



**Universidad  
Norbert Wiener**

Powered by **Arizona State University**

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

**Tesis**

**Kinesiofobia y calidad de vida en pacientes con gonartrosis de la clínica  
Limatambo – Cajamarca, 2024**

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

**Presentado por:**

**Autora:** Carmona Carhuanambo, María Isabel

**Código ORCID:** <https://orcid.org/0009-0008-2799-219X>

**Asesora:** Dra. Bejarano Ambrosio, Miriam Juvit

**Código ORCID:** <https://orcid.org/0000-0002-9208-746X>

**Lima – Perú**

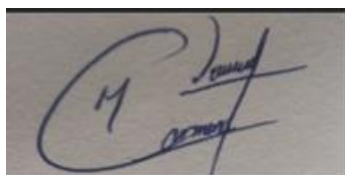
**2025**

 Universidad Norbert Wiener	<b>DECLARACIÓN JURADA DE AUTORIA Y DE ORIGINALIDAD DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN</b>	
	<b>CÓDIGO: UPNW-GRA-FOR-033</b>	<b>VERSIÓN: 01</b> REVISIÓN: 01

Yo, María Isabel Carmona Carhuanambo egresado de la Facultad de **Ciencias de la Salud** y Escuela Académica Profesional de **Tecnología Médica** de la Universidad privada Norbert Wiener declaro que el trabajo de investigación “KINESIOFOBIA Y CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON GONARTROSIS DE LA CLÍNICA LIMATAMBO - CAJAMARCA, 2024” Asesorado por el docente: **BEJARANO AMBROSIO, MIRIAM JUVIT** DNI 41677988 ORCID **0000-0002-9208-746X** tiene un índice de similitud de 14% con código oid:14912:439424066 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  
 MARIA ISABEL CARMONA CARHUANAMBO  
 DNI: 42093984



.....  
 Firma  
 BEJARANO AMBROSIO, MIRIAM JUVIT  
 DNI: 41677988

Lima, 17 de MARZO de 2025

## **DEDICATORIA**

A Dios, por ser amigo que nunca falla, guiarme en cada paso de este viaje académico y darme la fuerza para perseverar.

A mi esposo Abel, padre de mis hijos Said y Diego, por su gran amor y apoyo incondicional. Uno puede ser derrotado; sin embargo, dos alcanzan resistir. ¡Cordón de tres dobleces no se rompe sencillamente!.

Finalmente, dedico a mis hermanas y especialmente a mi madre, sin ustedes este logro no habría sido posible.

## **AGRADECIMIENTOS:**

Agradezco a mi Alma Mater Universidad Privada Norbert Wiener, quien me brindó la oportunidad de concluir los estudios de pregrado y ver cristalizado mis metas de ser profesional.

De manera especial, agradezco a la Dra. Miriam Bejarano Ambrosio mi asesora de tesis, por sus consejos y ayuda para la realización de esta tesis.

Agradezco a la Clínica Limatambo, por brindarme el espacio para la ejecución de este trabajo de investigación.

Al Dr. Jorge Vergara Quiroz, Representante de la Clínica Limatambo por brindarme su apoyo para la realización del presente trabajo.

A los pacientes con gonartrosis que acuden a atenderse a la clínica Limatambo por brindarme la información para la recolección de datos para el estudio sin ellos no hubiese sido posible concluir este estudio.

## ÍNDICE GENERAL

	<i>Pág.</i>
DEDICATORIA .....	ii
AGRADECIMIENTOS: .....	iii
ÍNDICE GENERAL .....	iv
ÍNDICE DE TABLAS .....	vi
RESUMEN .....	vii
ABSTRACT.....	viii
INTRODUCCIÓN .....	ix
CAPÍTULO I .....	1
EL PROBLEMA.....	1
1.1. Planteamiento del problema.....	1
1.2. Formulación del problema .....	3
1.3. Objetivos de la investigación.....	4
1.4. Justificación de la investigación .....	5
1.5. Limitaciones de la investigación.....	6
CAPÍTULO II.....	7
MARCO TEÓRICO.....	7
2.1. Antecedentes.....	7
2.2. Bases teóricas.....	11
2.3. Formulación de hipótesis .....	16
CAPÍTULO III.....	17
METODOLOGÍA.....	17
3.1. Método de la investigación.....	17
3.2. Enfoque de la investigación.....	17
3.3. Tipo de la investigación.....	17
3.4. Diseño de la investigación .....	18
3.5. Población, muestra y muestreo .....	18
3.6. Variables y operacionalización.....	20

3.7. Técnicas e instrumentos de recolección de datos .....	21
3.8. Plan de procesamiento y análisis de datos .....	28
3.9. Aspectos éticos .....	28
CAPÍTULO IV.....	29
PRESENTACIÓN Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS .....	29
4.1. Resultados.....	29
CAPÍTULO IV.....	41
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES .....	41
5.1. Conclusiones.....	41
5.2. Recomendaciones .....	42
REFERENCIAS.....	43
ANEXOS	
- Matriz de consistencia	
- Instrumentos	
- Validez de los instrumentos	
- Confiabilidad de los instrumentos	
- Formato de consentimiento informado	
- Documento de aceptación	
- Reporte de similitud de Turnitin	

## ÍNDICE DE TABLAS

<b>Tabla 1.</b> Características socio demográficas y clínicas de los pacientes con gonartrosis de la Clínica Limatambo – Cajamarca, 2024. ....	29
<b>Tabla 2.</b> Nivel de kinesiophobia de los pacientes con gonartrosis de la Clínica Limatambo – Cajamarca, 2024. ....	30
<b>Tabla 3.</b> Calidad de vida de los pacientes con gonartrosis de la Clínica Limatambo – Cajamarca, 2024. ....	31
<b>Tabla 4. Prueba de normalidad</b> .....	32
<b>Tabla 5.</b> Relación entre kinesiophobia y calidad de vida .....	33
<b>Tabla 6.</b> Relación entre kinesiophobia y salud física .....	34
<b>Tabla 7.</b> Relación entre kinesiophobia y salud mental .....	35

## RESUMEN

El estudio se realizó con la finalidad de determinar la relación entre kinesiofobia y calidad de vida en pacientes con gonartrosis de la Clínica Limatambo – Cajamarca, 2024; investigación cualitativa de tipo aplicada, hipotético deductiva como método, no experimental de corte transversal; estuvo constituido por 100 participantes con gonartrosis desde los 40 a 75 años que acuden a atenderse a la Clínica Limatambo, se empleó tres instrumentos para los datos sociodemográficos la ficha de datos, para la variable kinesiofobia la Escala de Tampa de Kinesiofobia TSK-17 y para la variable calidad de vida el cuestionario de salud SF12. Los resultados encontrados en las características sociodemográficas fue que el 46,0% tenía la edad de 61 a 70 años, 59,0% sexo femenino, 63,0% casado, 45,0% con grado de instrucción secundaria, 37,0% ocupación negocio y el 49,0% padecen de la enfermedad más de 5 años; el nivel de kinesiofobia fue de alto con el 91,0%, igualmente en la dimensión evitación de la actividad el 91,0% y enfoque somático el 94,0%; La calidad de vida fue media con el 78,0%, en la dimensión salud mental también fue media con el 63,0% y la salud física el 50,0 fue baja; La relación entre kinesiofobia y calidad de vida fue significativa con 0,000 de igual con la dimensión salud mental. Concluyendo que la kinesiofobia está relacionado a la calidad de vida en pacientes con gonartrosis con un p valor  $< 0,050$ .

**Palabras clave:** Kinesiofobia, calidad de vida, paciente y gonartrosis

## ABSTRACT

The study was carried out with the purpose of determining the relationship between kinesiophobia and quality of life in patients with gonarthrosis at the Limatambo Clinic - Cajamarca, 2024; qualitative research of applied type, hypothetical deductive method, non-experimental, cross-sectional; The study consisted of 100 participants with gonarthrosis from 40 to 75 years of age who attended the Limatambo Clinic. Three instruments were used for the sociodemographic data: the data sheet, for the kinesiophobia variable the Tampa Kinesiophobia Scale TSK-17 and for the quality of life variable the SF12 health questionnaire. The results found in the sociodemographic characteristics were that 46.0% were aged between 61 and 70 years, 59.0% were female, 63.0% were married, 45.0% had a high school education, 37.0% had a business occupation and 49.0% had been suffering from the disease for more than 5 years; The level of kinesiophobia was high with 91.0%, also in the activity avoidance dimension 91.0% and somatic focus 94.0%; the quality of life was medium with 78.0%, in the mental health dimension it was also medium with 63.0% and physical health 50.0% was low; The relationship between kinesiophobia and quality of life was significant with 0.000, the same with the mental health dimension. Concluding that kinesiophobia is related to quality of life in patients with gonarthrosis with a p value  $< 0.050$ .

**Key words:** Kinesiophobia, quality of life, patient and gonarthrosis.

## INTRODUCCIÓN

La gonartrosis también conocido como artrosis de rodilla, es una patología musculoesquelética más prevalente a nivel del mundo, además es una de las principales causas de discapacidad en los cursos de vida adulto y adulto mayor. En el contexto peruano, la gonartrosis es un problema de salud pública importante por la razón que la población está envejeciendo y además por el sedentarismo como estilo de vida, haciendo que incrementa esta enfermedad y conllevando a la aparición de riesgos durante la progresión de la patología. Dado que, según la encuesta del Ministerio de Salud del Perú, más del 30% de los adultos y adultos mayores de 40 años de edad presentan algún grado de gonartrosis, y que su calidad de vida (CV) se ve afectado de forma negativa y conjuntamente también su autonomía socioeconómica (1).

La kinesiofobia es el miedo al movimiento excesivo debido a la percepción del riesgo de sufrir dolor o lesión, también es uno de los factores psicológicos que ha cobrado relevancia en la comprensión de la discapacidad asociada a la artrosis de rodilla. Por ello se traza el propósito principal de este estudio que es determinar la relación entre kinesiofobia y la calidad de vida en pacientes con gonartrosis atendidos en la Clínica Limatambo de Cajamarca.

Asimismo, la estructura de la investigación está dado en un total de 5 capítulos. Donde en el primer capítulo se trata del problema que está conformado por planteamiento, formulación, objetivos, justificación; el segundo capítulo conformado por el marco teórico dividido por los antecedentes, las bases teóricas e hipótesis; en el tercer capítulo trata de la metodología que tiene que ver con el método, tipo, enfoque, diseño, población muestra, muestreo, variables y operacionalización, instrumentos y técnicas, procesamiento y análisis de datos y aspectos éticos; quinto capítulo conformado por presentación y discusión de resultados; y el capítulo quinto que abarca conclusiones y recomendaciones. Finalizando esta la bibliografía y anexos.

# CAPÍTULO I

## EL PROBLEMA

### 1.1. Planteamiento del problema

A nivel mundial los problemas musculo esqueléticos alcanzan más de ciento cincuenta trastornos que afectan al sistema locomotor y uno de ellos es la gonartrosis (2), estudios estiman que aproximadamente 1710 millones de individuos sufren trastornos musculo esqueléticos, acentuándose en los países de mayor ingreso económico con una prevalencia de cuatrocientos cuarenta y uno millones, seguido de los países del Pacífico Occidental con cuatrocientos veintisiete millones y finalmente los países de Asia Sudoriental con trescientos sesenta y seis millones (3).

Entre las afecciones osteomusculares, la artrosis contribuye a la discapacidad de años vividos, repercutiendo en la calidad de vida de los individuos, dicho problema se estima en un 70% a partir de los 55 años de edad; sin embargo, las personas con menor edad no están libres de padecer esta patología tales como atletas y personas que padecen traumatismos en las articulaciones. La mayor incidencia es en el género femenino con un 60%, siendo la gonartrosis la más común con una cifra de 365 millones, seguido de la artrosis de mano y de cadera (4). Estudios muestran que, con el envejecimiento de la población, los traumatismos y la obesidad son las causas de la artrosis y cada año se incrementa, ya que en el año 1990 existió un total de 247,51 millones de casos y para el 2019 asciendo a 527,81 millones, aumentando en un 113,25% ocasionando un problema de salud pública (5).

En América Latina, datos estadísticos sobre la kinesiofobia y su impacto en la variable calidad de vida de la población con diagnóstico de gonartrosis son limitados en la literatura científica. Sin embargo, en Brasil algunas investigaciones han demostrado que

aproximadamente el 70% de pacientes presentan kinesiofobia y que está afectada la calidad de vida y la capacidad funcional de forma negativa (6).

En Perú epidemiológicamente, se aprecia que la obesidad, edad y género está relacionado directamente con la gonartrosis. Y que el 20% de pacientes con gonartrosis sintomática dentro de una década evolucionará a grado III y IV, acentuándose en pacientes con obesidad en un 35% a diferencia y los que no presentan obesidad en un 10%. Incidencias según un estudio realizado en once hospitales del Perú se encontró que, el 30% de usuarios en salud que acuden a consulta externa especializada presentan gonartrosis (7).

En la región de Cajamarca, según datos estadísticos del Ministerio de Salud (MINSA) se evidencia que la gonartrosis es una patología común que afecta a los individuos mayores de 40 años de edad, reportándose en el año 2020, 1352 casos de artrosis de los cuales 52% está instaurado en mujeres. Siendo el sur de la región y especialmente en el distrito de Cajamarca donde se produce con más frecuencia con una tasa de prevalencia de 12% (1). Por lo que la artrosis de rodilla es una enfermedad articular inflamatoria que empeora con el tiempo caracterizándose por la degeneración del cartílago afectando la capacidad de una persona para desplazarse sin limitaciones, siendo uno de los factores de discapacidad en el curso de vida adulto y adulto mayor (8,9).

Al provocar dichos malestares, la gonartrosis genera participación limitada en la comunidad y deterioro en la calidad de vida (10) de millones de personas, provocando dolor, rigidez y limitaciones en la movilidad (11); asimismo, se relaciona a problemas psicológicos como miedo al dolor durante la movilización de las extremidades, convirtiéndose en un factor de discapacidad de los adultos y además genera costos elevados al sector salud y el Estado (12,13).

Dichos pacientes con gonartrosis experimentan una reducción de sus capacidades en la realización de sus actividades cotidianas lo cual afecta y repercute en los estilos de vida

(14). También, uno de los aspectos psicológicos que ha cobrado relevancia en el estudio de la gonartrosis es la kinesiofobia que es un fenómeno psicológico que puede influir negativamente en la recuperación y manejo de la artrosis de rodilla (15). La relación entre la variable kinesiofobia y la variable calidad de vida es crítica, ya que la segunda variable en pacientes con gonartrosis no solo está influenciada por el dolor y la función física, sino también por factores psicológicos. La presencia de kinesiofobia puede llevar a una disminución significativa en los componentes físicos, emocionales y sociales de los pacientes viéndose afectado la calidad de vida en estos individuos (16).

Finalmente, no es raro escuchar y observar en la actualidad a pacientes con problemas de gonartrosis acudir a los diferentes establecimientos de salud tanto públicas como privadas para poder aliviar el malestar, además refieren que, al presentar esta enfermedad tienen miedo al movimiento y a la actividad física debido a la percepción de dolor o lesión inminente. Ocasionando una evitación a la actividad física puede contribuir a un deterioro adicional de la función física y la calidad de vida de los adultos y adultos mayores que sufren este mal. Frente a esta problemática se ha visto por conveniente realizar este estudio, planteando el siguiente problema general y específicos de investigación.

## **1.2. Formulación del problema**

### **1.2.1. Problema general**

¿Cuál es la relación entre kinesiofobia y calidad de vida en pacientes con gonartrosis de la clínica Limatambo – Cajamarca, 2024?

### **1.2.2. Problemas específicos**

¿Cuáles son las características sociodemográficas y clínicas de los pacientes con gonartrosis de la Clínica Limatambo – Cajamarca, 2024?

¿Cuál es el nivel de kinesiofobia de los pacientes con gonartrosis de la Clínica Limatambo – Cajamarca, 2024?

¿Cuál es el nivel de calidad de vida de los pacientes con gonartrosis de la Clínica Limatambo – Cajamarca, 2024?

¿Cuál es la relación entre kinesiofobia y salud física en pacientes con gonartrosis de la Clínica Limatambo – Cajamarca, 2024?

¿Cuál es la relación entre kinesiofobia y salud mental en pacientes con gonartrosis de la Clínica Limatambo – Cajamarca, 2024?

### **1.3. Objetivos de la investigación**

#### **1.3.1. Objetivo general**

Determinar la relación entre kinesiofobia y calidad de vida en pacientes con gonartrosis de la Clínica Limatambo – Cajamarca, 2024.

#### **1.3.2. Objetivos específicos**

- Describir las características sociodemográficas y clínicas a los pacientes con gonartrosis de la clínica Limatambo, Cajamarca.
- Identificar el nivel de kinesiofobia de los pacientes con gonartrosis de la Clínica Limatambo – Cajamarca, 2024.
- Identificar la calidad de vida de los pacientes con gonartrosis de la Clínica Limatambo – Cajamarca, 2024.
- Determinar la relación entre kinesiofobia y salud física de los pacientes con gonartrosis de la Clínica Limatambo – Cajamarca, 2024.
- Determinar la relación entre kinesiofobia y salud física de los pacientes con gonartrosis de la Clínica Limatambo – Cajamarca, 2024.

## **1.4. Justificación de la investigación**

### **1.4.1. Teórica**

La artrosis de rodilla en el aspecto nacional es una enfermedad que afecta al 30% de pacientes que acuden a los consultorios especializados, además esta patología sintomática dentro de una década evolucionará a grado III y IV, lo cual influye en la calidad de vida de las personas mayores de 40 años (7). Por otro lado, diversos estudios y teorías intentan explicar sobre la relación entre la kinesiofobia y los estilos de vida en pacientes con gonartrosis y comprender la relación entre variables desde diferentes perspectivas teóricas, permitiendo desarrollar intervenciones más efectivas como abordar la kinesiofobia mediante enfoques multidisciplinarios que incluyan en la educación, terapia física y apoyo psicológico; todo esto puede mejorar significativamente los resultados en pacientes con gonartrosis.

### **1.4.2. Metodológica**

El estudio de investigación se justifica porque se utilizó un enfoque cuantitativo donde se predijo y explicó los fenómenos investigados, a través de la recaudación de datos numéricos, aplicando tres instrumentos: para los datos sociodemográficos se utilizó una ficha de datos, para la kinesiofobia se empleó la Escala Tampa de Kinesiofobia (TSK-17) y para la variable de calidad de vida se usó el cuestionario de salud (AF12), dichos instrumentos fueron validados a nivel internacional y nacional por diversos autores y para este estudio se realizó la validez y confiabilidad, para luego ser aplicado a una muestra de pacientes con gonartrosis que se atienden en la Clínica Limatambo para obtener datos cuantitativos sobre la kinesiofobia y su relación con la calidad de vida. Estos resultados permitirán deslumbrar la realidad sobre el problema planteado y tener una base de datos para

poder realizar programas orientados a pacientes con gonartrosis y mejorar su calidad de vida.

### **1.4.3. Práctica**

El abordaje del problema de la kinesiofobia en pacientes con gonartrosis es esencial porque a través de los resultados se puede incrementar la calidad de vida y los tratamientos de estos pacientes. Entender el impacto psicológico de la kinesiofobia puede ayudar a los profesionales de la salud a desarrollar enfoques más integrales que incluyan apoyo psicológico y terapias físicas adecuadas para mejorar la calidad de vida de los individuos, a través de la disminución del temor al movimiento. Al reducir la kinesiofobia puede fomentar un incremento en la participación de actividades físicas, lo que a su vez conlleva a una mejor salud física y mental. Finalmente, dichos resultados servirán para que entidades tanto públicas como privadas tomen como línea de base y formulen programas de tratamiento físico y rehabilitación en beneficio de los pacientes con problemas de gonartrosis.

### **1.5. Limitaciones de la investigación**

Durante el proceso de la investigación se consideró ciertas limitaciones que fueron: el tiempo para la recaudación de datos por intermedio de la aplicación de los instrumentos ya que algunas personas de la muestra no se tenía acceso; también la demora en la respuesta de las autoridades tanto de la clínica como de la universidad; asimismo, la insuficiente literatura relacionado al tema de investigación y finalmente, el poco tiempo para la dedicación al trabajo de investigación.

## CAPÍTULO II

### MARCO TEÓRICO

#### 2.1. Antecedentes

##### Internacional

Goff et al (17) con la finalidad de “explorar la relación entre la actividad física autoinformada y la función, la kinesiofobia, la autoeficacia y la calidad de vida en una población asiática”. Tipo de estudio longitudinal, con una muestra de 425, emplearon 5 instrumentos: actividad física (puntuación de actividad de la UCLA), función (puntuación de resultados de osteoartritis de rodilla [KOOS-12]), kinesiofobia (miedo breve al movimiento [BFOM]), autoeficacia (ASES-8) y calidad de vida (EQ-5D-5 L). El 43,5% se encontraron en la edad de 55 a 64 años, 68,4% fueron del sexo femenino, 50,4% tuvieron un grado de instrucción de secundaria, 42,6% sufren de osteoartritis de ambas rodillas, concerniente a la actividad física 73% fue baja, concluyeron que la actividad física guarda relación con la kinesiofobia con una rho de Spearman de 0,1961 y un p valor de 0,001, del mismo modo para la calidad de vida y kinesiofobia con una rho de Spearman de 0,2078 y un p valor de 0,001.

López et al (18) tuvieron como objetivo “Establecer la relación entre la kinesiofobia y la capacidad funcional en adultos mayores con osteoartritis de rodilla”. Investigación descriptiva, transversal y analítico, tuvo 40 adultos mayores como muestra, emplearon la Escala Tampa para Kinesiofobia (TSK11) para medir la Kinesiofobia y el índice WOMAC para medir la capacidad funcional como instrumentos. El 80,0% fueron del género femenino, 60% casados, 35% tuvieron un grado de instrucción de primaria completa y licenciatura, 90% no trabajaba, 55% presentaban hipertensión arterial, concerniente a la Kinesiofobia la mayoría de adultos mayores estaban de acuerdo con las afirmaciones de

las preguntas del instrumento donde 65% presentaron una kinesiofobia alta. Concluyeron que no existe asociación entre la kinesiofobia y la capacidad funcional ( $p=.752$ ,  $r=0.052$ ).

Rodríguez-Borlado et al (19) tuvieron como objetivo “Evaluar el dolor, la calidad de vida y el estado psicológico en pacientes con gonalgia por gonartrosis”. Realizaron una investigación epidemiológica, multicéntrica, de casos y controles, tuvo una población de 1152 de los cuales 576 sin artrosis y 576 con artrosis, hicieron un análisis descriptivo y utilizaron tres instrumentos los cuestionarios de Goldberg y EuroQol y la escala visual analógica de dolor de Huskisson. El 70,3% fueron mujeres, la puntuación de la artrosis resultó tener una intensidad moderada de  $65,2\pm 4,9$ mm, en todas las dimensiones de la calidad de vida resultaron tener peor estado de salud en los pacientes con gonartrosis con un valor  $p<0,05$ . Concluyeron que los pacientes con artrosis presentan limitación de movilidad, de actividades cotidianas y cuidado personal, asimismo presencia de dolor moderado que repercuten de forma negativa en la calidad de vida y en el aspecto psicológico se encontraban con mayor afectación.

Solano (20), tuvo como objetivo “determinar el nivel de dolor y su relación con la kinesiofobia en personas de 61 a 70 años”. Investigación tipo cuantitativa, no experimental de corte transversal, participaron en el estudio 420 individuos, empleó dos instrumentos la escala Tampa TSK-11 y la escala Pain Detect. El 73,3% fueron del género masculino, la ocupación que prevaleció fue chofer con el 40,0%, el 80,0% presentó un nivel alto de kinesiofobia, respecto a la relación entre dolor y kinesiofobia este tuvo un resultado de 0,089, concluyendo entonces que no hay relación entre el dolor y la kinesiofobia.

Aykut y Karakoyun (21) tuvieron como objetivo “Investigar los niveles de kinesiofobia, actividad física, depresión, discapacidad y calidad de vida en pacientes con osteoartritis de rodilla”. Estudio transversal, fue realizado en un centro de atención terciaria de salud, tuvo una muestra de 96 pacientes con osteoartritis de rodilla, emplearon cinco

instrumentos la Escala Visual Analógica para medir el dolor, Escala Tampa para medir la kinesiophobia, Escala Breve de Miedo al Movimiento, la depresión mediante el Inventario de Depresión de Beck y la Encuesta de Salud Short Form 12 para medir la calidad de vida. 85,7% tenía kinesiophobia de alto nivel, 70,6% tenía depresión y 64,4% presentaba niveles de actividad física bajos, 27,8% moderados y 7,8% altos, el cuestionario de Encuesta de Salud Short Form 12 fueron mayores en el grupo con kinesiophobia de bajo nivel ( $P < 0,05$ ). Concluyeron entonces que la kinesiophobia y la calidad de vida guardan relación.

Nacional

Huamanguillas y Quispe (22) tuvieron como objetivo “determinar la influencia de la capacidad funcional en la calidad de vida en pacientes con gonartrosis que asistieron al servicio de Terapia Física y Rehabilitación”. Investigación cuantitativa, transversal no experimental y nivel relacional, participaron en el estudio 75 pacientes, utilizaron el cuestionario Womac como instrumento. 46,7% refirió tener mucha capacidad funcional, 49,3% manifestaron presentar mucho dolor, además 44,0% presentaron bastante funcionabilidad física, respecto a la calidad de vida 54,7% fue mala, respecto a la dimensión física fue regular con 57,3%, también para la dimensión psicología con 52,0% fue regular; la calidad de vida se relaciona con la capacidad funcional con una significancia de 0,006. Concluyen entonces que la variable calidad de vida esta relacionada con la capacidad funcional.

Choque y Calizaya (23) tuvieron como objetivo “establecer la relación entre la Kinesiophobia y el nivel de dolor de rodilla en el personal militar del Cuartel Fuerte Arica de Tacna en el año 2023”. Estudio básico de nivel relacional, con una muestra de 306 militares, utilizaron dos instrumentos una guía de recolección de datos para obtener los datos sociodemográficos y el cuestionario TSK-11 para Kinesiophobia. 91,5% fueron del género masculino, los resultados ante el temor al movimiento la mayoría de respuestas

fueron que están parcialmente de acuerdo, la Kinesiofobia tuvo un nivel medio de 26,14  $\pm$ 5,987, en cambio el dolor de rodilla tuvo un nivel de 4,43  $\pm$ 2,125, encontraron un p valor de 0,00 entre la variable Kinesiofobia y nivel de dolor de rodilla. Concluyeron entonces que la kinesiofobia se asocia al dolor de rodilla en la población investigada.

Cruz-Pérez y Camacho-Conchucos (16) tuvieron como objetivo “determinar la asociación entre dolor, rigidez, capacidad funcional y kinesiofobia en pacientes con gonartrosis del Hospital Nacional Hipólito Unanue”. Investigación observacional, con un nivel correlacional y de corte transversal, con una población de 88 usuarios en salud con gonartrosis y la muestra censal. Emplearon dos instrumentos la Escala Tampa para Kinesiofobia (TSK-11) y el Cuestionario WOMAC. La edad media fue 66,38 años, 68,2% fueron del género femenino, 56,8% tuvieron ocupación sin carga, el grado de instrucción fue secundaria con 40,9%, 51,1% refirieron que el tiempo de su enfermedad es de 1 a 5 años, la afectación fue en ambos miembros inferiores con 68,1% siendo un 51,1% de grado moderado al dolor y finalmente se relacionaron las variables de rigidez, dolor y capacidad funcional con la kinesiofobia con un valor de 0,000. Concluyeron entonces que a mayor grado de sintomatología mayores niveles de kinesiofobia.

Hugo (24) tuvo como objetivo “ Identificar la calidad de vida de los pacientes con gonartrosis del servicio de medicina física y rehabilitación del hospital San Juan de Lurigancho”. Estudio con enfoque cuantitativo, con un diseño no experimental de corte transversal y tipo descriptivo correlacional; participaron en el estudio 104 pacientes; empleó como instrumento el cuestionario SF-36. La edad promedio fue de 61,33 años, 73,08% perteneció al género femenino, 66,35% tenían un estado civil casado, 55,77% su grado de instrucción fue enseñanza media y el tiempo de la enfermedad de 1 a 5 años con 46,15%; concerniente a la calidad de vida en los usuarios de salud con gonartrosis fue mala, del mismo modo para las dimensiones salud física, rol físico, rol emocional, función social,

dolor corporal, vitalidad, salud mental y salud general; respecto a la relación entre calidad de vida con sus dimensiones y la gonartrosis fue significativa. Concluye entonces que los pacientes no presentan una adecuada calidad de vida.

## **2.2. Bases teóricas**

### **2.2.1. Kinesiofobia**

El presente estudio se sustenta en los modelos y teorías siguientes:

Modelo de Evitación del Miedo (Fear-Avoidance Model): Este modelo postula que, las personas que experimentan dolor pueden desarrollar miedo al movimiento (kinesiofobia), lo que conlleva a la limitación de la actividad física. Este ciclo de miedo-evitación puede resultar en descondicionamiento físico, mayor rigidez articular y pérdida de función muscular, exacerbando la sintomatología de artrosis de rodilla y deteriorando el bienestar de la salud (25). El miedo al movimiento puede surgir de experiencias pasadas de dolor o de la creencia que, la actividad física empeorará la condición de la rodilla. Esta percepción negativa puede ser reforzada por la información recibida de profesionales de la salud, familiares y medios de comunicación (26).

Teoría de la Autodeterminación (Self-Determination Theory): esta teoría enfatiza la categoría de la motivación extrínseca e intrínseca en la realización de actividades. En pacientes con gonartrosis, la kinesiofobia puede disminuir la motivación intrínseca para participar en actividades físicas, lo que es crucial para mantener la movilidad articular y la salud general. La pérdida de autonomía y la disminución de la competencia percibida debido a que, la kinesiofobia puede contribuir a disminuir el compromiso con los ejercicios terapéuticos y las actividades diarias afectando negativamente la calidad de vida (27,28).

Teoría del Estrés y Afrontamiento (Stress and Coping Theory): La kinesiofobia puede ser vista como una respuesta de afrontamiento inadecuada al estrés asociado con el dolor de la gonartrosis. Según esta teoría, la manera en que los individuos perciben y responden al dolor puede influir en su calidad de vida. Un afrontamiento adaptativo implica aceptar el dolor y buscar estrategias activas para manejarlo, mientras que un afrontamiento inadecuado como evitar el movimiento puede llevar a peores resultados funcionales y emocionales (29,30).

Para una mayor comprensión a continuación se describe cada variable

El término kinesiofobia según los Descriptores en Ciencias de la Salud lo definen como: *“Trastorno de ansiedad por miedo persistente e irracional al movimiento después de una lesión. Está relacionado con la discapacidad percibida debido a la lesión y la catastrofización en el miedo (anticipado) al dolor y a la posibilidad de una nueva lesión”* (31).

La kinesiofobia se caracteriza por un miedo excesivo, irracional y cada vez más débil a ejecutar un movimiento físico, convirtiéndose en un elemento que contribuye a la disminución de la fuerza muscular, las modificaciones en la propiocepción y el caminar. Estudios anteriores han detectado que grados elevados de kinesiofobia están relacionados con una escasa mejora de la función física que continúa durante todo el ciclo de recuperación (32).

En ese sentido, la kinesiofobia o miedo al movimiento, es un fenómeno observado en personas con gonartrosis y otras condiciones de dolor. Este miedo puede influir significativamente en la intensidad del dolor, la discapacidad y la calidad de vida de los individuos. La kinesiofobia es un factor significativo en la experiencia del dolor y la discapacidad en diversas poblaciones, incluyendo

aquellos con dolor crónico musculoesquelético y migraña. Su prevalencia es alta y está asociada con peores resultados en términos de dolor y calidad de vida. Las intervenciones, especialmente el ejercicio físico, es esencial para abordar este miedo (6,33).

Para el presente estudio se considera las dimensiones de evitación de la actividad y enfoque somático (34):

- **Evitación de la actividad**

En kinesiophobia se refiere al comportamiento de una persona de evitar movimientos o actividades físicas debido al miedo excesivo y no razonable ya que estos movimientos puedan causar demasiado dolor o una lesión. Este miedo puede ser resultado mediante la experiencia previa al dolor o lesión, o puede estar relacionado con la ansiedad sobre la posibilidad de empeorar una condición física existente. La evitación de la actividad puede llevar a una disminución de la funcionalidad física, pérdida de condición física, círculo vicioso de mayor miedo y debilitamiento muscular, que a su vez puede incrementar el dolor y la discapacidad en la persona (35).

La rehabilitación física y la terapia es la opción para abordar la kinesiophobia ya que es el método principal crucial para ayudar a los usuarios en salud a rescatar la movilidad y funcionalidad. Las estrategias pueden incluir la educación al paciente, la exposición gradual a las actividades que se tienen miedo, las técnicas de manejo del dolor y la ansiedad (35).

- **Enfoque somático**

El enfoque somático en el tratamiento de la kinesiofobia se centra en la relación entre la mente y el cuerpo; asimismo, aborda las emociones, los pensamientos y las experiencias físicas interrelacionadas que afectan al miedo de movilizarse. Al saber que la kinesiofobia es el temor debilitante e irracional a la actividad física y movimiento debido al miedo de contraer daño o dolor; en ese sentido, el enfoque somático reconoce que el miedo al movimiento no solo está en la mente, sino que también está arraigado en el cuerpo. Al trabajar en ambas áreas, se busca proporcionar un tratamiento más holístico y efectivo para la kinesiofobia (36).

### **2.2.2. Calidad de vida**

Es la impresión de la persona de su vida dentro del entorno social y del marco de valores en el que habita, además concerniente a sus objetivos, supuestos, normas e inquietudes. Es una idea polifacética y compleja que incorpora puntos de vista individuales, por ejemplo: el bienestar, la independencia, la libertad, la realización vital, las perspectivas ecológicas, el fomento de grupos de personas y administraciones sociales, entre otros (37).

Ardila alude que es la condición de realización universal obtenida de la satisfacción esperada de los individuos desde el punto de vista objetivo y abstracto. La perspectiva abstracta está relacionada con la prosperidad física, mental y social y el punto de vista objetivo recae en la prosperidad material, las relaciones agradables con el entorno social y físico (38).

La OCDE (Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico) clasifica a la calidad de vida en tres categorías, calidad de vida alta, media y baja

o mala (39). Para el presente estudio se considerará dos dimensiones salud física y salud mental (40).

- **Salud física**

Hace referencia al estado global del organismo y su capacidad para realizar funciones y actividades cotidianas de manera eficiente. Incluye varios aspectos clave que, en conjunto, permiten a una persona vivir una vida activa y sin limitaciones físicas significativas. Por lo tanto, la salud física es un componente esencial del bienestar general y mantenerla requiere un enfoque equilibrado que incluya ejercicio regular, una nutrición adecuada, descanso suficiente y la adopción de hábitos de vida saludables (41) .

- **Salud mental**

La salud mental de una persona incluye cómo piensa, siente y actúa a diario. La salud mental es una parte importante del bienestar general de una persona. Además, examina cómo afrontamos el estrés, interactuamos con los demás y tomamos decisiones. La forma en que pensamos, sentimos y actuamos está influida por la salud mental, que es un componente esencial del bienestar total. Para mantener una buena salud mental es necesario un enfoque equilibrado que incluya el cuidado del cuerpo, la mente y las relaciones sociales (42).

### **2.1.1. Kinesiofobia y calidad de vida**

La kinesiofobia, es el miedo al movimiento que afecta elocuentemente a la calidad de vida de los usuarios en salud con gonartrosis. Varias investigaciones han

explorado esta relación y han revelado las siguientes conclusiones: una alta prevalencia de kinesiofobia de pacientes con osteoartritis de rodilla experimentan altos niveles de kinesiofobia, tal es el caso de que el 85,7% de los pacientes informaron de una kinesiofobia grave relacionándose con niveles más altos de dolor y depresión, también junto con una actividad física reducida y una menor calidad de vida. Asimismo, un impacto negativo en la calidad de vida de los pacientes al aumentar la discapacidad y reducir el bienestar físico y mental (43).

### **2.3. Formulación de hipótesis**

#### **2.3.1. Hipótesis general**

**Hi:** Existe una relación significativa entre kinesiofobia y calidad de vida en pacientes con gonartrosis de la Clínica Limatambo – Cajamarca, 2024.

**H<sub>0</sub>:** No existe una relación significativa entre kinesiofobia y calidad de vida en pacientes con gonartrosis de la Clínica Limatambo – Cajamarca, 2024.

#### **2.3.2. Hipótesis específicas**

**Hi1:** Existe una relación significativa entre kinesiofobia y salud física en pacientes con gonartrosis.

**H<sub>01</sub>:** No existe una relación significativa entre kinesiofobia y salud física en pacientes con gonartrosis.

**Hi2:** Existe una relación significativa entre kinesiofobia y salud mental en pacientes con gonartrosis.

**H<sub>02</sub>:** No existe una relación significativa entre kinesiofobia y salud mental en pacientes con gonartrosis.

## **CAPÍTULO III**

### **METODOLOGÍA**

#### **3.1. Método de la investigación**

En esta investigación se utilizó el método hipotético deductivo, debido a que se realizó especulaciones e ideas fundamentales para buscar respuestas a favor o en contra, también porque se basó en formulación de hipótesis a partir de percepciones y posteriormente, a través de los resultados se puedan corroborar evidencia a favor o en contra mediante pruebas estadísticas (44).

#### **3.2. Enfoque de la investigación**

El enfoque que se basó la investigación fue el cuantitativo, porque se realizó la recopilación y medición de datos numéricos, también porque se aplicó instrumentos y se empleó la estadística inferencial y descriptiva (45).

#### **3.3. Tipo de la investigación**

El estudio de investigación fue de tipo aplicada, porque se centró en aumentar el conocimiento teórico y comprender los principios básicos de los fenómenos naturales y sociales, también porque es esencial para el progreso del conocimiento científico porque provee las bases sobre la cual se pueden desarrollar aplicaciones prácticas y tecnologías en el futuro (46).

### **3.4. Diseño de la investigación**

Tuvo un diseño no experimental con corte transversal, porque no se distorsionaron deliberadamente las variables y además porque la recolección de los datos fueron en un solo momento (47).

Asimismo, en la investigación se empleó el nivel correlacional, debido a que se relacionaron la variable kinesiofobia y la variable calidad de vida (48).

### **3.5. Población, muestra y muestreo**

#### **3.5.1. Población**

En la investigación participaron 100 pacientes con gonartrosis desde los 40 a 75 años de edad que acudieron a atenderse en la Clínica Limatambo de Cajamarca y específicamente en el Servicio de Terapia Física y Rehabilitación.

#### **3.1.1. Muestra**

Se utilizó la muestra censal, por lo tanto, estuvo conformada por 100 pacientes con diagnóstico de gonartrosis, de ambos sexos y que acudieron a atenderse en la Clínica Limatambo de Cajamarca y específicamente en el Servicio de Terapia Física y Rehabilitación. Asimismo, se tuvo la consideración de los criterios de exclusión e inclusión.

#### **Criterios de inclusión.**

- Pacientes diagnosticados con gonartrosis.
- Pacientes que acepten participar voluntariamente en la investigación.
- Pacientes de ambos géneros.
- Pacientes de 40 a 75 años de edad.

- Pacientes que se atienden en la Clínica Limatambo.

### **Criterios de exclusión**

- Pacientes con problemas concomitantes o respiratorios
- Pacientes con algún tipo de ayuda biomecánica
- Pacientes que hayan accedido a cirugía de rodilla o reemplazo total.
- Pacientes que sufran de algún problema de salud mental.
- Pacientes con otras enfermedades articulares que puedan interferir con los resultados como artritis reumatoide, lupus eritematoso sistémico y espondiloartritis.

### 3.6. Variables y operacionalización

Variables	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Escala de medición	Escala valorativa
Variable 1: kinesiofobia	La kinesiofobia es el miedo o temor irracional, excesivo y debilitante al movimiento y la actividad física, que nace de una debilidad percibida a lesiones dolorosas o volver a lesionarse (49).	Considerando que la kinesiofobia es el miedo al moverse, dividido en dos dimensiones: evitación de la actividad y enfoque somático que se mide con la Escala Tampa (TSK).	Evitación de la actividad.	- Temor de lesionarse. - Evitación de movimiento. - Realización de actividad.	Ordinal.	- 17 – 36 (bajo nivel de kinesiofobia). - 37 – 68 (alto nivel de kinesiofobia).
			Enfoque somático.	- Obedecimiento del malestar. - Negación del malestar.		- 17 – 36 (bajo nivel de kinesiofobia). - 37 – 68 (alto nivel de kinesiofobia).
Variable 2: calidad de Vida	La calidad de vida abarca aspectos físicos, psicológicos, sociales y materiales. Incluye tanto las condiciones de vida objetivas como las valoraciones personales subjetivas (50)	La calidad de vida es multifacético que abarca el bienestar en diversos aspectos dividido en dos dimensiones: salud física y salud mental y se evalúa con el cuestionario de salud SF-12.	Salud física.	Función física.	Ordinal.	- 0-39 (Baja calidad de vida). - 40-60 (regular calidad de vida). - 61-100 alta calidad de vida.
				Rol físico.		
				Dolor corporal.		
			Salud mental.	Salud general.		
				Vitalidad.		
				Función social.		
				Rol emocional.		
Salud mental.						
Variables intervinientes: características sociodemográficas	Son características generales de una población (51).	Son datos detallados de sobre una población con fines estadísticos	Edad.	Edad del paciente.	Ordinal.	- < de 50 años de edad. - De 51 a 60 años de edad. - De 61 a 70 años de edad. - > 71 años de edad.
			Sexo.	Género del paciente.	Nominal.	- Masculino. - Femenino.
			Estado civil.	Estado civil del paciente.	Nominal.	- Casado. - Conviviente. - Soltero. - Viudo / divorciado.
			Grado de instrucción.	Grado de instrucción del paciente.	Ordinal.	- Primaria. - Secundaria. - Superior.
			Ocupación.	Ocupación del paciente.	Nominal.	- Negocio. - Profesión. - Empleo.
			Años de enfermedad.	Años que padece la enfermedad.	Ordinal.	- < de 3 años. - De 3 a 5 años. - > de 5 años.

### **3.7. Técnicas e instrumentos de recolección de datos**

#### **3.7.1. Técnica**

La técnica que se utilizó en este estudio fue la encuesta, que consistió en una correlación de preguntas que se aplicó a un determinado grupo de individuos con el fin de recolectar datos (52).

#### **3.7.2. Descripción de los instrumentos**

Los instrumentos que se emplearon para el estudio fueron tres:

##### **A. Ficha de recolección de datos**

Se empleó para obtener los datos socio demográficos como la edad, sexo, estado civil, nivel de instrucción, ocupación y años que tiene la enfermedad.

##### **B. Escala de Tampa de Kinesiofobia TSK-17**

Para evaluar la variable kinesiofobia se empleó la Escala de Tampa de Kinesiofobia TSK-17 en español. Fue desarrollada por Miller, Kori y Todd en 1991 (34), está conformada por 17 ítems, fraccionada en dos dimensiones: la primera corresponde a evitación de la actividad conformada por los ítems 1 al 10 y la segunda corresponde al enfoque somático que está constituido por los ítems del 11 al 17. Asimismo, cada ítem tiene cuatro posibles respuestas que son: totalmente en desacuerdo que equivale a uno, en desacuerdo que equivale a dos, en acuerdo que equivale a tres y totalmente de acuerdo que equivale a cuatro; estas posibles respuestas cuando están redactados en forma negativa se invierte los valores que son los ítems 3, 6, 15 y 17.

La sumatoria global de las respuestas se convierte en niveles de kinesiophobia cuando el puntaje es de 37 a 68 corresponde a altos niveles de kinesiophobia y cuando la puntuación es de 17 a 36 corresponde a bajos niveles de kinesiophobia. Del mismo modo para cada dimensión; para la dimensión de evitación de la actividad cuando el puntaje es de 22 a 40 corresponde a altos niveles de kinesiophobia y de 10 a 21 corresponde a bajos niveles de kinesiophobia, para la dimensión de enfoque somático cuando la puntuación es de 16 a 28 corresponde a altos niveles de kinesiophobia y de 7 a 15 corresponde a bajos niveles de kinesiophobia

#### Ficha técnica

<b>Nombre:</b>	“Tampa Scale of kinesiophobia, TSK” (Escala de Tampa para la kinesiophobia), traducido al español (34).
<b>Autor:</b>	Miller , Kori y Todd (1991).
<b>Población:</b>	Pacientes con dolor lumbar inespecífico
<b>Tiempo:</b>	No especifica
<b>Momento:</b>	Luego de ser concluida la atención
<b>Lugar:</b>	Unidad de dolor del Hospital Universitario de Maastrich
<b>Validez:</b>	<p><b>Validez de constructo:</b> se evaluó mediante el análisis factorial exploratorio (AFE), extrayendo dos factores, que explican el 71,9% de la varianza (53).</p> <p><b>Validez predictiva.</b> mediante el examen de la correlación, mostraron buenas correlaciones (53).</p>
<b>Confiabilidad:</b>	El valor alfa de Cronbach para la puntuación total fue de 0,919 (53).

<b>Tiempo de llenado:</b>	De 5 a 10 minutos.
<b>N° de ítems:</b>	17 ítems.
<b>Dimensiones:</b>	Evitación de la actividad. Enfoque somático.
<b>Alternativas de respuestas</b>	1 totalmente en desacuerdo), 2 (en desacuerdo ), 3 ( en acuerdo) y 4 (totalmente de acuerdo).
	Puntaje total de la escala:
	– 37 a 68 = altos niveles de kinesiofobia.
	– 17 a 36 = bajos niveles de kinesiofobia.
<b>Baremos (niveles, grados) de la variable:</b>	Evitación de la actividad:
	– 22 a 40 = altos niveles de kinesiofobia.
	– 10 a 21 = bajos niveles de kinesiofobia.
	Enfoque somático:
	– 16 a 28 = altos niveles de kinesiofobia.
	– 7 a 15 = bajos niveles de kinesiofobia.

*Fuente:* Elaboración propia

### C. Cuestionario de salud SF12

La variable calidad de vida para ser medida se empleó el Cuestionario de salud SF12 conocido como “Short Form-12 Health Survey (SF-12)” (40) que está constituido por 12 preguntas y dividido en dos dimensiones la primera dimensión sobre la salud física que abarca las preguntas 1, 2, 3, 4, 5 y 6 y la segunda dimensión sobre la salud mental que está constituido por los ítems 7, 8, 9, 10, 11 y 12. El cuestionario SF – 12 es una versión reducida del SF – 36, diseñada para evaluar la calidad de vida relacionada con la salud de manera más

rápida y eficiente. A cada respuesta de las preguntas se codifica, agrega y transforma en una escala que va desde 0 a 100, en la que 0 constituye el peor estado de salud y 100 el mejor; las puntuaciones más altas indican un mejor estado de salud, las evaluaciones de los componentes sumarios de 50 ( $\pm 10$ ) se interpretan como la media de la población de referencia y las puntuaciones por debajo de 50 indican un estado de salud peor que el promedio, mientras que las puntuaciones por encima de 50 indican un estado de salud mejor que el promedio. En este sentido la calidad de vida del instrumento general para este estudio se clasificará en calidad de vida baja cuando la puntuación tenga un rango de 0 a 39 puntos, calidad de vida media cuando la puntuación alcance de 40 a 60 y calidad de vida alta cuando la puntuación alcance de 61 a 100; del mismo modo sucederá para cada una de las dimensiones.

#### Ficha técnica

<b>Nombre:</b>	Cuestionario de salud SF12 “Short Form-12 Health Survey (SF-12)” (40).
<b>Autor:</b>	Ware JE, Kosinski M y Keller SD (1991) (54).
<b>Población:</b>	Adolescentes, adultos, ancianos.
<b>Tiempo:</b>	$\leq 10$ minutos (55).
<b>Momento:</b>	Cualquier momento.
<b>Lugar:</b>	Población general de los Estados Unidos (54).
<b>Validez:</b>	<b>Validez de constructo:</b> validado internacionalmente resultando tener una concordancia excelente (40). <b>Validez predictiva.</b> evidencia una alta correlación (40).

<b>Confiabilidad:</b>	Ha demostrado ser un instrumento fiable en diversos grupos, asimismo, en el componente físico y componente mental tuvo valores de R cuadrados de 0,911 y 0,918 (54).
<b>Tiempo de llenado:</b>	De 5 a 8 minutos .
<b>Número de ítems:</b>	12 ítems .
<b>Dimensiones:</b>	Salud física. salud mental.
<b>Alternativas de respuesta</b>	Múltiples.
<b>Baremos (niveles, grados) de la variable:</b>	Puntaje total y dimensiones: – 0 a 39 = calidad de vida baja. – 40 a 60 = calidad de vida media. – 61 a 100 = calidad de vida alta.
<b>Fuente:</b> Elaboración propia	

### 3.7.3. Validación

La validación de la Escala de Tampa de Kinesiofobia TSK-17 a nivel internacional fue realizado por diversos estudios y versiones; sin embargo, en el 2016 He, et al, realizaron la validación donde resulto tener una buena correlación (53). Y a nivel de Perú fue validado por Gonzáles GB y Terrazas AP en el 2017 dando una excelente validación de 94,28 (56). La Escala de Tampa de Kinesiofobia TSK-17, para ser aplicado en el ámbito de estudio fue necesario realizar la validez del contenido por juicio de expertos que fueron tres jueces. Resultando tener una validez de V de Aiken de 0,94 (ver anexo 3).

N°	Jueces expertos	Calificación de Aiken
1.	M.Cs. Eyner Vásquez Idrogo	
2.	Dr. Jorge Romáin Tenorio Carranza	0,88
3.	Mg. Bardales Campos Rony Michael	

*Fuente:* Certificado de validación de expertos.

El Cuestionario de Calidad de Vida SF-12, acreditado a nivel mundial como Short Form-12 Health Survey (SF-12) fue validado internacionalmente resultando tener una concordancia excelente (40). Y en Perú fue validado por León AJ en el año 2019 resultando un promedio de 4.42 entre jueces (57). El cuestionario de salud SF-12, para ser aplicado en el ámbito de estudio se realizó la validez del contenido por juicio de expertos que fueron tres jueces. Resultando tener una validez de V de Aiken de 0,92 (ver anexo 3).

N°	Jueces expertos	Calificación de Aiken
1.	M.Cs. Eyner Vásquez Idrogo	
2.	Dr. Jorge Romáin Tenorio Carranza	0,85
3.	Mg. Bardales Campos Rony Michael	

*Fuente:* Certificado de validación de expertos.

#### 3.7.4. Confiabilidad

La Escala de Tampa de Kinesiofobia TSK-17 a nivel internacional fue realizado por diversos estudios y versiones; sin embargo, en el 2016 He, et al realizaron la confiabilidad donde resultó tener un alfa de Cronbach de 0,919 (53). Y a nivel de Perú la fiabilidad fue realizado por Gonzales GB y Terrazas AP en el año 2017 donde se obtuvo una alfa de Cronbrach de 0,812 (56). Para esta investigación

la Escala Tampa de kinesiofobia TSK-17 fue sometida a una prueba piloto para ver la confiabilidad que se realizó en 10 pacientes con las mismas características al estudio, realizado en la clínica los Fresnos de la ciudad de Cajamarca, luego se ingresó las respuestas al paquete estadístico SPSS V.28 resultando tener un valor de alfa de Cronbach de 0,917 (ver anexo 4).

<b>Confiabilidad.</b>		
<b>Instrumento.</b>	<b>Alfa de Cronbach.</b>	<b>Ítems.</b>
Escala Tampa de kinesiofobia TSK-17	0,917	17

*Fuente:* Prueba piloto.

### **Confiabilidad**

A nivel Internacional del Cuestionario de Calidad de Vida SF-12 ha demostrado ser un instrumento confiable en diversos grupos de pacientes (40); referente a Perú dicho instrumento fue realizado la confiabilidad por León AJ en el año 2019 resultando tener un valor de 0,94 con alfa de Cronbach (57). Para esta investigación el Cuestionario de Calidad de Vida SF-12 fue sometida a una prueba piloto para ver la confiabilidad que se realizó en 10 pacientes con las mismas características al estudio, realizado en la clínica los Fresnos de la ciudad de Cajamarca, luego se ingresó las respuestas al paquete estadístico SPSS V.28 resultando tener un valor de alfa de Cronbach de 0,939 (ver anexo 4).

<b>Confiabilidad.</b>		
<b>Instrumento.</b>	<b>Instrumento.</b>	<b>Instrumento.</b>
Cuestionario de Calidad de Vida SF-12	0,939	12

*Fuente:* prueba piloto.

### **3.8. Plan de procesamiento y análisis de datos**

Para el procesamiento de datos una vez aplicado los instrumentos, primeramente, se depuró los datos erróneos y cada instrumento se ingresó a la hoja de cálculo Microsoft Excel 2019, seguidamente se pasó a una matriz del paquete estadístico SPSS v.28 con la respectiva codificación; seguidamente se realizó los reportes aplicando la estadística descriptiva con el propósito de evaluar la conducta de las variables, luego se procedió a realizar la prueba de normalidad de Kolmogorov - Smirnov por tratarse de una población más de 50, con el fin de ver la prueba estadística a utilizar, una vez realizado este procedimiento se aplicó la estadística inferencial para ver el grado de relación de las variables según los objetivos plasmados, dichos resultados se presentaron en tablas simples y de doble entrada para realizar la interpretación y análisis respectiva.

### **3.9. Aspectos éticos**

En cuanto a las contemplaciones éticas para el avance de esta investigación, se consideró que el proyecto de investigación sea avalado y aprobado en primera instancia por el comité de investigación de la Universidad Privada Norbert Wiener, y además los usuarios con diagnóstico de gonartrosis acepten participar en la investigación y firmen el consentimiento informado (anexo 5). También se consideró los principios bioéticos como la justicia, no maleficencia, beneficencia y autonomía (58). Finalmente, este trabajo de investigación se pasó por el sistema anti plagio para ver el índice de similitud y valorar el grado de veracidad.

## CAPÍTULO IV

### PRESENTACIÓN Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

#### 4.1. Resultados

##### 4.1.1. Análisis descriptivo de resultados

**Tabla 1.** Características socio demográficas y clínicas de los pacientes con gonartrosis de la Clínica Limatambo – Cajamarca, 2024.

CARACTERÍSTICAS		n	%
Edad	< 50 años	12	12,0
	De 51 a 60 años	22	22,0
	De 61 a 70 años	46	46,0
	> 71 años	20	20,0
Sexo	Masculino	41	41,0
	Femenino	59	59,0
Estado civil	Soltero	12	12,0
	Casado	63	63,0
	Viudo	14	14,0
	Divorciado	11	11,0
Grado de instrucción	Primaria	22	22,0
	Secundaria	45	45,0
	Superior	33	33,0
Ocupación	Negocio	37	37,0
	Profesión	31	31,0
	Empleo	32	32,0
Años que padece la enfermedad	< de 3 años	14	14,0
	De 3 a 5 años	37	37,0
	> de 5 años	49	49,0
<b>TOTAL</b>		<b>100</b>	<b>100,0</b>

En la tabla 1 se observa que, las características sociodemográficas y clínicas de los pacientes con gonartrosis, prevaleció la edad entre 61 a 70 años, el 59,0% del sexo

femenino, 63,0% de estado civil casado, el grado de instrucción es secundaria con un 45,0%, la ocupación es negocio con un 37,0% y los años que padecen los pacientes con la enfermedad es mayor a 5 años con el 49,0%.

**Tabla 2.** Nivel de kinesiophobia de los pacientes con gonartrosis de la Clínica Limatambo – Cajamarca, 2024.

VARIABLE	Niveles	
	Bajos niveles de kinesiophobia	Altos niveles de kinesiophobia
	n (%)	n (%)
Kinesiophobia*	9 (9,0)	91 (91,0)
<b>Dimensiones:</b>		
- Evitación de la actividad	9 (9,0)	91 (91,0)
- Enfoque somático	6 (6,0)	94 (94,0)

\*Puntaje general de la escala

En la tabla 2, se parecía que la variable kinesiophobia de los pacientes con gonartrosis es de altos niveles de kinesiophobia con el 91,0%; resultado similar se nota en las dimensiones de evitación de la actividad y enfoque somático en la presentan altos niveles de kinesiophobia con el 91,0% y 94,0% respectivamente.

**Tabla 3.** Calidad de vida de los pacientes con gonartrosis de la Clínica Limatambo – Cajamarca, 2024

VARIABLE	Niveles		
	Baja	Media	Alta
	n (%)	n (%)	n (%)
Calidad de vida*	13 (13,0)	78 (78,0)	9 (9,0)
<b>Dimensiones:</b>			
- Salud física	50 (50,0)	46 (46,0)	4 (4,0)
- Salud mental	9 (9,0)	63 (63,0)	28 (28,0)

\*Puntaje general del cuestionario

En la tabla 3 se puede apreciar que, los pacientes con gonartrosis presentan una calidad de vida media con el 78,0%; asimismo, en la dimensión de salud física la calidad de vida fue baja con el 50,0% y en la dimensión salud mental el 63,0% de pacientes presentaron una calidad de vida media.

#### 4.1.2. Prueba de hipótesis

Para proceder a efectuar la prueba de hipótesis, se emanó a verificar con la prueba de normalidad con el propósito de ver el tipo de prueba estadística a utilizar.

#### 4.1.2.1. Prueba de normalidad

**Tabla 4. Prueba de normalidad**

<b>Kolmogorov-Smirnov<sup>a</sup></b>			
<b>Variables</b>	<b>Estadístico</b>	<b>gl</b>	<b>Sig.</b>
Kinesiofobia	0,533	100	0,000
Calidad de vida	0,404	100	0,000
Salud física	0,326	100	0,000
Salud mental	0,348	100	0,000

a. Corrección de significación de Lilliefors

En la tabla 4 se aprecia que, para la prueba de normalidad se utilizó el test de Kolmogorov – Smirnov, por razones que la muestra fue mayor a cincuenta; también, se aprecia que la significancia fue de 0,000 para las variables Kinesiofobia y calidad de vida del mismo modo para las dimensiones de salud física y salud mental. Indicando una distribución anormal por lo que la prueba estadística a utilizar son la no paramétricas.

#### 4.1.2.2. Hipótesis general

**Hi:** Existe una relación significativa entre kinesiophobia y calidad de vida en pacientes con gonartrosis de la Clínica Limatambo – Cajamarca, 2024.

**H<sub>0</sub>:** No existe una relación significativa entre kinesiophobia y calidad de vida en pacientes con gonartrosis de la Clínica Limatambo – Cajamarca, 2024.

**Tabla 5.** Relación entre kinesiophobia y calidad de vida

	<b>Valor</b>	<b>df</b>	<b>Significancia asintótica bilateral</b>
Chi – cuadrado de Pearson	29,505 <sup>a</sup>	2	0,000

En la tabla 5, se parecía que la relación entre la variable kinesiophobia y la variable calidad de vida tienen relación con un nivel de significancia asintótica (bilateral) de 0,000 siendo menor que 0,050; en ese sentido, se admite la hipótesis de investigación y se rechaza la hipótesis nula, entonces: Existe una relación significativa entre kinesiophobia y calidad de vida en pacientes con gonartrosis de la Clínica Limatambo – Cajamarca, 2024.

#### 4.1.2.3. Hipótesis específicas

**H<sub>i1</sub>**: Existe una relación significativa entre kinesiofobia y salud física en pacientes con gonartrosis

**H<sub>01</sub>**: No existe una relación significativa entre kinesiofobia y salud física en pacientes con gonartrosis.

**Tabla 6.** Relación entre kinesiofobia y salud física

	Valor	df	Significancia asintótica bilateral
Chi- Cuadrado de Pearson	3,137 <sup>a</sup>	2	0,208

En la tabla 6, se observa que el nivel de significancia asintótica (bilateral) de la variable kinesiofobia y la dimensión salud física de la variable calidad de vida es de 0,208 siendo mayor que 0,050; en ese sentido, se rechaza la hipótesis específica de investigación y se acepta la hipótesis específica nula, entonces: No existe una relación significativa entre kinesiofobia y salud física en pacientes con gonartrosis.

**Hi2:** Existe una relación significativa entre kinesiofobia y salud mental en pacientes con gonartrosis.

**Ho2:** No existe una relación significativa entre kinesiofobia y salud mental en pacientes con gonartrosis.

**Tabla 7.** Relación entre kinesiofobia y salud mental

	<b>Valor</b>	<b>df</b>	<b>Significancia asintótica bilateral</b>
Chi-cuadrado de Pearson	15,305 <sup>a</sup>	2	0,000

En la tabla 7, se observa que la significancia asintótica (bilateral) de la variable kinesiofobia y la dimensión salud mental es de 0,000 siendo menor que 0,050; en ese sentido, admite la hipótesis específica de investigación y se rechaza la hipótesis específica nula, entonces: Existe una relación significativa entre kinesiofobia y salud mental en pacientes con gonartrosis.

#### 4.1.1. Discusión de resultados

El objetivo específico 1 sobre las características sociodemográficas de los pacientes con gonartrosis se aprecia que el 46,0% se encuentra en la edad de 61 a 70 años, el 59,0 es de sexo femenino, de estado civil casado con el 63,0%, con un grado de instrucción de secundaria que alcanzó el 45,0%, la ocupación que cuentan es negocio y los años que presentan la enfermedad en un 49,0% refieren que es mayor a 5 años.

Dichos resultados son similares al estudio de Goff et al (17) donde se muestra que el 68,4% fueron del sexo femenino, 50,4% tuvieron un grado de instrucción de secundaria y el 43,5% se encontraron en la edad de 55 a 64 años. Del mismo modo con la investigación de López et al (18) donde la mayoría fue del género femenino, el 60,0% tenían el estado civil casado. Del mismo modo con el estudio de Cruz-Pérez y Camacho-Conchucos (16) en la que sobresalió el género femenino en los resultados, el grado de instrucción fue secundaria. También con la investigación de Hugo (24), en la que prevaleció el sexo femenino, el 66,35% tenían un estado civil casado y 55,77% su grado de instrucción fue enseñanza media.

Estos estudios guardan relación debido a que la metodología utilizada fueron similares, además porque los instrumentos utilizados para las características fueron ficha de recolección de datos, asimismo, porque se estudió a una población con situaciones diagnósticas similares. Si bien es cierto la edad que prevaleció en este estudio fue de 61 a 70 años esto debido a que las estadísticas refieren que la gonartrosis se acentúa en un 70% en personas mayores de 55 años, por otro lado, la cantidad mayoritaria del sexo femenino

esto también es que las diversas estadísticas encontradas manifiestan que la gonartrosis afecta en su mayoría al género femenino (4).

Asimismo, el estado civil que fue de casado esto se debe a que por la edad de los participantes de la investigación fue mayor a 40 años y a esta edad la mayoría de personas están formalizadas a través del matrimonio, también puede deberse a una posible sobre representación de personas casadas al momento de recolectar la información. La mayoría de la muestra de estudio presentan secundaria como grado de instrucción esto se debe a que hace algunas décadas atrás no existía muchas casas superiores como son universidades, pedagógicos e institutos por lo que la población una vez concluida la secundaria optaba por sobresalir con algún comercio situación que se corrobora el porcentaje de que la ocupación de la población investigada es el negocio.

En el objetivo específico 2 sobre la variable de Kinesiofobia el resultado fue que más del 90,0% de pacientes con gonartrosis presentan altos niveles de kinesiofobia. Resultados que guardan relación con los estudios de López et al (18) donde la mayoría presentaron niveles altos de kinesiofobia. También con el de Solano (20) que presentaron niveles altos de kinesiofobia. Igualmente con el Aykut y Karakoyun (21) donde el 85,7% tenía kinesiofobia de alto nivel. Datos similares debido a que en la mayoría de estudios utilizaron el instrumento de la Escala Tampa para Kinesiofobia, asimismo, porque la metodología empleada en los estudios fue similares a esta investigación.

También considerando que el estudio fue realizado en pacientes con gonartrosis y esta es una patología degenerativa que afecta el cartílago articular de la articulación, provocando dolor, rigidez y pérdida de movilidad. Por lo que los pacientes siempre tendrán

el temor al movimiento debido a la creencia de que este puede causar dolor o una nueva lesión. Tal como refiere el Modelo de Evitación del Miedo (Fear-Avoidance Model) donde postula que, las personas que experimentan dolor pueden desarrollar miedo al movimiento (kinesiofobia), lo que conlleva a la limitación de la actividad física (25).

Por otro lado, los altos niveles de kinesiofobia están dados por factores como la experiencia previa de dolor a la lesión, los aspectos psicológicos, los factores ambientales y sociales, la percepción de la enfermedad y experiencias previas. Por lo que es importante abordar los niveles de kinesiofobia en pacientes con gonartrosis para mejorar su calidad de vida interviniendo en educación sobre la enfermedad, técnicas de manejo del dolor, fisioterapia, y actividades que promuevan el movimiento gradual y seguro.

En el objetivo específico 3, sobre la calidad de vida de los pacientes con gonartrosis se puede apreciar que en esta variable y su dimensión salud mental resultó tener un nivel medio con un 78,0% y 63,0% respectivamente y en la dimensión física fue bajo con el 50,0%. Resultados que se asemejan a las investigaciones de Aykut y Karakoyun (21) donde encontraron que los niveles de actividad física fue bajos. También con el de Huamanguillas y Quispe (22) donde fue regular en la dimensión psicológica. Igualmente con la de Hugo (24) donde la dimensión física fue baja. Datos que en parte guardan relación esto porque dichas investigaciones utilizaron el instrumento del cuestionario SF, además porque el estudio fue realizado en pacientes con gonartrosis.

Si bien es cierto que la calidad de vida fue media este resultado se debe a una combinación de dolor, limitación funcional y factores psicológicos ya que el estudio fue realizado en pacientes con gonartrosis y según resultados anteriores el nivel que

presentaron fue un alto nivel de kinesiophobia y este temor hace que se encuentre afectada la actividad física por el temor del dolor al movimiento repercutiendo en su estado emocional. Manifestación que se sustenta en la Teoría de la Autodeterminación en la que enfatiza la importancia de la motivación extrínseca e intrínseca en la realización de actividades y la kinesiophobia puede contribuir a disminuir el compromiso con los ejercicios terapéuticos y las actividades diarias afectando negativamente la calidad de vida (27,28).

Respecto al objetivo específico 4 sobre la variable kinesiophobia y la dimensión salud física no guardó relación, en ese sentido la kinesiophobia no es un reflejo directo de la salud física porque depende más de factores psicológicos que del estado real del cuerpo. Una persona con buen estado físico puede tener alto miedo al movimiento, mientras que alguien con mala salud puede no experimentar. Aunque en general, la kinesiophobia suele estar asociada con una disminución de la salud física, hay ciertos aspectos en los que no guarda una relación directa tales como la percepción personal y el miedo a volver a lesionarse.

Sin embargo, en el objetivo específico 5 sobre la variable kinesiophobia y la dimensión salud mental resultó tener una significancia asintótica de 0,000. Resultados que guarda relación con los estudios de Rodríguez-Borlado et al (19) donde la kinesiophobia y la dimensión salud mental tuvieron relación. Del mismo modo con el de Hugo (24) donde la dimensión salud mental se relacionaba significativamente con la gonartrosis.

Por último, el objetivo general sobre la determinación de la relación entre kinesiophobia y calidad de vida en pacientes con gonartrosis en se aprecia que las variables se relacionan significativamente con un p-valor de 0,000. Resultados similares a las investigaciones de Goff et al (17) donde la calidad de vida y kinesiophobia tuvieron una

relación con un rho de Spearman de 0,2078 y un p valor de 0,001. También con el de López et al (18) que existió asociación entre la variable kinesiofobia y la variable capacidad funcional con un valor r de 0,052. Igualmente con el de Rodríguez-Borlado et al (19) donde en todas las dimensiones de la variable calidad encontraron peor estado de salud en los pacientes con gonartrosis con un valor  $p < 0,05$ . Del mismo modo con el estudio de Aykut y Karakoyun (21) donde la kinesiofobia y la calidad de vida guardan relación. Asimismo, con el de Huamanguillas y Quispe (22) donde la capacidad funcional se relacionó con la calidad de vida.

Teniendo en cuenta que la kinesiofobia se relaciona significativamente con la calidad de vida y del mismo modo con la dimensión de salud mental. Esto se puede explicar con la Teoría de la Autodeterminación ya que aborda cómo la motivación y las necesidades psicológicas básicas influyen en la conducta y el bienestar en este caso la kinesiofobia afecta la calidad de vida ya que el miedo impide que las personas se sientan autónomas, competentes y conectadas socialmente impactando en el bienestar (27,28). La Teoría del Estrés y Afrontamiento (Stress and Coping Theory) se produce por el afrontamiento inadecuado ya que evitar el movimiento conlleva a resultados emocionales peores repercutiendo en la calidad de vida de los pacientes con gonartrosis (29,30).

Finalmente, la kinesiofobia y la calidad de vida en pacientes con gonartrosis están estrechamente relacionadas porque el miedo al movimiento perpetúa la discapacidad y el dolor, lo que limita la independencia y afecta el bienestar general. Por lo que un enfoque terapéutico que incluya fisioterapia, educación sobre el dolor y estrategias psicológicas puede ayudar a romper este ciclo y mejorar la calidad de vida.

## CAPÍTULO IV

### CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

#### 5.1. Conclusiones

- Se concluye que las características sociodemográficas de los pacientes con gonartrosis es edad entre 61 a 70 años, de sexo femenino, estado civil casado, grado de instrucción secundaria ocupación negocio y los años que padecen la enfermedad es mayor a 5 años.
- Asimismo, el nivel de kinesiofobia de los pacientes con gonartrosis es de alto nivel.
- Concerniente a la variable calidad de vida de los pacientes con gonartrosis fue medio.
- No hubo una relación entre la variable kinesiofobia y la dimensión salud física en los pacientes con gonartrosis.
- Hubo una relación significativa entre la variable kinesiofobia y la dimensión salud mental en los pacientes con gonartrosis.
- Finalmente, existió una relación estadísticamente significativamente entre las variables de kinesiofobia y la variable calidad de vida en los pacientes con gonartrosis.

## 5.2. Recomendaciones

- Se recomienda a la Clínica Limatambo de Cajamarca evaluar periódicamente el nivel de kinesiofobia y gonartrosis con la finalidad de adaptar las medidas preventivas y/o terapéuticas idóneas.
  
- Se recomienda a la Clínica Limatambo de Cajamarca, tomar en consideración la calidad de vida que llevan los pacientes con gonartrosis y aplicar el Cuestionario SF-12 e implementar un plan para la ejecución en esta población.
  
- A los profesionales de Terapia Física y Rehabilitación se recomienda realizar programas de entrenamiento físico dirigido a pacientes con gonartrosis para disminuir los niveles de kinesiofobia.
  
- Se recomienda a los estudiantes de la carrera profesional de Terapia Física y Rehabilitación realizar programas educativos dirigido a pacientes con gonartrosis para incrementar los niveles de calidad de vida.
  
- Se recomienda a los alumnos de Terapia Física y Rehabilitación realizar estudios en esta línea, considerando programas físicos y educativas y poder corroborar el impacto en esta problemática

## REFERENCIAS

1. Ministerio de Salud: Centro Nacional de Epidemiología P y C de E. Carga de Enfermedades en la Región Cajamarca [Internet]. Primera. Ministerio de Salud, editor. Lima, Perú; 2020 [citado 2 de septiembre de 2024]. 14 p. Disponible en: <https://www.dge.gob.pe/portal/docs/tools/CargaEnfermedad/2020/CAJAMARCA.pdf>
2. Organización Mundial de la Salud. Trastornos musculoesqueléticos [Internet]. 2021 [citado 1 de agosto de 2024]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/musculoskeletal-conditions>
3. Cieza A, Causey K, Kamenov K, Hanson SW, Chatterji S, Vos PT. Global estimates of the need for rehabilitation based on the Global Burden of Disease study 2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet J* [Internet]. 2020 [citado 1 de agosto de 2024];396(10267):2006-17. Disponible en: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(20\)32340-0/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(20)32340-0/fulltext)
4. Organización Mundial de la Salud. Arthrose [Internet]. 2023 [citado 1 de agosto de 2024]. Disponible en: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/osteoarthritis>
5. Long H, Liu Q, Yin H, Wang K, Diao N, Zhang Y, et al. No Title. *Arthritis Rheumatol* [Internet]. 2022 [citado 1 de agosto de 2024];74(7):1172-83. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35233975/>
6. Luque-Suarez A, Martínez-Calderon J, Falla D. Papel de la kinesiofobia en el dolor, la discapacidad y la calidad de vida en personas con dolor musculoesquelético crónico: una revisión sistemática. *Br J Sports Med* [Internet]. 2018 [citado 4 de agosto de 2024];53:554-9. Disponible en: <https://doi.org/10.1136/bjsports-2017-098673>
7. Rehabilitación IN de. Guía Técnica: protocolo de atención en reabultación integral del paciente con gonartrosis en el Instituto Nacional de Rehanilitación [Internet]. Lima; 2021 p. 37. Disponible en: [https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/2268753/RD\\_183-2021-SA-DG-INR.pdf.pdf](https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/2268753/RD_183-2021-SA-DG-INR.pdf.pdf)
8. Alvarez-López A, et al. *Arch Med Camagüey* [Internet]. 2019 [citado 1 de agosto de 2024];23(6):802-8013. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/amc/v23n6/1025-0255-amc-23-06-802.pdf>
9. Olmos L. Gonartrosis [Internet]. 2024 [citado 1 de agosto de 2024]. Disponible en: <https://www.clinicacentro.com/traumatologia/unidad-de-rodilla/gonartrosis/#:~:text=Gonartrosis significa artrosis de rodilla,de eventos mecánicos>

y biológicos.

10. Williams A, Kamper SJ, Wiggers JH, O'Brien KM, Lee H, Wolfenden L, et al. Vol. 16, BMC Medicine. 2018 [citado 2 de agosto de 2024]. p. 167 Musculoskeletal conditions may increase the risk of chronic disease: a systematic review and meta-analysis of cohort studies. Disponible en: <https://bmcmmedicine.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12916-018-1151-2>
11. Santos ML. Artrosis de rodilla: un desafío en la movilidad y el bienestar [Internet]. 2024 [citado 3 de agosto de 2024]. Disponible en: <https://www.topdoctors.es/articulos-medicos/artrosis-de-rodilla-un-desafio-en-la-movilidad-y-el-bienestar>
12. Clark P, Contreras D, Ríos-Blancas MJ, Steinmetz JD, Ong L, Culbreth GT, et al. Análisis de la discapacidad por trastornos musculoesqueléticos en México de 1990 a 2021. Gac Méd Méx [Internet]. 2023 [citado 2 de agosto de 2024];159(6):517-26. Disponible en: <https://www.scielo.org.mx/pdf/gmm/v159n6/2696-1288-gmm-159-6-517.pdf>
13. Peña AA, Fernández-López J. Vol. 3, Reumatología clínica. 2017 [citado 2 de agosto de 2024]. p. 6-12 Prevalencia y factores de riesgo de la osteoartritis. Disponible en: <https://www.reumatologiaclinica.org/es-prevalencia-factores-riesgo-osteoartritis-articulo-13111157>
14. Villar-Inarejos J, et al Evaluación de los tratamientos del dolor crónico en artrosis. J Negat No Posit Results [Internet]. 2021 [citado 3 de agosto de 2002];6(8):1. Disponible en: [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2529-850X2021000800002](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2529-850X2021000800002)
15. García MA, Such SA, Giménez CM. Análisis de la relación entre los conocimientos y el miedo-evitación del fisioterapeuta. Multidiscip Pain J. 2023;3(1):65-74.
16. Cruz-Pérez J, Camacho-Conchucos H. Pain, Stiffness and Functional Capacity Associated with Kinesiophobia in Patients with Knee Osteoarthritis, Hospital Nacional Hipolito Unanue, Perú. ev Cienc Salud [Internet]. 2022 [citado 3 de agosto de 2002];20(2):1-12. Disponible en: <https://revistas.urosario.edu.co/index.php/revsalud/article/view/10320/10703>
17. Goff AJ, Jones LE, Joo LC, Yijia TB. A cross sectional study exploring the relationship of self-reported physical activity with function, kinesiophobia, self-efficacy and quality of life in an Asian population seeking care for knee osteoarthritis. BMC Musculoskelet Disord [Internet]. 2024 [citado 3 de agosto de 2024];25(74):1-12. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38238654/>
18. López SK, Couoh SA, Pérez, Padilla ElsyTun CJ, Barrero SC. Relación entre kinesiofobia y capacidad funcional del adulto mayor con osteoartritis de rodilla. Estudio piloto. Cienc

- y Humanismo en la Salud. 2021;8(1):45-55.
19. Rodríguez-Borlado D, et al. Dolor, calidad de vida y salud mental en pacientes con gonalgia por gonartrosis: estudio de casos y controles. Med Fam Semer [Internet]. 2021 [citado 3 de agosto de 2024];48(1):45-53. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-familia-semergen-40-articulo-dolor-calidad-vida-salud-mental-S1138359321002197#:~:text=Los pacientes con gonartrosis padecen,se detecta peor estado psicológico>
  20. Solano AK. Nivel de dolor y su relación con la kinesiofobia en personas de 61 a 70 años en las provincias de Carchi e Imbabura [Tesis de título] [Internet]. Universidad Técnica del Norte; Ecuador; 2020 [citado 3 de agosto de 2024]. Disponible en: [https://repositorio.utn.edu.ec/bitstream/123456789/10886/2/06\\_TEF\\_338\\_TRABAJO\\_GRADO.pdf](https://repositorio.utn.edu.ec/bitstream/123456789/10886/2/06_TEF_338_TRABAJO_GRADO.pdf)
  21. Aykut SM, Karakoyun A. Is There a Relationship Between Kinesiophobia and Physical Activity Level in Patients with Knee Osteoarthritis? Pain Med [Internet]. 2020 [citado 3 de agosto de 2024];21(12):3458-69. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33372230/>
  22. Huamanguillas CR, Quispe CV. Capacidad funcional y calidad de vida en pacientes con gonartrosis del Servicio de Terapia Física y Rehabilitación del Hospital III Goyeneche, Arequipa - 2023 [Tesis de título] [Internet]. Universidad Continental; Perú; 2024 [citado 4 de agosto de 2024]. Disponible en: [https://repositorio.continental.edu.pe/bitstream/20.500.12394/14188/4/IV\\_FCS\\_507\\_TE\\_Huamanguillas\\_Quispe\\_2024.pdf](https://repositorio.continental.edu.pe/bitstream/20.500.12394/14188/4/IV_FCS_507_TE_Huamanguillas_Quispe_2024.pdf)
  23. Choque CV, Calizaya ZM. Kinesiofobia y nivel de dolor de rodilla en el personal militar del Cuartel Fuerte Arica de Tacna en el año 2023 [Tesis de título] [Internet]. Universidad Continental, Perú; 2023 [citado 27 de julio de 2024]. Disponible en: [https://repositorio.continental.edu.pe/bitstream/20.500.12394/13359/1/IV\\_FCS\\_507\\_TE\\_Choque\\_Calizaya\\_2023.pdf](https://repositorio.continental.edu.pe/bitstream/20.500.12394/13359/1/IV_FCS_507_TE_Choque_Calizaya_2023.pdf)
  24. Hugo CH. Calidad de vida del paciente con gonartrosis, servicio de medicina física y rehabilitación Hospital San Juan de Lurigancho - 2020 [Tesis de título] [Internet]. Universidad Nacional Federico Villareal, Perú; 2022 [citado 4 de agosto de 2024]. Disponible en: <https://repositorio.unfv.edu.pe/handle/20.500.13084/6589>
  25. Rodríguez J. Modelo de miedo evitación [Internet]. 2019 [citado 4 de agosto de 2024]. Disponible en: <https://lafisioterapia.net/modelo-de-miedo-evitacion/>
  26. Giselle HL, Bascour-Sandoval C. Análisis del Modelo de Miedo-Evitación (Fear-

- avoidance model) del Dolor Crónico. *Kinesiología* [Internet]. 2022 [citado 4 de agosto de 2024];41(4):376-80. Disponible en:  
<https://docs.bvsalud.org/biblioref/2024/04/1552426/9-ae-horment.pdf>
27. Ryan RM, Deci EL. La Teoría de la Autodeterminación y la Facilitación de la Motivación Intrínseca, el Desarrollo Social, y el Bienestar. *Am Psychol Assoc* [Internet]. 2000 [citado 4 de agosto de 2024];55(1):68-78. Disponible en:  
[https://www.selfdeterminationtheory.org/SDT/documents/2000\\_RyanDeci\\_SpanishAmPsych.pdf](https://www.selfdeterminationtheory.org/SDT/documents/2000_RyanDeci_SpanishAmPsych.pdf)
  28. Stover JB, Bruno FE, Uriel FE, Fernández LM. Teoría de la Autodeterminación: una revisión teórica. *Perspect en Psicol Rev Psicol y Ciencias Afines* [Internet]. 2017 [citado 4 de agosto de 2024];414(2):105-15. Disponible en:  
<https://www.redalyc.org/pdf/4835/483555396010.pdf>
  29. Rodríguez A, Zúñiga P, Contreras K, Gana S, Fortunato J. Vol. 25, Portal Regional da BVS. 2016 [citado 4 de agosto de 2024]. p. 14-23 Revisión teórica de las estrategias de afrontamiento (coping) según el modelo transaccional de estrés y afrontamiento de Lazarus & Folkman en pacientes quirúrgicos bariátricos, lumbares y plásticos. Disponible en:  
<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1095943>
  30. Gómez OV. Richard Stanley Lazarus (1922-2002). *Rev Latinoam Psicol* [Internet]. 2005 [citado 4 de agosto de 2024];37(1):207-9. Disponible en:  
<https://www.redalyc.org/pdf/805/80537112.pdf>
  31. Salud D en C de la. Kinesiofobia [Internet]. 2023 [citado 4 de agosto de 2024]. Disponible en: <https://decs.bvsalud.org/es/ths/resource/?id=60119>
  32. Trinidad CF. Relación entre kinesiofobia y tiempo de recuperación funcional en pacientes con fractura de tobillo [Tesis de segunda especialidad] [Internet]. Universidad Autónoma de Nuevo Leon; México; 2023 [citado 4 de agosto de 2024]. Disponible en:  
<http://eprints.uanl.mx/26473/7/26473.pdf>
  33. Martine B, Vincenot M, Lefevre, S., Duport A, Seggio L, Breton T, Lelard T, et al. Tratamientos para la kinesiofobia en personas con dolor crónico: una revisión exploratoria. *Frente Behav Neurosci* [Internet]. 2022 [citado 4 de agosto de 2024];16. Disponible en:  
<https://www.frontiersin.org/journals/behavioral-neuroscience/articles/10.3389/fnbeh.2022.933483/full>
  34. Physiotutores. Balanza de tampa [Internet]. 2024 [citado 4 de agosto de 2024]. Disponible en: <https://www.physiotutors.com/es/questionnaires/tampa-scale-kinesiophobia/>
  35. García MA, Such SA, Giménez CM. Análisis de la relación entre los conocimientos y el

- miedo-evitación del fisioterapeuta. *Multidiscip Pain J* [Internet]. 2023 [citado 4 de agosto de 2024];3(1):65-74. Disponible en: <https://www.mpainjournal.com/analisis-de-la-relacion-entre-los-conocimientos-y-el-miedo-evitacion-del-fisioterapeuta> 160
36. Makara B. Enfoque somático: generando el bienestar a través de la conciencia corporal [Internet]. 2022 [citado 4 de agosto de 2024]. Disponible en: <https://enbalancecoach.com/yoga-somatico-generando-bienestar/>
  37. Botero MB, Pico MM. Calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en adultos mayores de 60 años: una aproximación teórica. *Hacia la Promoción la Salud* [Internet]. 2007 [citado 4 de agosto de 2024];12:11-24. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/hpsal/v12n1/v12n1a01.pdf>
  38. Adrila R. Calidad de vida: una definición integradora. *Rev Latinoam Psicol* [Internet]. 2003 [citado 10 de octubre de 2020];35(2):161-4. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/805/80535203.pdf>
  39. Apoyo. Calidad de Vida: Qué es y Cómo Mejorarla en 2020 [Internet]. 2020 [citado 9 de agosto de 2020]. Disponible en: <https://www.planeatubien.com/blog/calidad-de-vida-que-es-y-como-mejorarla>
  40. Recursosfisioterapia. Cuestionario de Calidad de Vida SF-12' – Explicación completa y detallada [Internet]. 2024 [citado 4 de agosto de 2024]. Disponible en: <https://recursosfisioterapia.com/cuestionario-de-calidad-de-vida-sf-12/>
  41. Significados. Salud Física [Internet]. 2023 [citado 4 de agosto de 2024]. Disponible en: <https://www.significados.com/salud-fisica/>
  42. Organización Mundial de la Salud. Salud mental: fortalecer nuestra respuesta [Internet]. 2022 [citado 4 de agosto de 2024]. Disponible en: [https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response/?gad\\_source=1&gclid=Cj0KCQjwzby1BhCQARIsAJ\\_0t5PFb4h60h47wp6gpBAQGNZ8-XD6BG-P\\_RpP-LAYl8OdKLjkjzpLLToaAgWbEALw\\_wcB](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response/?gad_source=1&gclid=Cj0KCQjwzby1BhCQARIsAJ_0t5PFb4h60h47wp6gpBAQGNZ8-XD6BG-P_RpP-LAYl8OdKLjkjzpLLToaAgWbEALw_wcB)
  43. Shah Y, Korvi M, Palekar TJ. Kinesiophobia and quality of life in the wean-off phase with walking aid users in arthroscopic repairs: a correlation study. *Int J Sci Res* [Internet]. 2023 [citado 29 de septiembre de 2024];12(3):67-9. Disponible en: [https://www.worldwidejournals.com/international-journal-of-scientific-research-\(IJSR\)/fileview/kinesiophobia-and-quality-of-life-in-the-weanoff-phase-with-walking-aid-users-in-arthroscopic-repairs-a-correlation-study\\_March\\_2023\\_2636720128\\_4012280.pdf](https://www.worldwidejournals.com/international-journal-of-scientific-research-(IJSR)/fileview/kinesiophobia-and-quality-of-life-in-the-weanoff-phase-with-walking-aid-users-in-arthroscopic-repairs-a-correlation-study_March_2023_2636720128_4012280.pdf)
  44. Lorenzano JC. Concepción estructural del conocimiento científico, metodología de los

- programas investigativos y criterios para formular políticas de investigación. *Electroneurobiología* [Internet]. 2010 [citado 14 de junio de 2022];18(1):3-254. Disponible en:  
[http://electroneubio.secyt.gov.ar/Lorenzano\\_Estructura\\_conocimiento\\_cientifico.pdf](http://electroneubio.secyt.gov.ar/Lorenzano_Estructura_conocimiento_cientifico.pdf)
45. Hernández-Sampieri R, Mendoza T. Metodología de la investigación: las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta. México, México: McGRAW-HILL / INTERAMERICANA EDITORES, S.A. DE C.V; 2018.
  46. Valderrama MS. Pasos para elaborar proyectos y tesis de investigación. Primera. San Marcos, editor. Lima; 2013. 987 p.
  47. Hernández SR, Fernández CC, Baptista LM. Metodología de la investigación. Sexta. McGRAW-HILL / INTERAMERICANA EDITORES SADCV, editor. México; 2014. 634 p.
  48. Supo CJ. Seminarios de Investigación Científica: Metodología de la Investigación Para las Ciencias de la Salud. Segunda. Createspace Independent Pub, editor. Lima; 2014. 350 p.
  49. Neblett R, Hartzell M, Mayer T, Bradford E, Gatchel R. Establishing clinically meaningful severity levels for the Tampa Scale for Kinesiophobia (TSK-13). *Eur J Pain* [Internet]. 2016 [citado 8 de agosto de 2024];16:795. Disponible en:  
<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/ejp.795>
  50. Felce D. Definición y aplicación del concepto de calidad de vida. *Rev Investig en Discapac Intelect JIDR* [Internet]. 1911 [citado 8 de agosto de 2024];41(2):126-35. Disponible en:  
<https://doi.org/10.1111/J.1365-2788.1997.TB00689.X>
  51. Rabines JA. Factores de riesgo para el consumo de tabaco en una población de adolescentes escolares. Rabines juarez [Tesis de Título] [Internet]. Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Perú; 2002 [citado 29 de septiembre de 2024]. Disponible en:  
[https://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtualdata/tesis/salud/rabines\\_j\\_a/t\\_completo.pdf](https://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtualdata/tesis/salud/rabines_j_a/t_completo.pdf)
  52. Baena PG. Metodología de la investigación [Internet]. Tercera. Grupo Editorial Patría, editor. México; 2017 [citado 26 de noviembre de 2024]. 82 p. Disponible en:  
[http://www.biblioteca.cij.gob.mx/Archivos/Materiales\\_de\\_consulta/Drogas\\_de\\_Abuso/Articulos/metodologia\\_de\\_la\\_investigacion.pdf](http://www.biblioteca.cij.gob.mx/Archivos/Materiales_de_consulta/Drogas_de_Abuso/Articulos/metodologia_de_la_investigacion.pdf)
  53. He S, Wang J, Ji P. Validation of the Tampa Scale for Kinesiophobia for Temporomandibular Disorders (TSK-TMD) in patients with painful TMD. *J Headache Pain* [Internet]. 2016;17(1):109. Disponible en:  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5138168/>
  54. Ware J, Kosinski M, Keller S. A 12-Item Short-Form Health Survey: construction of scales

- and preliminary tests of reliability and validity. *Med Care* [Internet]. 1996 [citado 2 de noviembre de 2024];34(3):220-33. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8628042/>
55. Instituto de Salud Carlos III. Ficha Técnica del instrumento [Internet]. 2015 [citado 2 de noviembre de 2024]. Disponible en: <https://bi.cibersam.es/busqueda-de-instrumentos/ficha?Id=12>
  56. Gonzales G, Terrazas A. Asociación entre kinesofobia y discapacidad en pacientes con dolor lumbar inespecífico del área de algias de un hospital de Lima, 2017 [Tesis de Título]. Universidad Norbert Wiener; Perú; 2017.
  57. León A. Calidad de vida y complicaciones en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza, 2018- 2019 [Tesis de Título] [Internet]. Universidad Nacional Mayor de San Marcos; Perú; 2019 [citado 29 de septiembre de 2024]. Disponible en: <https://core.ac.uk/download/pdf/323349662.pdf>
  58. Colegio de Enfermeros del Perú. Código de Ética y Deontología [Internet]. 2009 [citado 30 de mayo de 2022]. p. 167. Disponible en: [https://www.cepjunin.org/wp-content/uploads/2019/07/codigo\\_etica\\_deontologia.pdf](https://www.cepjunin.org/wp-content/uploads/2019/07/codigo_etica_deontologia.pdf)

# ANEXOS

## ANEXO 1: MATRIZ DE CONSISTENCIA

Formulación del problema	Objetivos	Hipótesis	Variables	Diseño metodológico
<p><b>Problema general</b></p> <p>¿Cuál es la relación entre kinesiofobia y calidad de vida en pacientes con gonartrosis de la Clínica Limatambo – Cajamarca, 2024?.</p>	<p><b>Objetivo general</b></p> <p>Determinar la relación entre kinesiofobia y calidad de vida en pacientes con gonartrosis de la Clínica Limatambo – Cajamarca, 2024.</p>	<p><b>Hipótesis general</b></p> <p><b>Hi:</b> Existe una relación significativa entre kinesiofobia y calidad de vida en pacientes con gonartrosis de la Clínica Limatambo – Cajamarca, 2024.</p> <p><b>H0:</b> No existe una relación significativa entre kinesiofobia y calidad de vida en pacientes con gonartrosis de la Clínica Limatambo – Cajamarca, 2024.</p>	<p><b>Variable 1</b></p> <p>Kinesiofobia.</p>	<p><b>Tipo de la investigación</b></p> <p>- Básica</p> <p><b>Método y diseño de la investigación</b></p>
<p><b>Problemas específicos</b></p> <p>¿Cuáles son las características socio demográficas y clínicas de los pacientes con gonartrosis de la Clínica Limatambo – Cajamarca, 2024?</p> <p>¿Cuál es el nivel de kinesiofobia de los pacientes con gonartrosis de la Clínica Limatambo – Cajamarca, 2024?</p> <p>¿Cuál es el nivel de calidad de vida de los pacientes con gonartrosis de la Clínica Limatambo – Cajamarca, 2024?</p> <p>¿Cuál es la relación entre kinesiofobia y salud física en pacientes con gonartrosis de la Clínica Limatambo – Cajamarca, 2024?</p> <p>¿Cuál es la relación entre kinesiofobia y salud mental en pacientes con gonartrosis de la Clínica Limatambo – Cajamarca, 2024?</p>	<p><b>Objetivos específicos</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Describir las características socio demográficas y clínicas a los pacientes con gonartrosis de la Clínica Limatambo – Cajamarca, 2024</li> <li>- Identificar el nivel de kinesiofobia de los pacientes con gonartrosis de la Clínica Limatambo – Cajamarca, 2024.</li> <li>- Identificar la calidad de vida de los pacientes con gonartrosis de la Clínica Limatambo – Cajamarca, 2024.</li> <li>- Determinar la relación entre kinesiofobia y salud física en pacientes con gonartrosis de la Clínica Limatambo – Cajamarca, 2024.</li> <li>- Determinar la relación entre kinesiofobia y salud mental en pacientes con gonartrosis de la Clínica Limatambo – Cajamarca, 2024.</li> </ul>	<p><b>Hipótesis específicas</b></p> <p><b>Hi1:</b> Existe una relación significativa entre kinesiofobia y salud física en pacientes con gonartrosis.</p> <p><b>H01:</b> No existe una relación significativa entre kinesiofobia y salud física en pacientes con gonartrosis.</p> <p><b>Hi2:</b> Existe una relación significativa entre kinesiofobia y salud mental en pacientes con gonartrosis.</p> <p><b>H02:</b> No existe una relación significativa entre kinesiofobia y salud mental en pacientes con gonartrosis.</p>	<p><b>Variable 1</b></p> <p>Calidad de vida.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hipotético deductivo</li> <li>- No experimental de corte transversal</li> </ul> <p><b>Población</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- N= 100</li> </ul> <p><b>Muestra</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- n=100</li> </ul>

## **ANEXO 2: INSTRUMENTOS**

### **- Ficha de datos**

**Estimado:** El presente instrumento tiene como finalidad obtener información de usuarios en salud que presentan gonartrosis y se atienden en la Clínica Limatambo. A continuación, se presentan preguntas para obtener aspectos personales.

1. **Edad (años):** .....
2. **Sexo :** .....
3. **Estado civil**  
Soltero ( ) Casado ( ) Viudo ( ) Divorciado ( )
4. **Grado de instrucción**  
Primaria ( ) Secundaria ( ) Superior ( )
5. **Ocupación:**  
Negociante ( ) Profesión ( ) Empleo ( )
6. **Años que tiene la enfermedad:** .....



- **Cuestionario de salud (SF12)**

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

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

- 1. En general, usted diría que su salud es:**
  - a. Excelente
  - b. Muy buena
  - c. Buena
  - d. Regular
  - e. Mala
  
- 2. Su salud actual, ¿le limita para hacer esfuerzos moderados, como mover una mesa, hacer limpieza, realizar algún deporte o caminar más de una hora?**
  - a. Sí, me limita mucho
  - b. Sí, me limita un poco
  - c. No, no me limita nada
  
- 3. Su salud actual, ¿le limita para subir varios pisos por la escalera?**
  - a. Sí, me limita mucho
  - b. Sí, me limita un poco
  - c. No, no me limita nada
  
- 4. Durante las 4 últimas semanas, ¿hizo menos de lo que hubiera querido hacer, a causa de su salud física?**
  - a. Sí
  - b. No
  
- 5. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?**
  - a. Sí
  - b. No
  
- 6. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de casa y las tareas cotidianas)?**
  - a. Nada
  - b. Un poco
  - c. Regular
  - d. Bastante
  - e. Mucho
  
- 7. Durante las 4 últimas semanas, ¿hizo menos de lo que hubiera querido hacer, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido/a, o nervioso/a)?**
  - a. Sí
  - b. No

- 8. Durante las 4 últimas semanas, ¿no hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan cuidadosamente como de costumbre, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido/a, o nervioso/a)?**
- Sí
  - No
- 9. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió calmado y tranquilo?**
- Siempre
  - Casi siempre
  - Algunas veces
  - Muchas veces
  - Sólo alguna vez
  - Nunca
- 10. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo tuvo mucha energía?**
- Siempre
  - Casi siempre
  - Algunas veces
  - Muchas veces
  - Sólo alguna vez
  - Nunca
- 11. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió desanimado y triste?**
- Siempre
  - Casi siempre
  - Algunas veces
  - Muchas veces
  - Sólo alguna vez
  - Nunca
- 12. Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a los amigos o familiares)?**
- Siempre
  - Casi siempre
  - Algunas veces
  - Muchas veces
  - Sólo alguna vez
  - Nunca

Gracias.

## **ANEXO 3: VALIDEZ DE LOS INSTRUMENTOS**

### **CARTA DE PRESENTACIÓN**

Magíster/Doctor: .....

Presente

Asunto: VALIDACIÓN DE INSTRUMENTOS A TRAVÉS DE JUICIO DE EXPERTO.

Es muy grato comunicarme con usted para expresarle mi saludo y, asimismo, hacer de su conocimiento que siendo estudiante de la Escuela Académico Profesional de Tecnología Médica Especialidad en terapia física y rehabilitación requiero validar los instrumentos a fin de recoger la información necesaria para desarrollar mi investigación, con la cual optaré el título profesional de terapia física y rehabilitación.

El título nombre de mi proyecto de investigación es “KINESIOFOBIA Y CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON GONARTROSIS DE LA CLÍNICA LIMATAMBO – CAJAMARCA, 2024” y, debido a que es imprescindible contar con la aprobación de docentes especializados para aplicar los instrumentos en mención, he considerado conveniente recurrir a usted, ante su connotada experiencia en temas de .....

El expediente de validación que le hago llegar contiene:

- Carta de presentación
- Matriz de consistencia
- Matriz de operacionalización de las variables
- Certificado de validez de contenido de los instrumentos
- Instrumentos de recolección de datos

Expresándole los sentimientos de respeto y consideración, me despido de usted, no sin antes agradecer por la atención que dispense a la presente.

Atentamente,

---

**Carmona Carhuanambo, María Isabel**

DIMENSIONES/ Ítems	Criterios de validación						Sugerencias
	Pertinencia 1		Relevancia 2		Claridad 3		
<b>VARIABLE 1: KINESIOFOBIA</b>							
<b>Dimensión 1: Evitación de la actividad</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>	
1. Tengo miedo de lastimarme la rodilla si hago ejercicio.							
2. Si intentara superarlo, mi dolor aumentaría							
3. Cuando hago ejercicio, las molestias relacionadas con mi rodilla probablemente disminuirán							
4. Tengo miedo de lastimarme accidentalmente							
5. Una forma segura de evitar aumentar el daño a mi rodilla es simplemente evitar movimientos innecesarios con mi pierna							
6. Aunque tengo quejas relacionadas con mi rodilla, mi estado general mejoraría si fuera más activo							
7. Mis quejas relacionadas con mi rodilla me informan que necesito suspender mis ejercicios para evitar daños mayores							
8. Realmente no es seguro para una persona con una condición como la mía estar físicamente activo							
9. No puedo hacer todas las cosas que hace la gente normal porque es muy fácil para mí lesionarme la rodilla							
10. No debería estar obligado a hacer ejercicio cuando tengo molestias en la rodilla							
<b>Dimensión 2: Enfoque somático</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>	
11. Mi cuerpo me dice que la situación relacionada con mi rodilla es grave							
12. Otros niegan la gravedad de mi queja relacionada con mi rodilla							
13. Debido a mi problema en la rodilla, mi cuerpo corre peligro por el resto de mi vida							
14. El dolor es un signo de daño							
15. Si mi malestar relacionado con mi rodilla empeora, no significa que sea un acontecimiento peligroso							
16. Si no tuviera problemas graves relacionados con mi rodilla, sería probable que mis molestias disminuyeran							
17. Aunque mis quejas relacionadas con mi rodilla aumentan, eso no me hace considerar que esto sea peligroso							

1. **Pertinencia:** el ítem corresponde al concepto teórico formulado.
2. **Relevancia:** el ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo.
3. **Claridad:** 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.

**Observaciones (precisar si hay suficiencia):**

**Opinión de aplicabilidad:**

Aplicable [ ]

Aplicable después de corregir [ ]

No aplicable [ ]

**Apellidos y nombres del juez validador: Dr./Mg.**

**DNI:**

**Especialidad del validador:**

..... de ..... de 20.....

-----

Firma del experto informante

DIMENSIONES/ Ítems	Criterios de validación						Sugerencias
	Pertinencia 1		Relevancia 2		Claridad 3		
<b>VARIABLE 2: CALIDAD DE VIDA</b>							
<b>Dimensión 1: Salud física</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>	
1. ¿ En general, usted diría que su salud es?							
2. ¿ Su salud actual, ¿le limita para hacer esfuerzos moderados, como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de una hora?							
3. Su salud actual, ¿le limita para subir varios pisos por la escalera?							
4. Durante las 4 últimas semanas, ¿hizo menos de lo que hubiera querido hacer, a causa de su salud física?							
5. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?							
6. Durante las 4 últimas semanas, ¿no hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan cuidadosamente como de costumbre, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?							
<b>Dimensión 1: Salud física</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>	
7. Durante las 4 últimas semanas, ¿hizo menos de lo que hubiera querido hacer, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?							
8. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)?							
9. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió calmado y tranquilo?							
10. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo tuvo mucha energía?							
11. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió desanimado y triste?							
12. Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a los amigos o familiares)?							

1. **Pertinencia:** el ítem corresponde al concepto teórico formulado.
2. **Relevancia:** el ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo.
3. **Claridad:** 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.

**Observaciones (precisar si hay suficiencia):**

**Opinión de aplicabilidad:**

Aplicable [ ]

Aplicable después de corregir [ ]

No aplicable [ ]

**Apellidos y nombres del juez validador: Dr./Mg.**

**DNI:**

**Especialidad del validador:**

..... de ..... de 20.....

-----

Firma del experto informante

## Puntuación y firma de jueces

### JUEZ 1

DIMENSIONES/ Ítems	Criterios de validación <sup>+</sup>						Sugerencias
	Pertinencia 1		Relevancia 2		Claridad 3		
<b>VARIABLE 1: KINESIOFOBIA</b>							
<b>Dimensión 1: Evitación de la actividad</b>	Si	No	Si	No	Si	No	
1. Tengo miedo de lastimarme la rodilla si hago ejercicio.	1		1		1		
2. Si intentara superarlo, mi dolor aumentaría	1		1			0	
3. Cuando hago ejercicio, las molestias relacionadas con mi rodilla probablemente disminuirán	1			0	1		
4. Tengo miedo de lastimarme accidentalmente	1		1		1		
5. Una forma segura de evitar aumentar el daño a mi rodilla es simplemente evitar movimientos innecesarios con mi pierna	1		1		1		Cambiar por de
6. Aunque tengo quejas relacionadas con mi rodilla, mi estado general mejoraría si fuera más activo	1		1		1		
7. Mis quejas relacionadas con mi rodilla me informan que necesito suspender mis ejercicios para evitar daños mayores		0	1		1		
8. Realmente no es seguro para una persona con una condición como la mía estar físicamente activo	1			0	1		
9. No puedo hacer todas las cosas que hace la gente normal porque es muy fácil para mí lesionarme la rodilla	1		1		1		
10. No debería estar obligado a hacer ejercicio cuando tengo molestias en la rodilla	1		1		1		
<b>Dimensión 2: Enfoque somático</b>	Si	No	Si	No	Si	No	
11. Mi cuerpo me dice que la situación relacionada con mi rodilla es grave		0	1		1		
12. Otros niegan la gravedad de mi queja relacionada con mi rodilla	1		1			0	
13. Debido a mi problema en la rodilla, mi cuerpo corre peligro por el resto de mi vida	1			0	1		
14. El dolor es un signo de daño	1		1		1		
15. Si mi malestar relacionado con mi rodilla empeora, no significa que sea un acontecimiento peligroso	1		1		1		
16. Si no tuviera problemas graves relacionados con mi rodilla, sería probable que mis molestias disminuyeran	1		1		1		
17. Aunque mis quejas relacionadas con mi rodilla aumentan, eso no me hace considerar que esto sea peligroso	1		1			0	

\* 1 = Si, 0 = No

- Pertinencia:** el ítem corresponde al concepto teórico formulado.
- Relevancia:** el ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo.
- Claridad:** 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.

**Observaciones (precisar si hay suficiencia):**

**Opinión de aplicabilidad:**

Aplicable  [ X ]  
Aplicable después de corregir  [ ]  
No aplicable  [ ]

**Apellidos y nombres del juez validador: M.Cs. Eyner Vásquez Idrogo**

**DNI:** 43253632

**Correo electrónico institucional:** eyner0924@hotmail.com

**Especialidad del validador:**

Metodólogo  [ ]  
Temático  [ ]  
Estadístico  [ X ]



Chota, 11 de noviembre del 2024

Firma del experto informante

DIMENSIONES/ Ítems	Criterios de validación *						Sugerencias
	Pertinencia 1		Relevancia 2		Claridad 3		
<b>VARIABLE 2: CALIDAD DE VIDA</b>							
<b>Dimensión 1: Salud física</b>	Si	No	Si	No	Si	No	
1. ¿En general, usted diría que su salud es?	1		1		1		
2. ¿Su salud actual, ¿le limita para hacer esfuerzos moderados, como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de una hora?	1		1			0	Reemplazar por hacer limpieza, realizar algún deporte
3. Su salud actual, ¿le limita para subir varios pisos por la escalera?	1		1		1		
4. Durante las 4 últimas semanas, ¿hizo menos de lo que hubiera querido hacer, a causa de su salud física?	1		1		1		
5. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?	1		1		1		
Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)?		0	1			0	Reemplazar por tareas cotidianas
6. Durante las 4 últimas semanas, ¿hizo menos de lo que hubiera querido hacer, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?	1			0		0	Agregar/a para ambos géneros
<b>Dimensión 1: Salud física</b>	Si	No	Si	No	Si	No	
7. Durante las 4 últimas semanas, ¿no hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan cuidadosamente como de costumbre, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?	1		1			0	Agregar/a para ambos géneros
8. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió calmado y tranquilo?	1		1		1		
9. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo tuvo mucha energía?		0	1		1		
10. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió desanimado y triste?	1		1		1		
11. Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a los amigos o familiares)?	1			0	1		

\* 1 = Si, 0 = No

- Pertinencia:** el ítem corresponde al concepto teórico formulado.
- Relevancia:** el ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo.
- Claridad:** 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.

**Observaciones (precisar si hay suficiencia):**

Instrumento validado a nivel internacional, hacer las correcciones señaladas y quedaría para ser aplicado

**Opinión de aplicabilidad:**

Aplicable  [ X ]  
Aplicable después de corregir  [ ]  
No aplicable  [ ]

**Apellidos y nombres del juez validador: M.Cs. Eyner Vásquez Idrogo**

**DNI:** 43253632

**Correo electrónico institucional:** eyner0924@hotmail.com

**Especialidad del validador:**

Metodólogo  [ ]  
Temático  [ ]  
Estadístico  [ X ]

Chota, 11 de noviembre del 2024

 **GOBIERNO REGIONAL DE CAJAMARCA**  
**DEPARTAMENTO DE AGRICULTURA**  
**UNIDAD EJECUTIVA DE MANEJO DEL RIESGO Y SEGURIDAD ALIMENTARIA**  
**M. Cs. Eyner Vásquez Idrogo**  
**ESPECIALISTA EN MANEJO DEL RIESGO**  
**GERENTE**

-----  
Firma del experto informante

## JUEZ 2

DIMENSIONES/ Ítems	Criterios de validación*						Sugerencias
	Pertinencia 1		Relevancia 2		Claridad 3		
<b>VARIABLE 1: KINESIOFOBIA</b>							
<b>Dimensión 1: Evitación de la actividad</b>	Si	No	Si	No	Si	No	
1. Tengo miedo de lastimarme la rodilla si hago ejercicio.	1		1		1		
2. Si intentara superarlo, mi dolor aumentaría	1		1			0	
3. Cuando hago ejercicio, las molestias relacionadas con mi rodilla probablemente disminuirán	1		1		1	0	
4. Tengo miedo de lastimarme accidentalmente	1		1		1		
5. Una forma segura de evitar aumentar el daño a mi rodilla es simplemente evitar movimientos innecesarios con mi pierna	1		1		1		
6. Aunque tengo quejas relacionadas con mi rodilla, mi estado general mejoraría si fuera más activo	1		1		1		
7. Mis quejas relacionadas con mi rodilla me informan que necesito suspender mis ejercicios para evitar daños mayores	1			0	1		
8. Realmente no es seguro para una persona con una condición como la mía estar físicamente activo	1			0	1		
9. No puedo hacer todas las cosas que hace la gente normal porque es muy fácil para mí lesionarme la rodilla	1		1		1		
10. No debería estar obligado a hacer ejercicio cuando tengo molestias en la rodilla	1		1		1		
<b>Dimensión 2: Enfoque somático</b>	Si	No	Si	No	Si	No	
11. Mi cuerpo me dice que la situación relacionada con mi rodilla es grave	1		1		1		
12. Otros niegan la gravedad de mi queja relacionada con mi rodilla	1		1		1		
13. Debido a mi problema en la rodilla, mi cuerpo corre peligro por el resto de mi vida	1		1		1		
14. El dolor es un signo de daño	1		1		1		
15. Si mi malestar relacionado con mi rodilla empeora, no significa que sea un acontecimiento peligroso	1			0	1		
16. Si no tuviera problemas graves relacionados con mi rodilla, sería probable que mis molestias disminuyeran	1		1		1		
17. Aunque mis quejas relacionadas con mi rodilla aumentan, eso no me hace considerar que esto sea peligroso		0	1		1		

\* 1 = Si, 0 = No

- Pertinencia:** el ítem corresponde al concepto teórico formulado.
- Relevancia:** el ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo.
- Claridad:** 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.

**Observaciones (precisar si hay suficiencia):**

**Opinión de aplicabilidad:**

Aplicable [ X ]  
Aplicable después de corregir [ ]  
No aplicable [ ]

**Apellidos y nombres del juez validador: Dr. Tenorio Carranza Jorge Román**

DNI: 42334964

Correo electrónico institucional: romajd12@gmail.com

**Especialidad del validador:**

Metodólogo [ X ]  
Temático [ ]  
Estadístico [ ]

Chota, 9 de noviembre del 2024

Docente de la Escuela Profesional  
de Enfermería - UNACH



-----  
Dr. Jorge Román Tenorio Carranza  
Lic. Enfermería  
-----

Firma del experto informante

DIMENSIONES/ Ítems	Criterios de validación *						Sugerencias
	Pertinencia 1		Relevancia 2		Claridad 3		
<b>VARIABLE 2: CALIDAD DE VIDA</b>							
<b>Dimensión 1: Salud física</b>							
	Si	No	Si	No	Si	No	
1. ¿ En general, usted diría que su salud es?		0	1		1		
2. ¿ Su salud actual, ¿le limita para hacer esfuerzos moderados, como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de una hora?	1		1		1		
3. Su salud actual, ¿le limita para subir varios pisos por la escalera?	1		1		1		
4. Durante las 4 últimas semanas, ¿hizo menos de lo que hubiera querido hacer, a causa de su salud física?	1			0	1		
5. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?	1		1		1		
Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)?		0	1		1		
6. Durante las 4 últimas semanas, ¿hizo menos de lo que hubiera querido hacer, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?	1		1			0	
<b>Dimensión 1: Salud física</b>							
	Si	No	Si	No	Si	No	
7. Durante las 4 últimas semanas, ¿no hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan cuidadosamente como de costumbre, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?	1		1			0	
8. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió calmado y tranquilo?		0	1		1		
9. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo tuvo mucha energía?	1		1		1		
10. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió desanimado y triste?	1		1		1		
11. Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a los amigos o familiares)?	1		1		1		

\* 1 = Si, 0 = No

1. **Pertinencia:** el ítem corresponde al concepto teórico formulado.
2. **Relevancia:** el ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo.
3. **Claridad:** 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.

**Observaciones (precisar si hay suficiencia):**

**Opinión de aplicabilidad:**

Aplicable  [ X ]  
Aplicable después de corregir  [ ]  
No aplicable  [ ]

**Apellidos y nombres del juez validador: Dr. Tenorio Carranza Jorge Romain**

**DNI:** 42334964

**Correo electrónico institucional:** romajd12@gmail.com

**Especialidad del validador:**

Metodólogo  [ X ]  
Temático  [ ]  
Estadístico  [ ]

Chota, 9 de noviembre del 2024

Docente de la Escuela Profesional  
de Enfermería - UNACH



-----  
Dr. Jorge Romain Tenorio Carranza  
Lic. Enfermería

-----  
Firma del experto informante

### JUEZ 3

DIMENSIONES/ Ítems	Criterios de validación*						Sugerencias
	Pertinencia 1		Relevancia 2		Claridad 3		
<b>VARIABLE 1: KINESIOFOBIA</b>							
<b>Dimensión 1: Evitación de la actividad</b>	Si	No	Si	No	Si	No	
1. Tengo miedo de lastimarme la rodilla si hago ejercicio.	1		1		1		
2. Si intentara superarlo, mi dolor aumentaría	1		1		1		
3. Cuando hago ejercicio, las molestias relacionadas con mi rodilla probablemente disminuirán	1		1			0	
4. Tengo miedo de lastimarme accidentalmente	1		1		1		
5. Una forma segura de evitar aumentar el daño a mi rodilla es simplemente evitar movimientos innecesarios con mi pierna	1		1		1		
6. Aunque tengo quejas relacionadas con mi rodilla, mi estado general mejoraría si fuera más activo	1		1		1		
7. Mis quejas relacionadas con mi rodilla me informan que necesito suspender mis ejercicios para evitar daños mayores		0	1		1		
8. Realmente no es seguro para una persona con una condición como la mía estar físicamente activo	1			0	1		
9. No puedo hacer todas las cosas que hace la gente normal porque es muy fácil para mí lesionarme la rodilla	1		1		1		
10. No debería estar obligado a hacer ejercicio cuando tengo molestias en la rodilla		0	1		1		
<b>Dimensión 2: Enfoque somático</b>	Si	No	Si	No	Si	No	
11. Mi cuerpo me dice que la situación relacionada con mi rodilla es grave	1		1		1		
12. Otros niegan la gravedad de mi queja relacionada con mi rodilla	1		1			0	
13. Debido a mi problema en la rodilla, mi cuerpo corre peligro por el resto de mi vida	1		1		1		
14. El dolor es un signo de daño	1		1		1		
15. Si mi malestar relacionado con mi rodilla empeora, no significa que sea un acontecimiento peligroso	1		1		1		
16. Si no tuviera problemas graves relacionados con mi rodilla, sería probable que mis molestias disminuyeran		0	1		1		
17. Aunque mis quejas relacionadas con mi rodilla aumentan, eso no me hace considerar que esto sea peligroso	1		1	0	1		

\* 1 = Si, 0 = No

- Pertinencia:** el ítem corresponde al concepto teórico formulado.
- Relevancia:** el ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo.
- Claridad:** 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.

**Observaciones (precisar si hay suficiencia):**

**Opinión de aplicabilidad:**

Aplicable  [ X ]  
Aplicable después de corregir  [ ]  
No aplicable  [ ]

**Apellidos y nombres del juez validador: Mg. Bardales Campos Rony Michael**

**DNI:** 42442363

**Correo electrónico institucional:** rony.bardales.campos@gmail.com

**Especialidad del validador:**

Metodólogo  [ ]  
Temático  [ X ]  
Estadístico  [ ]

Chiclayo, 10 de noviembre del 2024



Mg. Bardales Campos Rony Michael  
Magister en Administración  
de Negocios - MBA  
C.T.M.P. 7680 R.N.G.A. MG-00138

Firma del experto informante

DIMENSIONES/ Ítems	Criterios de validación *						Sugerencias
	Pertinencia 1		Relevancia 2		Claridad 3		
<b>VARIABLE 2: CALIDAD DE VIDA</b>							
<b>Dimensión 1: Salud física</b>	Si	No	Si	No	Si	No	
1. ¿ En general, usted diría que su salud es?	1		1		1		
2. ¿ Su salud actual, ¿le limita para hacer esfuerzos moderados, como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de una hora?	1		1		1		
3. Su salud actual, ¿le limita para subir varios pisos por la escalera?	1		1		1		
4. Durante las 4 últimas semanas, ¿hizo menos de lo que hubiera querido hacer, a causa de su salud física?	1		1		1		
5. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?	1		1		1		
Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)?	1		1		1		
6. Durante las 4 últimas semanas, ¿hizo menos de lo que hubiera querido hacer, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?	1		1		1		
7. Durante las 4 últimas semanas, ¿no hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan cuidadosamente como de costumbre, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?		0	1		1		
8. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió calmado y tranquilo?	1		1		1		
9. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo tuvo mucha energía?	1		1		1		
10. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió desanimado y triste?	1			0	1		
11. Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a los amigos o familiares)?	1		1		1		

\* 1 = Si, 0 = No

1. **Pertinencia:** el ítem corresponde al concepto teórico formulado.
2. **Relevancia:** el ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo.
3. **Claridad:** 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.

**Observaciones (precisar si hay suficiencia):**

**Opinión de aplicabilidad:**

Aplicable  [ X ]  
Aplicable después de corregir  [ ]  
No aplicable  [ ]

**Apellidos y nombres del juez validador: Mg. Bardales Campos Rony Michael**

**DNI:** 42442363

**Correo electrónico institucional:** rony.bardales.campos@gmail.com

**Especialidad del validador:**

Metodólogo  [ ]  
Temático  [ X ]  
Estadístico  [ ]

Chiclayo, 10 de noviembre del 2024



Mg. Bardales Campos Rony Michael  
Magister en Administración  
de Negocios - MBA  
C.T.M.P. 7680 R.N.G.A. MG-00138

Firma del experto informante

**Puntuación de la validación del instrumento por jueces expertos de la Escala de Tampa de Kinesiofobia TSK-17**

Ítems	Pertinencia					Relevancia					Claridad								
	J1	J2	J3	Suma	V	J1	J2	J3	Suma	V	J1	J2	J3	Suma	V				
Ítem1	1	1	1	3	1.00	1	1	1	3	1.00	1	1	1	3	1.00				
Ítem2	1	1	1	3	1.00	1	1	1	3	1.00	0	0	1	1	0.33				
Ítem3	1	1	1	3	1.00	0	1	1	2	0.67	1	1	0	2	0.67				
Ítem4	1	1	1	3	1.00	1	1	1	3	1.00	1	1	1	3	1.00				
Ítem5	1	1	1	3	1.00	1	1	1	3	1.00	1	1	1	3	1.00				
Ítem6	1	1	1	3	1.00	1	1	1	3	1.00	1	1	1	3	1.00				
Ítem7	0	1	0	1	0.33	1	0	1	2	0.67	1	1	1	3	1.00				
Ítem8	1	1	1	3	1.00	0	0	0	0	0.00	1	1	1	3	1.00				
Ítem9	1	1	1	3	1.00	1	1	1	3	1.00	1	1	1	3	1.00				
Ítem10	1	1	0	2	0.67	1	1	1	3	1.00	1	1	1	3	1.00				
Ítem11	0	1	1	2	0.67	1	1	1	3	1.00	1	1	1	3	1.00				
Ítem12	1	1	1	3	1.00	1	1	1	3	1.00	0	1	0	1	0.33				
Ítem13	1	1	1	3	1.00	0	1	1	2	0.67	1	1	1	3	1.00				
Ítem14	1	1	1	3	1.00	1	1	1	3	1.00	1	1	1	3	1.00				
Ítem15	1	1	1	3	1.00	1		1	2	0.67	1	1	1	3	1.00				
Ítem16	1	1	0	2	0.67	1	1	1	3	1.00	1	1	1	3	1.00				
Ítem17	1	0	1	2	0.67	1	1	1	3	1.00	0	1	1	2	0.67				
<b>TOTAL V</b>	0.88				0.88						0.86						0.88		
					<b>V = &gt; 0.8 = Posee una adecuada validez</b>										<b>V = &lt;0.7 = No tenga una adecuada validez</b>				

**Puntuación de la validación del instrumento por jueces expertos del Cuestionario de salud (SF12)**

Ítems	Pertinencia					Relevancia					Claridad								
	J1	J2	J3	Suma	V	J1	J2	J3	Suma	V	J1	J2	J3	Suma	V				
Ítem1	1	0	1	2	0.67	1	1	1	3	1.00	1	1	1	3	1.00				
Ítem2	1	1	1	3	1.00	1	1	1	3	1.00	0	1	1	2	0.67				
Ítem3	1	1	1	3	1.00	1	1	1	3	1.00	1	1	1	3	1.00				
Ítem4	1	1	1	3	1.00	1	0	1	2	0.67	1	1	1	3	1.00				
Ítem5	1	1	1	3	1.00	1	1	1	3	1.00	1	1	1	3	1.00				
Ítem6	0	0	1	1	0.33	1	1	1	3	1.00	0	1	1	2	0.67				
Ítem7	1	1	1	3	1.00	0	1	1	2	0.67	0	0	1	1	0.33				
Ítem8	1	1	0	2	0.67	1	1	1	3	1.00	0	0	1	1	0.33				
Ítem9	1	0	1	2	0.67	1	1	1	3	1.00	1	1	1	3	1.00				
Ítem10	0	1	1	2	0.67	1	1	1	3	1.00	1	1	1	3	1.00				
Ítem11	1	1	1	3	1.00	1	1	0	2	0.67	1	1	1	3	1.00				
Ítem12	1	1	1	3	1.00	0	1	1	2	0.67	1	1	1	3	1.00				
<b>TOTAL V</b>	0.85				0.83						0.89						0.83		
					<b>V = &gt; 0.8 = Posee una adecuada validez</b>										<b>V = &lt;0.7 = No tenga una adecuada validez</b>				

## ANEXO 4. CONFIABILIDAD DE LOS INSTRUMENTOS

### A. Escala de Tampa de Kinesiofobia (TSK-17)

#### Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,917	17

#### Estadísticas de elemento

	Media	Desv. Desviación	N
ítem1	2,20	,919	10
ítem2	1,70	,823	10
ítem3	1,70	,823	10
ítem4	1,70	,823	10
ítem5	2,80	,422	10
ítem6	2,30	,823	10
ítem7	2,20	,919	10
ítem8	2,50	,527	10
ítem9	2,90	,316	10
ítem10	2,20	,919	10
ítem11	2,50	,707	10
ítem12	2,50	,707	10
ítem13	2,50	,527	10
ítem14	2,30	,949	10
ítem15	2,60	,516	10
ítem16	2,20	,919	10
ítem17	2,00	,667	10

## B. Cuestionario de salud (SF12)

### Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,939	10

### Estadísticas de elemento

	Media	Desv. Desviación	N
PREG 1	2,80	,422	10
PREG 2	2,30	,823	10
PREG 3	2,20	,919	10
PREG 4	2,30	,823	10
PREG 5	2,20	,919	10
PREG 6	2,20	,919	10
PREG 7	2,50	,707	10
PREG 8	2,40	,843	10
PREG 9	2,40	,699	10
PREG 10	2,30	,949	10
PREG 11	2,10	,738	10
PREG 12	2,30	,949	10

## ANEXO 5: FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título del proyecto: “Kinesiofobia y calidad de vida en pacientes con gonartrosis de la clínica Limatambo – Cajamarca, 2024”

---

Estoy invitando a usted a participar en un estudio de investigación titulado: Kinesiofobia y calidad de vida en pacientes con gonartrosis de la clínica Limatambo – Cajamarca, 2024”, de fecha \_\_/\_\_/2024 y versión.01. Este es un estudio desarrollado por una investigadora de la Universidad Norbert Wiener.

### I. INFORMACIÓN

**Propósito del estudio:** Determinar la relación entre kinesiofobia y calidad de vida en pacientes con gonartrosis de la Clínica Limatambo – Cajamarca, 2024. Su ejecución ayudará/permitirá a conocer la relación de las variables de estudio.

**Duración del estudio (meses):** julio - diciembre del 2024

**Nº esperado de participantes:** 100 participantes.

**Criterios de Inclusión y exclusión:** Los criterios de inclusión son: Pacientes diagnosticados con gonartrosis. Pacientes que acepten participar voluntariamente en la investigación. Pacientes de ambos géneros. Pacientes de 40 a 75 años de edad. Pacientes que se atienden en la Clínica Limatambo. Los criterios de exclusión son: Pacientes con problemas concomitantes o respiratorios. Pacientes con algún tipo de ayuda biomecánica. Pacientes que se han sometido a cirugía de reemplazo total de rodilla. Pacientes que sufran de algún problema de salud mental. Pacientes con otras enfermedades articulares que puedan interferir con los resultados como artritis reumatoide, lupus eritematoso sistémico y espondiloartritis.

**Procedimientos del estudio:** Si Usted decide participar en este estudio se le pedirá ser evaluado mediante una encuesta para la relación entre kinesiofobia y calidad de vida en pacientes con gonartrosis de la Clínica Limatambo – Cajamarca, 2024 y que se le evalúe mediante la aplicación de Escala de Tampa de Kinesiofobia TSK-17 y el Cuestionario de salud SF12. El llenado de los instrumentos puede demorar unos 18 a 25 minutos y los resultados se almacenarán respetando la confidencialidad y su anonimato.

**Riesgos:** Su participación en el estudio no presenta ningún tipo de riesgo para Usted, con respecto a su estado físico, mental y de bienestar. El resultado que aparezca en el desarrollo de la encuesta, no le causaran dificultades en su honor, situación económica, y ocupación laboral. Sí usted siente alguna incomodidad al seguir con la evaluación o por alguna razón específica no desea continuar, usted es libre de no continuar en el estudio en el momento que usted lo considere necesario.

**Beneficios:** Usted no obtendrá algún beneficio por participar en este estudio, tampoco recibirá alguna compensación económica. Así mismo, determinar la relación entre kinesiofobia y calidad de vida en pacientes con gonartrosis, ayudará a fomentar en los profesionales de la salud el desarrollo de las sesiones de ejercicios a fin de reducir la kinesiofobia y mejorar la calidad de vida. De manera que, con su participación en esta investigación, al ser desarrollado las encuestas permitirá obtener nueva información para aportar a futuras investigaciones.

**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 la investigadora Bach. Carmona Carhuanambo, María Isabel, al número de celular: 924896875

Así mismo, puede comunicarse con el Comité de Ética que validó el presente estudio, Contacto del Comité de Ética: Dra. Yenny M. Bellido Fuentes, presidenta del Comité de Ética

de la Universidad Norbert Wiener, para la investigación de la Universidad Norbert Wiener,  
Email: comite.etica@uwiener.edu.pe.

## II. 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.

---

Firma del participante

Nombre:

DNI:

Fecha: \_\_\_/\_\_\_/2024

---

Firma del investigador

Nombre:

DNI:

Fecha: \_\_\_/\_\_\_/2024

## ANEXO 6: DOCUMENTO DE ACEPTACIÓN



“AÑO DE LA RECUPERACIÓN Y CONSOLIDACIÓN DE LA ECONOMÍA PERUANA”

Cajamarca, 06 de enero de 2025

ESTIMADA : CARMONA CARHUANAMBO MARIA ISABEL  
EGRESADA TECNOLOGÍA MÉDICA EN TERAPIA FÍSICA Y REHABILITACIÓN –  
DE LA UNIVERSIDAD NORBERT WIENER

ASUNTO : ACEPTACIÓN PARA REALIZAR TRABAJO DE INVESTIGACION  
Referencia : Carta de presentación suscrita de fecha 27/05/2024

De mi consideración:

Por medio de la presente me dirijo a usted para expresarle mi saludo cordial, y a la vez, hacer de su conocimiento que nuestra empresa ha aceptado al estudiante **CARMONA CARHUANAMBO MARIA ISABEL** para la realización de trabajo de investigación para optar el grado de Licenciada en Tecnología Médica, titulado “**KINESIOFOBIA Y CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON GONARTROSIS QUE ACUDEN DE CLÍNICA LIMATAMBO- CAJAMARCA, 2024**”. Comprometiendo al profesional en mención, que deberá presentar una copia del estudio realizado al término de su investigación

Los datos para registro son los siguientes:

RUC de la empresa	20113711834
Razón social	Clínica Limatambo Cajamarca S.A.C.
Representante de la empresa	Jorge Luis Vergara Quiroz

Sin otro particular me despido cordialmente.

Atentamente,

  
Patricia Goicochea Campos  
Responsable de GDM  
CLÍNICA LIMATAMBO

## ANEXO 7: REPORTE DE SIMILITUD DE TURNITIN

Reporte de similitud

NOMBRE DEL TRABAJO

**TESIS ISABEL CARMONA - TURNITIN.do**

**CX**

RECuento de palabras

**12101 Words**

RECuento de caracteres

**68591 Characters**

RECuento de páginas

**54 Pages**

Tamaño del archivo

**61.8KB**

Fecha de entrega

**Mar 14, 2025 1:31 PM GMT-5**

Fecha del informe

**Mar 14, 2025 1:33 PM GMT-5**

### ● 14% de similitud general

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para cada base de datos.

- 13% Base de datos de Internet
- Base de datos de Crossref
- 10% Base de datos de trabajos entregados
- 2% Base de datos de publicaciones
- Base de datos de contenido publicado de Crossref

### ● Excluir del Reporte de Similitud

- Material bibliográfico
- Material citado
- Material citado
- Coincidencia baja (menos de 10 palabras)

**● 14% de similitud general**

Principales fuentes encontradas en las siguientes bases de datos:

- 13% Base de datos de Internet
- Base de datos de Crossref
- 10% 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	<b>repositorio.uwiener.edu.pe</b> Internet	4%
2	<b>hdl.handle.net</b> Internet	2%
3	<b>repositorio.ucv.edu.pe</b> Internet	1%
4	<b>uwiener on 2023-12-20</b> Submitted works	<1%
5	<b>repositorio.udh.edu.pe</b> Internet	<1%
6	<b>Universidad Wiener on 2022-12-18</b> Submitted works	<1%
7	<b>1library.co</b> Internet	<1%
8	<b>repositorio.uct.edu.pe</b> Internet	<1%

9	<b>repositorio.unfv.edu.pe:8080</b> Internet	<1%
10	<b>docplayer.es</b> Internet	<1%
11	<b>repositorio.unsch.edu.pe</b> Internet	<1%
12	<b>Javier Guillem-Saiz, María Cantero-García, Ana Isabel Agustí, Jesús Go...</b> Crossref	<1%
13	<b>Universidad del Rosario on 2023-11-28</b> Submitted works	<1%
14	<b>repositorio.upla.edu.pe</b> Internet	<1%
15	<b>uwiener on 2025-03-10</b> Submitted works	<1%
16	<b>uwiener on 2024-01-15</b> Submitted works	<1%
17	<b>Universidad Carlos III de Madrid on 2021-06-27</b> Submitted works	<1%
18	<b>Universidad Wiener on 2022-08-23</b> Submitted works	<1%
19	<b>Universidad Wiener on 2022-09-14</b> Submitted works	<1%
20	<b>Universidad de San Martín de Porres on 2018-05-29</b> Submitted works	<1%

21	<b>repositorio.ug.edu.ec</b> Internet	<1%
22	<b>repositorioacademico.upc.edu.pe</b> Internet	<1%
23	<b>Universidad Continental on 2019-05-16</b> Submitted works	<1%
24	<b>Universidad Wiener on 2022-08-30</b> Submitted works	<1%
25	<b>Universidad de Almeria on 2020-06-07</b> Submitted works	<1%
26	<b>alicia.concytec.gob.pe</b> Internet	<1%
27	<b>de.slideshare.net</b> Internet	<1%
28	<b>studyres.com</b> Internet	<1%
29	<b>Universidad Autónoma de Bucaramanga,UNAB on 2022-06-05</b> Submitted works	<1%
30	<b>Universidad Católica San Pablo on 2022-11-15</b> Submitted works	<1%
31	<b>alfapublicaciones.com</b> Internet	<1%
32	<b>fed-andalus.es</b> Internet	<1%

33	<b>tdx.cat</b> Internet	<1%
34	<b>thepanamanews.com</b> Internet	<1%
35	<b>triodos.com</b> Internet	<1%
36	<b>Jorge Mario Peralta España. "Calidad de vida en pacientes post amput...</b> Crossref	<1%
37	<b>Universidad Andina del Cusco on 2019-02-06</b> Submitted works	<1%
38	<b>catalysti.net</b> Internet	<1%
39	<b>pesquisa.bvsalud.org</b> Internet	<1%
40	<b>repositorio.uladech.edu.pe</b> Internet	<1%
41	<b>repositorio.unsa.edu.pe</b> Internet	<1%
42	<b>repositorio.uti.edu.ec</b> Internet	<1%
43	<b>emarketservices.es</b> Internet	<1%
44	<b>BENEMERITA UNIVERSIDAD AUTONOMA DE PUEBLA BIBLIOTECA on ...</b> Submitted works	<1%

45	C. Perucho Pont, V.A. del Carmen Ortiz, B. Samitier Pastor, Ll. Guirao C...	<1%
	Crossref	
46	Infile on 2017-05-02	<1%
	Submitted works	
47	Infile on 2024-06-27	<1%
	Submitted works	
48	Universidad Andina del Cusco on 2024-11-07	<1%
	Submitted works	
49	Universidad Europea de Madrid on 2022-06-07	<1%
	Submitted works	
50	brusselstribunal.org	<1%
	Internet	
51	iris.unipa.it	<1%
	Internet	
52	recursosfisioterapia.com	<1%
	Internet	
53	repositorio.unc.edu.pe	<1%
	Internet	
54	repositorio.unjfsc.edu.pe	<1%
	Internet	
55	repositorio.unsaac.edu.pe	<1%
	Internet	
56	coursehero.com	<1%
	Internet	

## ● 14% de similitud general

Principales fuentes encontradas en las siguientes bases de datos:

- 13% Base de datos de Internet
- Base de datos de Crossref
- 10% 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	<b>repositorio.uwiener.edu.pe</b> Internet	4%
2	<b>hdl.handle.net</b> Internet	2%
3	<b>repositorio.ucv.edu.pe</b> Internet	1%
4	<b>uwiener on 2023-12-20</b> Submitted works	<1%
5	<b>repositorio.udh.edu.pe</b> Internet	<1%
6	<b>Universidad Wiener on 2022-12-18</b> Submitted works	<1%
7	<b>1library.co</b> Internet	<1%
8	<b>repositorio.uct.edu.pe</b> Internet	<1%