dolor Intensidad y discapacidad en el dolor crónico de hombro: un estudio transversal”* de Luque Alejandro, lo cual nos indica que los mayores niveles de kinesiofobia se asociaron con mayores niveles de puntuación total SPADI (b estandarizado = 0,35, $P < 0,01$) en el análisis de regresión multivariable. Esta asociación siguió siendo significativa

Analizando el cuarto objetivo específico de este estudio que fue determinar la relación entre discapacidad y la intensidad de dolor de los pacientes que asisten a un centro de terapia en San Juan de Lurigancho, el cual nos dio como resultado una correlación significativa, dada la significancia menor al 0.05, el coeficiente de correlación resultante fue de 0.829, con lo cual se

concluye que existe una correlación alta entre ambas variables, además existe una relación directa dado el signo positivo del coeficiente de correlación, el cual coincide con el estudio de Rodríguez S, Melogno M., “*El dolor crónico de hombro en las actividades instrumentales de la vida diaria.*” En donde se dio como resultado que se estableció asociación entre el dolor y la discapacidad en las actividades cotidianas, concluyendo que la presencia de hombro doloroso disminuye el rango articular en 4 de 6 movimientos, interfiere en gran parte de las actividades instrumentales de la vida diaria y altera la calidad del sueño.

CAPITULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 Conclusiones

Según los objetivos planteados en este estudio podemos concluir lo siguiente:

Primero: Se concluye que si existe una correlación significativa entre el nivel de kinesiophobia y discapacidad de hombro de los pacientes.

Segundo: Se concluye que los pacientes presentan un grado moderado de kinesiophobia.

Tercero: Se concluye que existe una correlación moderada entre el nivel de kinesiophobia y la intensidad de dolor.

Cuarto: Se concluye que existe relación entre la discapacidad e intensidad de dolor de los pacientes.

Quinto: Con respecto a las características sociodemográficas de los pacientes, fue predominante el sexo masculino con un 53% y el sexo femenino con 47%, así mismo el rango de edad mas alto es de 35 a 48 años.

5.2 Recomendaciones

1. Se recomienda realizar una adecuada evaluación fisioterapéutica para realizar un correcto plan de tratamiento
2. Se sugiere tener una mejor facilidad de palabra para poder llegar al paciente y así el comprenda su patología, lo que sucede en su cuerpo y como lo vamos a ayudar.
3. Se recomienda un apoyo multidisciplinario si es que el paciente lo necesitara.
4. Fomentar la importancia del movimiento y el ejercicio físico para la prevención se lesiones a largo plazo.

5. Bibliografía.

1. Huamán, M, Vera Pérez, M. Factores de riesgo y su relación con el síndrome de hombro doloroso en pacientes atendidos en el servicio de medicina física de un hospital de Lima [Tesis para optar el título de segunda especialidad de terapia manual ortopédica]. Universidad Privada Norbert Wiener, 2018.
<http://repositorio.uwiener.edu.pe/bitstream/handle/123456789/2346/ESPE%20CIALIDAD%20-%20%20Huam%c3%a1n%20-%20Vera.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
2. Caracuel I, Cabrera G, et al. Valoración del dolor crónico de hombro en población mayor: un enfoque biopsicosocial; Rev. De la Soc. Esp. De Rehab. Y Med Fisc. 2014; vol 48: pag 76 – 81.
3. Castellanos Madrigal, S. Magdaleno Navarro, E. Herrera Rodríguez, V. Dolores García, M. Torres Bugarin, O. Lesión del manguito rotador: diagnóstico, tratamiento y efecto de la facilitación neuromuscular propioceptiva. Residente. 2020;15(1):19-26. 2020.
<https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=94039>.
4. Ventura Y, Cerdán H. Pinzamiento subacromial y funcionalidad en pacientes con síndrome de hombro doloroso del servicio de medicina

física y rehabilitación del hospital San Juan De Lurigancho. Lima [Tesis para optar el título de segunda especialidad de terapia manual ortopédica].

Universidad Privada Norbert Wiener, 2017.

<http://repositorio.uwiener.edu.pe/bitstream/handle/123456789/1153/TITU>

[LO%20-](#)

[%20Cerd%c3%a1n%20Cueva%2c%20Hugo%20Javier.pdf?sequence=1&](#)

[isAllowed=y.](#)

5. Rincón A, Rocha A, López A, Martínez J. Calidad de vida relacionada con la salud de pacientes con lesiones de manguito rotador. Rev Bras. Ortop. [internet]. 2018; 53(3): 364 – 372. 2021.

[https://www.scielo.br/j/rbort/a/6WPYpcQXmfypsGV9dQzDpBf/?format=](https://www.scielo.br/j/rbort/a/6WPYpcQXmfypsGV9dQzDpBf/?format=pdf&lang=es)

[pdf&lang=es.](#)

6. Rodríguez, S; Melogno, M. El dolor crónico de hombro en las actividades instrumentales de la vida diaria. Rehabilitación (Madr., Ed. impr.) ; 52(1): 38-44, ene.-mar. 2018.
7. Luque A, Martinez J, Navarro S, Morales JM, Meus M, Struyf F. Kinesiophobia Is Associated With Pain Intensity and Disability in Chronic Shoulder Pain: A Cross-Sectional Study. Jour of manip and physiol therap. [internet]. 2020, Vol 43: 791-798. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32829946/>.
8. Bartlett O, Farnsworth II J. The Influence of Kinesiophobia on Perceived Disability in Patients With an Upper-Extremity Injury: A Critically

Appraised Topic. J Sport Rehabil. Vol. 3;30(5):818-823. 2021.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33662934/>.

9. Rodríguez S, Melogno M. El dolor crónico de hombro en las actividades instrumentales de la vida diaria. J Sport Rehabil, 2021, Vol 30(5):818-823. 2021. [El dolor crónico de hombro en las actividades instrumentales de la vida diaria - ScienceDirect](#)

10. De Baets L, Matheve T, Traxler J, Vlaeyen JWS, Timmermans A. Pain related beliefs are associated with arm function in persons with frozen shoulder. Shoulder & Elbow 0(0) 1–9, 2020.

<https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1758573220921561>.

11. Harudy D, Pott H, Nevoeiro M, Araújo L, Rezende P. Pain-related fear phenotypes are associated with function of the upper limbs in individuals with shoulder pain. Musculoskeletal Science and Practice [Internet]. 2021. Vol. 55 2468-7812. Disponible en:

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34175789/> .

12. Gonzalez A, Sotomayor M. Nivel de Kinesiofobia En Adultos Mayores Del Hospital Geriátrico PNP San José [TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADO EN TECNOLOGÍA MÉDICA EN TERAPIA FÍSICA Y REHABILITACIÓN. Lima, Universidad privada Norbert Wiener,

2018.<http://repositorio.uwiener.edu.pe/bitstream/handle/123456789/2979/>

[TESIS%20Gonzalez%20Angel%20-](#)

[%20Sotomayor%20Mar%c3%ada.pdf?sequence=3&isAllowed=y](#)

13. Díaz V, Cornejo M, Artigas J, Veliz B, Escobar C. Relación entre catastrofización, kinesiofobia, discapacidad e intensidad de dolor en pacientes consíndrome de hombro doloroso. : Federación Española de Asociaciones de Docentes de Educación Física (FEADEF) ISSN: Edición impresa: 1579-1726. Edición Web: 1988-2041
<https://recyt.fecyt.es/index.php/retos/index>
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8720494>
14. Herrera M, Barrero C, Couoh A, Hijuelos N, Rojas D. Índice de discapacidad que generan las lesiones de hombro en pescadores que habitan en Telchac Puerto, Yucatán. México, Ciencia y Humanismo en la Salud [Internet] 2018, Vol. 5, No 1, pp.9-17.
<http://revista.medicina.uady.mx/revista/index.php/cienciayhumanismo/article/view/91>
15. Barrientos C, Castillo A, Gidi P. Correlación Entre Funcionalidad De Hombro Según Test Spadi Y Calidad De Vida Según Test S6f-36 En Adultos Mayores Que Viven En La Comunidad [Tesis para optar el titulo de Kinesiólogo], Santiago, Chile, Universidad FinisTerra, 2014.
<https://repositorio.uft.cl/xmlui/bitstream/handle/20.500.12254/290/Barrientos-Castillo-Gidi%202014.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
16. Caceres C. Sobre el concepto de discapacidad. Una revisión de las propuestas de la OMS. Auditio [Internet], 2(3), 74-77. 2004.
<https://journal.auditio.com/>
17. Gonzales B, Terrazas P. Asociación Entre Kinesofobia Y Discapacidad En Pacientes Con Dolor Lumbar Inespecífico Del Área De Algias De Un

Hospital De Lima [Tesis Para Optar El Título De Segunda Especialidad En Terapia Manual Ortopédica]. Universidad Privada Norbet Wiener. 2017.

<http://repositorio.uwiener.edu.pe/bitstream/handle/123456789/1330/TITULO%20-%20Terrazas%20Antaquispe%2C%20%20Percy.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

18. Membrilla M. La evaluación funcional en rehabilitación: validación del simple shoulder test (SST) y Shoulder and pain disability index (SPADI). [tesis Doctoral]. Universidad de Granada. 2018.

<https://digibug.ugr.es/bitstream/handle/10481/54749/63236.pdf?sequence=4>.

19. Romero C. Relación De Kinesiofobia E Intensidad De Dolor Musculoesquelético En Pacientes Post operados De Rodilla, Hospital Ilo. [Proyecto de tesis para optar por el título profesional de tecnología médica en Terapia Física y rehabilitación. Universidad privada de Tacna. 2021.

<https://repositorio.upt.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12969/1893/Romero-Berroa-Carolina.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

20. Alburqueque C, Yangali J, Guerrero M, Acuña L, Arellano C. LA INVESTIGACION CIENTIFICA Una aproximación para los estudios posgrado. [Internet]. Guayaquil - Ecuador: Departamento de Investigación y postgrados Universidad Internacional del Ecuador; 2020, [15/12/21].

21. Weermeijer JD, Meulders A. Clinimetrics: Tampa scale for kinesiophobia. J Physiother [Internet]. 2018 [citado el 10 de diciembre de 2021];64(2):126. Disponible en:
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S183695531830002X>
22. BERNAL, CÉSAR A., Metodología de la investigación. Tercera edición E Book. [Internet]. PEARSON EDUCACIÓN, Colombia, 2010.
23. Membrilla MD, et al. Índice De Dolor De Hombro E Discapacidad Capítulo 3: Validación Cruzada Cultural Evaluación De Las Propiedades Psicométricas De La Versión En Español. Health Qual Life Outcomes [Internet]. 2015. 13:200 <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26690943/>
24. Ferrer R, et al. Adaptation and validation of the Spanish version of the graded chronic pain scale. Reumatol Clín (Engl Ed) [Internet]. 2016, Vol. 12, 130-138.
<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S2173574316000381#:~:text=The%20Spanish%20version%20of%20the%20Graded%20Chronic%20Pain%20Scale%20had,explained%2072.37%25%20of%20the%20variance.>
25. Hudes K. The Tampa Scale of Kinesiophobia and neck pain, disability and range of motion: a narrative review of the literature. J Can Chiropr Assoc. [Internet]. 2011;55(3):222–32.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21886284/>.

26. Vicente J, López-Guillen A. Los factores psicosociales como predictores pronósticos de difícil retorno laboral tras incapacidad. Med. segur. Trab [Internet]. 2018; vol.64 no.250 Madrid ene./mar.
https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0465-546X2018000100050
27. Cuyul Vásquez I y Araya-Quintanilla F. Influencia de los factores psicosociales en la experiencia de dolor musculoesquelético: una revisión de la literatura. Rev Soc Esp Dolor 2019;26(1):44-51R. Esteve y C. Ramírez-Maestre; Modelo de Miedo-Evitación del Dolor: evolución y nuevas propuestas; Revista de Psicología de la Salud (New Age) Vol 1, nº1, 2013.
<https://scielo.isciii.es/pdf/dolor/v26n1/1134-8046-dolor-26-01-00044.pdf>
28. Miranda Zarabia, Cladyz, FACTORES PSICOSOCIALES EN EL DOLOR CRÓNICO, Lima, diciembre – 2019.
http://repositorio.uigv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.11818/4937/TRSUFICIENCIA_MIRANDA%20ZARABIA.pdf?sequence=1&isAllowed=y
29. Jorge García Andreu, Manejo básico del dolor agudo y crónico, Anest. Méx. vol.29 supl.1 Ciudad de México 2017.
https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2448-87712017000400077
30. Norberto Bilbeny; Dolor cronico en Chile; Unidad de Dolor. Hospital Militar de Santiago. Santiago, Chile. Unidad de Medicina del Dolor. Clínica Meds. Santiago, Chile, REV. MED. CLIN. CONDES - 2019;

30(6) 397-406 <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-dolor-cronico-en-chile-S0716864019300884>

31. Declaración de Helsinki. Principios éticos para las investigaciones con seres humanos. 59ª Asamblea General, Seúl, Corea, octubre de 2008 [en línea]. [Fecha de consulta: 20 de mayo de 2011]. Disponible en: https://medicina.udd.cl/centro-bioetica/files/2010/10/declaracion_helsinki.pdf

ANEXOS:

Anexo 1: Matriz de consistencia

Formulación del problema	Objetivos	Hipótesis	Variables	Diseño metodológico
<p>PROBLEMA GENERAL</p> <p>¿Cuál es la relación entre el nivel de kinesiophobia y la discapacidad de hombro en los pacientes que asisten a un centro de terapia en San Juan de Lurigancho en el 2023?</p> <p>PROBLEMA ESPECIFICO</p> <ul style="list-style-type: none"> ¿Cuál es el nivel de kinesiophobia de los pacientes que asisten a un centro de terapia 	<p>OBJETIVO GENERAL</p> <p>Determinar la relación entre el nivel de kinesiophobia y discapacidad de hombro de los pacientes.</p> <p>OBJETIVOS ESPECIFICOS</p> <ul style="list-style-type: none"> Determinar el nivel de kinesiophobia de los pacientes. 	<p>HIPOTESIS GENERAL</p> <ul style="list-style-type: none"> Hipótesis nula: No existe relación entre el nivel de kinesiophobia y discapacidad de hombro en los pacientes que asisten a un centro de terapia en San Juan de 	<p>VARIABLE 1:</p> <p>Alto Moderado Leve</p> <p>VARIABLE 2:</p> <p>Dolor Discapacidad</p>	<p>TIPO DE INVESTIGACION</p> <p>Transversal</p> <p>METODO Y DISEÑO DE LA INVESTIGACION</p> <p>hipotético deductivo, observacional de cohorte transversal</p> <p>POBLACION MUESTRA</p>

<p>en San Juan de Lurigancho en el 2023?</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Cuál es el grado de discapacidad de los pacientes que asisten a un centro de terapia en San Juan de Lurigancho en el 2023? • ¿Cuál es la relación entre el nivel de kinesiophobia y la intensidad de dolor de los pacientes que asisten a un centro de terapia en San Juan de Lurigancho en el 2023? • ¿Cuál es la relación entre kinesiophobia y la funcionalidad de hombro de los 	<ul style="list-style-type: none"> • Determinar el grado de discapacidad de los pacientes. • Determinar la relación entre el nivel de kinesiophobia y la intensidad de dolor de los pacientes. • Determinar la relación entre discapacidad y la intensidad de dolor de los pacientes. 	<p>Lurigancho en el 2023</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hipótesis alterna: <p>Si existe relación entre el nivel de kinesiophobia y discapacidad de hombro en los pacientes que asisten a un centro de terapia en San Juan de Lurigancho en el 2023.</p> <p>HIPOTESIS ESPECIFICA</p> <ul style="list-style-type: none"> • Existe relación entre el nivel de kinesiophobia y la intensidad de 		<p>120 pacientes que asisten a un centro en San Juan de Lurigancho.</p>
---	--	--	--	---

<p>pacientes que asisten a un centro de terapia en San Juan de Lurigancho en el 2023?</p>		<p>dolor de los pacientes.</p> <ul style="list-style-type: none"> • No existe relación entre el nivel de kinesiophobia y la intensidad de dolor de los pacientes. • Existe relación entre discapacidad y la intensidad de dolor de los pacientes. • No existe relación entre discapacidad y la intensidad de dolor de los pacientes. 		
---	--	---	--	--

Anexo 2: Instrumentos

INDICE DE DOLOR Y DISCAPACIDAD DE HOMBRO

SPADI

Fecha:

Escala de dolor:

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

(no hay dolor)

(dolor moderado)

(peor dolor)

- Marque con una X el número que corresponda a su dolor.

¿Cuán fuerte es su dolor?

¿En su peor momento?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
¿Cuándo se acuesta por ese lado?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
¿Alcanzar algo en un estante alto?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
¿Al tocarse la parte posterior del cuello?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
¿Al empujar con el brazo afecto?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Escala de Discapacidad

Lavándose el pelo	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
-------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Lavándose la espalda	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Poniéndose una camisa o casaca	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Poniéndose una camisa con botones adelante	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Poniéndose pantalones	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Colocando un objeto en alto	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Cargando un objeto de 4.5 kg	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Cogiendo algo del bolsillo trasero	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Interpretación:

- Puntuación total de dolor: _____ / 50 x 100 = ____%
- Puntuación total de discapacidad: _____ / 80 = _____ %
- Puntuación total SPADI:

(puntuación del dolor + puntuación de discapacidad) / 130 = _____%

KINESIOFOBIA

ESCALA DE TAMPA

Se mencionará una serie de afirmaciones en la que Ud. Deberá indicar hasta que punto eso ocurre en su caso, utilizando la siguiente escala.

1	2	3	4
Totalmente en desacuerdo	Parcialmente en desacuerdo	Parcialmente de acuerdo	Totalmente de acuerdo

N°	Pregunta	1	2	3	4
1.	Tengo miedo de lesionarme si hago ejercicio.				
2.	Si me dejara vencer por el dolor, el dolor aumentaría.				
3.	Mi cuerpo me esta diciendo que tengo algo serio.				
4.	Tener dolor siempre quiere decir que en el cuerpo hay una lesión.				
5.	Tengo miedo a lesionarme sin querer.				
6.	Lo más seguro para evitar que aumente el dolor es tener cuidado y no hacer movimientos innecesarios.				

7.	No me dolería tanto si no tuviese algo serio en mi cuerpo.				
8.	El dolor me dice cuando debo parar la actividad para no lesionarme.				
9.	No es seguro para una persona con mi enfermedad hacer actividades físicas.				
10.	No puedo hacer todo lo que la gente normal hace porque me podría lesionar con facilidad.				
11.	Nadie debería hacer actividades físicas cuando tiene dolor.				
PUNTAJE					
<p>Interpretación: Puntuación final la correspondida entre los puntajes de 11 al 27 se denominará como bajo nivel de kinesiofobia, mientras, los puntajes entre 28 y 44 se denominará como alto nivel de kinesiofobia.</p>					



COMITÉ INSTITUCIONAL DE ÉTICA PARA LA
INVESTIGACIÓN

CONSTANCIA DE APROBACIÓN

Lima, 20 de marzo de 2023

Investigador(a)
Leydi Alexandra Lara Navarro
Exp. N.º 0229-2023

De mi consideración:

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

- Protocolo titulado: **“NIVEL DE KINESIOFOBIA Y LA DISCAPACIDAD DE HOMBRO EN PACIENTES DE UN CENTRO DE TERAPIA EN SAN JUAN DE LURIGANCHO, 2023” Versión 02 con fecha 15/03/2023.**
- Formulario de Consentimiento Informado **Versión 01 con fecha 07/03/2023**

El cual tiene como investigador principal al Sr(a) Leydi Alexandra Lara Navarro y a los investigadores colaboradores (no aplica)

La **APROBACIÓN** comprende el cumplimiento de las buenas prácticas éticas, el balance riesgo/beneficio, la calificación del equipo de investigación y la confidencialidad de los datos, entre otros.

El investigador deberá considerar los siguientes puntos detallados a continuación:

1. **La vigencia** de la aprobación es de **dos años** (24 meses) a partir de la emisión de este documento.
2. **El Informe de Avances** se presentará cada 6 meses, y el informe final una vez concluido el estudio.
3. **Toda enmienda o adenda** se deberá presentar al CIEI-UPNW y no podrá implementarse sin la debida aprobación.
4. Si aplica, **la Renovación** de aprobación del proyecto de investigación deberá iniciarse treinta (30) días antes de la fecha de vencimiento, con su respectivo informe de avance.

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

Atentamente,


Yenny Marisol Bellido Fuente
Presidenta del CIEI- UPNW



Avenida República de Chile N°432, Jesús María
Universidad Privada Norbert Wiener
Teléfono: 706-5555 anexo 3290 Cel. 981-000-698
Correo: comite.etica@upnw.edu.pe

Anexo 4: Formato de consentimiento informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Este documento de consentimiento informado tiene información que lo ayudara a decidir si desea participar en este estudio de investigación en salud: NIVEL DE KINESIOFOBIA Y LA DISCAPACIDAD DE HOMBRO EN PACIENTES DE UN CENTRO DE TERAPIA EN SAN JUAN DE LURIGANCHO, 2023. Antes de decidir si participa o no, debe conocer y comprender cada uno de los siguientes apartados, tómese el tiempo necesario y lea con detenimiento la información proporcionada líneas abajo, si a pesar de ello persisten sus dudas, comuníquese con la investigadora al teléfono celular o correo electrónico que figuran en el documento. No debe dar su consentimiento hasta que entienda la información y todas sus dudas hubiesen sido resueltas.

Título del proyecto: NIVEL DE KINESIOFOBIA Y LA DISCAPACIDAD DE HOMBRO EN PACIENTES DE UN CENTRO DE TERAPIA EN SAN JUAN DE LURIGANCHO, 2023.

Nombre del investigador principal: LARA NAVARRO LEYDI ALEXANDRA

Propósito del estudio: Dar a conocer si el miedo al movimiento (Kinesiofobia) genera una discapacidad a largo plazo en pacientes que padecen de dolor de hombro crónico.

Participantes: Pacientes que acuden al centro de terapia La Casa del Fisio

Participación:

Participación voluntaria:

Beneficios por participar: Ninguno

Inconvenientes y riesgos: Ninguno

Costo por participar: Ninguno

Remuneración por participar: Ninguno

Confidencialidad:

Renuncia:

Consultas posteriores:

Contacto con el Comité de Ética:

- Declaración de consentimiento

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

Declaro que he leído y comprendido la información proporcionada, se me ofreció la oportunidad de hacer preguntas y responderlas satisfactoriamente, no he percibido coacción ni he sido influido indebidamente a participar o continuar participando en el estudio y que finalmente el hecho de responder la encuesta expresa mi aceptación a participar voluntariamente en el estudio. En merito a ello proporciono la información siguiente:

Documento Nacional de Identidad:

Correo electrónico personal o institucional:

Anexo 5: Carta de aprobación de la institución para la recolección de datos

CARTA DE AUTORIZACION

Lima, 15 de noviembre del 2022



Yo, Rafael Espinoza Vítor, natural de Lima, identificado con número de DNI: 42084779 domiciliado en Jr. Bengalíes N° 607 Urb. Residencial Horizonte de Zarate, distrito San Juan de Lurigancho ante usted expongo, que siendo Director General del centro de Terapia Física y Rehabilitación “La Casa del Fisio EIRL” con RUC:20605240349, ubicado en el distrito de San Juan de Lurigancho con dirección en Jirón Los Bengalíes N° 607, acepto y Autorizo a la bachiller Leydi Alexandra Lara Navarro, con DNI: 73046173 de la carrera de Terapia Física y Rehabilitación de la Escuela Académico Profesional de Tecnología Médica, Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Privada Norbert Wiener, para que pueda llevar a cabo su investigación de tesis titulado: **NIVEL DE KINESIOFOBIA Y LA DISCAPACIDAD DE HOMBRO EN PACIENTES DE UN CENTRO DE TERAPIA EN SAN JUAN DE LURIGANCHO, 2022**; en los meses de Noviembre y diciembre del 2022.

Por lo expuesto:

Se expide el presente documento para fines de la investigación.

Rafael Espinoza Vítor

DNI: 42084779

Anexo 6: Reporte de similitud del turnitin

● 18% de similitud general

Principales fuentes encontradas en las siguientes bases de datos:

- 17% Base de datos de Internet
- Base de datos de Crossref
- 5% Base de datos de trabajos entregados
- 5% Base de datos de publicaciones
- Base de datos de contenido publicado de Crossref

FUENTES PRINCIPALES

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

1	repositorio.uwiener.edu.pe Internet	4%
2	hdl.handle.net Internet	4%
3	researchgate.net Internet	2%
4	ibecs.isciii.es Internet	1%
5	revista.medicina.uady.mx Internet	<1%
6	repositorio.ucv.edu.pe Internet	<1%
7	Universidad Wiener on 2023-08-14 Submitted works	<1%
8	auditio.com Internet	<1%