



Universidad
Norbert Wiener

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA ACADÉMICO DE TECNOLOGÍA MÉDICA EN
TERAPIA FÍSICA Y REHABILITACIÓN
SEGUNDA ESPECIALIDAD EN TERAPIA MANUAL
ORTOPÉDICA

Trabajo Académico

Kinesiofobia y la capacidad funcional en pacientes con gonartrosis de un
hospital de Lima Sur, 2025

Para optar el Título de
Especialista en Terapia Manual Ortopédica

Presentado por:

Autora: Alarcon Gomez, Tatiana Melissa


Código ORCID: <https://orcid.org/0009-0008-1773-7208>

Asesor: Mg. Arrieta Cordova, Andy Freud

Código ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8822-3318>

Lima – Perú

2025

 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, Tatiana Melissa Alarcon Gomez , egresado de la Facultad de Ciencias de la Salud y Escuela Académica Profesional de Tecnología Medica / Escuela de Posgrado de la Universidad privada Norbert Wiener declaro que el trabajo académico "...*Kinesiofobia y la Capacidad Funcional en Pacientes con gonartrosis de un Hospital en Lima Sur, 2025*". Asesorado por el docente: Mg. Andy Freud Arrieta Córdova, DNI 44361245, ORCID 0000-0002-8822-3318 tiene un índice de similitud de 16 %, con código: oid:14912:462238746, 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 1
 Nombres y apellidos del Egresado
 Tatiana Melissa Alarcon Gomez
 DNI: 44361245



.....
 Firma
 Nombres y apellidos del Asesor
 Mg. Andy Freud Arrieta Cordova
 DNI: 10697600

Lima, 29 de Mayo de 2025

INDICE

1.PROBLEMA	4
1.1 Planteamiento de problema.....	4
1.2. Formulación del problema	6
1.2.1. Problema General.....	6
1.2.2. Problemas Específicos.....	7
1.3. Objetivos de la Investigación.....	7
1.3.1. Objetivo general	7
1.3.2. Objetivos específicos.....	7
1.4. Justificación de la Investigación	7
1.4.1 Teórica	7
1.4.2 Metodológica	8
1.4.3 Practica	8
1.5 Delimitación de la Investigación	8
1.5.1 Temporal.....	8
1.5.2 Espacial.....	8
2. MARCO TEORICO	9
2.1 Antecedentes.....	9
2.2 Bases Teóricas	13
2.3. Formulación de Hipótesis	17
2.3.1. Hipótesis general	17
2.3.2. Hipótesis específicas	17
3. METODOLOGIA	18
3.1 Método de la investigación	18
3.2 Enfoque de la investigación	18
3.3 Tipo de l investigación.....	18
3.4 Diseño de la investigación	18
3.5. Población, muestra y muestreo	19
3.5.1 Población.....	19
3.5.2 Muestra.....	19
3.5.3 Técnica de muestreo.....	19
3.6 Variables y operacionalización	21

3.7. Técnica e instrumentos para recolección de datos.....	27
3.7.1. Técnica	27
3.7.2. Descripción de Instrumentos.....	28
3.7.3. Validación	31
3.7.4. Confiabilidad.....	31
3.8. Plan de procesamiento y análisis de datos	31
3.9. Aspectos éticos	31
4. Aspectos administrativos.....	33
Cronograma de actividades	33
4.2 Presupuesto	34
REFERENCIAS	35
ANEXOS	41
Anexo 1: Matriz de consistencia	41
Anexo 2: Instrumentos	43
Anexo 3: Consentimiento informado.....	¡Error! Marcador no definido.
Anexo 4: Carta de autorizacion	51
Anexo 5 : Validacion de instrumentos	52
Anexo 6: Informe del porcentaje del turnitin	64

1.PROBLEMA

1.1 Planteamiento de problema

La osteoartrosis es considerada una de las patologías articulares de mayor prevalencia, siendo reconocida como una de las principales causas de enfermedades crónicas. Afecta principalmente a la población mayor de 50 años y representa una causa significativa de discapacidad funcional. Según refiere la OMS aproximadamente 250 millones de personas alrededor del mundo presentan esta enfermedad, con una incidencia de 203 por cada 10000 personas por año. Actualmente la evidencia bibliográfica, refiere que, de cada 4 personas mayores de 55 años, al menos 1 tiene dolor persistente de rodilla y más del 30% de personas mayores de 50 años sufre osteoartritis de rodilla según refieren las imágenes radiográficas (1).

La gonartrosis es un trastorno que se caracteriza por su naturaleza degenerativa, progresiva e inflamatoria. El daño en la articulación se debe a la pérdida progresiva del cartílago articular, provocando episodios continuos de dolor, rigidez articular y en consecuencia una limitada capacidad funcional; lo cual impacta negativamente en la calidad de vida del individuo (2).

En la actualidad, en Estados Unidos, 14 millones de personas de más de 50 años presentan gonartrosis y experimentan síntomas dolorosos, en Europa la gonartrosis es considerada la tercera causa de discapacidad en casi todos los países y en España es representada por el 26,42% siendo el doble la relación de mujeres a hombres. Además, este registro demostró que los casos están en aumento alcanzando un 52% a nivel mundial. Estas cifras resultan preocupantes para la

comunidad médica, lo que impulsó la realización de más investigaciones (3,4). En América Latina, específicamente en México, se proyecta que la cantidad de casos de gonartrosis se incrementaran en 20 millones para el año 2050. En Cuba, se observa una prevalencia de casos entre el 17% y 19% en áreas urbanas; sin embargo, en áreas rurales presento un porcentaje más alto de 21 y 23%.

En Perú, según las cifras estadísticas con respecto a la gonartrosis la incidencia está en aumento, dado que, en la actualidad, hay una considerable demanda de atención en el Área de Reumatología en el seguro nacional y de hasta un 15% de las consultas de atenciones privadas; no obstante; se carece de investigaciones sobre esta problemática, pero tiene conocimiento de la prevalencia que muestran las poblaciones pequeñas de este país, especialmente los pacientes mayores a 50 años (5).

Según indica el documento nacional técnico titulado “Análisis situacional de la salud hospitalaria”, efectuado por el Hospital Nacional Dos de Mayo, la gonartrosis es una alteración física caracterizada por un proceso degenerativo acompañada de un alto grado de dolor que coexiste con la morbilidad en consulta externa, con una tasa de 7 casos por cada mil habitantes. Asimismo, se constató que la mayoría de casos fueron de pacientes mujeres, con una edad mayor a 50 años, la cual influye de forma directa en la tasa de mortalidad (6,7).

En relación a la kinesiofobia esta se conceptualiza como una alteración conductual caracterizada por un miedo irracional hacia la realización de movimientos corporales, inducido por la preocupación de provocar dolor o de generar una nueva lesión. Este miedo al movimiento se considera un factor psicológico notablemente perjudicial, lo cual desencadena un patrón conductual de reposo excesivo que conlleva a una limitada capacidad funcional en la persona (8,9).

Por otra parte, se conoce que la capacidad funcional es definida como la habilidad que posee una persona para realizar sus diversas actividades de la vida diaria de forma independiente tales como alimentación, aseo, vestimenta, desplazarse, entre otras. La disminución de la capacidad funcional se asocia a diversos factores siendo uno de ellos las alteraciones musculoesqueléticas causadas por la pérdida de flexibilidad, deterioro articular, disminución de masa muscular, pérdida de densidad ósea entre otras alteraciones (10). Ante lo mencionado de acuerdo a la literatura revisada el miedo al dolor y la capacidad funcional conlleva los pacientes a entrar a un ciclo vicioso donde las variables mencionadas se retroalimentan negativamente agravando progresivamente el deterioro en la calidad de vida. (11,12).

Finalmente, el propósito de la presente investigación es determinar la relación entre las variables kinesiofobia y capacidad funcional en pacientes diagnosticados con gonartrosis que reciben atención en el servicio de Terapia Física y Rehabilitación de un Hospital ubicado en Lima Sur. Considerando que la kinesiofobia, entendida como el temor al movimiento, influye de manera significativa en la funcionalidad de la persona; esta limita el desempeño en actividades básicas de autocuidado, interacción social y rendimiento laboral.

1.2. Formulación del problema

1.2.1. Problema General

- ¿Existe asociación entre la kinesiofobia y la capacidad funcional en pacientes con gonartrosis de un Hospital de Lima Sur, 2025?

1.2.2. Problemas Específicos

- ¿Existe asociación entre la Kinesiofobia y la dimensión dolor de la capacidad funcional en pacientes con gonartrosis de un Hospital de Lima Sur, 2025?
- ¿Existe asociación entre la kinesiofobia y la dimensión rigidez de la capacidad funcional en pacientes gonartrosis de un Hospital de Lima Sur, 2025?
- ¿Existe asociación entre la kinesiofobia y la dimensión funcionalidad de la capacidad funcional en pacientes con gonartrosis de un Hospital de Lima Sur, 2025?

1.3. Objetivos de la Investigación

1.3.1. Objetivo general

- Establecer la asociación entre el nivel de kinesiofobia y la capacidad funcional en pacientes con gonartrosis de un Hospital de Lima Sur, 2025

1.3.2. Objetivos específicos

- Definir la asociación entre el nivel de kinesiofobia y la dimensión dolor de la funcionalidad en pacientes con gonartrosis de un Hospital de Lima Sur, 2025
- Establecer la asociación entre el nivel de kinesiofobia y la dimensión rigidez de la funcionalidad en pacientes con gonartrosis de un Hospital de Lima Sur, 2025
- Delimitar la asociación entre el nivel kinesiofobia y la dimensión funcionalidad de la funcionalidad en pacientes con gonartrosis de un Hospital de Lima Sur, 2025.

1.4. Justificación de la Investigación

1.4.1 Teórica

El presente trabajo de investigación busca generar un valor teórico mostrando el nivel de relación entre las variables estudiadas y sabiendo

que el nivel de kinesiofobia es un factor relevante para determinar la capacidad funcional.

Este estudio proporcionara evidencia basada en los resultados obtenidos los cuales podrán ser usados para futuras investigaciones.

1.4.2 Metodológica

El presente estudio se caracteriza por ser de diseño no experimental, de asociación y transversal ya que tiene como objetivo dar a conocer la relación existente entre dos variables y los datos recolectados serán en un solo momento. Para medir la variable kinesiofobia se aplicará la Escala de Tampa y para la variable funcionalidad se utilizará el WOMAC, los cuales serán validados para el presente estudio.

1.4.3 Practica

El estudio de investigación tiene como objetivo enriquecer el conocimiento en relación a la kinesiofobia y capacidad funcional en personas con gonartrosis. A través de esta investigación se pretende contribuir a la implementación de intervenciones, así como desarrollar estrategias que mejoren la calidad de vida de las personas que presentan gonartrosis.

1.5 Delimitación de la Investigación

1.5.1 Temporal

Este trabajo de investigación se realizará durante el último trimestre del año 2024 y el segundo trimestre del 2025.

1.5.2 Espacial

Se llevará a cabo en las instalaciones del servicio de Terapia Física de un Hospital de Lima Sur, ubicado en el distrito de Santiago de Surco.

2. MARCO TEORICO

2.1 Antecedentes

Internacionales

López K. et al. (13) en el 2021, realizaron una investigación con el objetivo de analizar la relación entre las variables kinesiofobia y la capacidad funcional en adultos con osteoartritis de rodilla que asisten a consultorios de rehabilitación y/u ortopedia privados. El presente estudio es descriptivo, transversal y analítico. La muestra estuvo conformada 40 adultos mayores que presentan artrosis de rodilla (mayores de 60 años, de ambos sexos). Se aplicaron la escala de Tampa para Kinesiofobia y el WOMAC para medir los niveles de la capacidad funcional. En los resultados se observó que el índice de WOMAC obtuvo una media de 28.07 puntos, demostrando poca limitación para la capacidad funcional, en cuanto a la Escala de Tampa alcanzo una media de 35.02 puntos, confirmando un alto nivel de kinesiofobia. No se observó una asociación estadísticamente significativa entre la kinesiofobia y la capacidad funcional ($r=0.052$, $p=.752$). Se concluyo que a pesar de hallar altos niveles de kinesiofobia, no se halló gran afectación funcional.

Parrado L. (14) en el 2021 tuvo como objetivo establecer “El nivel de funcionalidad en adultos mayores secundarios a gonartrosis en la UMF No 15”. El estudio fue transversal y descriptivo, tuvo una muestra de 313 pacientes adultos mayores. Se aplicó el cuestionario WOMAC para determinar el nivel de capacidad funcional. El resultado del estudio indico que la funcionalidad se afecta de manera severa, presentando 1.5% más de lo referido en la literatura. Los pacientes de 70 años, mujeres y obesos son los más afectados, la hipertensión es la comorbilidad prevalente, el síntoma frecuente es dolor es percibido como mucho y la rigidez como bastante. Se

concluye que la población estudiada no presenta un comportamiento como se menciona en la literatura, donde enfatiza que el estado nutricional afecta severamente la capacidad funcional y en los síntomas percibidos por el paciente.

Lopez B. et al. (15) en el 2019 busco analizar los factores psicológicos asociados con la discapacidad funcional en pacientes con osteoartritis de rodilla y cadera. Fue un estudio transversal correlacional. Para medir la kinesiofobia se aplicó la escala de Tampa, para la discapacidad funcional el WOMAC, para la depresión Beck Depression Inventory y para medir el catastrofismo se aplicó el Paín Catastrophizing. Tuvieron una muestra de 200 personas. Los resultados indicaron que la kinesiofobia y el catastrofismo están significativamente relacionados con un mayor grado de discapacidad funcional, la depresión y la discapacidad funcional se relacionaron con menor fuerza. Se concluye que los factores psicológicos tienen un papel relevante en el estado funcional de los pacientes con artrosis de cadera y de rodilla.

Kinikli G. et al. (16) en el 2018 tuvieron como objetivo analizar la relación entre la kinesiofobia, depresión y el rendimiento funcional en pacientes con osteoartritis. Fue un estudio transversal y de asociación. Se utilizaron la Escala de Tampa para medir la kinesiofobia, IPAQ para evaluar el nivel de actividad física, Inventario de depresión de Beck, pruebas físicas física de caminata de 6 minutos y el test de levantarse y caminar (TUG). La muestra la conformaron 200 pacientes. Los resultados indicaron que mayores niveles de kinesiofobia y depresión se asociaron estadísticamente con menor actividad funcional, además la kinesiofobia, la depresión, el rendimiento funcional son predictores significativos de bajos niveles de actividad física. Se concluyo que la kinesiofobia, la depresión y el bajo rendimiento funcional está relacionado con la actividad física en pacientes con osteoartritis.

Nacionales

Choque V y Calizaya M (17) en el 2023 tuvieron como objetivo de estudio: Establecer la asociación entre la kinesiofobia y el dolor de rodilla en el Cuartel Fuerte Arica de Tacna. Fue un estudio de investigación no experimental, transversal de nivel correlacional, con una población de 306 militares. Se aplicó una ficha recolectora de datos para averiguar las variables sociodemográficas, una escala numérica del dolor y la escala del Tampa para medir el nivel de Kinesiofobia. Los resultados evidenciaron que existió mayor prevalencia en el género masculino, en cuanto variables como media la kinesiofobia obtuvo 26,14 puntos y el dolor alcanzo 4,43 puntos. Se concluyó que existe una asociación entre la kinesiofobia y el dolor de rodilla, con un nivel de confianza del 95% y un p-valor de 0.00.

Camborda X. (18) en el 2023, su objetivo fue establecer la “asociación entre la capacidad funcional y el nivel de actividad física en pacientes con diagnóstico de gonartrosis de un Hospital de Huancayo”. El presente estudio se enmarca dentro del enfoque básico, diseño no experimental y alcance correlacional. El total de la muestra la conformaron 50 pacientes adultos asistentes al servicio de Fisioterapia del mencionado Hospital. Para medición de las variables se aplicó el cuestionario IPAQ para medir el nivel de actividad física y el WOMAC para determinar el nivel de capacidad funcional. Los resultados demostraron que el género femenino destaco con un 78%, con mayor prevalencia de edades entre 45 a 54 años con el 52% de la población. Se concluyo que estadísticamente existe una asociación entre la capacidad funcional y la actividad física.

De la Cruz J. (19) en el 2022 en su estudio, tuvo como propósito analizar la relación existente entre el dolor, capacidad funcional, rigidez y kinesiofobia en pacientes con gonartrosis del Hospital Hipólito Unanue. El presente estudio fue de tipo

observacional, de asociación y corte transversal. La muestra seleccionada fue de 88 pacientes diagnosticados con artrosis de rodilla, mediante un muestreo censal. Para medir la variable funcionalidad se aplicó el WOMAC y la kinesiofobia se midió con la Escala de Tampa. Los resultados hallados indicaron que la muestra de pacientes presentaba una edad media de 66.38 años, con mayor frecuencia del sexo femenino con el 68.2%, el 51.5% de tiempo de evolución de enfermedad de 1-5 años, el 51.1% presento grado de dolor moderado, el 51.1% manifestó un grado de rigidez moderado, el 61.4% revelo grado de dificultades en la capacidad funcional y el 60.2% presento un nivel alto de kinesiofobia. Se concluyó que las variables mencionadas están asociadas con kinesiofobia en pacientes con artrosis de rodilla.

Gutiérrez L. (20) en el 2020 en su estudio de investigación busco establecer la relación existente entre la gradación radiológica y la valoración funcional en pacientes con gonartrosis del Hospital Goyeneche de Arequipa, 2019. Fue un estudio no experimental, de asociación y transversal. Tuvo una muestra de la población de 42 pacientes, se aplicó el cuestionario WOMAC para medir la capacidad funcional, la Escala de Kellgren y Lawrence que es una escala de repercusión diagnóstica. Los resultados demostraron mayor frecuencia de un valor “aceptable” de 52,4% en el cuestionario WOMAC y un grado “moderado” según la clasificación Kellgren y Lawrence de 52.4%. Otras características resaltantes son género femenino con 66%, mayores de 70 años el 40,5%, con tiempo de enfermedad de 1 a 3 años el 54,8%. La investigación concluyo que si existe asociación entre las variables capacidad funcional y la gradación radiológica dentro de la población estudiada.

Chávez C. (21) en el 2017, tuvo como objetivo: Definir la asociación entre el grado de gonartrosis y el nivel de funcionalidad en pacientes del Hospital Nacional Dos de Mayo. Se trato de un estudio descriptivo, correlacional y de diseño transversal

prospectivo. La muestra lo conformaron 70 pacientes con gonartrosis, se aplicó el índice de WOMAC para medir el nivel de capacidad funcional. Los resultados no evidenciaron una asociación entre el grado de gonartrosis y nivel de funcionalidad ($p=0.490$). Además, del total de pacientes con gonartrosis, el 30% presento grado 3, el 28,6% presento grado 1, el 27,1% presento grado 2 y el 14,3% presento grado 4.

2.2 Bases Teóricas

Gonartrosis

La gonartrosis, también conocida como artrosis de rodilla, se considera una de las patologías articulares más prevalentes y se clasifica como una artropatía inflamatoria crónica, la cual puede llegar a comprometer de manera total la función de la articulación. Esta condición puede surgir como consecuencia de un evento biológico o mecánico. Su manifestación clínica más representativa es la degeneración del cartílago articular, así como del hueso sub condral. La artrosis compromete todas las estructuras articulares tales como la membrana sinovial, el cartílago hialino, el hueso subcondral y la capsula articular. Su incidencia aumenta progresivamente con la edad y se asocia a factores vinculados al estilo de vida y a la actividad laboral convirtiéndose en una de las principales causas de incapacidad funcional en los pacientes afectados (22).

Kinesiofobia

La Kinesiofobia se define como el temor irracional, debilitantes y devastador hacia el movimiento y la actividad, derivado de creencias asociadas a la fragilidad y susceptibilidad a lesiones. Los pacientes tienden a evitar realizar movimientos o lo hacen de manera limitada, debido a la percepción de que tales actividades pueden incrementar su dolor o agravar su condición. Cuando este dolor se cronifica, pueden desarrollarse diferentes grados de kinesiofobia. Por esta razón, se ha implementado a

la Escala de Tampa para evaluar el estado del paciente. La evitación del movimiento es comprensible en la fase aguda del proceso, ya que busca prevenir complicaciones y favorecer la recuperación; sin embargo, si dicha evitación persiste más allá de esta fase aguda, puede afectar de manera negativa la recuperación funcional (23).

Escala de Tampa TSK (Tampa Scale of Kinesiophobia)

La escala fue desarrollada en 1991 por los investigadores Miller, Kori y Todd, a través de un conjunto de preguntas diseñadas para evaluar el miedo al movimiento, derivado de creencias y pensamientos del individuo acerca del dolor. En consecuencia, esta escala se fundamenta en la idea de evitar el miedo a moverse, el miedo al realizar actividades y el miedo a desarrollar una enfermedad.

La puntuación de la escala de Tampa se dará con la suma de las 17 preguntas y cada pregunta consta de una escala de Likert de 4, donde 1 es totalmente de acuerdo, 2 de acuerdo, 3 en desarrollo, 4 totalmente en desacuerdo. Los resultados oscilan entre 17 y 68 puntos, donde 17 indicaría la ausencia de kinesiofobia y 68 indica un alto grado de kinesiofobia o un temor extremo al dolor asociado con el movimiento.

En un estudio, Vlaeyen (1995) sugirió un margen de 37 puntos, donde valores superiores a este se consideran altos y valores inferiores a este se consideran bajos.

Algunos optan por interpretar los resultados a través de 2 sub escalas:

- Evitación a la actividad: Manifiesta la creencia que realizar la actividad puede incrementar el dolor o volverse a lesionar.
- Enfoque somático: Que refleja la creencia de problema médico grave subyacentes (agrega puntos a las preguntas (24).

Capacidad Funcional

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud la capacidad funcional es definida como un grupo de diversas habilidades que permite a las personas realizar sus actividades diarias de forma habitual. Esto implica que la capacidad para realizar dichas tareas se efectúe sin la necesidad de supervisión o asistencia. La conservación de una adecuada capacidad funcional es esencial para un desarrollo óptimo y se encuentra influenciada por diversos factores (25).

La capacidad funcional se caracteriza por estos factores:

- Factores físicos: La funcionalidad puede verse influenciada por una variedad de factores, entre los cuales se encuentra la salud y el funcionamiento óptimo de los sistemas corporales. Aspectos como el estado general de salud, la existencia de enfermedades crónicas, lesiones, discapacidades físicas y el proceso de envejecimiento son elementos que pueden tener un impacto significativo en esta capacidad.
- Factores Psicológicos: La funcionalidad puede verse afectada por diversos factores psicoemocionales. El estado de ánimo, el nivel de motivación, la autoconfianza y las capacidades mentales pueden incidir en el rendimiento de las actividades cotidianas.
- Factores sociales y ambientales: El contexto y las relaciones sociales de un individuo pueden impactar su funcionalidad. Aspectos como la disponibilidad de recursos, el respaldo social, las limitaciones arquitectónicas y la rehabilitación pueden afectar la habilidad para realizar actividades funcionales.

Es fundamental destacar que la capacidad funcional se encuentra estrechamente relacionada con la capacidad de adaptarse y encontrar soluciones alternativas para llevar a cabo las actividades diarias; incluso

ante desafíos de índole física o cognitiva. La mejora y potenciación de la capacidad funcional dependerá de la implementación de un estilo de vida saludable. Adicionalmente, técnicas como la rehabilitación, la terapia ocupacional y otros métodos de intervención pueden resultar útiles para potenciar la capacidad funcional (26).

WOMAC

El WOMAC, según sus siglas es el “índice de Osteoartritis de las Universidades de Western Ontario y McMaster” se destaca por ser uno de los cuestionarios más aplicados y reconocidos a nivel internacional ha demostrado poseer propiedades adecuadas en relación a su fiabilidad, validez y sensibilidad. Este instrumento se estructura en tres dimensiones y está compuesto por 24 ítems que permiten evaluar la rigidez, el dolor y la funcionalidad de la persona (27). Esta escala multidimensional evalúa según cada dimensión el dolor el cual contiene 5 ítems, la rigidez que contiene 2 ítems y capacidad funcional que contiene 17 ítems y además tiene 5 opciones de respuesta según la escala de Likert: ninguna, poca, bastante; mucha y muchísima dificultad. En relación a las preguntas correspondiente a la capacidad funcional indagan sobre el grado de dificultad experimentado al realizar diversas actividades de vida diaria como levantarse de la cama, subir y bajar escaleras, caminar, ponerse y sacarse los calcetines, entre otras. Posteriormente para obtener un resultado en cuanto al nivel de capacidad funcional, se suman los puntos obtenidos y se estandarizan en una escala que va de 0 a 100, donde un valor más bajo indica un mejor nivel de funcionalidad (28).

2.3. Formulación de Hipótesis

2.3.1. Hipótesis general

Hi : Existe asociación entre la kinesiofobia y capacidad funcional en pacientes con gonartrosis de un Hospital de Lima Sur, 2025.

Ho : No existe asociación entre la kinesiofobia y capacidad funcional en pacientes con gonartrosis de un Hospital de Lima Sur, 2025.

2.3.2. Hipótesis específicas

Hi1 : Existe asociación entre la kinesiofobia y la dimensión dolor en pacientes con gonartrosis de un Hospital de Lima Sur, 2025.

Hi0 : No existe asociación entre la kinesiofobia y la dimensión dolor en pacientes con gonartrosis de un Hospital de Lima Sur, 2025.

Hi2 : Existe asociación entre la kinesiofobia y la dimensión rigidez en paciente con gonartrosis de un Hospital de Lima Sur, 2025.

Hi0 : No existe asociación entre la kinesiofobia y la dimensión rigidez en pacientes con gonartrosis de un Hospital de Lima Sur, 2025.

Hi3 : Existe asociación entre la kinesiofobia y la dimensión funcionalidad en pacientes con gonartrosis de un Hospital de Lima Sur, 2025.

Hi0 : No existe asociación entre la kinesiofobia y la dimensión funcionalidad en pacientes con gonartrosis de un Hospital de Lima Sur, 2025.

3. METODOLOGIA

3.1 Método de la investigación

Esta investigación tiene en consideración que el método científico hace referencia al conjunto de pasos y normas que guían el proceso de investigación con el objetivo de obtener un conocimiento válido, a través del uso de herramientas estructurales.

En este caso la investigación sigue un enfoque Hipotético deductivo, partiendo de teorías y conceptos fundamentales previamente identificados. Con base en estos elementos, se formulará la hipótesis de manera deductiva y se trabajará en la búsqueda de soluciones a las problemáticas planteadas en el estudio (29).

3.2 Enfoque de la investigación

El presente estudio propone un enfoque cuantitativo, que buscará cuantificar datos y analizarlos rigurosamente a través de técnicas estadísticas. (30)

3.3 Tipo de la investigación

El estudio será una investigación aplicada, el cual permitirá utilizar los resultados del estudio para desarrollar soluciones prácticas y tratar necesidades específicas. (30)

3.4 Diseño de la investigación

El diseño seleccionado para el estudio corresponde a un enfoque no experimental, y correlacional, donde las variables no serán manipuladas de manera intencional, sino utilizadas tal y como ocurren en su contexto natural. Hernández Sampieri y colaboradores explican que este tipo de diseño no permite intervención alguna sobre las variables estudiadas, lo que lo hace ideal para observar asociaciones entre ellas.

Además, se define como una investigación transversal, dado que la recopilación de los datos se efectuará en un único momento, proporcionando una visión específica de las condiciones presentes en el periodo de análisis (31).

3.5. Población, muestra y muestreo

3.5.1 Población

En relación a la población de esta investigación, abarcara a todos los individuos relacionados con el fenómeno investigado, compartiendo características similares y relevantes para el análisis.

Hernández Sampieri et al; definen la población como el conjunto total de sujetos o elementos que poseen atributos comunes dentro del marco de la investigación. (32).

En este caso, la población seleccionada para el presente estudio está compuesta por 70 pacientes diagnosticados con gonartrosis, calculados en función de los ingresos mensuales promedio estimados de un Hospital ubicado en Lima Sur durante el periodo 2024 - 2025. Este grupo representara la base para explorar las variables planteadas y responder a los objetivos establecidos en el estudio.

3.5.2 Muestra

La muestra se determina por el número de personas que participan en una investigación y apunta por un tamaño que facilite a otorgar los datos adecuados que contribuyan a contestar la pregunta central del estudio (33). La muestra estará conformada por 80 pacientes que es toda la población.

3.5.3 Técnica de muestreo

Según García, la técnica de muestreo utilizada en este estudio corresponde al muestreo censal, ya que la muestra incluye a toda la población definida. Esto significa que los 80 pacientes con gonartrosis, previamente identificados como la población total del estudio, serán considerados para el análisis. El muestreo censal garantiza que no se excluya a ningún individuo del grupo objetivo, permitiendo una representación completa del fenómeno investigado (31).

Criterios de inclusión y exclusión

Criterios de inclusión

- Pacientes que firmen el Consentimiento Informado.
- Pacientes atendidos en el servicio de fisioterapia del Hospital de Lima Sur.
- Pacientes con diagnóstico de gonartrosis.
- Pacientes de ambos sexos mayores a 50 años

Criterios de exclusión

- Pacientes operados de rodilla.
- Pacientes con tratamiento neurológicos.
- Pacientes con prótesis de rodilla
- Pacientes que no completan los cuestionarios en su totalidad.

3.6 Variables y operacionalización

VARIABLE 1: KINESIOFOBIA

“Variable”	Definición Conceptual	“Definición Operacional”	Dimensión	Indicadores	“Escala de medición”	“Niveles y Rangos”
Kinesiofobia	Es definida como un miedo irracional, debilitante y devastador hacia el movimiento y la actividad, el cual se origina de las creencias de fragilidad y susceptibilidad a las lesiones (34).	El nivel de kinesiofobia se medirá mediante la aplicación de la Escala de Tampa de 17 ítems, la cual facilitará la evaluación del temor al movimiento durante la ejecución de las actividades cotidianas (34).	Evitación de la actividad Enfoque somático	1.” Temo lesionarme si hago ejercicio”. 2. “Si trato de vencer mi dolor, aumentaría “. 3.“Mi cuerpo dice que tengo algo dañado seriamente “. 4.“Probablemente mi dolor mejorara si hago ejercicios”. 5. “Las personas no toman con seriedad mi condición médica”. 6. “Mi accidente puso mi cuerpo en riesgo para el resto de mi vida”. 7. “El dolor siempre significa que tengo algo dañado en mi cuerpo”. 8. “Solo porque tengo algo que aumenta mi dolor, no significa que sea peligroso”. 9.” Temo lesionarme a mí mismo, accidentalmente”. 10.” Si soy cuidadoso de realizar movimientos innecesarios, es lo más	Cualitativa Ordinal	No presenta Kinesiofobia (17 puntos) Nivel bajo de Kinesiofobia (18 a 36 puntos) Nivel alto de Kinesiofobia. (37 a 68 puntos)

				<p>seguro y pienso que puede prevenir que mi dolor empeore”.</p> <p>11.” Yo no tendría este dolor si no fuera potencialmente peligroso para mi cuerpo”.</p> <p>12. “Aunque mi condición es dolorosa, podría ser mejor si estuviera físicamente activo”.</p> <p>13.” El dolor me hace saber cuándo detener el ejercicio para que no me dañe a mí mismo”.</p> <p>14.” No es realmente seguro para una persona con una condición como la mía ser físicamente activa “.</p> <p>15.” Yo no puedo hacer las cosas que hace la gente normal, debido a que para mí es más fácil lesionarme”.</p> <p>16. “Aun cuando algo me esté causando un montón de dolor, no pienso que sea peligroso”.</p> <p>17.” Nadie debería hacer ejercicio cuando está adolorido”.</p>		
--	--	--	--	---	--	--

VARIABLE 2: CAPACIDAD FUNCIONAL

“Variable”	“Definición Conceptual”	“Definición Operacional”	“Dimensión”	“Indicadores”	“Escala de medición”	“Niveles y Rangos”
------------	-------------------------	--------------------------	-------------	---------------	----------------------	--------------------

Capacidad Funcional	La funcionalidad se define como la capacidad para realizar, de manera efectiva e independiente, las actividades y tareas diarias de la vida cotidiana (35).	Se medirá la capacidad funcional a través de la puntuación del WOMAC, la cual se basa noventa y seis puntos como máximo y está compuesta en tres secciones. (35).	Dolor	1. ¿” Cuánto dolor tiene al caminar por un terreno llano? 2. ¿” Cuánto dolor tiene al subir o bajar escaleras”? 3. ¿” Cuánto dolor tiene por la noche en su cama”? 4. ¿” Cuánto dolor tiene al estar sentado”? 5. ¿” Cuánto dolor tiene al estar parado”?	Cualitativo Ordinal	<ul style="list-style-type: none"> • No presenta (0) • Leve (1-5) • Moderado (6-13) • Severo (14-20)
			Rigidez	1. ¿” Cuánta rigidez siente al despertarse por la mañana”? 2.” ¿Cuánta rigidez nota durante el día después de estar sentado, echado o descansando”?		<ul style="list-style-type: none"> • No presenta (0) • Leve (1-2) • Moderado (3-5) • Severo (6-8)

			<p>Capacidad Funcional</p>	<p>1.¿” Cuanta dificultad tiene al bajar las escaleras”?</p> <p>2.¿” Cuanta dificultad tiene al subir las escaleras”?</p> <p>3.¿” Cuanta dificultad tiene al levantarse después de estar sentado”?</p> <p>4.¿” Cuánta dificultad tiene al estar parado”?</p> <p>5.¿” Cuanta dificultad tiene al agacharse”?</p> <p>6.¿” Cuanta dificultad tiene al andar por un terreno llano”?</p> <p>7.¿” Cuanta dificultad tiene al entrar y salir de un coche”?</p> <p>8.¿” Cuanta dificultad tiene al ir de compras”?</p> <p>9.¿” Cuanta dificultad tiene para ponerse las medias”?</p> <p>10.¿” Cuanta dificultad tiene al levantarse de la cama”?</p> <p>11.¿” Cuanta dificultad tiene para quitarse las medias”?</p> <p>12.¿” Cuanta dificultad tiene para echado en la cama”?</p>		<p>Adecuada</p> <p>Funcionalidad (0)</p> <p>Leve dificultad (1-17)</p> <p>Moderada dificultad (18-35)</p> <p>Severa dificultad (36-68)</p>
--	--	--	----------------------------	--	--	--

				<p>13.¿” Cuanta dificultad tiene para entrar y salir de la ducha”?</p> <p>14.¿” Cuanta dificultad tiene para estar sentado”?</p> <p>15.¿” Cuanta dificultad tiene para sentarse y levantarse del retrete”?</p> <p>16.¿” Cuanta dificultad tiene para hacer tareas domésticas pesadas”?</p> <p>17. ¿” Cuanta dificultad tiene para hacer tareas domésticas ligeras”?</p>		
--	--	--	--	---	--	--

VARIABLE INTERVINIENTE: CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

Variable	Definición conceptual	Definición Operacional	Dimensión	Indicadores	Escala de Medición	Niveles y Rangos
Características Sociodemográficas		Características biológicas de los participantes, clasificadas por sexo y edad (16)	Edad	Tiempo vivido de una persona desde su nacimiento	De intervalo	<ul style="list-style-type: none"> • 50 – 59 años • 60 – 69 años • 70 a más años
			Sexo	Conjunto de características particulares de individuos de una especie dividido en masculino y femenino	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Masculino • Femenino

3.7. Técnica e instrumentos para recolección de datos

3.7.1. Técnica

La técnica empleada para obtención de datos en esta investigación será la encuesta, dado que según Hernández Sampieri et al. esta técnica está diseñada para obtener datos de múltiples individuos cuyas opiniones, en su carácter impersonal, son de interés para el investigador (29). Se procederá a la entrega de un cuestionario que contendrá diversas preguntas relacionadas con la variable objeto de medición.

Se dará inicio a la investigación solicitando el permiso pertinente al director general del Hospital ubicado en Lima Sur, mediante una solicitud a la institución donde se explicará el propósito de llevar a cabo el proyecto de investigación. Luego procederemos a coordinar con el jefe del servicio de Fisioterapia, para poder dar inicio a la recolección de datos.

La selección de los pacientes en condiciones de participar en la investigación será conforme a los criterios de inclusión y exclusión establecidos como parte de la selección, seguido a este paso se realizará la explicación del propósito de la investigación a los participantes. También se solicitará la autorización y confirmación del participante mediante un consentimiento informado para que permita ser evaluado de manera voluntaria. Como parte de la evaluación se utilizará la escala de Tampa que medirá la kinesiofobia y el cuestionario WOMAC, que medirá la funcionalidad. El llenado de estos cuestionarios durará alrededor de 20 minutos. La información recopilada de los participantes en la investigación, será almacenada en archivos digitales para garantizar la confidencialidad de la misma y estará bajo el cuidado y responsabilidad del investigador.

3.7.2. Descripción de Instrumentos

Escala de Tampa

La “Tampa Scale of Kinesiofobia”, elaborada por Miller, Kori y Todd en 1991. Esta escala tiene como objetivo principal la evaluación del miedo al movimiento o a volver a lesionarse en relación con creencias y pensamientos sobre el dolor. Para esta investigación se utilizará la versión original de dicha escala traducida al idioma español. Este cuestionario se compone de 17 ítems que utilizan una escala de Likert de cuatro puntos: (4) Totalmente desacuerdo, (3) En desacuerdo, (2) De acuerdo, (1) Totalmente de acuerdo. Además, este instrumento consta de 2 subescalas, donde la primera subescala Evitación de la actividad está orientada en creencias sobre actividades que podrían provocar lesiones o agravar el dolor y la segunda subescala Enfoque somático engloba creencias relacionadas a ciertos problemas médicos de relevancia que pueda experimentar el individuo. La puntuación total del TSK es la suma de los 17 ítems la cual alcanza una puntuación entre 17 a 68 puntos, donde un puntaje de 17 indica que no hay kinesiofobia mientras que; 68 puntos indica un nivel severo de kinesiofobia, lo que refleja un miedo intenso al dolor durante el movimiento. En un estudio de investigación realizada por Vlaeyen y colaboradores estudio realizado por Vlaeyen et al, indicaron que el puntaje umbral para evaluar el nivel de kinesiofobia es 37, donde una puntuación de 37 o mayor a esta se considera un nivel alto de kinesiofobia; mientras que, la puntuación por debajo de 37 se considera un nivel bajo de kinesiofobia (36).

La ficha técnica del instrumento de la variable I: Kinesiofobia

Población	88 personas
Tiempo	No menciona
Momento	No menciona
Lugar	Hospital Hipólito Unanue
Validez	Fue validado en Lima por juicio de expertos
Fiabilidad	Alfa de Cronbach 0.81
Tiempo para llenado	20 minutos
Items	17 items
Dimensiones	No presenta
Alternativas de respuesta	1.Desacuerdo totalmente 2. Desacuerdo parcialmente 3. De acuerdo parcialmente 4. De acuerdo totalmente
Baremos	No presenta kinesiofobia (1 a 17 puntos) Bajo nivel de Kinesiofobia (18 a 36 puntos) Alto nivel de Kinesiofobia (37 a 68 puntos)

WOMAC:

El cuestionario WOMAC fue creado en el año 1988, por las universidades Western Ontario y McMaster, con el objetivo de evaluar la sintomatología y el nivel de capacidad física percibido por la población diagnosticada con artrosis de cadera o rodilla.

Este instrumento está conformado por 24 ítems divididos en 3 dimensiones que evalúan el dolor con 5 ítems con puntuación del 0-20, rigidez con 2 ítems con puntuación del 0-8

y Capacidad funcional con 17 ítems con puntuación del 0-68. Cada ítem contiene 5 opciones de respuesta donde 0 es Ninguno, 1 es poco, 2 es bastante, 3 es mucho, 4 muchísimo. Cada una de las dimensiones puede ser evaluada de manera independiente a través de la suma de los ítems que la componen, no obstante, también puede obtenerse un puntaje global sumando las 3 dimensiones (37).

La ficha técnica del instrumento de la variable 2: Capacidad Funcional

Población	30 personas
Tiempo	No menciona
Momento	No menciona
Lugar	Hospital de la Fuerza Aérea del Perú
Validez	
Fiabilidad	Un valor del alfa de Cronbach de 0,92
Tiempo de llenado	8 minutos
Numero de ítems	24 ítems
Dimensiones	Dolor, rigidez y capacidad funcional
Alternativa de respuesta	0 ninguno
	1 poco 2 bastante 3 mucho 4 muchísimo
Baremos	No presenta, leve, moderado y severo.

3.7.3. Validación

Para la realización de este proyecto de investigación, los cuestionarios serán validados por juicio de expertos (ANEXO 3) que, con su experiencia y conocimiento en el tema a investigar, realizarán una revisión completa y profunda de cada instrumento y manifestarán si son aceptables para su aplicación en este estudio. El juicio de expertos estará compuesto por Tecnólogos Médicos con maestría y experiencia en docencia universitaria y/o investigación.

3.7.4. Confiabilidad

Con el propósito de establecer la confiabilidad de los instrumentos a aplicar en el presente estudio: la Escala de Tampa y el WOMAC, se realizará una prueba piloto con 20 personas donde se calculará con la fórmula de Alfa de Cronbach.

3.8. Plan de procesamiento y análisis de datos

Para llevar a cabo el procesamiento y respectivo análisis de la información recopilada de esta investigación, se utilizará el programa Microsoft Excel y el paquete estadístico SPSS Versión 26. En cuanto al análisis de datos se aplicará un enfoque de estadísticas descriptivas, que permitirá describir las características principales de las variables de estudio. Para las variables cualitativas se utilizarán distribuciones de frecuencias y medias y para las variables cuantitativas se utilizará medidas de tendencia central y de dispersión. Finalmente, los resultados obtenidos serán presentados de manera estructuradas a través de tablas de distribución de frecuencias.

3.9. Aspectos éticos

Con la finalidad de salvaguardar los principios éticos y el buen desarrollo de la presente investigación, enviaremos el protocolo de investigación al Comité de Ética de la

Universidad Norbert Wiener para su revisión y aprobación, garantizando así nuestra adherencia a todos los principios que rigen la ética y la bioética en la investigación. Para el inicio de la presente investigación se entregará un consentimiento informado (Anexo 3) a los participantes del estudio para que dejen sustento de la situación voluntaria de su participación.

En el documento de consentimiento informado que será entregado directamente al participante, serán detallados los objetivos y procedimientos a seguir para la ejecución de la investigación. La información brindada será tratada bajo estricta confidencialidad, por lo cual se brindará un código único a cada participante, de esta manera las respuestas obtenidas a través de las encuestas serán tratadas de manera anónima y serán utilizadas exclusivamente para el desarrollo de los objetivos establecidos en este estudio. Además, se considerará un periodo de almacenamiento de 6 meses; transcurrido este tiempo la información será eliminada por completo para evitar cualquier posible reutilización o filtración.

4. Aspectos administrativos

4.1 Cronograma de actividades

Actividades	Octubre 2024	Noviembre 2024	Diciembre 2024	Enero 2025	Febrero 2025	Marzo 2025	Abril 2025	Mayo 2025	Junio 2025	Julio 2025	Agosto 2025	Setiembre 2025
Búsqueda d información y elección del tema	✓											
Elaboración de problemática (Problema general y específico)	✓											
Formulación de objetivos general y específicos		✓										
Elaboración de justificación y limitaciones		✓										
Elaboración de Marco teórico y metodología			✓	✓								
Validación y confiabilidad de instrumentos				✓	✓							
Redacción de consentimiento informado y ética						✓						
Elaboración de Cronograma y presupuesto							✓					
Revisión por el comité de ética								✓				
Plan de recolección de datos									✓			
Registro de resultados									✓			
Análisis y discusión de resultados										✓		
Redacción del informe										✓	✓	
Revisión y aprobación por parte del Comité de Ética											✓	
Sustentación de proyecto de investigación												✓

4.2 Presupuesto

Recursos Humanos	Precio Unitario	Cantidad	Monto (soles)
Investigador			
Asesor estadístico	800	1	800
Sub total			800
Recursos Materiales y Equipos			
Laptop	1500	1	1500
80 lapiceros	0.50	80	40
500 hojas bond A4	0.10	500	50
80 sobre manila	0.30	80	24
Tinta para impresora	30	3	90
Sub total			1704
Servicios			
Internet	40	10	400
Luz	40	10	400
Sub total			800
Gastos Administrativos y/o imprevistos			
Combustible			150
Almuerzos			300
Sub total			450
Total			3 754

REFERENCIAS

1. Martínez C. Calidad de vida relacionada con la salud y limitación funcional en derechohabientes operados de gonartrosis vs no operados en un hospital de tercer nivel al sur de la CDMX [tesis]. Ciudad de México: Casa Abierta al Tiempo, Escuela Superior de Enfermería; 2021.
2. Alejos S. Capacidad funcional de los pacientes diagnosticados con gonartrosis mayores de 45 años que acuden al servicio de traumatología del Hospital Nacional Hipólito Unanue 2019–2020 [tesis]. Lima: Universidad Nacional Federico Villarreal; 2021. Disponible en: <http://repositorio.unfv.edu.pe/handle/UNFV/5518>
3. Lozano J, et al. Association of kinesiophobia with pain, disability and functional limitation in adults with knee osteoarthritis: a systematic review and meta-analysis. *Geriatr Nurs.* 2024;60:481–90.
4. Tici B, Dueñas Y, Arango D, Milanes L, Rodríguez R. Prevalencia y factores de riesgo de gonartrosis en pacientes tratados en la atención primaria de salud. *Arch Hosp Univ Gen Calixto García.* 2022;10(3):2–9. Disponible en: <https://revcalixto.sld.cu/index.php/ahcg/article/view/1016>
5. Báez A, Taipe I, Espíritu N. Factores asociados a gonartrosis en pacientes mayores de 40 años atendidos en el Hospital Santa Rosa-2018. *Horiz Med.* 2020;20(4):1–6. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.24265/horizmed.2020.v20n4.03>
6. Rojas I. Gonartrosis, diagnóstico y tratamiento. *Rev Med Ocronos.* 2020;3(8):7. Disponible en: <https://revistamedica.com/gonartrosis-diagnostico-tratamiento/>
7. Leiva E. Gonartrosis primaria bilateral o no específica y factores demográficos asociados a comorbilidades en adultos peruanos, 2012–2016. *Rev Cub Reum.* 2022;24(3):1–14. Disponible en: <https://revreumatologia.sld.cu/index.php/reumatologia/article/view/969>

8. Luque-Suarez A, Martínez-Calderon J, Navarro-Ledesma S, Morales-Asencio JM, Meeus M, Struyf F. Kinesiophobia is associated with pain intensity and disability in chronic shoulder pain: a cross-sectional study. *J Manipulative Physiol Ther* [Internet]. 2020;43(8):791–8. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.jmpt.2019.12.009>
9. Alshahrani MS, Reddy RS, Tedla JS, Asiri F, Alshahrani A. Association between kinesiophobia and knee pain intensity, joint position sense, and functional performance in individuals with bilateral knee osteoarthritis. *Healthcare (Basel)*. 2022;10(1):120. Disponible en: <https://doi.org/10.3390/healthcare10010120>
10. Domínguez E. Relación entre índice de masa corporal y el dolor, rigidez, capacidad funcional en pacientes con osteoartrosis de rodilla y cadera [tesis]. Lima: Departamento de Tecnología Médica; 2023.
11. Uchida K, Murata S, Rika K, Tsuboi Y, Isa T, Okumura M, et al. Association between kinesiophobia and life space among community-dwelling older people with chronic musculoskeletal pain. *Medicine*. 2020;12(12):3360–5.
12. Díaz V, Cornejo M, Artigas J, Veliz B, Díaz C. Relación entre catastrofización, kinesiophobia, discapacidad e intensidad de dolor en pacientes con síndrome de hombro doloroso. *Rev FEADDEF*. 2023;47(1):926–32.
13. López A, et al. Relación entre kinesiophobia y capacidad funcional del adulto mayor con osteoartritis de rodilla: estudio piloto. *Cienc Human Salud*. 2021;8(1):45–55. Disponible en: <http://revista.medicina.uady.mx>
14. Parrado L. La capacidad funcional en pacientes adultos mayores secundarios a gonartrosis en la UMF No 15 [tesis]. México: Facultad de Medicina; 2021.

15. López B, Zamarrón C, La Touche R, Muñoz-Plata R, Cuenca-Martínez F, Ramos-Toro M. Factores psicológicos asociados con la discapacidad funcional en pacientes con osteoartritis de cadera y rodilla. *Rev Fac Med Hum.* 2019;19(2):153–160. doi:10.25176/RFMH.v19i2.2491.
16. Kinikli GI, Kilinc H, Callaghan MJ, Atila B, Tokgozoglu AM. Can depression, ¿functional performance and kinesiophobia predict lower physical activity levels in patients with knee osteoarthritis? *Osteoarthritis Cartilage.* 2018 Apr;26(Suppl 1): S241–S242.
17. Choque V, Calizaya M. Relación entre la kinesiofobia y el nivel de dolor de rodilla en el personal militar del Cuartel Fuerte Arica de Tacna en el año 2023 [tesis]. Huancayo: Departamento de Tecnología Médica; 2023.
18. Camborda X. Actividad física y capacidad funcional en pacientes con gonartrosis de un hospital de Huancayo, 2023 [tesis]. Huancayo: Departamento de Tecnología Médica; 2023.
19. De la Cruz J. Dolor, rigidez y capacidad funcional asociados a la kinesiofobia en pacientes con artrosis de rodilla, Hospital Nacional Hipólito Unanue (Perú). *Rev Cienc Salud.* 2022;20(2):1–12.
20. Gutiérrez L. Relación de la valoración funcional y la gradación radiológica en pacientes con gonartrosis del Hospital Goyeneche de Arequipa, 2019 [tesis]. Trujillo: Departamento de Medicina; 2020.
21. Chávez C. Nivel de funcionalidad y su relación con el grado de gonartrosis, según cuestionario WOMAC; Hospital Nacional Dos de Mayo, Lima 2017 [tesis]. Lima: Departamento de Tecnología Médica; 2018.

22. Orozco E, Gómez A. Grado de capacidad funcional por gonartrosis en pacientes femeninas mayores de edad sometidas a artroplastia por medio de la escala de KOOS en el departamento de ortopedia del Hospital General Dr. Vinicio Calventi, Santo Domingo, República Dominicana (enero - septiembre 2022) [tesis]. República Dominicana: Escuela de Medicina; 2022.
23. Soria Y. Nivel de kinesiofobia y funcionalidad de rodilla en pacientes post operados del Centro de Rehabilitación Física y Neurológica - Cerfineuro, periodo 2023 [tesis]. Lima: Escuela de Tecnología Médica; 2024.
24. Típula M. Kinesiofobia e incapacidad funcional en pacientes con lumbalgia del Centro de Rehabilitación Física Neurológico – Cerfineuro, 2021 [tesis]. Lima: Departamento de Tecnología Médica; 2021.
25. Silva A. Nivel de actividad física y capacidad funcional en adultos mayores del Asentamiento Humano Cruz de Motupe, San Juan de Lurigancho, 2021 [tesis]. Lima: Escuela de Tecnología Médica; 2022.
26. Rivera F. La capacidad funcional y su relación con el riesgo de caída en los adultos mayores albergados en el centro geriátrico de la beneficencia pública “San Vicente de Paul”, Lima 2022 [tesis]. Lima: Escuela Profesional de Enfermería; 2022.
27. Bellamy N, Buchanan WW, Goldsmith CH, et al. Validation study of WOMAC: a health status instrument for measuring clinically important patient relevant outcomes to antirheumatic drug therapy in patients with osteoarthritis of the hip or knee. *J Rheumatol.* 1988; 15:1833–40.
28. Escobar A, Quintana JM, Bilbao A, et al. Validation of the Spanish version of the WOMAC questionnaire for patients with hip or knee osteoarthritis. *Clin Rheumatol.* 2002;21:466–71.

29. Hernández Sampieri R, Fernández Collado C, Baptista Lucio P. Metodología de la investigación. 6ª ed. México, D.F.: McGraw-Hill Education; 2014.
30. Vizcaíno P., Cedeño R., Maldonado I. Metodología de la investigación científica: guía práctica. Vol. 7, Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar. 2023. 9723-9762 p. Disponible en: <https://www.ciencialatina.org/index.php/cienciala/article/view/7658/11619>
31. Sampieri R., Mendoza C. Metodologías de la investigación, las Rutas cuantitativas, cualitativas. Vol. 10, Revista Universitaria Digital de Ciencias Sociales (RUDICS). 2018. 1-753 p. Disponible en: https://www.academia.edu/43982331/METODOLOG%C3%8DA_DE_LA_INVESTIGACI%C3%93N_LAS_RUTAS_CUANTITATIVA_CUALITATIVA_Y_MIXTA
32. Tamayo y Tamayo M. El Proceso de la Investigacion Cientifica. Limusa [Internet]. 1994;435. Disponible en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/227860/El_proceso__de_la_investigaci_n_cient_fica_Mario_Tamayo.pdf
33. Quesada Chaves MJ. La investigación educativa: una aproximación a los enfoques y técnicas de recolección de datos que se pueden utilizar desde el salón de clases. InterSedes, Rev electrónica las sedes Reg la Univ Costa Rica [Internet]. 2023;24(1):242-64.
34. Gutiérrez R. Actividad física y kinesiofobia en el personal administrativo con lumbalgia inespecífica de una universidad de Lima Metropolitana - 2022 [tesis]. Lima: Departamento de Tecnología Médica; 2022.
35. Cunya M, Yovera D. Índice de masa corporal y la capacidad funcional en pacientes con gonartrosis que asisten a un hospital nivel IV en Lima - 2019 [tesis]. Lima: Departamento de Tecnología Médica; 2019.

36. Tucunango Y. Kinesiofobia, intensidad del dolor y rango articular en pacientes operados por fractura bimalleolar en un centro de rehabilitación - Tingo María – 2023 [tesis]. Tingo María: Escuela de Tecnología Médica; 2024.
37. Pata C, Ponquillo J. Eficacia del cuestionario WOMAC para medir los resultados funcionales de los pacientes con artrosis en el Centro de Rehabilitación Integral Especializado Guayaquil #2, en el periodo de octubre del 2017 a febrero del 2018 [tesis]. Guayaquil; 2018.

ANEXOS

Anexo 1: Matriz de consistencia

“kinesiofobia y capacidad funcional en pacientes con gonartrosis de un Hospital en Lima Sur, 2025”

Formulación del Problema	Objetivos	Hipótesis	Variables	Diseño Metodológico
<p>Problema General: ¿Cuál es la relación entre la kinesiofobia y capacidad funcional en pacientes con gonartrosis de un Hospital en Lima Sur, 2025?</p> <p>Problemas Específicos: ¿Cuál es la relación entre la kinesiofobia y la dimensión dolor de la capacidad funcional en pacientes con gonartrosis de un Hospital en Lima Sur, 2025?</p>	<p>Objetivo General: Determinar la relación entre la kinesiofobia y capacidad funcional en pacientes con gonartrosis de un Hospital en Lima Sur, 2025.</p> <p>Objetivo Especifico: Determinar la relación entre la kinesiofobia y la dimensión dolor de la capacidad funcional en pacientes con gonartrosis de un Hospital en Lima Sur, 2025</p>	<p>Hipótesis General Hi: Existe relación entre la kinesiofobia y capacidad funcional en pacientes con gonartrosis de un Hospital en Lima Sur, 2025 Ho: No existe relación entre la kinesiofobia y capacidad funcional en pacientes con gonartrosis de un Hospital en Lima Sur, 2025</p> <p>Hipótesis específicas Hi1: Existe relación entre la kinesiofobia y la dimensión dolor de la capacidad funcional en pacientes con gonartrosis de un Hospital en Lima Sur, 2025.</p>	<p>Variable 1: Kinesiofobia</p> <p>Variable 2: Capacidad Funcional</p> <p>Dimensiones: Dolor Rigidez Funcionalidad</p>	<p>Método de la investigación Hipotético deductivo</p> <p>Enfoque de la investigación El estudio tiene un enfoque Cuantitativo.</p> <p>Tipo de la investigación Tipo aplicado y de nivel correlacional.</p>

<p>¿Cuál es la relación entre la kinesiophobia y la dimensión rigidez de la capacidad funcional en pacientes con gonartrosis de un Hospital en Lima Sur, 2025?</p> <p>¿Cuál es la relación entre el nivel de la kinesiophobia y la dimensión funcionalidad de la capacidad funcional en pacientes con gonartrosis en un Hospital FAP Las Palmas ,2025?</p>	<p>Determinar la relación entre la kinesiophobia y la dimensión rigidez de la capacidad funcional en pacientes. con gonartrosis de un Hospital en Lima Sur, 2025.</p> <p>Determinar la relación entre la kinesiophobia y la dimensión funcionalidad de la capacidad funcional en pacientes con gonartrosis de un Hospital en Lima Sur, 2025.</p>	<p>Hi0: No existe relación entre la kinesiophobia y la dimensión dolor de la capacidad funcional en pacientes con gonartrosis de un Hospital en Lima Sur, 2025.</p> <p>Hi2: Existe relación entre la kinesiophobia y la dimensión rigidez de la capacidad funcional en pacientes con gonartrosis de un Hospital en Lima Sur, 2025.</p> <p>Hi0: No existe relación entre la kinesiophobia y la dimensión rigidez de la capacidad funcional en pacientes con gonartrosis de un Hospital en Lima Sur, 2025.</p> <p>Hi3: Existe relación entre la kinesiophobia y la dimensión funcionalidad de la capacidad funcional en pacientes con gonartrosis de un Hospital en Lima Sur, 2025.</p> <p>Hi0: No existe relación entre la kinesiophobia y la dimensión funcionalidad de la capacidad funcional en pacientes con gonartrosis de un Hospital en Lima Sur, 2025.</p>	<p>Diseño de la investigación No experimental, prospectivo y de corte transversal.</p> <p>Población: Estará conformada por pacientes con gonartrosis, según los criterios de inclusión.</p> <p>Muestra: Sera 80 pacientes con artrosis de rodilla.</p> <p>Muestreo: Sera de tipo no probabilístico y muestreo censal.</p>
--	--	---	---

Anexo 2: Instrumentos

ESCALA DE TAMPA

Instrucciones: Por favor lea atentamente cada pregunta y marque solo una de las 4 alternativas con una “X” con la respuesta que más aproxime a su caso.

1= Totalmente de acuerdo

2= De acuerdo

3= En desacuerdo

4= Totalmente en desacuerdo

	ESCALA DE TAMPA PARA KINESIOFOBIA	1	2	3	4
1	Temo que podría lesionarme si hago ejercicio	1	2	3	4
2	Si trato de vencerlo o superar, mi dolor aumentaría	1	2	3	4
3	Mi cuerpo dice que tengo algo dañado peligrosamente	1	2	3	4
4	Mi dolor probablemente mejorará si realizo ejercicio	1	2	3	4
5	La gente no toma seriamente mi condición médica	1	2	3	4
6	Mi accidente puso mi cuerpo en riesgo para el resto de mi vida	1	2	3	4
7	El dolor siempre significa que tengo algo dañado en mi cuerpo	1	2	3	4
8	Sólo porque hago algo que aumenta mi dolor, no significa que sea peligroso	1	2	3	4
9	Temo que podría lesionarme a mí mismo accidentalmente	1	2	3	4
10	Simplemente siendo cuidadoso de realizar movimientos innecesarios es lo más seguro y pienso que puede prevenir que mi dolor empeore	1	2	3	4
11	Yo no tendría este dolor si no fuera potencialmente peligroso para mi cuerpo	1	2	3	4
12	Aunque mi condición es dolorosa, podría ser mejor si estuviera físicamente activo.	1	2	3	4
13	El dolor me hace saber cuándo detener el ejercicio para que no me dañe mí mismo	1	2	3	4
14	No es realmente seguro para una persona con una condición como la mía ser físicamente activo.	1	2	3	4
15	Yo no puedo hacer las cosas que hace la gente normal, debido a que para mí es más fácil lesionarme	1	2	3	4
16	Aun cuando algo me esté causando un montón de dolor, no pienso que sea peligroso	1	2	3	4
17	Nadie debería hacer ejercicio cuando él/ella está adolorido	1	2	3	4

CUESTIONARIO WOMAC PARA ARTROSIS

Las preguntas de los apartados A, B y C se plantearán de la forma que se muestra a continuación. Usted debe contestarlas poniendo una "X" en una de las casillas.

Si usted pone la "X" en la casilla que está más a la izquierda

Ninguno Poco Bastante Mucho Muchísimo

indica que **NO TIENE DOLOR**

Si usted pone la "X" en la casilla que está más a la derecha

Ninguno Poco Bastante Mucho Muchísimo

indica que **TIENE MUCHÍSIMO DOLOR**

Por favor, tenga en cuenta:

que cuanto más a la **derecha** ponga su "X" **más** dolor siente usted.

que cuanto más a la **izquierda** ponga su "X" **menos** dolor siente usted.

No marque su "X" fuera de las casillas.

Se le pedirá que indique en una escala de este tipo cuánto dolor, rigidez o incapacidad siente usted. Recuerde que cuanto más a la derecha ponga la "X" indicará que siente más dolor, rigidez o incapacidad.

Apartado B

INSTRUCCIONES

Las siguientes preguntas sirven para conocer cuánta **RIGIDEZ** (no dolor) ha notado en sus **caderas y/o rodillas** en los **últimos 2 días**. **RIGIDEZ** es una sensación de dificultad inicial para mover con facilidad las articulaciones. (Por favor, marque sus respuestas con una "X".)

¿Cuánta **rigidez** nota **después de despertarse** por la mañana?

Ninguna Poca Bastante Mucha Muchísima

¿Cuánta **rigidez** nota durante **el resto del día** después de estar sentado, tumbado o descansando?

Ninguna Poca Bastante Mucha Muchísima

Apartado C

INSTRUCCIONES

Las siguientes preguntas sirven para conocer su **CAPACIDAD FUNCIONAL**. Es decir, su capacidad para moverse, desplazarse o cuidar de sí mismo. Indique cuánta dificultad ha notado en los **últimos 2 días** al realizar cada una de las siguientes actividades, como consecuencia de su **artrosis** de **caderas y/o rodillas**. (Por favor, marque sus respuestas con una "X".)

PREGUNTA: ¿Qué grado de dificultad tiene al...?

1. Bajar las escaleras.

Ninguna Poca Bastante Mucha Muchísima

2. Subir las escaleras

Ninguna Poca Bastante Mucha Muchísima

3. Levantarse después de estar sentado.

Ninguna Poca Bastante Mucha Muchísima

4. Estar de pie.

Ninguna Poca Bastante Mucha Muchísima

5. Agacharse para coger algo del suelo.

Ninguna Poca Bastante Mucha Muchísima

6. Andar por un terreno llano.

Ninguna Poca Bastante Mucha Muchísima

7. Entrar y salir de un coche.

Ninguna Poca Bastante Mucha Muchísima

8. Ir de compras.

Ninguna Poca Bastante Mucha Muchísima

9. Ponerse las medias o los calcetines.

Ninguna Poca Bastante Mucha Muchísima

10. Levantarse de la cama.

Ninguna Poca Bastante Mucha Muchísima

11. Quitarse las medias o los calcetines.

Ninguna Poca Bastante Mucha Muchísima

12. Estar tumbado en la cama.

Ninguna Poca Bastante Mucha Muchísima

13. Entrar y salir de la ducha/bañera.

Ninguna Poca Bastante Mucha Muchísima

14. Estar sentado.

Ninguna Poca Bastante Mucha Muchísima

15. Sentarse y levantarse del retrete.

Ninguna Poca Bastante Mucha Muchísima

16. Hacer tareas domésticas pesadas.

Ninguna Poca Bastante Mucha Muchísima

17. Hacer tareas domésticas ligeras.

Ninguna Poca Bastante Mucha Muchísima

Ficha Recolectora de datos

Recolección de Datos Sociodemográficos

Fecha: / /

Marque con una "x" donde corresponda:

1. **Edad:** ¿Entre que edades se encuentra usted?

Edad	Marque
50 – 59 años	
60 – 69 años	
70 a más	

2. **Sexo:**

Sexo	Marque
Femenino	
Masculino	

3. **Grado de Instrucción:** ¿Cuál es tu grado de instrucción?

Grado de Instrucción	Marque
Primaria	
Secundaria	
Superior	

4. **Condición Civil:** ¿Cuál es tu estado civil?

Estado civil	Marque
Soltero	
Casado	
Viudo	
Divorciado	

Anexo 3: Consentimiento informado

 Universidad Norbert Wiener	FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO(FCI) EN UN ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN DEL CIEI-VRI		
	CÓDIGO: UPNW-EES-FOR-068	VERSIÓN: 01 REVISIÓN: 01	FECHA: 11/08/2022

Título de proyecto de investigación : Kinesiofobia y capacidad funcional en pacientes con gonartrosis de un Hospital en Lima Sur ,2025
Investigadores : Tatiana Melissa Alarcon Gomez
Institución(es) : Universidad Privada Norbert Wiener (UPNW)

Estamos invitando a usted a participar en un estudio de investigación titulado: “Kinesiofobia y capacidad funcional en pacientes con gonartrosis de un Hospital en Lima Sur ,2025”. de fecha 30/ 04 /2025 y versión.01. Este es un estudio desarrollado por un investigador de la Universidad Privada Norbert Wiener (UPNW).

I. INFORMACIÓN

Propósito del estudio: El propósito de este estudio es determinar la relación entre la kinesiofobia (miedo a moverse) y la capacidad funcional en pacientes con gonartrosis de un Hospital en Lima Sur,2025. Su ejecución ayudará/permitirá conocer la relación entre las variables de estudio.

Duración del estudio (meses): Se realizará desde Octubre del 2024 a Setiembre del 2025

N° esperado de participantes: 80 pacientes


Criterios de Inclusión y exclusión: Criterios de inclusión : Pacientes que firmen el consentimiento informado , pacientes atendidos actualmente en el servicio de Terapia Física y Rehabilitación del Hospital de Lima Sur, pacientes de ambos sexos mayores de 50 años , pacientes con diagnóstico de artrosis de rodilla .Criterios de exclusión : Pacientes operados de rodilla, pacientes con tratamiento por alteración neurológica o cognitivas, pacientes con prótesis de rodilla , paciente que no completen los cuestionarios en su totalidad .

Procedimientos del estudio: Si Usted decide participar en este estudio se le pedirá resolver de forma voluntaria una ficha recolectora con sus datos personales excepto su nombre, seguido de un cuestionario llamado Escala de Tampa, que permitirá medir el nivel de kinesiofobia (miedo al movimiento) y finalmente el cuestionario WOMAC que permitirá medir el nivel de capacidad funcional con respecto a sus síntomas y función física que usted manifiesta. El completar estos cuestionarios puede demorar entre 20 a 25 minutos y los resultados obtenidos se almacenarán en una base de datos respetando la confidencialidad y su anonimato como participante.

Riesgos: Su participación en el estudio no presenta ningún tipo de riesgo para usted con respecto a su estado físico, mental ni de bienestar ya que, la información recopilada será tratada con estricta confidencialidad para fines exclusivos del estudio. El resultado que se obtenga en el desarrollo de la encuesta no afectara su honor, situación económica, ni laboral. Si usted siente alguna incomodidad y no desea continuar participando en la presente investigación, usted es totalmente libre de renunciar a su participación cuando lo considere necesario.

Vo1 / 26/05/2025	Página 49 de 68
-----------------------------------	------------------------

Prohibida la reproducción de este documento, este documento impreso es una copia no controlad

 Universidad Norbert Wiener	FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO (FCI) EN UN ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN DEL CIEI-VRI		
	CÓDIGO: UPNW-EES-FOR-068	VERSIÓN: 01 REVISIÓN: 01	FECHA: 11/08/2022

Beneficios: Usted no obtendrá algún beneficio económico o material por su participación. Sin embargo, se le informará los nuevos hallazgos encontrados en el presente estudio y en base a estos se le brindará diversas charlas y talleres que le permitirán conocer y mejorar las intervenciones en relación a la artrosis de rodilla y el miedo a moverse.

Costos e incentivos: Usted no pagará ningún costo monetario por su participación en la presente investigación. Así mismo, no recibirá ningún incentivo económico ni medicamentos a cambio de su participación.

Confidencialidad: Se guardará la información recolectada con códigos para resguardar su identidad. Si los resultados de este estudio son publicados, no se mostrará ninguna información que permita su identificación. Los archivos no serán mostrados a ninguna persona ajena al equipo de estudio.

Derechos del paciente: La participación en el presente estudio es voluntaria. Si usted lo decide puede negarse a participar en el estudio o retirarse de éste en cualquier momento, sin que esto ocasione ninguna penalización o pérdida de los beneficios y derechos que tiene como individuo, como así tampoco modificaciones o restricciones al derecho a la atención médica.

Preguntas/Contacto: Puede comunicarse con el Investigador Principal Tatiana Melissa Alarcon Gomez, al número de celular 974763496 o al correo tatimelisa16@gmail.com. Así mismo puede comunicarse con el Comité de Ética que validó el presente estudio, Contacto del Comité de Ética: Mg. Angelica Karina Minaya Galarreta, Presidenta del Comité de Ética de la Universidad Norbert Wiener, para la investigación de la Universidad Norbert Wiener, **Email:** comite.etica@uwiener.edu.pe

I. DECLARACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

He leído la hoja de información del Formulario de Consentimiento Informado (FCI), y declaro haber recibido una explicación satisfactoria sobre los objetivos, procedimientos y finalidades del estudio. Se han respondido todas mis dudas y preguntas. Comprendo que mi decisión de participar es voluntaria y conozco mi derecho a retirar mi consentimiento en cualquier momento, sin que esto me perjudique de ninguna manera. Recibiré una copia firmada de este consentimiento.

Nombre **participante:** _____
 DNI: _____
 Fecha: ___/___/2025

Nombre **investigador:** _____
 DNI: _____
 Fecha: ___/___/2025

Nombre testigo o representante legal: _____
 DNI: _____
 Fecha: ___/___/2025

Nota: La firma del testigo o representante legal es obligatoria solo cuando el participante tiene alguna discapacidad que le impida firmar o imprimir su huella, o en el caso de no saber leer y escribir.

Vo1 / 26/05/2025	Página 2 de 68
---------------------	-----------------------

Prohibida la reproducción de este documento, este documento impreso es una copia no controlada.

Anexo 4: Carta de autorización

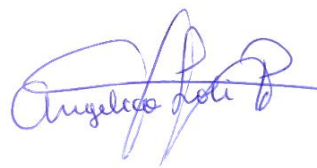
CARTA DE AUTORIZACION

Mediante la presente Yo, Angelica Loli Parra, jefa del servicio de Fisioterapia en un Hospital ubicado en el distrito de Surco.

Autorizo a la Lic. **TM Tatiana Melissa Alarcon Gomez con** DNI 44361245 de la segunda especialidad de Terapia Manual Ortopédica de la escuela de postgrado de la Universidad Privada Norbert Wiener para que pueda llevar a cabo su estudio de investigación de tesis con título **“Kinesiofobia y capacidad funcional en pacientes con gonartrosis de un Hospital en Lima Sur , 2025”** en las instalaciones del servicio de Terapia Física y Rehabilitación Del cual estoy a cargo.

Para hacer valer y dar fe que avalo la ejecución de la investigación propuesta hago consta mi aprobación a través de mi firma en el presente documento

Lima 21 de abril del 2025



Firma del director

DNI 08903088

Anexo 5: Validación de instrumentos

“KINESIOFOBIA Y CAPACIDAD FUNCIONAL EN PACIENTES CON GONARTROSIS EN UN HOSPITAL DE LIMA SUR, 2025 “

N°	DIMENSIONES / ítems	Pertinencia ¹		Relevancia ²		Claridad ³		Sugerencias
		Si	No	Si	No	Si	No	
	Variable 1: KINESIOFOBIA							
	No presenta dimensiones							
1	Temo que podría lesionarme si hago ejercicio	X		X		X		
2	Si trato de vencerlo o superarlo, mi dolor aumentaría	X		X		X		
3	Mi cuerpo dice que tengo algo dañado peligrosamente	X		X		X		
4	Mi dolor probablemente mejorará si realizo ejercicio	X		X		X		
5	La gente no toma seriamente mi condición médica	X		X		X		
6	Mi accidente puso mi cuerpo en riesgo para el resto de mi vida	X		X		X		
7	El dolor siempre significa que tengo algo dañado en mi cuerpo	X		X		X		
8	Sólo porque hago algo que aumenta mi dolor, no significa que sea peligroso	X		X		X		
9	Temo que podría lesionarme a mí mismo accidentalmente	X		X		X		
10	Simplemente siendo cuidadoso de realizar movimientos innecesarios es lo más seguro y pienso que puede prevenir que mi dolor empeore	X		X		X		
11	Yo no tendría este dolor si no fuera potencialmente peligroso para mi cuerpo.	X		X		X		
12	Aunque mi condición es dolorosa, podría ser mejor si estuviera físicamente activo.	X		X		X		
13	El dolor me hace saber cuándo detener el ejercicio para que no me dañe mi mismo	X		X		X		

14	No es realmente seguro para una persona con una condición como la mía ser físicamente activo.	X		X		X		
15	Yo no puedo hacer las cosas que hace la gente normal, debido a que para mí es más fácil lesionarme	X		X		X		
16	Aun cuando algo me esté causando un montón de dolor, no pienso que sea peligroso	X		X		X		
17	Nadie debería hacer ejercicio cuando él/ella está adolorido	X		X		X		
Variable 2: CAPACIDAD FUNCIONAL								
DIMENSIÓN 1: DOLOR		Si	No	Si	No	Si	No	
18	¿Cuánto dolor tiene al andar por un terreno llano?	X		X		X		
19	¿Cuánto dolor tiene al subir o bajar escaleras?	X		X		X		
20	¿Cuánto dolor tiene por la noche en la cama?	X		X		X		
21	¿Cuánto dolor tiene Al estar sentado o tumbado?	X		X		X		
22	¿Cuánto dolor tiene al estar de pie .							
DIMENSIÓN 2: RIGIDEZ		Si	No	Si	No	Si	No	
23	¿Cuánta rigidez nota después de despertarse por la mañana?	X		X		X		
24	¿Cuánta rigidez nota durante el resto del día después de estar sentado, tumbado o descansando?	X		X		X		
DIMENSIÓN 3: CAPACIDAD FUNCIONAL		Si	No	Si	No	Si	No	
25	¿Qué grado de dificultad tiene al bajar las escaleras?	X		X		X		
26	¿Qué grado de dificultad tiene al subir las escaleras?	X		X		X		
27	¿Qué grado de dificultad tiene al levantarse después de estar sentado?	X		X		X		

28	¿Qué grado de dificultad tiene al estar de pie?	X		X		X		
29	¿Qué grado de dificultad tiene al agacharse para coger algo del suelo?	X		X		X		
30	¿Qué grado de dificultad tiene al andar por un terreno llano?	X		X		X		
31	¿Qué grado de dificultad tiene al entrar y salir de un coche?	X		X		X		
32	¿Qué grado de dificultad tiene al ir de compras?	X		X		X		
33	¿Qué grado de dificultad tiene para ponerse las medias?	X		X		X		
34	¿Qué grado de dificultad tiene el levantarse de la cama?	X		X		X		
35	¿Qué grado de dificultad tiene para quitarse las medias?	X		X		X		
36	¿Qué grado de dificultad tiene para estar tumbado en la cama?	X		X		X		
37	¿Qué grado de dificultad tiene para entrar y salir de la ducha?	X		X		X		
38	¿Qué grado de dificultad tiene para estar sentado?	X		X		X		
39	¿Qué grado de dificultad tiene para sentarse y levantarse del retrete?	X		X		X		
40	¿Qué grado de dificultad tiene para hacer tareas domésticas pesadas?	X		X		X		
41	¿Qué grado de dificultad tiene para hacer tareas domésticas ligeras?	X		X		X		

Observaciones (precisar si hay suficiencia):

Si presenta suficiencia

Opinión de aplicabilidad: Aplicable [] Aplicable después de corregir [] No aplicable []

Apellidos y nombres del juez validador. Mg. Patricia Esther Antón Puestas

DNI: 25828231

Especialidad del validador: Maestría en Terapia Manual Ortopédica

Metodólogo ()

Temático ()

Estadístico ()

1Pertinencia: El ítem corresponde al concepto teórico formulado.

2Relevancia: El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo

3Claridad: Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo

Nota: Suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimen

Lima, 24 de marzo del 2025


PATRICIA E. ANTÓN PUESCAS
MG. TERAPIA MANUAL ORTOPÉDICA
CTMP 4550

Firma del Experto Informante.

**“KINESIOFOBIA Y CAPACIDAD FUNCIONAL EN PACIENTES CON GONARTROSIS
EN UN HOSPITAL DE LIMA SUR, 2025 “.**

N°	DIMENSIONES / ítems	Pertinencia ¹		Relevancia ²		Claridad ³		Sugerencias
		Si	No	Si	No	Si	No	
	Variable 1: KINESIOFOBIA							
	No presenta dimensiones	Si	No	Si	No	Si	No	
1	Temo que podría lesionarme si hago ejercicio	X		X		X		
2	Si trato de vencerlo o superar, mi dolor aumentaría	X		X		X		
3	Mi cuerpo dice que tengo algo dañado peligrosamente	X		X		X		
4	Mi dolor probablemente mejorará si realizo ejercicio	X		X		X		
5	La gente no toma seriamente mi condición médica	X		X		X		
6	Mi accidente puso mi cuerpo en riesgo para el resto de mi vida	X		X		X		
7	El dolor siempre significa que tengo algo dañado en mi cuerpo	X		X		X		
8	Sólo porque hago algo que aumenta mi dolor, no significa que sea peligroso	X		X		X		
9	Temo que podría lesionarme a mí mismo accidentalmente	X		X		X		
10	Simplemente siendo cuidadoso de realizar movimientos innecesarios es lo más seguro y pienso que puede prevenir que mi dolor empeore	X		X		X		
11	Yo no tendría este dolor si no fuera potencialmente peligroso para mi cuerpo.	X		X		X		
12	Aunque mi condición es dolorosa, podría ser mejor si estuviera físicamente activo.	X		X		X		
13	El dolor me hace saber cuándo detener el ejercicio para que no me dañe mi mismo	X		X		X		
14	No es realmente seguro para una persona con una condición como la mía ser físicamente activo.	X		X		X		

15	Yo no puedo hacer las cosas que hace la gente normal, debido a que para mí es más fácil lesionarme	X		X		X		
16	Aun cuando algo me esté causando un montón de dolor, no pienso que sea peligroso	X		X		X		
17	Nadie debería hacer ejercicio cuando él/ella está adolorido	X		X		X		
Variable 2: CAPACIDAD FUNCIONAL								
DIMENSIÓN 1: DOLOR		Si	No	Si	No	Si	No	
18	¿Cuánto dolor tiene al andar por un terreno llano?	X		X		X		
19	¿Cuánto dolor tiene al subir o bajar escaleras?	X		X		X		
20	¿Cuánto dolor tiene por la noche en la cama?	X		X		X		
21	¿Cuánto dolor tiene Al estar sentado o tumbado?	X		X		X		
22	¿Cuánto dolor tiene al estar de pie .							
DIMENSIÓN 2: RIGIDEZ		Si	No	Si	No	Si	No	
23	¿Cuánta rigidez nota después de despertarse por la mañana?	X		X		X		
24	¿Cuánta rigidez nota durante el resto del día después de estar sentado, tumbado o descansando?	X		X		X		
DIMENSIÓN 3: CAPACIDAD FUNCIONAL		Si	No	Si	No	Si	No	
25	¿Qué grado de dificultad tiene al bajar las escaleras?	X		X		X		
26	¿Qué grado de dificultad tiene al subir las escaleras?	X		X		X		
27	¿Qué grado de dificultad tiene al levantarse después de estar sentado?	X		X		X		
28	¿Qué grado de dificultad tiene al estar de pie?	X		X		X		

29	¿Qué grado de dificultad tiene al agacharse para coger algo del suelo?	X		X		X		
30	¿Qué grado de dificultad tiene al andar por un terreno llano?	X		X		X		
31	¿Qué grado de dificultad tiene al entrar y salir de un coche?	X		X		X		
32	¿Qué grado de dificultad tiene al ir de compras?	X		X		X		
33	¿Qué grado de dificultad tiene para ponerse las medias?	X		X		X		
34	¿Qué grado de dificultad tiene el levantarse de la cama?	X		X		X		
35	¿Qué grado de dificultad tiene para quitarse las medias?	X		X		X		
36	¿Qué grado de dificultad tiene para estar tumbado en la cama?	X		X		X		
37	¿Qué grado de dificultad tiene para entrar y salir de la ducha?	X		X		X		
38	¿Qué grado de dificultad tiene para estar sentado?	X		X		X		
39	¿Qué grado de dificultad tiene para sentarse y levantarse del retrete?	X		X		X		
40	¿Qué grado de dificultad tiene para hacer tareas domésticas pesadas?	X		X		X		
41	¿Qué grado de dificultad tiene para hacer tareas domésticas ligeras?	X		X		X		

Observaciones (precisar si hay suficiencia):

Si presenta suficiencia

Opinión de aplicabilidad: Aplicable Aplicable después de corregir No aplicable

Apellidos y nombres del juez validador. Mg. Vílchez Galindo Christian Alberto

DNI: 41233409

Especialidad del validador: Maestría en Terapia Manual Ortopédica

Metodólogo ()

Temático (X)

Estadístico ()

1Pertinencia: El ítem corresponde al concepto teórico formulado.

2Relevancia: El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo

3Claridad: Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo

Nota: Suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión

24 de Marzo del 2025



--

Firma del Experto Informante.

**“ KINESIOFOBIA Y CAPACIDAD FUNCIONAL EN PACIENTES CON GONARTROSIS
EN UN HOSPITAL DE LIMA SUR, 2025 “.**

N°	DIMENSIONES / ítems	Pertinencia ¹		Relevancia ²		Claridad ³		Sugerencias
		Si	No	Si	No	Si	No	
	Variable 1: KINESIOFOBIA							
	No presenta dimensiones	Si	No	Si	No	Si	No	
1	Temo que podría lesionarme si hago ejercicio	X		X		X		
2	Si trato de vencerlo o superar, mi dolor aumentaría	X		X		X		
3	Mi cuerpo dice que tengo algo dañado peligrosamente	X		X		X		
4	Mi dolor probablemente mejorará si realizo ejercicio	X		X		X		
5	La gente no toma seriamente mi condición médica	X		X		X		
6	Mi accidente puso mi cuerpo en riesgo para el resto de mi vida	X		X		X		
7	El dolor siempre significa que tengo algo dañado en mi cuerpo	X		X		X		
8	Sólo porque hago algo que aumenta mi dolor, no significa que sea peligroso	X		X		X		
9	Temo que podría lesionarme a mí mismo accidentalmente	X		X		X		
10	Simplemente siendo cuidadoso de realizar movimientos innecesarios es lo más seguro y pienso que puede prevenir que mi dolor empeore	X		X		X		
11	Yo no tendría este dolor si no fuera potencialmente peligroso para mi cuerpo.	X		X		X		
12	Aunque mi condición es dolorosa, podría ser mejor si estuviera físicamente activo.	X		X		X		
13	El dolor me hace saber cuándo detener el ejercicio para que no me dañe mi mismo	X		X		X		
14	No es realmente seguro para una persona con una condición como la mía ser físicamente activo.	X		X		X		

15	Yo no puedo hacer las cosas que hace la gente normal, debido a que para mí es más fácil lesionarme	X		X		X		
16	Aun cuando algo me esté causando un montón de dolor, no pienso que sea peligroso	X		X		X		
17	Nadie debería hacer ejercicio cuando él/ella está adolorido	X		X		X		
Variable 2: CAPACIDAD FUNCIONAL								
DIMENSIÓN 1: DOLOR		Si	No	Si	No	Si	No	
18	¿Cuánto dolor tiene al andar por un terreno llano?	X		X		X		
19	¿Cuánto dolor tiene al subir o bajar escaleras?	X		X		X		
20	¿Cuánto dolor tiene por la noche en la cama?	X		X		X		
21	¿Cuánto dolor tiene Al estar sentado o tumbado?	X		X		X		
22	¿Cuánto dolor tiene al estar de pie .							
DIMENSIÓN 2: RIGIDEZ		Si	No	Si	No	Si	No	
23	¿Cuánta rigidez nota después de despertarse por la mañana?	X		X		X		
24	¿Cuánta rigidez nota durante el resto del día después de estar sentado, tumbado o descansando?	X		X		X		
DIMENSIÓN 3: CAPACIDAD FUNCIONAL		Si	No	Si	No	Si	No	
25	¿Qué grado de dificultad tiene al bajar las escaleras?	X		X		X		
26	¿Qué grado de dificultad tiene al subir las escaleras?	X		X		X		
27	¿Qué grado de dificultad tiene al levantarse después de estar sentado?	X		X		X		
28	¿Qué grado de dificultad tiene al estar de pie?	X		X		X		

29	¿Qué grado de dificultad tiene al agacharse para coger algo del suelo?	X		X		X		
30	¿Qué grado de dificultad tiene al andar por un terreno llano?	X		X		X		
31	¿Qué grado de dificultad tiene al entrar y salir de un coche?	X		X		X		
32	¿Qué grado de dificultad tiene al ir de compras?	X		X		X		
33	¿Qué grado de dificultad tiene para ponerse las medias?	X		X		X		
34	¿Qué grado de dificultad tiene el levantarse de la cama?	X		X		X		
35	¿Qué grado de dificultad tiene para quitarse las medias?	X		X		X		
36	¿Qué grado de dificultad tiene para estar tumbado en la cama?	X		X		X		
37	¿Qué grado de dificultad tiene para entrar y salir de la ducha?	X		X		X		
38	¿Qué grado de dificultad tiene para estar sentado?	X		X		X		
39	¿Qué grado de dificultad tiene para sentarse y levantarse del retrete?	X		X		X		
40	¿Qué grado de dificultad tiene para hacer tareas domésticas pesadas?	X		X		X		
41	¿Qué grado de dificultad tiene para hacer tareas domésticas ligeras?	X		X		X		

Observaciones (precisar si hay suficiencia):

Si tiene suficiencia

Opinión de aplicabilidad: Aplicable [X] Aplicable después de corregir [] No aplicable []

Apellidos y nombres del juez validador. Mg. Armas Gallegos Romy Stephany

DNI: 70432242

Especialidad del validador: Maestría en Gestión de los servicios de Salud.

Metodólogo (X)

Temático ()

Estadístico ()

1Pertinencia: El ítem corresponde al concepto teórico formulado.

2Relevancia: El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo

3Claridad: Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo

Nota: Suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión.

Lima, 24 de Marzo del 2025



Mg. Armas Gallegos Romy Stephany
Maestra en Gestión de los
Servicios de la Salud
C.T.M.P. 9845 R.N.G.A. MG-00126

Firma del Experto Informante

● 16% de similitud general

Principales fuentes encontradas en las siguientes bases de datos:

- 13% Base de datos de Internet
- Base de datos de Crossref
- 11% Base de datos de trabajos entregados
- 2% 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	cofext.org Internet	2%
3	Universidad de Monterrey on 2022-11-17 Submitted works	<1%
4	BENEMERITA UNIVERSIDAD AUTONOMA DE PUEBLA BIBLIOTECA on ... Submitted works	<1%
5	repositorio.ucv.edu.pe Internet	<1%
6	researchgate.net Internet	<1%
7	coursehero.com Internet	<1%
8	Nydia Loredo Martínez, Diana Mejía Jiménez, Nancy Jiménez Bautista,... Crossref	<1%