Universidad Norbert Wiener

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

Tesis

Nivel de kinesiofobia y la intensidad del dolor en los adultos mayores del Centro integral de atención del adulto mayor, Jesús María 2026

Para optar el Título Profesional de

Licenciado en Tecnología Médica en Terapia Física y Rehabilitación

Presentado por:

Autor: Godoy Cabrera, Christiam Alexis

Código ORCID: https://orcid.org/0009-0007-4504-847X

Asesora: Dra. Diaz Mau, Aimee Yajaira

Código ORCID: https://orcid.org/0000-0002-5283-0060

Lima – Perú

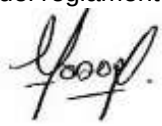
2026

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

Yo,…… Christiam Alexis Godoy Cabrera ..…… 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 ……" Nivel de kinesiofobia y la intensidad del dolor en los adultos mayores del Centro integral de atención del adulto mayor, Jesús María 2026"……. Asesorado por el docente: …… Dra Aimeé Yajaira Diaz Mau ……DNI … 40604280 ……ORCID… https://orcid.org/0000-0002-5283-0060…….. tiene un índice de similitud de **8 (ocho) %** con código ___14912:604025178_____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
Christiam Alexis Godoy Cabrera
DNI: ……70444717…….

Firma de autor 2
Nombres y apellidos del Egresado
DNI: …….



…….
Firma
Dra. Aimeé Yajaira Diaz Mau
DNI: …… 40604280 …….

Lima, …02…de……julio…… de……2026……

DEDICATORIA

A Dios, por darme las fuerzas para culminar esta etapa profesional, a mi esposa Natalia por su paciencia y apoyo constante en cada desvelada de este proyecto, a mi pequeña hija Valeria, por ser mi alegría diaria y mi mayor motivación para superarme, y a mis padres, por su amor incondicional y por ser el pilar fundamental de toda mi formación.

AGRADECIMIENTO

A la Universidad por brindarme la formación científica, y a mi asesora, por su valioso tiempo y guía. Asimismo, agradezco profundamente a mi suegra por su apoyo constante que me permitieron culminar este proyecto y al Centro Integral de Atención al Adulto Mayor de Jesús María por abrirme las puertas de la institución.

ÍNDICE

Dedicatoria **3**

Agradecimiento **4**

Indice **5**

Índice de tablas **6**

Resumen **7**

Abstract **8**

I. Introducción **9**

II. Metodología **11**

III. Resultados **13**

IV. Discusión **15**

V. Conclusión **18**

VI. Referencias bibliográficas **19**

VII. Anexos **24**

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 Correlación bidireccional entre el Nivel de Kinesiofobia y la Intensidad del Dolor..... 13

Tabla 2 Característica sociodemográfica del adulto mayor del CIAM..... 13

Tabla 3 Estadísticos descriptivos y niveles de distribución de la Kinesiofobia y el Dolor de adultos mayores del CIAM..... 14

Tabla 4 Correlación de Rho de Spearman entre la intensidad del dolor y la dimensiones evitación de actividad y enfoque somático de la kinesiofobia en adultos mayores 15

Título en español: Nivel de kinesiofobia y la intensidad del dolor en los adultos mayores del Centro integral de atención del adulto mayor, Jesús María 2026.

Title in english: Level of kinesiophobia and pain intensity in older adults at the Comprehensive Care Center for Older Adults, Jesús María 2026.

Autora y filiación: Godoy Cabrera, Christiam Alexis. Bachiller del Programa Académico de Terapia Física y Rehabilitación, Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Privada Norbert Wiener, Lima, Perú.

RESUMEN

La kinesiofobia en el adulto mayor frecuentemente coexiste con niveles elevados de intensidad del dolor crónico, actuando como un factor cognitivo-afectivo crítico que amplifica la percepción del síntoma y limita la funcionalidad. El **objetivo** fue determinar la relación entre el nivel de kinesiofobia y la intensidad del dolor en adultos mayores del Centro Integral de Atención al Adulto Mayor de Jesús María, 2026. **Material y métodos** el estudio se desarrolló bajo un enfoque cuantitativo, observacional, de corte transversal y alcance correlacional, empleando la Escala Visual Análoga y la Escala de Tampa para Kinesiofobia TSK-11, con un análisis inferencial mediante el coeficiente Rho de Spearman. **Resultados** los hallazgos revelaron un predominio de kinesiofobia moderada (50.6%) ,baja (45.7%) y dolor leve (49.4%), estuvo compuesta mayoritariamente por mujeres (86.4%) con diagnósticos prevalentes de artrosis (34.6%) y lumbalgia (24.7%). Se encontró una correlación estadísticamente significativa entre la intensidad del dolor y el nivel de kinesiofobia ($rho = 0.740$, $p < 0.001$). **Conclusión** existe una relación directa entre el nivel de kinesiofobia y la intensidad del dolor en adultos mayores.

Palabras claves: kinesiofobia, dolor, adulto mayor

ABSTRACT

Kinesiophobia in older adults frequently co-occurs with high levels of chronic pain intensity, acting as a critical cognitive-affective factor that amplifies symptom perception and limits functionality. **The objective** was to determine the relationship between the level of kinesiophobia and pain intensity in older adults at the Comprehensive Care Center for Older Adults in Jesús María. **Materials and methods:** The study employed a quantitative, observational, cross-sectional, and correlational design, using the Visual Analog Scale and the Tampa Scale for Kinesiophobia (TSK-11), with inferential analysis conducted via Spearman's rho coefficient. **Results:** Findings revealed a predominance of moderate (50.6%) and low (45.7%) kinesiophobia, as well as mild pain (49.4%); the sample consisted primarily of women (86.4%), with prevalent diagnoses of osteoarthritis (34.6%) and low back pain (24.7%). A statistically significant correlation was found between pain intensity and the level of kinesiophobia ($rho = 0.740$, $p < 0.001$). **Conclusion:** There is a direct relationship between the level of kinesiophobia and pain intensity in older adults.

Keywords: kinesiophobia, pain, elderly.

I. INTRODUCCIÓN

La kinesiofobia se define como un miedo irracional y profundo hacia la actividad física, sustentado en la creencia de que el movimiento corporal provocará una relesión o aumentará el daño tisular existente (1). En el ámbito de la fisioterapia geriátrica, este fenómeno actúa como un factor clínico independiente que modifica la conducta del adulto mayor, disminuye el rendimiento físico y reduce significativamente los niveles de actividad física diaria (2).

A nivel mundial, la Organización Mundial de la Salud estima que la población de 60 años o más se duplicará para el año 2050, pasando de representar el 12% al 22% de los habitantes globales, lo que plantea desafíos inéditos por el impacto de las afecciones crónicas en la funcionalidad (3). Dentro de estas complicaciones, las investigaciones demuestran que la prevalencia de la kinesiofobia y el riesgo de caídas afecta al 46.4% de la población geriátrica (4). Esta situación se agudiza en entornos con dolor persistente; al respecto, revisiones sistemáticas realizadas en España señalan que la kinesiofobia está presente en más del 50% de los pacientes con trastornos crónicos, limitando el éxito de las intervenciones (5). De manera similar, en Suiza se reporta que este comportamiento desadaptativo es una barrera que afecta a un rango de entre el 51% y el 72% de personas con dolor persistente, retrasando su recuperación (6).

En América Latina, la comunidad científica reconoce formalmente al dolor crónico no solo como un síntoma, sino como una enfermedad con entidad propia dentro de la clasificación CIE-11 (7). Estudios desarrollados en Chile sitúan la prevalencia del dolor persistente en un 32.1%, configurándose como la causa principal de discapacidad física (8). Asimismo, los datos recolectados en ese entorno sugieren que la kinesiofobia y las creencias disfuncionales de los pacientes explican más del 40% de la variabilidad de la experiencia sensorial dolorosa, influyendo directamente en el proceso de rehabilitación física (9).

El Perú no es ajeno a esta realidad demográfica y epidemiológica; el segmento de adultos mayores constituye actualmente el 13.9% de los habitantes a nivel nacional, concentrándose el 35.8% de esta población en Lima Metropolitana, lo que exige el diseño de programas preventivos eficaces (10). pese a la presencia de estas afecciones en los adultos mayores, aún son escasas las evaluaciones sistemáticas que describan el impacto de las variables cognitivo-emocionales en entornos locales. Investigaciones desarrolladas en Miraflores reportan que el 87.8% de los pacientes con dolores crónicos

manifiestan niveles elevados de kinesiofobia, lo que limita el éxito de la terapia (11). De manera concordante, estudios enfocados en la población adulta mayor de una casa de reposo de Lima determinaron que el 53.3% de los adultos mayores presentan un nivel alto de kinesiofobia, confirmando que este miedo desadaptativo al esfuerzo físico se relaciona de forma estadística directa con el deterioro de su estado funcional (12).

Es precisamente en la integración de estas variables donde se ubica el vacío de conocimiento de la presente investigación. La mayoría de la evidencia disponible se ha construido evaluando pacientes de hospitales públicos o consultorios privados. Por el contrario, no se ha analizado en el contexto local cómo opera la relación entre la intensidad del dolor y la kinesiofobia en adultos mayores que residen de forma independiente y asisten por su cuenta a centros municipales de participación social. Estudiar esta relación en un entorno social y preventivo es fundamental para que los fisioterapeutas diseñen programas de ejercicio terapéutico seguros y adaptados antes de que los usuarios desarrollen una discapacidad grave.

Por lo expuesto, la presente investigación tiene como objetivo “Determinar la relación entre el nivel de kinesiofobia y la intensidad del dolor en los adultos mayores del Centro Integral de Atención al Adulto Mayor, Jesús María 2026”

II. METODOLOGIA

El presente estudio se desarrolló bajo un enfoque cuantitativo y se empleó el método hipotético-deductivo. El tipo de investigación fue aplicado, con un diseño no experimental de corte transversal. Asimismo, su alcance fue descriptivo-correlacional. (13). La población de estudio estuvo conformada por 100 adultos mayores inscritos en el padrón oficial del Centro Integral de Atención al Adulto Mayor de Jesús María que asistieron entre los meses de marzo y junio de 2026. La muestra quedó constituida por 81participantes que cumplieron estrictamente con los criterios de selección. El tipo de muestreo empleado fue no probabilístico por conveniencia. Esta elección se justificó por la disponibilidad real en el campo y factores logísticos de tiempo, ya que las evaluaciones se realizaron de manera individual aprovechando exclusivamente los minutos de espera previos al ingreso de los talleres o inmediatamente al concluir sus clases.

Los criterios de inclusión requirieron que los usuarios tuvieran entre 60 y 80 años, presentaran dolor musculoesquelético con más de tres meses de evolución, tuvieran la capacidad cognitiva conservada para responder las encuestas y firmaran el consentimiento informado. Se excluyeron aquellos con dolor oncológico, neuropatías severas, secuelas neurológicas o discapacidades sensoriales no compensadas.

Para la medición de las variables se utilizaron dos instrumentos de autoreporte. la kinesiofobia se cuantificó utilizando la versión abreviada adaptada al español de la Escala de Tampa para Kinesiofobia, TSK-11. Este cuestionario de 11 ítems tipo Likert permitió medir el miedo irracional al movimiento a través de sus dos dimensiones: la evitación de la actividad y el enfoque somático. Cuenta con una elevada consistencia interna respaldada por una revisión sistemática internacional, evidenciando un coeficiente Alfa de Cronbach promedio de 0.82 y una alta estabilidad test-retest con un CCI superior a 0.80, lo que demuestra su robusta confiabilidad y aplicabilidad para el presente estudio (14,15). Por su parte, la intensidad del dolor crónico, definida como una experiencia sensorial y emocional desagradable (16), se evaluó mediante la Escala Visual Análoga. Esta consiste en una línea de 100 mm que clasifica la severidad del síntoma en leve, moderado y severo, cuya confiabilidad y reproducibilidad temporal en pacientes con dolencias crónicas es excelente, reportando un coeficiente de correlación intraclase (CCI) entre 0.87 y 0.92 (17, 18).

El procedimiento de recolección de datos inició tras obtener la autorización respectiva de la municipalidad de Jesús María y coordinar un espacio adecuado en el CIAM que no interrumpiera los talleres. Se abordó a los participantes de forma individual en un ambiente privado, explicándoles la naturaleza voluntaria y anónima del estudio antes de la firma del consentimiento. Posteriormente, se registraron sus datos sociodemográficos y clínicos básicos, seguidos de la aplicación secuencial de la escala EVA y el cuestionario TSK-11. Todo el proceso tomó un promedio de 15 minutos por participante. Durante este tiempo el investigador brindó asistencia para la lectura y comprensión sin inducir las respuestas, finalizando con la codificación numérica de las fichas para proteger la identidad de los adultos mayores.

La información obtenida fue tabulada y procesada mediante el software estadístico SPSS. En el análisis descriptivo se calcularon las frecuencias absolutas y porcentajes para las variables categóricas, así como la media y desviación estándar para la edad. Para determinar la normalidad de los datos, se aplicó la prueba de Kolmogorov-Smirnov con corrección de Lilliefors. Al comprobarse que los datos no seguían una distribución normal, se decidió utilizar la prueba inferencial no paramétrica del coeficiente de correlación de Rho de Spearman para contrastar las hipótesis específicas y la general. Todas las pruebas estadísticas se trabajaron con un nivel de significancia estandarizado de $p < 0.05$.

Finalmente, la investigación se ejecutó garantizando el cumplimiento de los principios éticos de beneficencia, no maleficencia, justicia y autonomía, tal como lo establece la Asociación Médica Mundial en la Declaración de Helsinki (19). La protección de la integridad de la muestra se aseguró mediante la firma del consentimiento informado, el respeto al derecho de retiro voluntario en cualquier etapa del proceso y el estricto anonimato de la información recolectada en las bases de datos del estudio.

III. RESULTADOS

Tabla 1 *Correlación bidireccional entre el Nivel de Kinesiofobia y la Intensidad del Dolor*

variables		Intensidad del dolor
Nivel de Kinesiofobia	coeficiente de correlación (ρ)	0.740
	sig.(bilateral)(p)	<0.001

Se observa un coeficiente Rho de Spearman de 0.740 con un nivel de significancia altamente estadístico de $p < 0.001$. Esto demuestra una relación estadísticamente significativa, de dirección positiva y fuerza alta entre ambas variables**.** Dado que el valor p es inferior al límite crítico ($p < 0.05$), se rechaza la hipótesis nula (H0) y se acepta la hipótesis general del investigador (H1), demostrando que a medida que se incrementa la percepción de la intensidad del dolor, el nivel de kinesiofobia también experimenta un aumento significativo.

Tabla 2 *Característica sociodemográfica del adulto mayor del CIAM*

	Media-Desviación estándar		Frecuencia	Porcentaje
Edad	71.70 ± 5.48	60-70 años	35	43.2%
		71- 80 años	46	56.8%
		Total	81	100%
		Femenino	70	86.4%
Sexo	-	Masculino	11	13.6%
		Total	81	100%
		Secundaria	17	21%
Educación	-	Técnico	23	28.4%
		Superior	41	50.6%
		Total	81	100%
		Artrosis	28	34.6%
Diagnostico	-	Lumbalgia	20	24.7%

	Osteoporosis	12	14.8%
	Condromalacia	8	9.9%
	Cervicalgia	6	7.4%
	Artritis	5	6.2%
	Sarcopenia	2	2.5%
	Total	80	100%

La población de adultos mayores presentó una edad promedio de 71.70 ± 5.48 años. Con respecto a la distribución por sexo, se evidencia un marcado predominio del sexo femenino con un 86.4% (n = 70). En el ámbito educativo, la mayor proporción de la muestra alcanzó el nivel de instrucción superior con un 50.6% (n = 41). Finalmente, en patologías asociadas, la artrosis fue la condición más prevalente con un 34.6% (n = 28), seguida por la lumbalgia con un 24.7% (n = 20).

Tabla 3 *Estadísticos descriptivos y niveles de distribución de la Kinesiofobia y el Dolor de adultos mayores del CIAM*

variable	Media - Desviación estándar	Nivel	Frecuencia	Porcentaje
Nivel de kinesiofobia	23.56±6.82	Bajo	37	45.7%
		Moderado	41	50.6%
		Alto	3	3.7%
		Total	81	100%
Intensidad del dolor	3.75±1.89	Leve	40	49.4%
		Moderado	34	42%
		Severo	7	8.6%
		Total	81	100%

Encontramos en el nivel de Kinesiofobia reporto una media de 23.56±6.82, identificándose que la mayor prevalencia de los adultos mayores se encuentra en el nivel moderado con un 50.6% (n = 41). Por otra parte, la intensidad del dolor reportó

una media 3.75±1.89, donde la categoría de intensidad de dolor leve concentró la mayor proporción muestral con un 49.4% (n = 40), seguida muy de cerca por el nivel moderado con un 42% (n = 34).

Tabla 4 *Correlación de Rho de Spearman entre la intensidad del dolor y la dimensiones evitación de actividad y enfoque somático de la kinesiofobia en adultos mayores*

		Intensidad de dolor
Evitación de la actividad	coeficiente de correlación (rho)	0.660
	sig.(bilateral)(p)	< 0.001
Enfoque somático	coeficiente de correlación (rho)	0.741
	sig.(bilateral)(p)	< 0.001

Para la dimensión Evitación de Actividad se halló un coeficiente Rho de Spearman de 0.660 con un valor $p < 0.001$, denotando una correlación estadísticamente significativa con la intensidad del dolor. Así como, la dimensión Enfoque Somático arrojó un coeficiente Rho de 0.741 y un valor $p < 0.001$, lo que representa una correlación significativa. Al ser el valor p inferior al límite crítico ($p < 0.05$), se rechaza la hipótesis nula y se acepta las hipótesis específicas de la investigación, confirmando que a medida que aumenta la intensidad del dolor, las puntuaciones asociadas a las 2 dimensiones de la kinesiofobia se elevan de manera directa.

IV. DISCUSIÓN

El objetivo principal de esta investigación fue determinar si existía una relación significativa entre el nivel de miedo al movimiento y la intensidad del dolor crónico en los 81 adultos mayores evaluados; los resultados demostraron que sí existe una relación positiva y alta, respaldada por un coeficiente Rho de Spearman de 0.740 y un valor de significancia menor a 0.001. Este hallazgo demuestra en la realidad lo que plantea el modelo de miedo y evitación desarrollado originalmente por Vlaeyen y Linton (20) y analizado en su evolución por Horment-Lara y Bascour-Sandoval (21); el cual explica

que cuando un adulto mayor siente dolor continuo, empieza a tener ideas negativas y decide dejar de moverse para protegerse; sin embargo, esto se convierte en un círculo vicioso perjudicial, ya que la falta de actividad debilita los músculos y hace que el cuerpo se vuelva más sensible, aumentando el dolor con el tiempo.

Al revisar los resultados descriptivos de la Escala de Tampa para la Kinesiofobia, encontramos que la gran mayoría de los participantes se ubicó en los niveles moderado con un 50.6% y bajo con un 45.7%, mientras que solo un 3.7% presentó un nivel alto de temor; estos números son muy diferentes a los obtenidos por Guo (22), quien reportó un 60% de miedo alto y por Orihuela (23), que halló un 48% de nivel severo. Esta diferencia se entiende mejor al observar que la muestra estuvo compuesta mayormente por mujeres con un 86.4% y una edad promedio avanzada, quienes al asistir de forma constante a talleres preventivos logran frenar el síndrome de desuso y la fragilidad (24); esto demuestra que mantenerse activas en un grupo les ayuda a perder el miedo a moverse y a cuidar su independencia.

En cuanto a la intensidad del dolor medida con la Escala Visual Análoga, el 49.4% de los adultos mayores manifestó sentir un dolor leve, el 42% un dolor moderado y solo un 8.6% reportó dolor severo; estos datos también son más bajos en comparación con el estudio de Galvan y Avellaneda (25), donde el 84.3% tenía dolor moderado a severo, y con lo reportado por Roque Rojas (26) con un 60.5% de dolor alto. Para explicar esto, la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (27) señala que el dolor que dura más de tres meses deja de ser una simple alarma y se vuelve una enfermedad en sí misma; en estos casos, el dolor se mantuvo en niveles leves gracias a que los adultos mayores realizan los ejercicios a su propio ritmo, cargan pesas muy ligeras de máximo un kilo y los instructores, que también son adultos mayores, no los fuerzan, creando un ambiente seguro que disminuye el dolor.

Al analizar el cruce entre la dimensión conductual de evitación de la actividad y el dolor, se halló una correlación de 0.660 con una significancia menor a 0.001; este resultado va en la misma dirección, pero de forma más moderada, que lo encontrado por Condori y Lomas (28), donde la evitación afectó al 97.06% de los pacientes, esto se explica mediante los principios del condicionamiento del miedo; los cuales señalan que las personas aprenden a evitar ciertas acciones que asocian con una mala experiencia. En la práctica, los adultos mayores evaluados no faltan a sus clases porque les gusta el centro, pero sí aplican una micro-evitación, es decir, modifican o cuidan ciertos

movimientos específicos en su vida diaria y en los talleres para que no les aparezca el dolor.

Por otro lado, la relación entre la dimensión cognitiva de enfoque somático y la intensidad del dolor obtuvo una correlación de 0.741 y una significancia menor a 0.001; esta cifra es menor al 95.10% reportado también por Condori y Lomas (28) en su entorno hospitalario. Esta diferencia se justifica por el contexto y el tipo de actividad que realizan los participantes; en nuestra muestra, las enfermedades más comunes fueron la artrosis con un 33.8% y la lumbalgia con un 25%, las cuales son condiciones crónicas que suelen generar mucha preocupación; sin embargo, el ambiente de distracción del centro ayuda a que los adultos mayores no se concentren tanto en sus dolencias, manteniendo baja esta fijación mental. A pesar de este beneficio psicológico, el trabajo de campo reveló que las clases se realizan a muy baja dosificación, utilizando cargas máximas de un kilo; según las teorías del catastrofismo y la sensibilización central (29), esta falta de exigencia evita que se active la alarma del dolor en el cerebro a corto plazo, pero desde el punto de vista físico representa una subdosificación que no estimula la fuerza muscular necesaria para proteger las articulaciones con artrosis, demostrando que el miedo al movimiento sigue presente de forma silenciosa al evitar cargas más altas.

Finalmente, es necesario reconocer las limitaciones metodológicas y de campo que ocurrieron durante el trabajo de investigación. En primer lugar, se presentó una resistencia a participar por parte de algunos adultos mayores debido a la desconfianza de sus familiares respecto al uso de datos personales. En segundo lugar, el factor tiempo fue una limitación clave, ya que las encuestas se aplicaron justo antes o después de sus talleres, momentos en los que los participantes mostraban prisa por ingresar a sus clases o retirarse a sus hogares. Asimismo, el espacio físico otorgado en un pasadizo transitado limitó la privacidad de las evaluaciones; al encontrarse las bancas de espera con otros compañeros a poca distancia, los usuarios pudieron verse influenciados por el sesgo de deseabilidad social, alterando o disminuyendo voluntariamente sus respuestas sobre el dolor y el miedo para no mostrar vulnerabilidad frente a sus amistades. A pesar de estos inconvenientes, la aplicación práctica de esta tesis es inmediata, ya que los resultados sirven para que el centro integral de atención del adulto mayor de Jesús María justifique la inclusión de charlas de educación en neurociencia del dolor dentro de sus talleres físicos; de esta manera, se enseñará que el dolor crónico no siempre es sinónimo de

daño grave, rompiendo barreras psicológicas y promoviendo una mejor dosificación del ejercicio.

V. CONCLUSIÓN

- Se concluye que existe una relación estadísticamente significativa, directa y de magnitud alta entre el nivel de kinesiofobia y la intensidad del dolor crónico en la muestra de adultos mayores evaluados.
- Se concluye que el nivel de kinesiofobia predominante en la muestra de adultos mayores fue el nivel moderado, seguida por el nivel bajo, mientras que la representación del nivel alto fue mínima. Esto refleja que la mayor parte de esta población experimenta un temor intermedio o controlado frente a las actividades motoras cotidianas o sus talleres físicos.
- Se concluye que la intensidad del dolor crónico más frecuente reportada por los participantes fue la categoría de dolor leve, seguida en menor medida por el dolor moderado y al último el dolor severo.
- Se concluye que el perfil sociodemográfico de la muestra evaluada estuvo caracterizado predominantemente por mujeres, una edad promedio avanzada que supera los 70 años y un nivel educativo superior en la mitad del grupo. Asimismo, se determinó que los diagnósticos más prevalentes que originaban el dolor crónico fueron la artrosis y la lumbalgia.
- Se concluye que la dimensión conductual de evitación de la actividad guarda una relación estadística significativa, directa y moderada con la intensidad del dolor crónico. Esto demuestra que la conducta de protegerse, cuidar o modificar sutilmente la forma de realizar ciertos gestos físicos específicos en su vida diaria o en sus talleres comunitarios se asocia de forma directa con el incremento o persistencia del malestar en el adulto mayor.
- Se concluye que la dimensión cognitiva de enfoque somático posee una relación estadística significativa, directa y moderada con la intensidad del dolor crónico. Esto evidencia que la creencia de daño corporal y la hipervigilancia sensorial, manifestada cuando el paciente pasa el tiempo pensando y preocupado por los ruidos o molestias de sus articulaciones, se vinculan con una mayor percepción de la gravedad de la experiencia dolorosa.

VI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Cao Y, Lan X, Li C, Xiang Y, Xu Q, Zhang R, et al. Identifying kinesiophobia subtypes and their determinants in patients with hip fractures: a latent profile analysis. Front Psychiatry [Internet]. 2026;16:1697341. Disponible en: https://doi.org/10.3389/fpsyt.2025.1697341
2. Naugle KM, Blythe C, Naugle KE, Keith N, Riley ZA. Kinesiophobia predicts physical function and physical activity levels in chronic pain-free older adults. Front Pain Res [Internet]. 2022;3:874205. Disponible en: https://doi.org/10.3389/fpain.2022.874205
3. Organización Mundial de la Salud. Envejecimiento y salud. Organización Mundial de la Salud [Internet]. 1 de octubre de 2022. Disponible en: https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health
4. Xiong W, Wang D, Ren W, Liu X, Wen R, Luo Y. The global prevalence of and risk factors for fear of falling among older adults: a systematic review and meta-analysis. BMC Geriatr [Internet]. 2024;24(321):1-28. Disponible en: https://doi.org/10.1186/s12877-024-04882-w
5. Luque-Suárez A, Martínez-Calderón 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]. 2019;53:554-559. Disponible en: https://bjsm.bmj.com/content/53/9/554.long
6. Bordeleau M, Vincenot M, Lefevre S, Duport A, Seggio L, Breton T, et al. Treatments for kinesiophobia in people with chronic pain: A scoping review. Front Behav Neurosci [Internet]. 2022;16(933483):1-20. Disponible en: https://doi.org/10.3389/fnbeh.2022.933483
7. Narváez Tamayo MA, Aguayo C, Atencio E, Batista García J, Cabrilera C, Castañeda C, et al. El dolor como enfermedad en la nueva Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11): consenso de expertos latinoamericanos. Pain Manag [Internet]. 2024;14(2):139-151. Disponible en: https://doi.org/10.2217/pmt-2023-0096

8. Bilbeny N. Dolor crónico en Chile. Rev Med Clin Condes [Internet]. 2019;30(6):397-406. Disponible en: https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-dolor-cronico-en-chile-S0716864019300884
9. Gajardo-Burgos R, Saavedra-Santiesteban C, Rodríguez-Coloma M, Carranza-Leiva J, Maturana-Ahumada T, Belmarzo-Arriagada H, et al. Factores que Afectan la Percepción de Dolor ¿Cómo Influyen en la Toma de Decisiones Clínicas durante el Proceso de Rehabilitación Kinesiológica? Kinesiología [Internet]. 2024;43(1):31-40. Disponible en: https://docs.bvsalud.org/biblioref/2024/04/1552599/4-ar-bascour.pdf
10. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Situación de la Población Adulta Mayor. INEI [Internet]. marzo de 2025. Disponible en: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/boletines/boletin_adulto_mayor.pdf
11. Roque Madera J. Kinesiofobia y autoeficacia en personas con dolor de hombro crónico que asisten a un centro privado de Miraflores, Lima. [Tesis de Licenciatura]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2025. Disponible en: https://cybertesis.unmsm.edu.pe/backend/api/core/bitstreams/46c6fe4b-d83d-45a8-8e5a-0c81cfbdc3a5/content
12. Rodríguez-Encarnación AE, López-Urbano LI. Nivel de kinesiofobia y estado funcional en adultos mayores post COVID 19 en una casa de reposo, 2024 [Tesis de pregrado]. Lima: Universidad Privada San Juan Bautista; 2025. Disponible en: https://repositorio.upsjb.edu.pe/backend/api/core/bitstreams/8792547b-83c2-43cd-bb34-496d0760887c/content
13. Hernández-Sampieri R, Mendoza C. Metodología de la investigación: las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta [Internet]. Ciudad de México: McGraw-Hill; 2018 [consultado el 17 de junio de 2026]. Disponible en: https://bellasartes.upn.edu.co/wp-content/uploads/2024/11/METODOLOGIA-DE-LA-INVESTIGACION-Sampieri-Mendoza-2018.pdf
14. Larsson C, Hansson EE, Sundquist K, Jakobsson U. Psychometric properties of the Tampa Scale of Kinesiophobia (TSK-11) among older people with chronic

pain. Physiother Theory Pract [Internet]. 2016 [consultado el 17 de junio de 2026];32(4):281-288. Disponible en: https://doi.org/10.2340/jrm.v57.2024015

15. Alpalhão V, Vaz JR, Cordeiro N, Correia PP. Are the Cross-Culturally Adapted Versions of the Tampa Scale for Kinesiophobia 11-Item Valid, Reliable, and Responsive? A COSMIN-Informed Systematic Review of Measurement Properties. J Pain [Internet]. 2024 [consultado el 17 de junio de 2026];25(10):104602. Disponible en: https://www.jpain.org/action/showPdf?pii=S1526-5900%2824%2900543-1
16. Raffaeli W, Tenti M, Corraro A, Malafoglia V, Ilari S, Balzani E, et al. Chronic pain: what does it mean? A review on the use of the term "chronic" pain in clinical practice. J Pain Res [Internet]. 2021 [consultado el 17 de junio de 2026];14:827-835. Disponible en: https://www.dovepress.com/chronic-pain-what-does-it-mean-a-review-on-the-use-of-the-term-chronic-peer-reviewed-fulltext-article-JPR
17. Shafshak TS, Elnemr R. The Visual Analogue Scale Versus Numerical Rating Scale for Measuring Pain Severity and Predicting Disability in Low Back Pain. J Clin Rheumatol [Internet]. 2021 [consultado el 17 de junio de 2026];27(7):282-285. Disponible en: https://journals.lww.com/jclinrheum/abstract/2021/10000/the_visual_analogue_scale_versus_numerical_rating.5.aspx
18. Euasobhon P, Atisook R, Bumrungchatudom K, Zinboonyahgoon N, Saisavoey N, Jensen MP. Reliability and responsiveness of pain intensity scales in people with chronic pain. Pain [Internet]. 2022 [consultado el 17 de junio de 2026];163(12):e1184-e1191. Disponible en: https://journals.lww.com/pain/abstract/2022/12000/reliability_and_responsivity_of_pain_intensity.6.aspx
19. Asociación Médica Mundial. Declaración de Helsinki de la AMM – Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. Asociación Médica Mundial [Internet]. Octubre de 2013 [consultado el 17 de junio de 2026]. Disponible en: https://www.wma.net/es/policies-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/
20. Vlaeyen JWS, Linton SJ. Fear-avoidance and its consequences in chronic musculoskeletal pain: a state of the art. Pain [Internet]. 2000;85(3):317-332.

[consultado el 17 de junio de 2026]. Disponible en: https://doi.org/10.1016/S0304-3959(99)00242-0

21. Horment-Lara G, Bascour-Sandoval C. Análisis del Modelo de Miedo-Evitación (Fear-avoidance model) del Dolor Crónico. Kinesiología [Internet]. 2022;41(4):376-380. [consultado el 17 de junio de 2026]. Disponible en: https://docs.bvsalud.org/biblioref/2024/04/1552426/9-ae-horment.pdf
22. Guo K, Zhou L, Zhang M, Hu X, Han Y, Hou J, et al. Postoperative kinesiophobia in elderly patients with femoral neck fractures: a prospective study of psychological and social determinants. Front Psychol [Internet]. 2025;16:1622585. [consultado el 17 de junio de 2026]. Disponible en: https://www.frontiersin.org/journals/psychology/articles/10.3389/fpsyg.2025.1622585/full
23. Orihuela Valencia B. Nivel de kinesiofobia en pacientes adultos mayores en el centro de rehabilitación física y neurológica CERFINEURO, periodo 2023. [Tesis de Licenciatura]. Lima: Universidad Privada Norbert Wiener; 2024. Disponible en: https://repositorio.uwiener.edu.pe/server/api/core/bitstreams/78238ff3-63b0-4fac-bc6c-afbe7d7505f4/content
24. Cruz-Jentoft AJ, Bahat G, Bauer J, Boirie Y, Bruyère O, Cederholm T, et al. Sarcopenia: revised European consensus on definition and diagnosis. Age Ageing [Internet]. 2019;48(1):16-31. [consultado el 17 de junio de 2026]. Disponible en: https://academic.oup.com/ageing/article/48/1/16/5126492
25. Galvan Yupanqui R, Avellaneda Rodriguez J. Relación de la kinesiofobia y la capacidad funcional en adultos mayores de los distritos de Chupaca y Huachac, 2023. [Tesis de Licenciatura]. Huancayo: Universidad Continental; 2024. Disponible en: https://repositorio.continental.edu.pe/backend/api/core/bitstreams/8d28acb8-e98f-4150-aec0-cf18d65b1031/content
26. Roque Rojas L. Relación entre riesgo de caídas, kinesiofobia y depresión en adultos mayores de una parroquia en Lima, 2025. [Trabajo Académico de Especialidad]. Lima: Universidad Privada Norbert Wiener; 2025. Disponible en: https://repositorio.uwiener.edu.pe/server/api/core/bitstreams/655564f4-23ec-4cd6-b83e-45f7c946fefb/content

27. Raja SN, Carr DB, Cohen M, Finnerup NB, Flor H, Gibson S, et al. The revised International Association for the Study of Pain definition of pain: concepts, challenges, and compromises. Pain [Internet]. 2020;161(9):1976-1982. [consultado el 17 de junio de 2026]. Disponible en: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7680716/
28. Condori Chirinos DS, Lomas Chavez MAR. Nivel de kinesiofobia en pacientes postfractura en las clínicas de Juliaca, 2022 [tesis de licenciatura]. Huancayo: Universidad Continental, Facultad de Ciencias de la Salud; 2023. Disponible en: https://repositorio.continental.edu.pe/backend/api/core/bitstreams/dff41835-bc8c-4977-9d80-dfd7afc37eb1/content
29. Nijs J, van Wilgen CP, Van Oosterwijck J, van Ittersum M, Meeus M. How to explain central sensitization to patients with 'unexplained' chronic musculoskeletal pain: Practice guidelines. Man Ther [Internet]. 2011;16(5):413-8. [consultado el 17 de junio de 2026]. Disponible en: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1356689X11000737?via%3Dihub

ANEXOS

Anexo 1. Matriz de consistencia

<table>
<tr><th>Formulación del problema</th><th>Objetivos</th><th>Hipótesis</th><th>Variables</th><th>Diseño metodológico</th></tr>
<tr><td>Problema general</td><td>Objetivos generales</td><td>Hipótesis general</td><td>Variable (V1):</td><td rowspan="5">Método de la investigación:
hipotético-deductivo
Enfoque de la investigación:
Cuantitativo

Tipo investigación:
Aplicativo

Diseño de la investigación:
no experimental, de corte transversal y alcance descriptivo-correlacional.
Población:
100 adultos mayores del centro integral de atención del adulto mayor de Jesús María
Muestra:
81 Adultos mayores</td></tr>
<tr><td rowspan="2">¿Cuál es la relación entre el nivel de kinesiofobia y la intensidad del dolor en los adultos mayores del Centro Integral del Adulto Mayor, Jesús María 2026?</td><td rowspan="2">Determinar la relación entre el nivel de kinesiofobia y la intensidad del dolor en los adultos mayores.</td><td>HI Existe relación entre el nivel de kinesiofobia y la intensidad del dolor en los adultos mayores del Centro Integral de atención del Adulto Mayor, Jesús María 2026.</td><td rowspan="2">Nivel de Kinesiofobia
Dimensiones:
1. Evitación de Actividad.
2. Enfoque Somático.</td></tr>
<tr><td>H0: No existe relación entre el nivel de kinesiofobia y la intensidad del dolor en los adultos mayores del Centro Integral de atención del Adulto Mayor, Jesús María 2026.</td></tr>
<tr><td>Problemas específicos</td><td>Objetivos específicos</td><td>Hipótesis específicas</td><td rowspan="2">Variable (V2): Intensidad del Dolor
Dimensión:
1. Intensidad Percibida.</td></tr>
<tr><td>PE1:¿Cuál es el nivel de kinesiofobia en los adultos mayores del Centro Integral de atención del Adulto Mayor, Jesús María 2026?</td><td>OE1: Identificar el nivel de kinesiofobia en los adultos mayores.</td><td>HI: Existe relación entre el nivel de kinesiofobia según su dimensión evitación de actividad y la intensidad del dolor en los adultos mayores del Centro Integral de atención del Adulto Mayor, Jesús María 2026.</td></tr>
</table>

PE2:¿Cuál es la intensidad del dolor en los adultos mayores del Centro Integral de atención del Adulto Mayor, Jesús María 2026?	**OE2**: Identificar la intensidad del dolor en los adultos mayores.	**H0**: No existe relación entre el nivel de kinesiofobia según su dimensión evitación de actividad y la intensidad del dolor en los adultos mayores del Centro Integral de atención del Adulto Mayor, Jesús María 2026.		**Muestreo:** Probabilístico de tipo aleatorio simple **Técnica:** Encuesta . **Instrumentos:** - V1: Escala de Tampa para Kinesiofobia (TSK-11). - V2: Escala Visual Analógica (EVA).
PE3:¿Cuáles son las características sociodemográficas de los adultos mayores del Centro Integral de atención del Adulto Mayor, Jesús María 2026?	**OE3:** Describir las características sociodemográficas de los adultos mayores.	**HI:** Existe relación entre el nivel del kinesiofobia según su dimensión enfoque somático y la intensidad del dolor en los adultos mayores del Centro Integral de atención del Adulto Mayor, Jesús María 2026.		
PE4:¿Cuál es la relación entre el nivel de kinesiofobia según su dimensión evitación de actividad y la intensidad del dolor en los adultos mayores del Centro Integral de atención del Adulto Mayor, Jesús María 2026?	**OE4**: Establecer la relación entre el nivel de kinesiofobia según su dimensión evitación de actividad y la intensidad del dolor en los adultos mayores.	**H0**: No existe relación entre el nivel del kinesiofobia según su dimensión enfoque somático y la intensidad del dolor en los adultos mayores del Centro Integral de atención del Adulto Mayor, Jesús María 2026.		
PE5:¿Cuál es la relación entre el nivel de kinesiofobia según su dimensión enfoque somático y la intensidad del dolor en los adultos mayores del Centro Integral de atención del Adulto Mayor, Jesús María 2026?	**OE5:** Establecer la relación entre el nivel de kinesiofobia según su dimensión enfoque somático y la intensidad del dolor en los adultos mayores.			

Anexo 2. Ficha de recolección

1. FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Proyecto: Relación entre el nivel de kinesiofobia y la intensidad del dolor en adultos mayores del CIAM, Jesús María 2026.

Investigador: Christiam Alexis Godoy Cabrera **Fecha:** ____ / ____ / 2026 |

Código de Participante: [CIAM - _____]

I. DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS Y CLÍNICOS

(Marque con una "X" o complete según corresponda)

1. **Edad:** _____ años

2. **Sexo:** ( ) Masculino ( ) Femenino

3. **Nivel de educación:** ninguna () primaria () secundaria ( ) técnico ( ) superior ( )

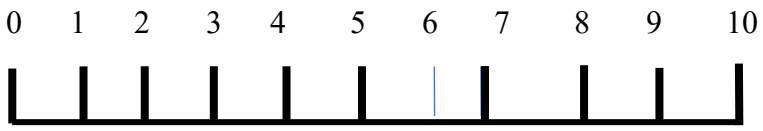
4. **Dolor crónico**: si ( ) no ( )

5. **Diagnostico o patología:** _____

Anexo 3. Instrumentos de evaluación

1. INTENSIDAD DEL DOLOR (Escala Visual Analógica - EVA)

Instrucción: De acuerdo a su sensación de dolor en la última semana, marque en el punto de la línea que mejor represente su intensidad de dolor, considerando que **0 es "Sin dolor"** y **10 es "El peor dolor imaginable"**.



Puntaje obtenido (Uso del investigador): _____

2. NIVEL DE KINESIOFOBIA (Escala de Tampa TSK-11)

Instrucción: A continuación, se presentan algunas afirmaciones sobre su dolor y su actividad física. Marque el número que mejor represente su opinión actual siguiendo esta escala:

- **1** = Totalmente en desacuerdo
- **2** = Algo en desacuerdo
- **3** = Algo de acuerdo
- **4** = Totalmente de acuerdo

N°	Ítem	1	2	3	4
1	Tengo miedo de que si hago ejercicio me pueda lesionar.				
2	Si intentara hacer ejercicio mi dolor aumentaría.				
3	Mi cuerpo me está diciendo que algo está mal.				
4	Mi dolor me indica que mi cuerpo está dañado.				
5	No es seguro para una persona en mi condición hacer ejercicio.				
6	Mi dolor aumentaría si hiciera ejercicio.				
7	El ejercicio físico no es seguro para mí.				
8	Si tuviera menos dolor podría hacer más cosas.				
9	Siento que mi dolor es una señal de daño grave.				
10	El ejercicio me causaría una lesión persistente.				
11	No debería moverme si siento dolor.				

Puntaje Total (Uso del investigador): _____ puntos.

Anexo 4. Consentimiento informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título del proyecto: Relación entre el nivel de kinesiofobia y la intensidad del dolor en adultos mayores del CIAM, Jesús María 2026.

Investigador responsable: Christiam Alexis Godoy Cabrera.

Institución: Universidad Privada Norbert Wiener.

1.INVITACIÓN

Estimado(a) participante:

Le invitamos a participar en un estudio de investigación titulado: "Nivel de kinesiofobia y la intensidad del dolor en los adultos mayores del Centro integral de atención del adulto mayor de Jesús María, 2026.", desarrollado por investigadores de la Universidad Privada Norbert Wiener S.A. (UPNW). A continuación, le proporcionamos información detallada sobre el estudio y su participación.

2. Información

2.1 Propósito del estudio: El objetivo general es determinar la relación existente entre el nivel de kinesiofobia y la intensidad del dolor crónico en los adultos mayores; mientras que los objetivos específicos se orientan a identificar el nivel de kinesiofobia e intensidad del dolor, así como la relación de las 2 dimensiones de kinesiofobia con la intensidad del dolor en el adulto mayor. los resultados se utilizarán para fundamentar el rediseño de los talleres de ejercicio terapéutico en el entorno municipal; permitiendo identificar barreras psicológicas y mejorar las estrategias de salud funcional para optimizar la autonomía de los participantes.

2.2 Duración del estudio: La elaboración del estudio será durante los meses de marzo a junio del año 2026.

2.3 Número esperado de participantes: Se estima la participación de 81 adultos mayores

2.4 Criterios de Inclusión y exclusión:

- Criterios de inclusión

- Adultos mayores que tengan entre 60 a 80 años
- Usuarios inscritos entre los meses de marzo a junio del 2026 en el centro integral de atención al adulto mayor de Jesús María.
- Presentar dolor de origen musculoesquelético, con una persistencia del síntoma mayor a tres meses de evolución.

- Capacidad cognitiva conservada que permita la comprensión y respuesta autónoma de los instrumentos de evaluación (TSK-11 y EVA).
- Aceptación voluntaria de participación mediante la firma del consentimiento informado.

- Criterios de exclusión:

- Adultos mayores con diagnóstico de dolor de origen oncológico o procesos tumorales activos.
- Adultos mayores con neuropatía diabética, radiculopatías severas o neuralgias.
- Adultos mayores con secuelas de ACV, Parkinson o lesiones medulares.
- Presencia de dolor agudo derivado de fracturas, traumatismos recientes o intervenciones quirúrgicas en los últimos tres meses.
- Discapacidades sensoriales (auditivas o visuales) no compensadas que limiten la aplicación de los cuestionarios.

2.5 Procedimiento

Si decide participar, se le solicitará responder una breve encuesta que tomará aproximadamente entre 10 y 15 minutos. En ella se le preguntará sobre su edad, el tipo de talleres que realiza y su percepción sobre el dolor y el movimiento mediante dos escalas: **EVA** Para medir qué tan intenso es su dolor y **TSK-11:** Para conocer sus creencias sobre el movimiento físico y las fichas se codificarán numéricamente para proteger la identidad del participante y se organizarán para su posterior procesamiento y análisis estadístico.

2.6 Riesgos: La investigación no conlleva ningún riesgo psicológico, emocional o físico, ya que no se realizarán procedimientos invasivos ni se aplicarán medicamentos y recalcando que puede desistir en cualquier momento durante la encuesta.

2.7 Beneficios: El participante obtendrá un conocimiento detallado sobre su nivel de miedo al movimiento y la severidad de su condición dolorosa; lo cual le permitirá recibir recomendaciones más precisas en sus terapias físicas habituales. asimismo, su colaboración contribuirá a la comunidad científica y al centro integral de atención al adulto mayor; proporcionando evidencia necesaria para crear programas de ejercicio más seguros y eficaces que ayuden a mitigar la discapacidad física en el distrito

2.8 Costos e incentivos: La participación no implicará ningún costo para usted, ni recibirá incentivos económicos ni materiales a cambio de su colaboración.

2.9 Confidencialidad: Su información será codificada para proteger su identidad. Si los resultados del estudio se publican, no se incluirá ninguna información que permita identificarlo. Los datos estarán disponibles solo para el equipo de investigación.

2.10 Derechos del participante: Su participación es completamente voluntaria. Puede negarse a participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin ninguna penalización o pérdida de derechos.

2.11 Preguntas/Contacto: Si tiene preguntas o inquietudes, puede comunicarse con el autor responsable Christiam Alexis Godoy Cabrera al 992808378 o escribir al correo Christiam.tf@gmail.com. También, puede contactar al Comité de Ética que validó este estudio a través del Presidente del Comité Institucional de Ética e Integridad Científica de la UPNW, al correo comite.etica@uwiener.edu.pe

2.12 Ocurrencias/Reclamos: En caso de existir alguna ocurrencia o reclamo, puede contactar al Comité de Ética que validó este estudio a través del Presidente del Comité Institucional de Ética e Integridad Científica de la UPNW, al correo comite.etica@uwiener.edu.pe

3. Declaración del consentimiento

Declaro haber leído y comprendido el contenido de este Formulario de Consentimiento Informado. He recibido una explicación clara sobre el objetivo, procedimiento y finalidad del estudio, así como respuesta a todas mis preguntas. Entiendo que mi participación es voluntaria y tengo derecho a retirar mi consentimiento en cualquier momento, sin que esto me perjudique de ninguna manera. Recibiré una copia firmada de este Formulario.

Firma del Participante	**Firma del investigador**
Nombre:	**Christiam Alexis Godoy Cabrera**
DNI:	**DNI: 70444717**

Anexo 5. Carta de aprobación de la institución para la recolección de los datos

Municipalidad de
Jesús María

Proveido N°883-2026--MDJM-GDHPS-SGSBS
Proveido N°231-2026-MDJM-GDHPS
DOCUMENTO 2026-07970

Sr Christian Alexis Godoy Cabrera, identificado con DNI 70444717; estudiante de la Universidad Privada Norbert Wiener; carrera profesional de Terapia Física y Rehabilitación.

Tengo el agrado de dirigirme a usted, a fin de informar que en respuesta al documento en referencia; enviado por su persona a la municipalidad de Jesús María; solicitando se le brinden las facilidades para realizar la recolección de datos de su trabajo de investigación; mediante encuestas breves a los adultos mayores que asisten al CIAM de Jesús María.

Cabe precisar que para la municipalidad de Jesús María es importante brindar actividades en beneficio de nuestros adultos mayores; lo cual nos permite mejorar la calidad de nuestros servicios promoviendo un envejecimiento de calidad.

Como respuesta al documento se le brinda las facilidades del caso; quedando en adelante las coordinaciones internas con mi persona.

Sin otro particular, aprovecho la oportunidad para reiterarle los sentimientos de mi especial consideración.

Ynés Coba Cuestas
Lic. en Enfermería
CEP 37889

Lic. Ynés Coba C.
Coordinadora del CIAM-Jesús María
Teléfono: 987199674

Anexo 6. Carta de constancia de aprobación del proyecto de investigación

Universidad Norbert Wiener

COMITÉ INSTITUCIONAL DE ÉTICA E INTEGRIDAD CIENTÍFICA

CONSTANCIA DE APROBACIÓN DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Lima, 03 de junio del 2026.

Autor o autores:
CHRISTIAM ALEXIS GODOY CABRERA

Exp. Nº: 1398 - 2026.

De mi consideración:
Es grato dirigirme a usted para informarle que el Comité Institucional de Ética e Integridad Científica (CIEIC) de la Universidad Privada Norbert Wiener, luego de la evaluación correspondiente, **APRUEBA** el siguiente proyecto de investigación:

Título del proyecto: "**NIVEL DE KINESIOFOBIA Y LA INTENSIDAD DEL DOLOR EN LOS ADULTOS MAYORES DEL CENTRO INTEGRAL DE ATENCIÓN DEL ADULTO MAYOR, JESÚS MARÍA 2026.**"
Versión Nro. 1, aprobada por el asesor en fecha 19/05/ 2026.

La **APROBACIÓN** otorgada por el CIEIC comprende la verificación del cumplimiento de las buenas prácticas éticas, la adecuada evaluación del balance riesgo/beneficio, la idoneidad del equipo de investigación y la protección de la confidencialidad y manejo de los datos, entre otros aspectos éticos y metodológicos pertinentes.

El autor o autores deberán considerar lo siguiente:

a) La aprobación tiene una vigencia de veinticuatro (24) meses contados desde la fecha de emisión de la presente constancia. Esta vigencia es exclusiva para los procedimientos éticos evaluados y no sustituye ni aplica a trámites administrativos ante otras áreas institucionales, como la Jefatura de Grados y Títulos.
b) Cualquier modificación al proyecto aprobado deberá ser presentada como enmienda ante el CIEIC y no podrá ejecutarse sin aprobación previa.
c) La presente constancia no garantiza la aceptación del estudio por parte de las instituciones donde se proyecte realizar la investigación.
d) Antes de iniciar la ejecución del proyecto, el autor o autores deberán contar, de corresponder, con la carta o constancia de autorización institucional del lugar donde se realizará el estudio y con la validación del instrumento, conforme a la naturaleza y características del proyecto.

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

Atentamente,

Mg. Angelica Karina Minaya Galarreta
Presidente
Comité Institucional de Ética e Integridad Científica
Universidad Privada Norbert Wiener

1/1

Anexo 7. Reporte de Turnitin

tesis Godoy TURNITIN.docx

Universidad Wiener

Detalles del documento

Identificador de la entrega
trn:oid:::14912:604025178

Fecha de entrega
1 jul 2026, 10:22 a.m. GMT-5

Fecha de descarga
1 jul 2026, 10:25 a.m. GMT-5

Nombre del archivo
tesis Godoy TURNITIN.docx

Tamaño del archivo
38.4 KB

10 páginas

3180 palabras

17.053 caracteres

8% Similitud general

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para ca...

Filtrado desde el informe

- Bibliografía
- Texto citado
- Texto mencionado
- Coincidencias menores (menos de 10 palabras)

Fuentes principales

7% Fuentes de Internet
2% Publicaciones
5% Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

Marcas de integridad

N.º de alertas de integridad para revisión

No se han detectado manipulaciones de texto sospechosas.

Los algoritmos de nuestro sistema analizan un documento en profundidad para buscar inconsistencias que permitirían distinguirlo de una entrega normal. Si advertimos algo extraño, lo marcamos como una alerta para que pueda revisarlo.

8% Similitud general

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para ca...

Filtrado desde el informe

- Bibliografía
- Texto citado
- Texto mencionado
- Coincidencias menores (menos de 10 palabras)

Fuentes principales

7% Fuentes de Internet
2% Publicaciones
5% Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

Marcas de integridad

N.º de alertas de integridad para revisión

No se han detectado manipulaciones de texto sospechosas.

Los algoritmos de nuestro sistema analizan un documento en profundidad para buscar inconsistencias que permitirían distinguirlo de una entrega normal. Si advertimos algo extraño, lo marcamos como una alerta para que pueda revisarlo.

Una marca de alerta no es necesariamente un indicador de problemas. Sin embargo, recomendamos que preste atención y la revise.

Fuentes principales

7% Fuentes de Internet
2% Publicaciones
5% Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

Fuentes principales

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

1 Internet
api-repositorio.unapiquitos.edu.pe 2%

2 Internet
repositorio.upsc.edu.pe 1%

3 Trabajos entregados
Universidad Privada San Juan Bautista on 2026-03-03 <1%

4 Internet
eprints.uanl.mx <1%

5 Internet
exactitudeconsultancy.com <1%

6 Internet
alicia.concytec.gob.pe <1%

7 Trabajos entregados
Foundation University, Islmabad on 2025-09-28 <1%

8 Internet
www.medicinaclinicaysocial.org <1%

9 Trabajos entregados
Universidad Nacional Agraria de la Selva on 2026-05-27 <1%

10 Internet
encolombia.com <1%

11 Internet
revistabiomedica.org <1%