



Universidad
Norbert Wiener

Powered by **Arizona State University**

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

Tesis

Kinesiofobia y calidad de vida en pacientes con lumbalgia inespecífica que asisten a un centro privado de fisioterapia. Surquillo. 2024

Para optar el Título Profesional de

Licenciada en Tecnología Médica en Terapia Física y Rehabilitación

Presentado por:

Autora: Condorchoa Sánchez, Ana Cesilia

Código ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9362-1986>

Asesor: Mg. Puma Chombo, Jorge Eloy

Código ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8139-1792>

Lima – Perú

2024

 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, Ana Cesilia Condorchoa Sánchez 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 lumbalgia inespecífica que asisten a un centro privado de fisioterapia. Surquillo. 2024.” Asesorado por el docente: Jorge Eloy Puma Chombo DNI 42717285 ORCID 0000-0001-8139-1792 tiene un índice de similitud de (9) (nueve) % con código 14912:385026886 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
 Ana Cesilia Condorchoa Sánchez
 DNI: 47530817



.....
 Firma
 Jorge Eloy Puma Chombo
 DNI: 42717285

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

Es obligatorio utilizar adecuadamente los filtros y exclusión del turnitin: excluir las citas, la bibliografía y las fuentes que tengan menos de 1% de palabras. EN caso se utilice cualquier otro ajuste o filtros, debe ser debidamente justificado en el siguiente recuadro.

En el reporte turnitin se ha excluido manualmente como se observa en la parte final del mismo lo que compone a la estructura del modelo de tesis de la universidad, como instrucciones o material de plantilla, redacción común o material citado, que no compromete la originalidad de la tesis.

Lima, 23 de septiembre de 2024

Dedicatoria

El presente trabajo va dedicado a mis padres Isabel y Benedicto, que siempre por inculcarme buenos valores, por brindarme su apoyo incondicional y por hacerme sentir que puedo hacer muchas cosas si me lo propongo.

Agradecimiento

A Dios, por mantener con salud y por darme mucha fortaleza y perseverancia en esos momentos que sentía no poder más.

A mi asesor, El Mg. Jorge Puma Chombo, por su apoyo y paciencia durante la realización de este trabajo.

A la Gerente General del centro de terapia física FISIOANDAR, Raquel Romyna López Valdez por permitirme realizar la ejecución de mi trabajo de investigación.

Y a todas las personas que hicieron posible la culminación de este trabajo de investigación.

INDICE	
Resumen.....	1
Abstract.....	2
INTRODUCCIÓN	3
CAPITULO I: EL PROBLEMA.....	4
1.1. Planteamiento del problema.....	4
1.2. Formulación del problema	6
1.2.1 Problema general	6
1.2.2 Problemas específicos.....	6
1.3. Objetivos de la investigación	6
1.3.1 Objetivo general	6
1.3.2 Objetivos específicos	7
1.4. Justificación de la investigación.....	7
1.4.1 Teórica	7
1.4.2 Metodológica	8
1.4.3 Práctica	8
1.5. Limitaciones de la investigación	8
CAPITULO II: MARCO TEÓRICO	9
2.1. Antecedentes	9
2.1.1. Antecedentes internacionales	9
2.1.2. Antecedentes nacionales.....	10
2.2. Bases teóricas	11
2.2.1 Columna lumbar	11
2.2.2. Lumbalgia.....	12
2.2.3. Kinesiofobia.....	13
2.2.4. Escala Tampa para kinesiofobia	14
2.2.5. Dolor lumbar y kinesiofobia.....	14
2.2.6. Calidad de vida	14
2.2.7. Cuestionario de Salud SF- 36	15
2.2.8. Calidad de vida y kinesiofobia	15
2.3. Formulación de hipótesis	15
2.3.1 Hipótesis general	15
2.3.2 Hipótesis específicas.....	16
CAPITULO III: METODOLOGÍA	17
3.1. Método de la investigación	17

3.2. Enfoque de la investigación	17
3.3. Tipo de investigación	17
3.4. Diseño de la investigación	17
Gráfico 1. Diseño.....	18
3.5. Población, muestra y muestreo	18
3.5.1. Población	18
3.5.3. Muestreo	19
3.5.4. Criterios de inclusión.....	19
3.5.5. Criterio de exclusión.....	19
3.6. Variables y operacionalización	20
3.7. Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	23
3.7.1. Técnica.....	23
3.7.2. Descripción de los instrumentos.....	23
3.7.3 Validación.....	27
3.7.4 Confiabilidad	27
3.8. Plan de procesamiento y análisis de datos	28
3.9. Aspectos éticos.....	28
CAPITULO IV: PRESENTACIÓN Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS	29
4.1. Resultados.....	29
4.1.1. Análisis descriptivo de resultados.....	29
4.1.2. Prueba de hipótesis	38
4.1.3. Discusión de resultados.....	42
CAPITULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	43
5.1 Conclusiones	43
5.2 Recomendaciones	44
REFERENCIAS.....	45
ANEXO I: MATRIZ DE CONSISTENCIA.....	57
ANEXO II: INSTRUMENTOS.....	59
ANEXO III: VALIDEZ DEL INSTRUMENTO.....	64
ANEXO IV: NORMALIDAD DEL INSTRUMENTO	67
ANEXO V: APROBACIÓN DEL COMITÉ DE ÉTICA	68
ANEXO VI: CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	69
ANEXO VII: SOLICITUD AL CENTRO DE FISIOTERAPIA FISIOANDAR.....	72
ANEXO VIII: INFORME DE ASESOR DE TURNITIN.....	73

INDICE DE TABLAS

Tabla 1.	Edad de los pacientes.....	29
Tabla 2.	Género de los pacientes	30
Tabla 3.	Ocupación de los pacientes.....	31
Tabla 4.	Toma de medicamentos	32
Tabla 5.	Nivel de dolor	33
Tabla 6.	Cronicidad de dolor	34
Tabla 7.	Comorbilidad de los pacientes.....	35
Tabla 8.	Nivel de kinesiofobia.....	36
Tabla 9.	Calidad de vida	37
Tabla 10.	Correlación entre kinesiofobia y calidad de vida en los pacientes con lumbalgia inespecífica... ..	39
Tabla 11.	Correlación entre kinesiofobia y la dimensión salud física de la calidad de vida en los pacientes con lumbalgia inespecífica	40
Tabla 12.	Correlación entre kinesiofobia y la dimensión salud mental de la calidad de vida en los pacientes con lumbalgia inespecífica	41

INDICE DE FIGURAS

Figura 1.	Edad de los pacientes.....	30
Figura 2.	Género de los pacientes	31
Figura 3.	Ocupación de los pacientes.....	32
Figura 4.	Toma de medicamentos	33
Figura 5.	Nivel de dolor	34
Figura 6.	Cronicidad de dolor	35
Figura 7.	Comorbilidad de los pacientes.....	36
Figura 8.	Nivel de kinesiofobia.....	37
Figura 9.	Calidad de vida	38

Resumen

Objetivo: Determinar la relación entre kinesiofobia y calidad de vida en pacientes con lumbalgia inespecífica.

Materiales y métodos: Se realizó el estudio en 80 pacientes con lumbalgia inespecífica de un centro de terapia física y rehabilitación. Se realizó encuestas mediante los instrumentos “Escala Tampa para kinesiofobia” para evaluar el nivel de kinesiofobia y el “Cuestionario de Salud SF-36” para evaluar el nivel de calidad de vida. Fue un estudio de método hipotético- deductivo, de enfoque cuantitativo de tipo aplicada, correlacional diseño no experimental de corte transversal. Los datos se analizaron mediante el programa SPSS.

Resultados: En este estudio encontramos que el nivel de kinesiofobia es alto con un 52,5% en los pacientes. El 65.0% fueron del género femenino y el 12.5% de los pacientes tenía 38 años siendo este la mayor población. Además, se observó que el 100% de los pacientes tenían buena calidad de vida.

Conclusión: Se halló que existe relación entre kinesiofobia y calidad de vida en pacientes con lumbalgia inespecífica de los pacientes del centro privado de fisioterapia.

Palabras claves: *Kinesiofobia, calidad de vida, lumbalgia inespecífica*

Abstract

Objective: To determine the relationship between kinesiophobia and quality of life in patients with non-specific low back pain.

Materials and methods: The study was carried out in 80 patients with non-specific low back pain in a physical therapy and rehabilitation center. Surveys were carried out using the "Tampa Kinesiophobia Scale" to evaluate the level of kinesiophobia and the "SF-36 Health Questionnaire" to evaluate the level of quality of life. It was a study of hypothetical-deductive method, quantitative approach of applied type, correlational non-experimental cross-sectional design. The data were analyzed using SPSS software.

Results: In this study we found that the level of kinesiophobia was high with 52.5% of the patients. 65.0% were female and 12.5% of the patients were 38 years old, this being the largest population. In addition, it was observed that 100% of the patients had good quality of life.

Conclusions: It was found that there is a relationship between kinesiophobia and quality of life in patients with non-specific low back pain in patients of the private physical therapy center.

Key words: *Kinesiophobia, quality of life, non-specific low back pain.*

INTRODUCCIÓN

El dolor lumbar es una lesión musculoesquelética frecuente a nivel mundial. Según la OMS, hay un porcentaje considerable de personas que asisten a consultas médicas recurrentemente por este tipo de dolencia, teniendo como consecuencia la limitación funcional, y así mismo perjudica la calidad de vida en diferentes personas independientemente del género y edad.

En diversas investigaciones sobre personas con dolor lumbar, se ha encontrado un porcentaje considerable de nivel alto de kinesiofobia, que es el miedo de realizar movimientos corporales por la creencia que agravará la sintomatología, y por lo tanto estaría produciendo la reducción de la actividad física.

Es por este motivo, que este trabajo de investigación tendrá como objetivo “Determinar la relación entre kinesiofobia y calidad de vida en pacientes con lumbalgia inespecífica de un centro privado de fisioterapia. Surquillo. 2024”.

Durante la redacción se planteó la problemática a nivel internacional, nacional y local, así como las bases teóricas, justificación de la investigación y limitaciones. Además, se expone los antecedentes internacionales y nacionales relacionados con kinesiofobia y calidad de vida, bases teóricas y los instrumentos utilizados para cada una de nuestras variables.

Finalmente, se observa el análisis de nuestros resultados, la discusión, conclusiones y recomendaciones según los datos obtenidos.

Por lo ya expuesto, este estudio tendrá un aporte sobre esta problemática en pacientes con dolor lumbar inespecífico e informarnos como esto puede influir en la calidad de vida ya que no se han encontrado estudios similares en nuestro país, sirviendo, así como un antecedente para futuras investigaciones.

CAPITULO I: EL PROBLEMA

1.1. Planteamiento del problema

El dolor lumbar es un problema de salud a nivel mundial con mayor frecuencia de consultas externas en centros médicos públicos y privados, causando limitación funcional, problemas de incapacidad lumbar en distintos grados, y alteración de la calidad de vida de las personas que la padecen (1).

Según la OMS, el dolor lumbar tiene una prevalencia elevada a nivel mundial, afectando a personas que están entre los 50 a 55 años de edad, es así que aproximadamente hay 619 millones de personas en el mundo que sufren de lumbalgia, siendo causa principal de discapacidad, limitación de movilidad y destreza corporal, afectando la calidad de vida, bienestar mental y participación social (2)(3).

En África, consideran que la kinesiofobia es una enfermedad repetitiva, donde el 70,83% de pacientes la presentan con factores asociados como el dolor, la hipertensión, el sexo y la edad, por lo tanto, concluyen que la calidad de vida está afectada en esta población (4).

En la India, las personas de tercera edad presentan dolor musculoesquelético entre un 65% a 85% y dolor lumbar entre el 36% a 70%; los varones y mujeres presentan kinesiofobia en un porcentaje elevado, con un 82% y 85% respectivamente, es así que se ve afectado las actividades diarias como levantar objetos, sentarse y viajar, conllevando esto a una discapacidad (5).

En México, el dolor lumbar ocupa el segundo lugar en consultas médicas ortopédicas, quinta en hospitalización y tercero en procedimientos quirúrgicos, afectando, aunque sea una vez en su vida al 84% de las personas, los cuales solo el

10% tienden a ser dolores crónicos, y con una mala calidad de vida en el 36,7% de las personas (6)(7).

En Chile, la lumbalgia es prevalente como dolor crónico musculoesquelético, que afecta físicamente al 17,9% de la población general, a su vez se menciona que el factor psicológico como la kinesiofobia viene acompañado de conductas evitativas y alertas ante el dolor, causando discapacidad, aumento de rigidez y disminución de la actividad (8).

El Ministerio de Salud del Perú mediante una resolución directoral menciona que la epidemiología de las personas que sufren dolor lumbar afecta al 70% a 80% de la población durante su vida, el cual es más frecuente en el sexo femenino, entre un rango de 20 a 40 años de edad (9).

En nuestro país, se han realizado estudios sobre el nivel de kinesiofobia con respecto al dolor lumbar en adultos mayores, donde se halló un alto nivel de kinesiofobia con un 73,3%, afectando más a las mujeres, causando reducción de su actividad física (10).

En otro estudio sobre la calidad de vida relacionado al bienestar psicológico, menciona que los jóvenes que padecen más de dolor lumbar son las mujeres, y que la mayoría de los jóvenes tienen una calidad de vida regular debido a la presencia de molestias físicas, afectando su vida académica y laboral (11).

Por lo antes mencionado, es de interés del investigador estudiar la relación entre “kinesiofobia y calidad de vida en los pacientes con lumbalgia inespecífica que asisten a un centro privado de fisioterapia de surquillo 2024”, con la finalidad de saber que tan afectados se encuentra esta población con respecto a este problema.

1.2. Formulación del problema

1.2.1 Problema general

¿Cuál es la relación entre kinesiofobia y calidad de vida en pacientes con lumbalgia inespecífica que asisten a un centro privado de fisioterapia surquillo 2024?

1.2.2 Problemas específicos

- ¿Cuáles son las características sociodemográficas de pacientes con lumbalgia inespecífica que asisten a un centro privado de fisioterapia surquillo 2024?
- ¿Cuál es el nivel de kinesiofobia de pacientes con lumbalgia inespecífica que asisten a un centro privado de fisioterapia surquillo 2024?
- ¿Cuál es el nivel de calidad de vida de pacientes con lumbalgia inespecífica que asisten a un centro privado de fisioterapia surquillo 2024?
- ¿Cuál es la relación entre kinesiofobia y la dimensión salud física de la calidad de vida en pacientes con lumbalgia inespecífica que asisten a un centro privado de fisioterapia surquillo 2024?
- ¿Cuál es la relación entre kinesiofobia y la dimensión salud mental de la calidad de vida en pacientes con lumbalgia inespecífica que asisten a un centro privado de fisioterapia surquillo 2024?

1.3. Objetivos de la investigación

1.3.1 Objetivo general

Determinar la relación entre kinesiofobia y calidad de vida en pacientes con lumbalgia inespecífica.

1.3.2 Objetivos específicos

- Identificar las características sociodemográficas en pacientes con lumbalgia inespecífica.
- Identificar el nivel de kinesiofobia en pacientes con lumbalgia inespecífica.
- Identificar el nivel de calidad de vida en pacientes con lumbalgia inespecífica.
- Identificar la relación entre kinesiofobia y la dimensión salud física de la calidad de vida en pacientes con lumbalgia inespecífica.
- Identificar la relación entre kinesiofobia y la dimensión salud mental de la calidad de vida en pacientes con lumbalgia inespecífica.

1.4. Justificación de la investigación

1.4.1 Teórica

Kinesiofobia es el miedo al realizar algún movimiento corporal, por pensar que traerá como consecuencia la presencia de dolor y/o una nueva lesión (12).

Calidad de vida (CV) es la idea subjetiva que tiene la persona de su estado de salud físico y mental teniendo presente su condición actual o por alguna enfermedad y/o lesión (13).

Este estudio buscó ampliar los conocimientos de kinesiofobia y CV en personas con algia en la zona lumbar, este servirá como fuente de consulta de los investigadores en un futuro de la carrera de Terapia Física y Rehabilitación, y otras áreas de salud.

1.4.2 Metodológica

Es un estudio de corte transversal, usó los instrumentos para kinesiofobia y calidad de vida a la “Escala Tampa para Kinesiofobia” y el “Cuestionario de Salud SF- 36”, pasó por un juicio de tres expertos para su validez, más una ficha elaborada por el autor para adquirir datos personales de los pacientes. La confiabilidad se realizó a través de una prueba piloto. De esta manera ambos instrumentos podrán ser utilizados a futuro por otros investigadores en estudios similares.

1.4.3 Práctica

Esta investigación tuvo como objetivo “Determinar la relación entre kinesiofobia y calidad de vida en pacientes con lumbalgia inespecífica”, y partir de los resultados obtenidos servirá para brindar programas preventivos y promocionales, el cual incluirá charlas de coaching y talleres para mejorar y aumentar el movimiento corporal ante la presencia de dolor, incluyendo programas de equilibrio, estabilidad, coordinación, y movilidad articular dinámica con la finalidad de disminuir el temor al moverse y la concentración en el dolor, y lograr entender la importancia del movimiento en un tratamiento fisioterapéutico para combatir las dolencias, con el objetivo de tener una mejor salud física y mental.

1.5. Limitaciones de la investigación

Para la realización de este trabajo de investigación se encontraron algunas limitaciones, como la poca asistencia y la organización de los horarios de los pacientes que asisten al centro de fisioterapia, la falta de tiempo de los pacientes para el llenado de las encuestas, por lo que generó que demore más días de lo planificado.

CAPITULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes

2.1.1. Antecedentes internacionales

Alaca et al. (14) tuvieron como objetivo “Identificar la asociación entre la gravedad del nivel de discapacidad y el miedo al movimiento y las creencias de dolor lumbar crónico”. Realizaron una investigación hipotética y deductiva, donde los resultados fueron medidos estadísticamente en un determinado tiempo y espacio, no fue un estudio experimental. Fueron estudiados 89 pacientes que presentaban dolor crónico en la zona lumbar, tenían edades de 16 a 42 años, en el país de Turquía. Utilizaron cinco instrumentos la “Escala Visual Analógica”, “Escala Tampa para Kinesiofobia”, “Cuestionario de Creencia en el dolor”, “Índice de Discapacidad de Oswestry” y el “Formulario Corto SF- 36”. Se encontró una relación positiva entre los niveles de kinesiofobia, edad y las creencias de dolor ($r: -0,250/ p<0.05$). Concluyeron que hay un alto nivel de kinesiofobia y creencia del dolor, además, piensan que una terapia cognitiva-conductual puede disminuir la kinesiofobia en el dolor lumbar.

Ipek et al. (15) tuvieron como objetivo “Explorar los efectos del dolor lumbar en el nivel de incapacidad funcional y la calidad de vida en enfermeras”. Hicieron un estudio descriptivo, en una población de 514 enfermeras en Turquía. Utilizaron los instrumentos de la “Escala de Calidad de Vida SF- 36”, un formulario de información personal y el “Índice de Discapacidad de Oswestry”. Encontraron que el 85,4% de las enfermeras padecieron dolor lumbar una vez en su vida, el 57,8% tenía dolor lumbar más frecuente, obtuvieron un alto puntaje en la parte emocional de la CV, la mayoría tuvieron una leve discapacidad. Concluyeron que la lumbalgia perjudica la CV y causa discapacidad en el personal de enfermería; por lo tanto, recomendaron precauciones para mejorar su funcionalidad y CV.

Varallo et al. (16) tuvieron como objetivo “Explorar la contribución de la kinesiofobia y el dolor catastrófico para explicar la intensidad del dolor y la discapacidad relacionada con el dolor en el dolor lumbar crónico asociado a la obesidad”. Realizaron una investigación transversal con 106 personas con obesidad y dolor lumbar crónico en Italia. Utilizaron la “Escala Numérica de Calificación del Dolor”, el “Cuestionario de Discapacidad de Ronald Morris”, la “Escala Tampa para Kinesiofobia” y la “Escala de catastrófica de dolor”. Encontraron que la kinesiofobia tenía relación con el grado de dolor y el nivel de discapacidad. Concluyeron que la existencia de kinesiofobia repercute en la recuperación de los individuos con dolor lumbar crónico y con obesidad.

2.1.2. Antecedentes nacionales

Díaz (17) tuvo como objetivo “Determinar el nivel de kinesiofobia en pacientes con lumbalgia inespecífica del centro de medicina física y rehabilitación SEMARCA, Lima 2021”. Realizó un estudio deductivo, básico, cuantitativo y prospectivo en 80 pacientes con dolor lumbar inespecífico. Usó el instrumento de “Escala Tampa para Kinesiofobia”. Como resultado el 56,3% tenían un nivel bajo de kinesiofobia, siendo el 35% mujeres y 21% varones y el 43,7% tenían un alto nivel de kinesiofobia con el 19% en mujeres y 25% de varones. Pudo concluir que los varones representaban la minoría del grupo de pacientes y además tenían un alto nivel de kinesiofobia.

Gutiérrez (18) tuvo como objetivo “Determinar la relación entre la actividad física y kinesiofobia en el personal administrativo con lumbalgia inespecífica de una universidad de Lima Metropolitana – 2022”. Realizó un estudio no experimental, correlacional, hipotético, cualitativo, transversal y tipo aplicada, en 80 trabajadores. Utilizó el instrumento “IPAQ” y la

“Escala Tampa para Kinesiofobia”. Obtuvo como resultados que las mujeres representaban el 62,5% y los varones el 37,5%, el promedio de la edad fue 35,18 años, el 25% tiene nivel de actividad física alta, 48,8% presentó baja kinesiofobia y el 51,2% alta kinesiofobia. Pudo concluir que hay poca relación entre actividad física y kinesiofobia en los trabajadores.

Tipula (19) tuvo como objetivo “Determinar la relación entre la kinesiofobia y la incapacidad funcional en pacientes con lumbalgia del Centro de Rehabilitación Física Neurológica - CERFINEURO, 2021”. La investigación fue hipotético- deductivo, los resultados fueron obtenidos estadísticamente, no fue experimental y buscaron la relación de las dos variables en ochenta pacientes entre 20 a 60 años. Utilizó la “Escala Tampa para Kinesiofobia” y “Cuestionario de Oswestry”. Como resultados obtuvo que el 11% tenía un baja kinesiofobia y el 89% tenía un alto nivel, y el 55% mayor limitación funcional. Pudo concluir que si existe correlación entre kinesiofobia e incapacidad funcional en las personas que presentan dolor lumbar.

2.2. Bases teóricas

2.2.1 Columna lumbar

La columna lumbar (CL) está constituida por cinco vértebras (L1- L5) y pertenece a la tercera región de la columna vertebral; el cuerpo vertebral es mayor en comparación con las vértebras de las región cervical, dorsal, sacro y coccígea, divididos por los discos intervertebrales que permiten transmitir y soportar mayor carga de la parte superior del cuerpo. La dinámica de la CL comprende los movimientos de flexión, extensión, lateralización y rotación, dentro de los grados de movimiento que la estructura anatómica lo permita (20).

2.2.2. Lumbalgia

Se define con un conjunto de manifestaciones clínicas en el sistema musculoesquelético, como el dolor principalmente, localizado en la espalda baja o zona lumbar, donde a menudo compromete la región de los glúteos ocasionando limitación funcional. Según su duración, el dolor puede ser agudo, presentándose síntomas leves a moderados ocasionado por traumatismo o sobreesfuerzos durante las primeras seis semanas, dolor subagudo dura 12 semanas y el dolor crónico, que es más complejo y tiende a durar más de tres meses, en el cual la parte cognitiva, emocional y social influye en la persistencia del dolor (21)(22).

El dolor es reconocido por los nociceptores interpretando esta sensación como algo desagradable a nivel del sistema nervioso, esto puede localizarse a nivel de: discos intervertebrales, huesos, músculos, tendones, ligamentos y raíz nerviosa (23).

Los factores de riesgo físicos son: la debilidad muscular del área abdominal y de la columna vertebral, la obesidad, mala higiene postural; entre los factores ocupacionales se encuentra la acción de cargar objetos pesados, estar sentado prolongadamente, exposición a frecuencias de estímulos vibratorios y el sedentarismo (24).

La lumbalgia inespecífica no se atribuye a una enfermedad o lesión determinada, como podría ser la presencia de algún tumor, fracturas, presencia de escoliosis, síndromes radicales, o enfermedades reumatológicas, si no por la presencia de dolor que varía su intensidad debido a la función y actividades que se realiza, ocasionando síntomas durante el movimiento (25).

2.2.3. Kinesiofobia

Es el miedo irracional y excesivo, causa debilidad y fragilidad en una persona al sentirse vulnerable ante el dolor o miedo por ocasionar una nueva lesión. Este miedo durante la realización de una actividad o movimiento corporal, ocasiona un deterioro del aspecto físico, psicológico por creer que el movimiento va a producir más dolor, creando una conducta de reposo exagerada, provocando cronicidad de la enfermedad y/o lesión, discapacidad y depresión (26)(27).

Entre las dimensiones de kinesiofobia tenemos: evitación de la actividad, que es el miedo a moverse por evitar el dolor o aumentar el daño físico; y el enfoque somático, que comprende el pensamiento de que existe problemas de salud de gran importancia, por lo tanto, la persona evita realizar movimientos (28).

2.2.3.1. Los factores que repercuten en la presencia de kinesiofobia

Psicosocial: está relacionado con el estado emocional de la persona, lo cual, genera pensamientos negativos ante la presencia de una amenaza hacia su salud, generando una alteración de la percepción de la misma, acompañado de ansiedad, depresión, afectando su calidad de vida (29).

Predictivo: está relacionado con la presencia de dolor durante el movimiento, lo cual hace que la persona evite moverse y pueda llegar a una discapacidad. Esto servirá como un factor de pronóstico para ver la capacidad del paciente ante este evento (29).

Físico: mediante la conducta de evitación o de defensa ante el dolor, se determina la disminución del movimiento de las estructuras musculoesqueléticas afectadas, comprometiendo la funcionalidad física de la persona (29).

2.2.4. Escala Tampa para kinesiophobia

Esta escala fue creada por “Miller, Kori y Todd” en 1991, como un documento que permitía valorar el temor al movimiento o el pensamiento de la existencia de una nueva lesión relacionada con algia. Está conformada por dos subescalas: evitación de la actividad y el enfoque somático, en un total de 17 ítems, donde la puntuación igual a 17 nos dice que no hay kinesiophobia y la puntuación de 68 da a entender que hay un miedo extremo al realizar movimientos (30).

2.2.5. Dolor lumbar y kinesiophobia

En algunos estudios se ha encontrado un alto nivel de kinesiophobia en personas con dolor lumbar, mostrando miedo o evitación al realizar movimientos simples, además, la presencia de kinesiophobia causa la reagudización del dolor lumbar, es por eso que estaban considerando importante tratar en base a una terapia cognitiva conductual para disminuir los efectos del temor al movimiento (31)(32).

2.2.6. Calidad de vida

La CV es “la percepción que tiene una persona de su condición de la vida según su estado físico, psíquico, social y espiritual”. La CV es importante en el área de la salud, porque va a permitir la efectividad de un tratamiento en una persona enferma, para mejorar el grado de independencia funcional (33).

2.2.7. Cuestionario de Salud SF- 36

Es un instrumento que mide la CV de forma general, tiene varias dimensiones compuesto por 36 ítems. Está dividido en dimensión física y dimensión mental, dividiéndose a su vez en ocho sub escalas, dentro de ellas está el funcionamiento físico, limitación de función física, dolor del cuerpo, salud de forma general, energía/ fatiga o vitalidad, funcionamiento social, limitación emocional, bienestar emocional o salud mental, y una pregunta a parte que compara la condición de salud actual y pasada. La puntuación va del 0- 100 indicando si hay una peor o mejor calidad de vida relacionado a la salud (34).

2.2.8. Calidad de vida y kinesiofobia

Diferentes estudios se han podido observar que los pacientes evitan el movimiento corporal por no sentir dolor, lo cual se presenta como una amenaza constante durante sus actividades cotidianas. La kinesiofobia se crea por una mala experiencia o por el entorno social, presentándose en diferentes edades. Se ha demostrado que afecta negativamente en la CV de la persona, conduciendo a una discapacidad y limitación física y social, es por eso que el miedo a moverse se considera una barrera para los tratamientos de rehabilitación, pero esa barrera puede cambiarse durante el tiempo (35).

2.3. Formulación de hipótesis

2.3.1 Hipótesis general

- **Hi:** Existe relación entre kinesiofobia y calidad de vida en pacientes con lumbalgia inespecífica que asisten a un centro privado de fisioterapia surquillo 2024.

- **Ho:** No existe relación entre kinesiofobia y calidad de vida en pacientes con lumbalgia inespecífica que asisten a un centro privado de fisioterapia surquillo 2024.

2.3.2 Hipótesis específicas

- Hi1: Existe relación entre kinesiofobia y la dimensión salud física de la calidad de vida en pacientes con lumbalgia inespecífica.
- Ho1: No existe relación entre kinesiofobia y la dimensión salud física de la calidad de vida en pacientes con lumbalgia inespecífica.
- Hi2: Existe relación entre kinesiofobia y la dimensión salud mental de la calidad de vida en pacientes con lumbalgia inespecífica.
- Ho2: No existe relación entre kinesiofobia y la dimensión salud mental de la calidad de vida en pacientes con lumbalgia inespecífica.

CAPITULO III: METODOLOGÍA

3.1. Método de la investigación

El método de la investigación fue hipotético – deductivo porque permitió dar respuestas a los problemas de la investigación a través de la formulación de hipótesis, presentándose respuesta de manera deductiva que finalmente se comprobará con los resultados finales (36).

3.2. Enfoque de la investigación

Fue de enfoque cuantitativo porque los datos serán medibles a través de instrumentos o técnicas estadísticas, con la finalidad de describir y explicar las causas, para así realizar conclusiones rigurosas del análisis de los resultados (37).

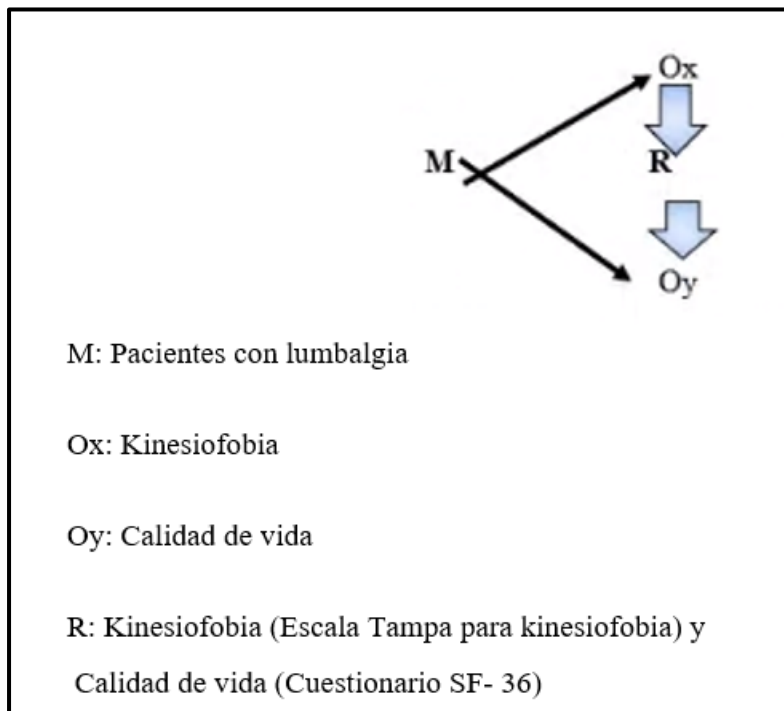
3.3. Tipo de investigación

Fue de tipo aplicada porque es un estudio basado en ciencia, tecnología y metodología, buscando soluciones a los problemas de manera inmediata y práctica (38).

3.4. Diseño de la investigación

Fue no experimental porque se observó a los individuos en su entorno natural y/o existente para ser analizados, y poder obtener resultados. Fue transversal porque se recolectaron los datos en un solo tiempo y espacio determinado, y de nivel correlacional porque se buscó la relación de las dos variables de estudio de acuerdo a la información recolectada (39).

Gráfico 1. Diseño



Fuente: Elaboración propia

3.5. Población, muestra y muestreo

3.5.1. Población

Es el conjunto de personas o casos que tienen algunos criterios para ser estudiados (40).

Estará conformada por 100 pacientes que asisten al centro de terapia física “FISIOANDAR”.

3.5.2. Muestra

Es una pequeña parte de la población en la que se realizará el estudio de investigación (41).

La muestra estará conformada por 80 pacientes con dolor lumbar que asisten al centro de terapia física “FISIOANDAR” y que presenten las mismas características.

3.5.3. Muestreo

El muestreo fue no probabilístico por conveniencia porque se seleccionó a aquellas personas o casos que acepten ser incluidos en el estudio y que cumplan con ciertas características necesarias para la investigación (42).

3.5.4. Criterios de inclusión

- Pacientes que acudan al centro de fisioterapia “FISIOANDAR”.
- Pacientes de ambos sexos.
- Pacientes entre la edad de 30 a 60 años.
- Pacientes que firmen el consentimiento informado.
- Pacientes que tengan dolor en la zona lumbar.

3.5.5. Criterio de exclusión

- Pacientes amputados.
- Pacientes que no completen las encuestas.
- Paciente con operación quirúrgica en la columna vertebral.
- Pacientes post ACV.
- Pacientes con problemas psiquiátricos.

3.6. Variables y operacionalización

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN	ESCALA VALORATIVA	INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN
V1. Kinesiofobia	Temor excesivo al realizar un movimiento corporal que pueda provocar dolor (43).	La escala está compuesta por 17 preguntas. Las respuestas para cada interrogante son del 1 al 4, y la puntuación final es la suma de cada pregunta en un intervalo de 17 a 68 puntos.	<ul style="list-style-type: none"> • Evitación de la actividad • Enfoque somático 	<ul style="list-style-type: none"> • Incluye a las preguntas: 1; 2; 5; 6; 10; 11; 13; 14; 15; 16 y 17. • Incluye las preguntas: 3; 4; 7; 8; 9 y 12. 	Cuantitativa Ordinal	<p>Puntaje de evitación de la actividad:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 11- 23: puntaje bajo • 24- 44: puntaje alto <p>Puntaje del enfoque somático:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 6- 13: puntaje bajo • 14- 24: puntaje alto <p>Puntaje general:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 17: sin kinesiofobia • 18 - 36: con kinesiofobia baja. 	“Escala Tampa para Kinesiofobia”

						<ul style="list-style-type: none"> • 37 - 68: con kinesiofobia alta. 	
V2. Calidad de vida	Condición de salud física, psicológica, emocional, así como su nivel de independencia y relaciones sociales que percibe una persona sobre sí misma (44).	Es un cuestionario de 36 preguntas, divididas en dos dimensiones y cada una de ellas tienen diferentes preguntas.	<ul style="list-style-type: none"> • Salud física • Salud mental 	<ul style="list-style-type: none"> • Función física (3-12) • Desempeño físico (13-16) • Dolor físico (21,22) • Salud general (1;33-36) • Vitalidad (23;27;29;31) • Función social (20;32) • Desempeño emocional (17-19) • Salud mental (24;25;26;28;30) <p>Ítem de transición de salud (2)</p>	Cuantitativa Ordinal	<p>Puntaje</p> <ul style="list-style-type: none"> • 0 - 50: CV mala • 51 - 100: CV buena 	“Cuestionario de Salud SF-36”
Factores sociodemográficos	Son características	Características propias de la	Género	Característica física.	Cualitativo Nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Masculino • Femenino 	

	biológicas, físicas, sociales, económicas de la persona que incluye el sistema de salud (45).	persona con el género, rango de edad y a que se dedica laboralmente.					Ficha de recolección de datos
			Edad	Número de años de vida.	Cuantitativo Intervalo	<ul style="list-style-type: none"> • 30- 39 años • 40- 49 años • 50 -60 años 	
			Ocupación	Trabajo que realiza.	Cuantitativo Nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Ama de casa • Docente • Enfermero • Abogado • Estudiante • Administrador • Independiente 	
Factores clínicos	Características del estado de salud propia de una persona (46).	Presencia de una enfermedad, que esté causando un cuadro clínico y genere la ingesta de medicamentos.	Ingesta de medicamentos	Toma de alguna pastilla recetada por un médico.	Cualitativo Nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No 	
			Dolor	Molestia física desagradable.	Cuantitativa Ordinal	<ul style="list-style-type: none"> • 0: sin dolor • 1-3: leve • 4-6: moderado • 7-10: severo 	
			Cronicidad de dolor	Dolor durante el tiempo	Cualitativo Ordinal	<ul style="list-style-type: none"> • Agudo • Subagudo • Crónico 	
			Comorbilidad	Enfermedades pre existentes	Cualitativo Nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Sobrepeso • Hipertensión • Diabetes • No presenta 	

3.7. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

3.7.1. Técnica

Se utilizó una encuesta mediante la “Escala Tampa para kinesiofobia” y el “Cuestionario de Salud SF- 36” que permitió analizar los niveles de ambas variables, se creó una ficha de obtención de datos para cada persona del estudio.

Se realizó lo siguiente para la obtención de los datos:

- Después de ser aprobado este proyecto por ética, se solicitó el permiso a la gerente general del centro de fisioterapia “FISIOANDAR” del distrito de Surquillo- Lima, siendo la Licenciada Raquel Romyna López Valdez, con quien se coordinó la autorización para el ingreso al centro de fisioterapia. Al finalizar se recolectó la información previa aprobación de los pacientes.
- Se recolectó los datos de los pacientes con la “Escala Tampa para Kinesiofobia” en un tiempo de 10 minutos y con el “Cuestionario de Salud SF- 36” en un tiempo de 15 minutos, haciendo un total de 25 minutos.

3.7.2. Descripción de los instrumentos

Para la obtención de los datos se ejecutó una ficha que se clasificó en cuatro partes.

- **I parte:** Datos sociodemográficos, años de edad (30-39, 40- 49, 50-60), género (masculino y femenino), ocupación (ama de casa, docente, enfermero, abogado, estudiante, administrador, independiente).
- **II parte:** Datos clínicos, ingesta de medicamentos (si, no), dolor (0; 1-3; 4-6; 7-10), cronicidad de dolor (agudo, subagudo y crónico), comorbilidad (sobrepeso, hipertensión, diabetes).

- **III parte:** Escala Tampa para Kinesiofobia

Este instrumento nos permite evaluar el nivel de temor que presenta una persona al realizar movimientos relacionados con el dolor lumbar. Consta de 17 preguntas y cada una tiene cuatro opciones como respuesta del 1 que significa totalmente en desacuerdo hasta el número 4 que significa totalmente de acuerdo, este puntaje se invierte en las preguntas 4; 8; 12 y 16. Tiene dos dimensiones, evitación de las actividades que contiene las preguntas (1; 2; 5; 6; 10; 11; 13; 14; 15; 16 y 17) y efecto somático que contiene las preguntas (3; 4; 7; 8; 9; 12). La puntuación final es desde 17 que significa que hay ausencia de kinesiofobia, 18- 36 kinesiofobia baja y 37- 68 kinesiofobia alta (47)(48).

Ficha Técnica

INSTRUMENTO “ESCALA TAMPA PARA KINESIOFOBIA”	
Nombre:	“Escala Tampa para Kinesiofobia”
Autor:	“Miller, Kori y Todd” en 1991
Versión Española:	“Gómez, López y Ruiz” en 2011
Aplicación en Perú:	“Kinesiofobia e incapacidad funcional en pacientes con lumbalgia del centro de rehabilitación física neurológica-Cerfineuro, 2021” por el autor Tipula M.
Confiabilidad:	Confiabilidad de 0.905
Validez:	Por expertos= 1.0, indicando excelente validación
Población:	Evaluar el miedo al movimiento en 100 pacientes con dolor lumbar de 20 a 60 años de edad, tanto varones como mujeres.
Administración:	Por el terapeuta

Duración de la prueba:	5- 10´
Grupos de aplicación:	Personas con dolor lumbar y fibromialgia
Calificación:	Manual
Uso:	Identificar el miedo al movimiento en pacientes con lumbalgia.
Materiales:	Impresión en físico del instrumento
Distribución de los ítems:	<p>Baremo</p> <p>Puntaje de evitación de la actividad:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 11- 23: puntaje bajo • 24- 44: puntaje alto <p>Puntaje del enfoque somático:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 6- 13: puntaje bajo • 14- 24: puntaje alto <p>Puntaje general:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 17: sin kinesiofobia • 18 - 36: con kinesiofobia baja. • 37 - 68: con kinesiofobia alta.

- **IV parte:** Cuestionario de Salud SF- 36

Este instrumento se usó para evaluar el nivel de CV de los pacientes. Presenta dos dimensiones que ayuda a evaluar la salud física y mental; tiene 36 preguntas en total divididas en 8 sub dimensiones relacionados con la patología y el tratamiento de cada

persona. La puntuación final va desde 0 - 50 indicando calidad de vida mala y de 51 - 100 indicando calidad de vida buena (49).

Ficha Técnica

INSTRUMENTO “CUESTIONARIO DE SALUD SF- 36”	
Nombre:	“Cuestionario de Salud SF-36”
Autor:	“Ware y Sherbourne” en 1992.
Versión Española:	Autores: “Prieto, Alonso y Antó”.
Aplicación en Perú:	“La Calidad de vida relacionada con la Salud en los pacientes con Lumbalgia” por Rojas C, Et al.
Confiabilidad:	Confiabilidad de 0.842
Validez:	Por expertos= 1.0 indica excelente validación
Población:	Evaluar la CV de los pacientes adultos con dolor lumbar.
Administración:	Por el terapeuta
Duración de la prueba:	15- 20´
Grupos de aplicación:	Personas adultas con dolor lumbar.
Calificación:	Manual
Uso:	Saber el nivel de CV en personas con enfermedades.
Materiales:	Formato físico del instrumento

Distribución de los ítems:	<p>Baremo</p> <ul style="list-style-type: none"> - 0- 50: CV mala - 51- 100: CV buena
----------------------------	---

3.7.3 Validación

La validez es el grado con el cual el instrumento mide a la variable de estudio, se dice que tiene validez cuando está más cerca al valor de 1(50). La validez según los antecedentes fue para la “Escala Tampa para Kinesiofobia” 1.0 (19) y el “Cuestionario de Salud de vida SF-36” 1.0 (51) indicando una buena validez. Para que los instrumentos sean aplicados en este estudio, se realizó validación por juicio de 3 expertos.

Se realizó la validación de los instrumentos por tres expertos, la “Escala Tampa para Kinesiofobia” y el “Cuestionario de Salud de vida SF- 36” obtuvieron ambos una validez cada uno de 1.0, lo cual significa una perfecta validación según Herrera (52).

3.7.4 Confiabilidad

La confiabilidad de un instrumento es el grado con el cual se mide de manera repetida a un individuo y va a producir los mismos resultados, se dice que es más confiable el instrumento cuando este está más cerca al valor de 1 (53). En estudios anteriores se obtuvo el nivel de confiabilidad según el Alfa de Cronbach de la “Escala Tampa de Kinesiofobia” igual a 0,905 (19) y el “Cuestionario de Salud SF- 36” igual a 0,842 (51) indicando que tienen alto nivel de confiabilidad. Se realizó una prueba piloto para obtener la confiabilidad de estos instrumentos.

3.8. Plan de procesamiento y análisis de datos

Se empezó con la recopilación de los datos con las fichas de evaluación, y se observó que se llenó correctamente o en caso contrario hubiera sido descartado. Luego se creó una base de datos en Microsoft Excel mediante una codificación para cada variable. Los datos obtenidos se pasaron al programa IBM SPSS versión 27 para el correspondiente análisis.

Para esta investigación se utilizó el estadígrafo de Pearson, por ser las variables cuantitativas, siendo datos paramétricos debido a que los datos presentan una distribución normal.

3.9. Aspectos éticos

Este estudio de investigación dio un trato amable al paciente y con su consentimiento previo se realizó el estudio. Se le informó que los datos serán de manera confidencial, es por eso que se brindó un código de identificación a cada paciente. Toda la investigación se basó en la Ley N.º 29733, y la declaración de Helsinki, el cual resalta los derechos, dignidad y bienestar de las personas que participen en el estudio (54)(55).

CAPITULO IV: PRESENTACIÓN Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

4.1. Resultados

4.1.1. Análisis descriptivo de resultados

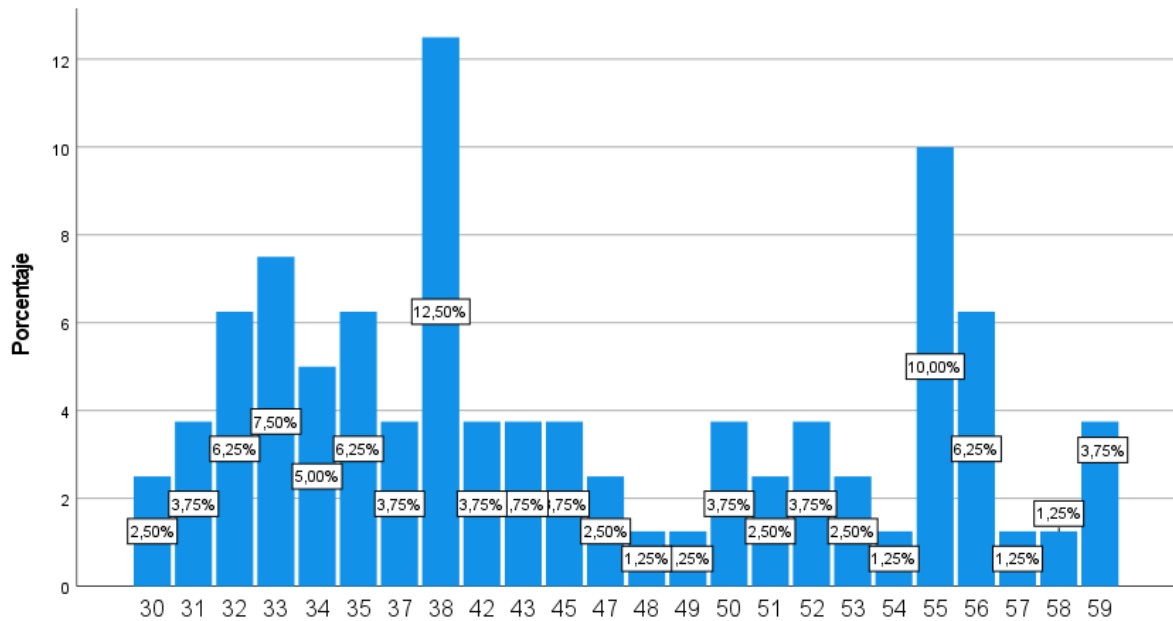
Características sociodemográficas de los pacientes con lumbalgia inespecífica de un centro privado de fisioterapia. Surquillo. 2024.

Tabla 1. Edad de los pacientes

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
30	2	2,5	2,5
31	3	3,8	3,8
32	5	6,3	6,3
33	6	7,5	7,5
34	4	5,0	5,0
35	5	6,3	6,3
37	3	3,8	3,8
38	10	12,5	12,5
42	3	3,8	3,8
43	3	3,8	3,8
45	3	3,8	3,8
47	2	2,5	2,5
48	1	1,3	1,3
49	1	1,3	1,3
50	3	3,8	3,8
51	2	2,5	2,5
52	3	3,8	3,8
53	2	2,5	2,5
54	1	1,3	1,3
55	8	10,0	10,0
56	5	6,3	6,3
57	1	1,3	1,3
58	1	1,3	1,3
59	3	3,8	3,8
Total	80	100,0	100,0

Fuente: Elaboración propia

Figura 1. Edad de los pacientes



Fuente: Elaboración propia

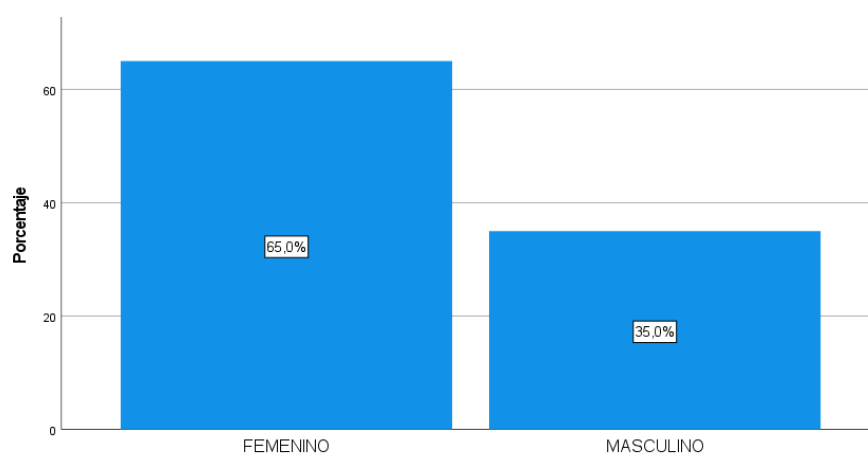
La tabla y figura 1 presenta “edad de los pacientes”. Se observa que la mayoría de los pacientes tenía 38 años, representando al 12.5% de la población y en menor porcentaje fue de 1,25% con la edad de 48;49 y 54 años.

Tabla 2. Género de los pacientes

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
FEMENINO	52	65,0	65,0
MASCULINO	28	35,0	35,0
Total	80	100,0	100,0

Fuente: Elaboración propia

Figura 2. Género de los pacientes



Fuente: Elaboración propia

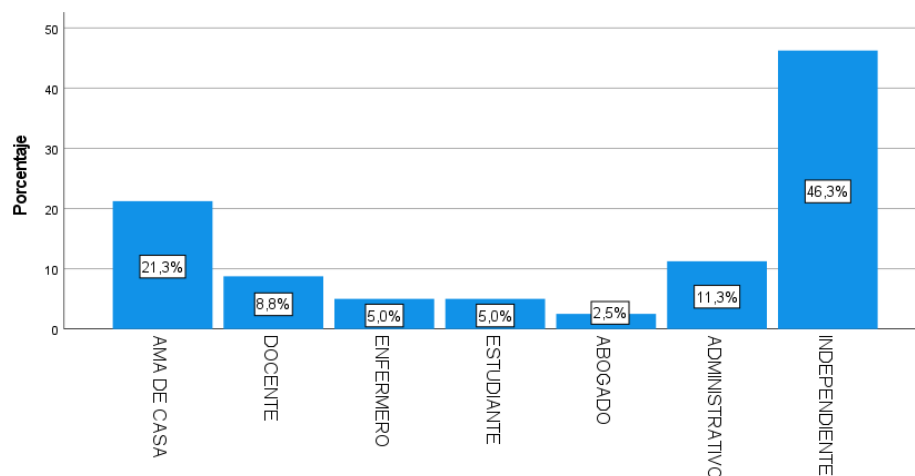
La tabla y figura 2 presenta “Género de los pacientes”. El 65.0% fueron del género femenino y 35.0% género masculino.

Tabla 3. Ocupación de los pacientes

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
AMA DE CASA	17	21,3	21,3
DOCENTE	7	8,8	8,8
ENFERMERO	4	5,0	5,0
ESTUDIANTE	4	5,0	5,0
ABOGADO	2	2,5	2,5
ADMINISTRATIVO	9	11,3	11,3
INDEPENDIENTE	37	46,3	46,3
Total	80	100,0	100,0

Fuente: Elaboración propia

Figura 3. Ocupación de los pacientes



Fuente: Elaboración propia

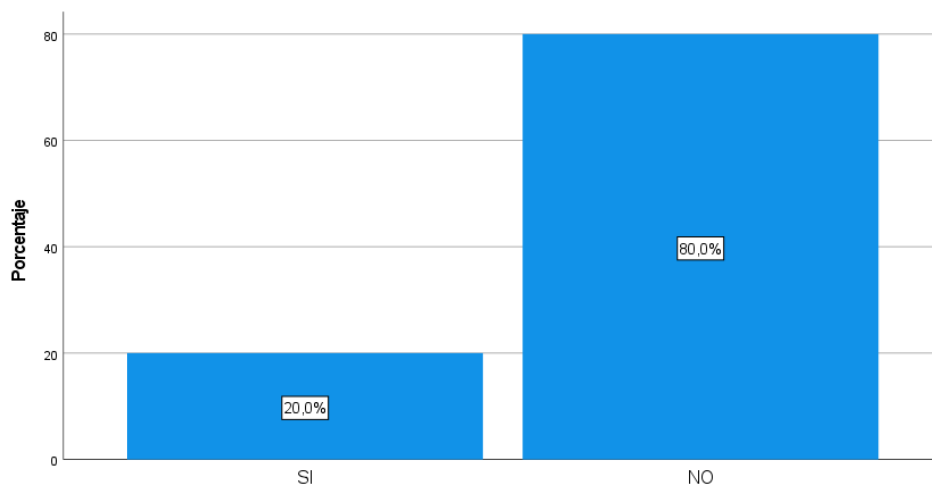
La tabla y figura 3 presenta “Ocupación de los pacientes”. La mayoría de los pacientes eran independiente de ocupación con un 46,3%, ama de casa eran el 21,3%, administrativo 11,3%, docente 8,8%, enfermero 5,0%, estudiante 5,0% y abogado 2,5%.

Tabla 4. Toma de medicamentos

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
SI	16	20,0	20,0
NO	64	80,0	80,0
Total	80	100,0	100,0

Fuente: Elaboración propia

Figura 4. Toma de medicamentos



Fuente: Elaboración propia

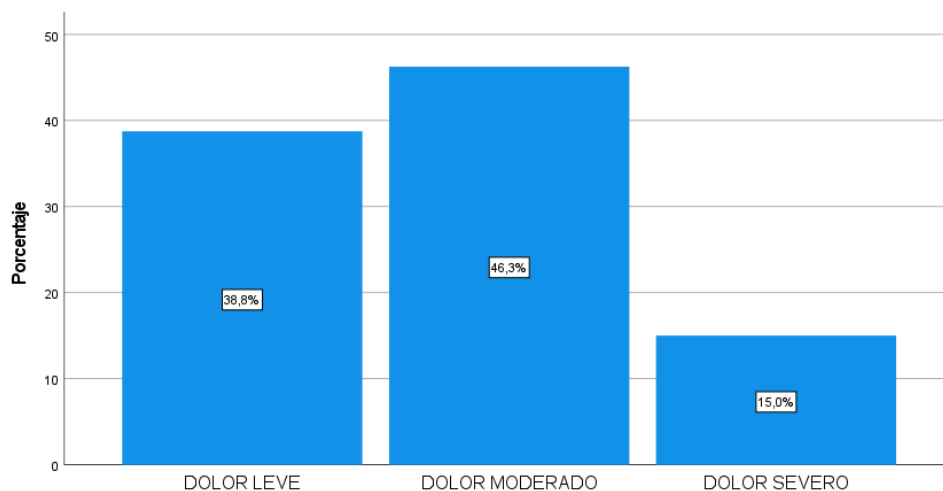
La tabla y figura 4 presenta “Toma de medicamentos”. El 80,0% de los pacientes no toman medicamentos y el 20,0% si toma de medicamentos.

Tabla 5. Nivel de dolor

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
DOLOR LEVE	31	38,8	38,8
DOLOR MODERADO	37	46,3	46,3
DOLOR SEVERO	12	15,0	15,0
Total	80	100,0	100,0

Fuente: Elaboración propia

Figura 5. Nivel de dolor



Fuente: Elaboración propia

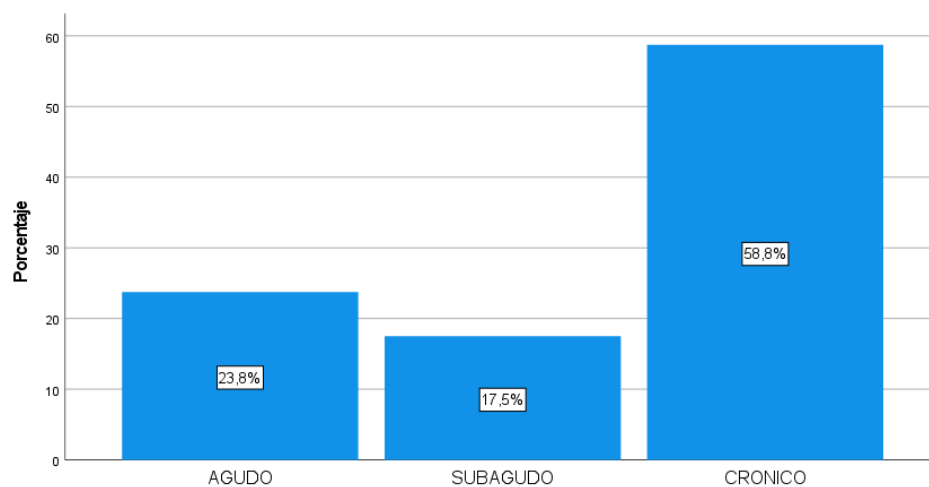
La tabla y figura 4 presenta “Nivel de dolor”. El 46,3 % de los pacientes presenta dolor moderado, el 38,8% dolor leve y el 15,0% dolor severo.

Tabla 6. Cronicidad de dolor

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
AGUDO	19	23,8	23,8
SUBAGUDO	14	17,5	17,5
CRONICO	47	58,8	58,8
Total	80	100,0	100,0

Fuente: Elaboración propia

Figura 6. Cronicidad de dolor



Fuente: Elaboración propia

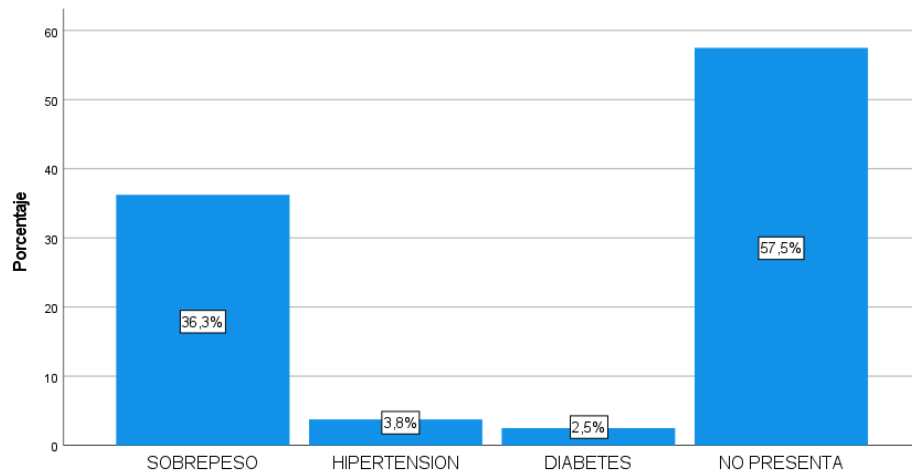
La tabla y figura 6 presenta “Cronicidad de dolor”. El 58,8% de los pacientes tenía dolor crónico, el 23,8% dolor agudo, y el 17,5% dolor subagudo.

Tabla 7. Comorbilidad de los pacientes.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
SOBREPESO	29	36,3	36,3
HIPERTENSION	3	3,8	3,8
DIABETES	2	2,5	2,5
NO PRESENTA	46	57,5	57,5
Total	80	100,0	100,0

Fuente: Elaboración propia

Figura 7. Comorbilidad de los pacientes



Fuente: Elaboración propia

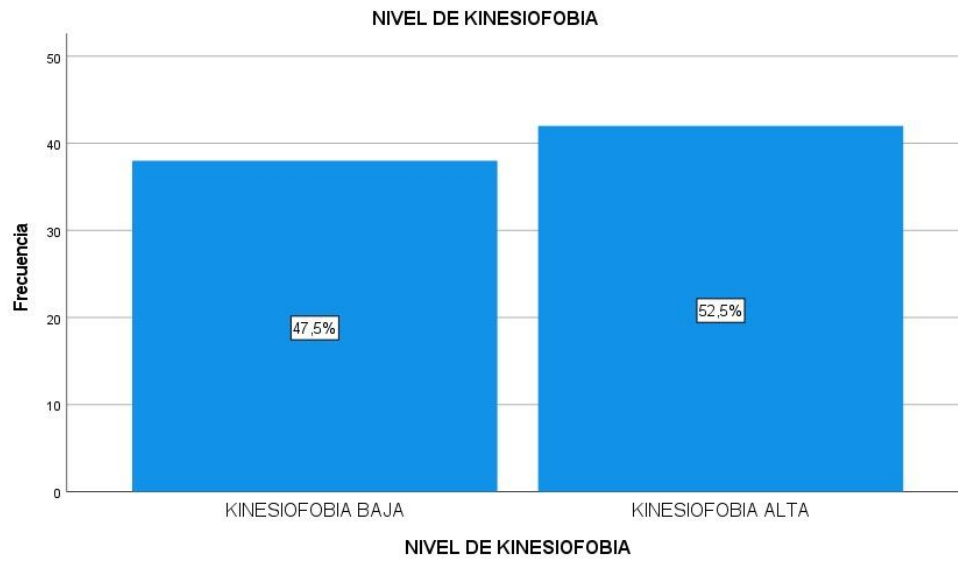
La tabla y figura 7 presenta “Comorbilidad de los pacientes”. El 57,5% no presenta comorbilidad, el 36,3% presenta sobrepeso, hipertensión el 3,8% y diabetes el 2,5%.

Tabla 8. Nivel de kinesiofobia.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
KINESIOFOBIA BAJA	38	47,5	47,5
KINESIOFOBIA ALTA	42	52,5	52,5
Total	80	100,0	100,0

Fuente: Elaboración propia

Figura 8. Nivel de kinesiophobia



Fuente: Elaboración propia

La tabla y figura 8 presenta "Nivel de kinesiophobia de los pacientes con lumbalgia inespecífica. El 52,5% presenta kinesiophobia alta y el 47,5 % presenta kinesiophobia baja.

Tabla 9. Calidad de vida

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
CALIDAD DE VIDA BUENA	80	100,0	100,0
Total	80	100,0	

Fuente: Elaboración propia

Figura 9. Calidad de vida



Fuente: Elaboración propia

La tabla y figura 9 presenta “Calidad de vida” de los pacientes con lumbalgia inespecífica. El 100% de los pacientes tienen buena calidad de vida.

4.1.2. Prueba de hipótesis

Hipótesis General: Existe relación entre kinesiofobia y calidad de vida en pacientes con lumbalgia inespecífica que asisten a un centro privado de fisioterapia surquillo 2024.

1. **Ho:** No existe relación entre kinesiofobia y calidad de vida en pacientes con lumbalgia inespecífica que asisten a un centro privado de fisioterapia surquillo 2024.
2. **Ha:** Si existe relación entre kinesiofobia y calidad de vida en pacientes con lumbalgia inespecífica que asisten a un centro privado de fisioterapia surquillo 2024.
3. **Nivel de Significación:** $\alpha = 5\% \approx 0,05$
4. **Prueba Estadística:** *Pearson*

Tabla 10. Correlación entre kinesiofobia y calidad de vida en los pacientes con lumbalgia inespecífica

		ESCALA TAMPA PARA KINESIOFOBIA	CUESTIONARIO DE SALUD SF-36
ESCALA TAMPA PARA KINESIOFOBIA	Correlación de Pearson	1	-,324**
	Sig. (bilateral)		,003
	N	80	80
CUESTIONARIO DE SALUD SF- 36	Correlación de Pearson	-,324**	1
	Sig. (bilateral)	,003	
	N	80	80

Fuente: Elaboración propia

5. Decisión y conclusión:

La prueba de *Pearson* es $p = 0,003 < 0,05$, por lo tanto, se acepta la hipótesis alterna y rechazamos la nula, “Si existe relación entre kinesiofobia y calidad de vida en pacientes con lumbalgia inespecífica que asisten a un centro privado de fisioterapia surquillo 2024”. La correlación es -,324 negativa baja.

Hipótesis específica H1: Existe relación entre kinesiofobia y la dimensión salud física de la calidad de vida en pacientes con lumbalgia inespecífica que asisten a un centro privado de fisioterapia surquillo 2024.

1. **Ho:** No existe relación entre kinesiofobia y la dimensión salud física de la calidad de vida en pacientes con lumbalgia inespecífica que asisten a un centro privado de fisioterapia surquillo 2024.
2. **Ha:** Si existe relación entre kinesiofobia y la dimensión salud física de la calidad de vida en pacientes con lumbalgia inespecífica que asisten a un centro privado de fisioterapia surquillo 2024.

3. **Nivel de Significación:** $\alpha = 5\% \approx 0,05$

4. **Prueba Estadística:** Pearson

Tabla 11. Correlación entre kinesiofobia y la dimensión salud física de la calidad de vida en los pacientes con lumbalgia inespecífica

		ESCALA TAMPA PARA KINESIOFOBIA	SALUD FISICA
ESCALA TAMPA PARA KINESIOFOBIA	Correlación de Pearson	1	-,320**
	Sig. (bilateral)		,004
	N	80	80
SALUD FISICA	Correlación de Pearson	-,320**	1
	Sig. (bilateral)	,004	
	N	80	80

Fuente: Elaboración propia

5. Decisión y conclusión:

La prueba de *Pearson* es $p = 0,004 < 0,05$, por lo tanto, se acepta la hipótesis alterna y rechazamos la nula, “Si existe relación entre kinesiofobia y la dimensión salud física de la calidad de vida en pacientes con lumbalgia inespecífica que asisten a un centro privado de fisioterapia surquillo 2024”. La correlación es -,320 negativa baja.

Hipótesis específica H2: Existe relación entre kinesiofobia y la dimensión salud mental de la calidad de vida en pacientes con lumbalgia inespecífica que asisten a un centro privado de fisioterapia surquillo 2024.

1. **Ho:** No existe relación entre kinesiofobia y la dimensión salud mental de la calidad de vida en pacientes con lumbalgia inespecífica que asisten a un centro privado de fisioterapia surquillo 2024.
2. **Ha:** Si existe relación entre kinesiofobia y la dimensión salud mental de la calidad de vida en pacientes con lumbalgia inespecífica que asisten a un centro privado de fisioterapia surquillo 2024.
3. **Nivel de Significación:** $\alpha = 5\% \approx 0,05$
4. **Prueba Estadística:** Pearson

Tabla 12. Correlación entre kinesiofobia y la dimensión salud mental de la calidad de vida en los pacientes con lumbalgia inespecífica

		ESCALA TAMPA PARA KINESIOFOBIA	SALUD MENTAL
ESCALA TAMPA PARA KINESIOFOBIA	Correlación de Pearson	1	-,170
	Sig. (bilateral)		,131
	N	80	80
SALUD MENTAL	Correlación de Pearson	-,170	1
	Sig. (bilateral)	,131	
	N	80	80

Fuente: Elaboración propia

5. Decisión y conclusión:

La prueba de *Pearson* es $p = 0,131 > 0,05$, por lo tanto, se acepta la hipótesis nula y rechaza la alterna, “No existe relación entre kinesiofobia y la dimensión salud mental de la calidad de vida en pacientes con lumbalgia inespecífica que asisten a un centro privado de fisioterapia surquillo 2024”. La correlación es -,170 negativa muy baja.

4.1.3. Discusión de resultados

El presente trabajo de investigación “Kinesiofobia y calidad de vida en pacientes con lumbalgia inespecífica que asisten a un centro privado de fisioterapia. Surquillo. 2024” tuvo como objetivo principal determinar la relación entre kinesiofobia y calidad de vida en 80 pacientes de 30 a 60 años de edad.

A partir de los resultados encontrados, aceptamos la hipótesis alterna general, el cual menciona que, si existe relación entre kinesiofobia y calidad de vida en pacientes con lumbalgia inespecífica, esto quiere decir, que a más alto nivel de kinesiofobia, menor será la calidad de vida de la persona; asimismo, se halló que el 52,50% de los pacientes tenía un alto nivel de kinesiofobia y que el 100,0% tenía una buena calidad de vida.

Estos resultados guardan relación con el estudio de Gutiérrez (18), que tuvo como objetivo “Determinar la relación entre la actividad física y kinesiofobia en el personal administrativo con lumbalgia inespecífica de una universidad de Lima Metropolitana – 2022”, aplicado en 80 trabajadores, donde se obtuvo como resultado que el 51,20% de los trabajadores presentaron un nivel alto de kinesiofobia. En adición, la investigación de Tipula (19) quien estudió a pacientes con lumbalgia del Centro de Rehabilitación Física Neurológica, encontró que el 89,0% de los pacientes tuvieron un alto nivel de kinesiofobia.

Se halló sólo una discordancia en el estudio de Diaz (17) que investigó el nivel de kinesiofobia en paciente con lumbalgia inespecífica de un centro de medicina física y rehabilitación, se halló que el 56,3% tenían un nivel bajo de kinesiofobia, no concordando con nuestro resultado.

Con respecto a la calidad de vida, el estudio de Ipek et al. (15) se encontró que las enfermeras que presentaban dolor lumbar tenían una mala calidad de vida a diferencia de nuestro estudio, donde el total de la población presenta una buena calidad de vida.

CAPITULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 Conclusiones

- El presente trabajo de investigación concluye que existe relación significativa entre kinesiofobia y calidad de vida de los pacientes con lumbalgia inespecífica de un centro privado de fisioterapia, indicando una relación indirecta, esto quiere decir que a mayor nivel de kinesiofobia, menor será la calidad de vida de la persona.
- Se puede concluir que existe relación entre el nivel de kinesiofobia y la dimensión salud física de calidad de vida de los pacientes.
- Se concluye que no existe relación entre el nivel de kinesiofobia y la dimensión mental de la calidad de vida de los pacientes.
- Se concluye que hay mayor porcentaje de pacientes que padecen de kinesiofobia.
- Todos los pacientes en estudio presentaron buena calidad de vida.
- Según las características sociodemográficas, se observó que la mayor parte de la población fueron mujeres, con respecto a la edad, la mayoría de los pacientes en estudio tenían 38 años, y en un mayor porcentaje el dolor lumbar que presentaban era agudo y crónico.

5.2 Recomendaciones

- Se sugiere realizar charlas de coaching donde se explique a los pacientes la importancia del movimiento corporal ya que es fundamental para una pronta recuperación tras una lesión musculoesquelética.
- Realizar talleres que incluyan ejercicios de equilibrio, estabilidad, coordinación, fuerza muscular y movilidad articular según la cronicidad y grado de dolor de los pacientes con la finalidad de mejorar la salud física.
- Se recomienda realizar más investigaciones de la calidad de vida de los pacientes con lumbalgia inespecífica y otros tipos de dolor musculoesquelético.

REFERENCIAS

1. Barreda E, Bazán C. Dolor lumbar y actividades domésticas en mujeres atendidas en un centro de rehabilitación de Lima. *Health care & global health* [Internet]. 2019 [consultado el 12 de febrero de 2024];3(2):63–9. Disponible en: <https://revista.uch.edu.pe/index.php/hgh/article/view/37>
2. Organización Mundial de la Salud. (2023). Lumbalgia. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/low-back-pain>
3. Organización Mundial de la Salud. (2021). Trastornos musculoesqueléticos. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/musculoskeletal-conditions>
4. Tiaho Y, Tiendrébéogo WJS, Sougué C, Kaboré F, Savadogo JE, Gandéma S, et al. Kinesiofobia: frecuencia, factores asociados e impacto en la calidad de vida de los participantes con lumbalgia crónica en el África Subsahariana. *Wiad Lek* [Internet]. 2021;74(12):3179–83[citado el 13 de febrero de 2024]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35058386/>
5. Mishra M, Naik V. Un estudio transversal para la correlación de la kinesiofobia con la discapacidad lumbar y la calidad de vida relacionada con la salud en pacientes ancianos con dolor lumbar crónico. *Ind J Pain* [Internet]. 2021;35(3):215. [consultado el 13 de febrero de 2024] Disponible en:

https://journals.lww.com/ijpn/Fulltext/2021/35030/A_Cross_Sectional_Study_for_Correlation_of.6.aspx

6. Torres V. Construcción y validación de un instrumento para medir nivel de información sobre la prevención de lumbalgia en derechohabientes de 20 a 59 años. [Tesis para obtener el diploma de especialidad de médico familiar]. México: Universidad Autónoma de San Luis Potosí; 2021. Disponible en: <https://repositorioinstitucional.uaslp.mx/xmlui/bitstream/handle/i/7344/TesisE.FM.2021.Construcci%C3%B3n.Torres.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
7. Vargas E. Calidad de vida en pacientes con lumbalgia crónica inespecífica en UMF No27. [trabajo para obtener el diploma de especialista en Medicina Familia]. México: Universidad Autónoma de Baja California; 2019. Disponible en: <https://repositorioinstitucional.uabc.mx/server/api/core/bitstreams/902e07ee-4026-4245-8ae5-6928a823f898/content>
8. Rodríguez A. Cuestionario de impacto afectivo en el dolor crónico de origen benigno. Propuesta basada en la revisión del cuestionario de impacto emocional en dolor neuropático. Dolor. [internet]. 2021; 31(73): 16-25. [Consultado el 14 de febrero de 2024]. Disponible en: https://www.ached.cl/upfiles/revistas/documentos/6017f94581703_Revista_El_Dolor_73_FINAL.OK-18-27.pdf
9. Ministerio de Salud. (2022). Guía de práctica clínica para diagnóstico y tratamiento de lumbalgia. Disponible en:

<https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/3156957/R.D.N%C2%BA%20130-2022-DG-HNAL.pdf.pdf>

10. Herreras V, Bravo S. Asociación de características sociodemográficas y nivel de kinesiofobia en el adulto mayor con dolor lumbar inespecífico, Cañete, Lima- Perú, 2019. GICOS [Internet]. 2019; 4(2): 43-51. [Consultado el 13 de febrero] Disponible en: <http://erevistas.saber.ula.ve/index.php/gicos/article/view/15823/21921926948#>
11. Rengifo C. Bienestar Psicológico y calidad de vida en universitarios con diagnóstico de dolor lumbar. [Tesis para optar el grado académico de maestro en psicología clínica]. Perú: Universidad de San Martín de Porres; 2019. Disponible en: https://repositorio.usmp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12727/5320/RENGIFO_MC.pdf?sequence=1&isAllowed=y
12. Cea P, Mendoza H, Urbina P, Riveros A, Carvajal C, Guede F, Mendoza C. Kinesiofobia como factor de retorno al deporte en pacientes sometidos a reconstrucción del ligamento cruzado anterior: una revisión sistematizada. *Journal of Sport and Health Research*. 2024; 16(1):19-38. <https://doi.org/10.58727/jshr.95909>
13. Sanchis G, Parra M. Estado físico- emocional y actividad física: influencia sobre la calidad de vida relacionada con la salud post confinamiento. *Revista de Psicología de la Salud*. 2023, 11(1):13. Disponible en: <https://doi.org/10.21134/pssa.v11i1.317>
14. Alaca N, Kaba H, Atalay A. Asociaciones entre la gravedad del nivel de discapacidad y el miedo al movimiento y las creencias sobre el dolor en pacientes con dolor lumbar crónico. *J Rehabilitación musculoesquelética de espalda* [Internet]. 2020;33(5):785–91. [Consultado el 13 de febrero de 2024]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31868657/>

15. Ipek M, Gursel P. Efectos de la lumbalgia en el nivel de incapacidad funcional y la calidad de vida en enfermeras que trabajan en un hospital universitario. *International Journal of Caring Sciences* [Internet]. 2020; 13(3): 21-48 [Citado el 16 de febrero de 2024]. Disponible en:
https://www.google.com/url?sa=i&url=http%3A%2F%2Fwww.internationaljournalofcaringsciences.org%2Fdocs%2F68_osunoz_original_13_3.pdf&psig=AOvVaw3L20q3pbO4s1mkO1vZWTEO&ust=1712375536268000&source=images&cd=vfe&opi=89978449&ved=0CAUQn5wMahcKEwjwhdCRlqqFAxUAAAAAHQAAAAAQBA
16. Varallo G, Giusti EM, Scarpina F, Cattivelli R, Capodaglio P, Castelnuovo G. La asociación de kinesiofobia y dolor catastrófico con discapacidad relacionada con el dolor e intensidad del dolor en la obesidad y el dolor lumbar crónico. *Brain Sci* [Internet]. 2020; 11(1):11 [citado el 16 de febrero de 2024]. Disponible en:
<https://www.mdpi.com/2076-3425/11/1/11>
17. Diaz M. Nivel de kinesiofobia en pacientes con lumbalgia inespecífica del centro de medicina física y rehabilitación Semarca, Lima 2021. [Tesis para optar el título profesional de licenciada en Tecnología Médica en Terapia Física y Rehabilitación]. Perú: Universidad Privada Norbert Wiener; 2021. Disponible en:
https://repositorio.uwiener.edu.pe/bitstream/handle/20.500.13053/6164/T061_73904955_T.pdf?sequence=1&isAllowed=y
18. Gutiérrez R. Actividad física y kinesiofobia en el personal administrativo con lumbalgia inespecífica de una universidad de lima metropolitana- 2022. [Tesis para optar al grado de licenciado en tecnología médica en la especialidad en terapia física]. Lima: Universidad Norbert Wiener; 2022. Disponible en:

https://repositorio.uwiener.edu.pe/bitstream/handle/20.500.13053/9898/T061_734239_98_T.pdf?sequence=1&isAllowed=y

19. Tipula M. Kinesiofobia e incapacidad funcional en pacientes con lumbalgia del centro de rehabilitación física neurológica- Cerfineuro, 2021. [Tesis para optar al grado de licenciado en tecnología médica en la especialidad en terapia física]. Lima: Universidad Norbert Wiener; 2021. Disponible en:
https://repositorio.uwiener.edu.pe/bitstream/handle/20.500.13053/6441/T061_455119_72_T.pdf?sequence=1&isAllowed=y
20. Lomelí A, Larrinúa J. Biomecánica de la columna lumbar: un enfoque clínico. Acta Ortopédica Mexicana [Internet]. 2019; 33(3): 185- 191[Consultado el 23 de febrero]. Disponible en: www.medigraphic.com/actaortopedica
21. Casado M, Moix J, Vidal J. Etiología, cronificación y tratamiento del dolor lumbar. Clin Salud [Internet]. 2008;19(3):379–92 [Consultado el 25 de febrero de 2024]Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-52742008000300007
22. Silva M, Badaró A, Dall’Agnol M. Dolor lumbar en adolescentes y factores asociados: un estudio transversal con escolares. Braz J Phys Ther [Internet]. 2014 18(5):402–9; [Consultado el 25 de febrero de 2024]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/bjpt-rbf.2014.0051>
23. Peña JL, Peña C, Brieva P, Pérez M, Humbría A. Fisiopatología de la lumbalgia. Rev Esp Reumatol [Internet]. 2002;29(10):483–8 [Consultado el 25 de febrero de 2024]. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-reumatologia-29-articulo-fisiopatologia-lumbalgia-13041270>

24. Bazz G, Bonvicine C, Gonçalves C, Ingraci M. Análisis de la influencia del sedentarismo en la calidad de vida de los pacientes con lumbalgia crónica. *ConScientiae Saúde* [Internet]. 2008;7(4):441–8 [Consultado el 25 de febrero de 2024]. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=92911724005>
25. Delgado W, Abarca J, Boada L, Salazar S. Lumbalgia inespecífica más común de lo que se cree. *Revista Científica Mundo de la Investigación y el Conocimiento*. 2019;3(2):3-25 [Consultado el 25 de febrero de 2024]. Disponible en: <https://www.recimundo.com/index.php/es/article/view/458>
26. Cea P, Mendoza H, Urbina P, Riveros A, Carvajal C, Guede F, Mendoza C. Kinesiofobia como factor de retorno al deporte en pacientes sometidos a reconstrucción del ligamento cruzado anterior: una revisión sistematizada. *Journal of Sport and Health Research*. 2024;16(1):19-38 [Consultado en 25 de febrero]. Disponible en: <https://doi.org/10.58727/jshr.95909>
27. González B, Terrazas P. Asociación entre kinesiofobia y discapacidad en pacientes con dolor lumbar inespecífico del área de algias de un hospital de Lima, 2017. [Tesis para optar el título de segunda especialidad en terapia manual ortopedica]. Lima: Universidad Norbert Wiener; 2021. Disponible en: <https://repositorio.uwiener.edu.pe/bitstream/handle/20.500.13053/1329/TITULO%20-%20Gonzales%20Garc%c3%ada%2c%20Betzab%c3%a9.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
28. Díaz V, Cornejo M, Artigas J, Veliz B, Díaz C. Relación entre catastrofismo, kinesiofobia, discapacidad e intensidad de dolor en pacientes con síndrome de hombro doloroso. *FEADEF*. 2023, 47:926- 932. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8720494>

29. Physiotutors. Balanza de Tampa. [internet]. [Consultado el 25 de febrero de 2024].
Disponible en: <https://www.physiotutors.com/es/questionnaires/tampa-scale-kinesiophobia/#section-number-3>
30. Romero C. Relación de kinesiophobia e intensidad de dolor musculoesquelético en pacientes postoperados de rodilla, hospital -Ilo, 2020 [Tesis para optar al grado de licenciada en tecnología médica en la especialidad en terapia física]. Tacna: Universidad Privada de Tacna; 2021. Disponible en:
<http://161.132.207.135/bitstream/handle/20.500.12969/1893/Romero-Berroa-Carolina.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
31. Tampa Scale for Kinesiophobia (TSK) [Internet]. MDApp.co. [citado el 28 de febrero de 2024]. Disponible en: <https://www.mdapp.co/tampa-scale-for-kinesiophobia-tskcalculator-465/>
32. Saeki K, Nakatsuka K, Tsuboi Y, Uchida K, Isa T, Kawaharada R, Horibe K, Goto R, Perrein E, Ono R. Asociación entre kinesiophobia y brotes de lumbar en trabajadores con lumbar: estudio de cohorte prospectivo de 12 semanas [Internet]. World Physiotherapy. [citado el 25 de febrero de 2024]. Disponible en:
<https://world.physio/es/congress-proceeding/association-between-kinesiophobia-and-low-back-pain-flare-ups-workers-low-back>
33. Romero C. Relación de kinesiophobia e intensidad de dolor musculoesquelético en pacientes postoperados de rodilla, hospital -Ilo, 2020 [Tesis para optar al grado de licenciada en tecnología médica en la especialidad en terapia física]. Tacna: Universidad Privada de Tacna; 2021. Disponible en:
<http://161.132.207.135/bitstream/handle/20.500.12969/1893/Romero-Berroa-Carolina.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

34. Lemus N, Parrado R, Quintana G. Calidad de vida en el sistema de salud. Rev Colomb Reumatol [Internet]. 2014;21(1):1-3. Disponible en:
[http://dx.doi.org/10.1016/s0121-8123\(14\)70140-9](http://dx.doi.org/10.1016/s0121-8123(14)70140-9)
35. Tsukimoto G, Riberto M, Brito C, Battistella L. Evaluación longitudinal de la escuela postural para el dolor lumbar mediante los cuestionarios Rolland Morris y la encuesta de salud de formato corto (SF-36). Acta Fisiatr. 2006; 13 (2): 63-69. [Consultado el 28 de febrero de 2024]. Disponible en:
https://www.researchgate.net/publication/286172292_Longitudinal_evaluation_of_posture_school_for_low_back_pain_by_the_questionnaires_rolland_morris_and_short_form_health_survey_SF-36
36. López K, Couoh A, Pérez E, Tun J, Barrero C. Relación entre kinesiofobia y capacidad funcional del adulto mayor con osteoartritis de rodilla. Estudio piloto Uady.mx [Internet]. 2021;8(2): 45-55 [Consultado el 25 de febrero de 2024].
Disponible en:
<https://revista.medicina.uady.mx/revista/index.php/cienciayhumanismo/article/view/165>
37. Cegarra J. Metodología de la investigación científica y tecnología [Internet]. Madrid: Díaz de Santos. 2012. [Consultado el 28 de febrero]. Disponible en:
https://www.google.com.pe/books/edition/Los_m%C3%A9todos_de_investigaci%C3%B3n/YROO_q6-wzG?hl=es-419&gbpv=1&dq=metodo+deductivo+hipotetico&printsec=frontcover
38. Sánchez F. Fundamentos Epistémicos de la Investigación Cualitativa y Cuantitativa: Consensos y Disensos. Rev Digit Investig Docencia Univ [Internet]. 2019; 13(1) [Consultado el 29 de febrero de 2024]. Disponible en:

http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2223-25162019000100008

39. Müggenburg V, Pérez I. Tipos de estudio en el enfoque de investigación cuantitativa. *Enfermería universitaria* [Internet]. 2007; 4 (1), 35- 38. [Consultado el 28 de febrero]. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=358741821004>
40. Hernández R. Metodología de la investigación [Internet]. 6ª. México: McGRAW-HILL; 2014. 632 p.
41. Arias J, Villasís M; Miranda M. El protocolo de investigación III: la población de estudio. *Rev Alerg Méx* [Internet]. 2016; 63 (2): 201-206. [Consultado el 4 de marzo]. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=486755023011>
42. López P. Población Muestra Y Muestreo. *Punto Cero* [Internet]. 2004; 9(8): 69–74. [Consultado el 4 de marzo de 2024]; Disponible en: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1815-02762004000100012
43. Otzen T, Manterola C. Técnicas de muestreo sobre una población a estudio. *Int J. Morphol* [Internet]. 2017; 35 (1): 227-232. [Consultado el 4 de marzo de 2024]. Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95022017000100037
44. Luque A, Martinez J, Falla D Papel de la kinesiofobia sobre el dolor, la discapacidad y la calidad de vida en personas que padecen dolor musculoesquelético crónico: una revisión sistemática. *Br J Sports Med*. 2019;53(9):554–559. [Consultado el 28 de febrero]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29666064/>

45. Rubio D, Rivera L, Borges L, González F. Calidad de vida en el adulto mayor. Varona. 2015;61: 1- 7. [Consultado el 28 de febrero]. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=360643422019>
46. Ortiz R, Torres M, Peña S, Quinde G, Durazno G, et al. Características sociodemográficas de la población adulta de la parroquia cumbe, Cuenca- Ecuador. AVFT. 2017; 36(2).
47. Del Aguila E. Factores clínicos y lumbalgia en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, Lima- Perú 2019. [Tesis para optar el título profesional de médico cirujano] Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2020. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.12672/11714>
48. Ainsa B. Relación entre kinesiofobia y variables de personalidad en pacientes con lumbalgia crónica. [Tesis para optar el grado de psicología]. España: Universidad de las Islas Baleares; 2019. Disponible en: https://dspace.uib.es/xmlui/bitstream/handle/11201/150916/Rollan_Ainsa_Blanca.pdf?sequence=1&isAllowed=y
49. Abedi M, Okhovatian F, Heydarpour M, Daryabor A, Akbarzadeh A. Reliability and validity of the Tampa Scale of Kinesiophobia questionnaire in individuals with non-specific low back pain. Middle East J Rehabil Health [Internet]. 2021;8(4) [Consultado el 3 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://brieflands.com/articles/mejrh-115185>
50. Vilagut G, Ferrer M, Rajmil L, Rebollo P, Permanyer G, Quintana J. et al. El Cuestionario de Salud SF-36 español: una década de experiencia y nuevos desarrollos. Gac Sanit [Internet]. 2005; 19(2):135-150 [Consultado el 2 de marzo de 2024].

Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112005000200007&lng=es

51. Ortiz F. Diccionario de metodología de la investigación científica [Internet]. México: Limusa; 2004. [Consultado el 2 de marzo de 2014]. Disponible en: https://www.google.com.pe/books/edition/Diccionario_de_metodolog_a_de_la_investi/3G1fB5m3eGcC?hl=es-419&gbpv=1&dq=como+se+mide+la+validez+del+instrumento+de+investigaci%C3%B3n&pg=PA159&printsec=frontcover
52. Jimenez L. Calidad de vida y espasticidad en pacientes adultos post accidente cerebrovascular en un hospital de Lima - 2022. [Tesis para optar al grado de segunda especialidad en fisioterapia en neurorrehabilitación]. Lima: Universidad Privada Norbert Wiener; 2022. Disponible en: https://repositorio.uwiener.edu.pe/bitstream/handle/20.500.13053/9948/T061_07588626_S.pdf?sequence=1&isAllowed=y
53. Herrera A. Notas de Psicometría 1-2 - Historia de Psicometría y Teoría de La Medida [Internet]. 1998 Scribd. [Consultado el 19 de marzo 2024]. Disponible en: <https://es.scribd.com/document/211979988/Herrera-A-1998-Notas-de-Psicometria-1-2-Historia-de-Psicometria-y-Teoria-de-La-Medida#>
54. Sampieri. Metodología de la investigación [Internet]. 6ª ed. 2017 [Consultado el 2 de marzo de 2024]. Disponible en: https://issuu.com/rgallardol/docs/metodologia_20de_20la_20investigaci/172
55. CSIC. Ética en la investigación [Internet]. [consultado el 6 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://www.csic.es/es/el-csic/etica/etica-en-la-investigacion>

56. Congreso de la República [Internet]. [consultado el 6 de marzo de 2024]]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/congreso-de-la-republica/normas-legales/243470-29733>

ANEXO I: MATRIZ DE CONSISTENCIA

“KINESIOFOBIA Y CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON LUMBALGIA INESPECÍFICA QUE ASISTEN A UN CENTRO PRIVADO DE FISIOTERAPIA. SURQUILLO. 2024.”

PROBLEMA	OBJETIVO	HIPÓTESIS	VARIABLE	METODOLOGÍA	INSTRUMENTO
<p>Problema General</p> <p>¿Cuál es la relación entre kinesiofobia y calidad de vida en pacientes con lumbalgia inespecífica que asisten a un centro privado de fisioterapia surquillo 2024?</p> <p>Problemas Específicos</p> <p>¿Cuáles son las características sociodemográficas de pacientes con lumbalgia inespecífica que asisten a un centro privado de fisioterapia surquillo 2024?</p> <p>¿Cuál es el nivel de kinesiofobia de pacientes con lumbalgia inespecífica</p>	<p>Objetivo General</p> <p>Determinar la relación entre kinesiofobia y calidad de vida en pacientes con lumbalgia inespecífica.</p> <p>Objetivos Específicos</p> <p>Identificar las características sociodemográficas de pacientes con lumbalgia inespecífica.</p> <p>Identificar el nivel de kinesiofobia de pacientes con lumbalgia inespecífica.</p>	<p>Hipótesis Generales</p> <p>Hi: Existe relación entre kinesiofobia y calidad de vida en pacientes con lumbalgia inespecífica que asisten a un centro privado de fisioterapia surquillo 2024.</p> <p>Ho: No existe relación entre kinesiofobia y calidad de vida en pacientes con lumbalgia inespecífica que asisten a un centro privado de fisioterapia surquillo 2024.</p> <p>Hipótesis Específicas</p> <p>Hi1: Existe relación entre kinesiofobia y la dimensión salud física de la calidad de vida en pacientes con lumbalgia inespecífica que asisten a un centro privado</p>	<p>V1: Kinesiofobia</p> <p>Dimensiones:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Evitación de la actividad - Enfoque Somático <p>V2: Calidad de vida</p> <p>Dimensiones:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Salud física - Salud mental 	<p>Método: Hipotético deductivo</p> <p>Enfoque: Cuantitativo</p> <p>Tipo: Aplicado</p> <p>Diseño: No experimental</p> <p>Nivel: Correlacional</p> <p>Corte: Transversal</p> <p>Población: 100 pacientes que asisten al centro de terapia física “FISIOANDAR”.</p> <p>Muestra: 80 pacientes con dolor lumbar inespecífico.</p>	<p>V1: Escala Tampa para Kinesiofobia</p> <p>Técnica: Encuesta</p> <p>V2: Cuestionario de Salud SF- 36</p> <p>Técnica: Encuesta</p>

<p>que asisten a un centro privado de fisioterapia surquillo 2024?</p> <p>¿Cuál es el nivel de calidad de vida de pacientes con lumbalgia inespecífica que asisten a un centro privado de fisioterapia surquillo 2024?</p> <p>¿Cuál es la relación entre kinesiofobia y la dimensión salud física de la calidad de vida en pacientes con lumbalgia inespecífica que asisten a un centro privado de fisioterapia surquillo 2024?</p> <p>¿Cuál es la relación entre kinesiofobia y la dimensión salud mental de la calidad de vida en pacientes con lumbalgia inespecífica que asisten a un centro privado de fisioterapia surquillo 2024?</p>	<p>Identificar el nivel de calidad de vida de pacientes con lumbalgia inespecífica.</p> <p>Identificar la relación entre kinesiofobia y la dimensión salud física de la calidad de vida en pacientes con lumbalgia inespecífica.</p> <p>Identificar la relación entre kinesiofobia y la dimensión salud mental de la calidad de vida en pacientes con lumbalgia inespecífica.</p>	<p>de fisioterapia surquillo 2024.</p> <p>Ho1: No existe relación entre kinesiofobia y la dimensión salud física de la calidad de vida en pacientes con lumbalgia inespecífica que asisten a un centro privado de fisioterapia surquillo 2024.</p> <p>Hi2: Existe relación entre kinesiofobia y la dimensión salud mental de la calidad de vida en pacientes con lumbalgia inespecífica que asisten a un centro privado de fisioterapia surquillo 2024.</p> <p>Ho2: No existe relación entre kinesiofobia y la dimensión salud mental de la calidad de vida en pacientes con lumbalgia inespecífica que asisten a un centro privado de fisioterapia surquillo 2024.</p>		<p>Muestreo: no probabilístico por conveniencia.</p>	
--	---	---	--	---	--

ANEXO II: INSTRUMENTOS

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Estimado(a) Participante:

El presente cuestionario tiene como finalidad recopilar información sobre la evaluación que recibirá usted, mediante mis instrumentos, el Escala Tampa para kinesiofobia (KINESIOFOBIA) y El Cuestionario de Salud SF- 36 (CALIDAD DE VIDA). Según los resultados que salgan serán parte del desarrollo de un trabajo de investigación relacionado a dicho aspecto.

Es de interés los datos que pueda aportar de manera sincera y colaboradora.

Parte I: Datos sociodemográficos

Edad	
30 a 39 años	
40 a 49 años	
50 a 60 años	

Género			
Femenino		Masculino	

Ocupación							
Ama de casa	Docente	Enfermero	Estudiante	Abogado	Administrador	Independiente	

Parte II: Datos clínicos

Toma medicamentos			
Si		No	

Dolor (nivel de dolor)			
Sin dolor= 0	Leve =1-3	Moderado= 4-6	Severo= 7-10

Cronicidad (tiempo con el dolor)		
Agudo (menor a 1 mes)	Subagudo (1 a 6 meses)	Crónico (mayor a 6 meses)

Comorbilidad		
Sobrepeso	Hipertensión	Diabetes

ESCALA TAMPA PARA KINESIOFOBIA

N°	Preguntas	Totalmente en desacuerdo	Parcialmente en desacuerdo	Parcialmente de acuerdo	Totalmente de acuerdo
1	Tengo miedo de lesionarme si hago ejercicio físico.	1	2	3	4
2	Si intentara superar el miedo, mi dolor aumentaría.	1	2	3	4
3	Mi cuerpo me dice que tengo algo peligrosamente mal	1	2	3	4
4	Mi dolor probablemente se aliviaría si hiciera ejercicio	4	3	2	1
5	La gente no está tomando mi condición médica lo suficientemente en serio	1	2	3	4
6	Mi lesión ha puesto mi cuerpo en riesgo por el resto de mi vida.	1	2	3	4
7	El dolor siempre significa que he lastimado mi cuerpo.	1	2	3	4
8	El hecho de que algo agrave mi dolor no significa que sea peligroso.	4	3	2	1
9	Tengo miedo de lastimarme accidentalmente.	1	2	3	4
10	El simple hecho de tener cuidado de no hacer ningún movimiento innecesario es lo más seguro que puedo hacer para evitar que mi dolor empeore.	1	2	3	4
11	No tendría tanto dolor si no hubiera algo potencialmente peligroso en mi cuerpo	1	2	3	4
12	Aunque mi condición es dolorosa, estaría mejor si estuviera físicamente activo.	4	3	2	1
13	El dolor me permite saber cuándo dejar de hacer ejercicio para no lastimarme.	1	2	3	4
14	Realmente no es seguro para una persona con una condición como la mía estar físicamente activa.	1	2	3	4
15	No puedo hacer todas las cosas que hace la gente normal porque es demasiado fácil para mí lesionarme.	1	2	3	4
16	Aunque algo me está causando mucho dolor, no creo que sea realmente peligroso.	4	3	2	1
17	Nadie debería tener que hacer ejercicio cuando tiene dolor.	1	2	3	4

CUESTIONARIO DE SALUD SF- 36

Marque una sola respuesta

1. En general, usted diría que su salud es:
 1. Excelente
 2. Muy buena
 3. Buena
 4. Regular
 5. Mala

2. ¿Cómo diría que es su salud actual, comparada con la de hace un año?
 1. Mucho mejor ahora que hace un año.
 2. Algo mejor ahora que hace un año.
 3. Más o menos igual que hace un año.
 4. Algo peor ahora que hace un año.
 5. Mucho peor ahora que hace un año.

Las siguientes preguntas se refieren a actividades o cosas que usted podría hacer en un día normal

3. Su salud actual, ¿le limita para hacer esfuerzos intensos, tales como correr, levantar objetos pesados, o participar en deportes agotadores?
 1. Sí, me limita mucho
 2. Sí, me limita un poco
 3. No, no me limita nada

4. Su salud actual, ¿le limita para hacer esfuerzos moderados, como mover una mesa, utilizar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de una hora?
 1. Sí, me limita mucho
 2. Sí, me limita un poco
 3. No, no me limita nada

5. Su salud actual, ¿le limita para coger o llevar la bolsa de la compra con cosas dentro?
 1. Sí, me limita mucho
 2. Sí, me limita un poco
 3. No, no me limita nada

6. Su salud actual, ¿le limita para subir varios pisos por la escalera?
 1. Sí, me limita mucho
 2. Sí, me limita un poco
 3. No, no me limita nada

7. Su salud actual, ¿le limita para subir sólo un piso por la escalera?
 1. Sí, me limita mucho
 2. Sí, me limita un poco
 3. No, no me limita nada

8. Su salud actual, ¿le limita para agacharse o arrodillarse?
 1. Sí, me limita mucho
 2. Sí, me limita un poco
 3. No, no me limita nada

9. Su salud actual, ¿le limita para caminar un kilómetro o más?
 1. Sí, me limita mucho
 2. Sí, me limita un poco
 3. No, no me limita nada

10. Su salud actual, ¿le limita para caminar varias manzanas (varios centenares de metros)?
 1. Sí, me limita mucho
 2. Sí, me limita un poco
 3. No, no me limita nada

11. Su salud actual, ¿le limita para caminar una sola manzana (unos 100 metros)?
 1. Sí, me limita mucho
 2. Sí, me limita un poco
 3. No, no me limita nada

12. Su salud actual, ¿le limita para bañarse o vestirse por sí mismo?
 1. Sí, me limita mucho
 2. Sí, me limita un poco
 3. No, no me limita nada

Las siguientes preguntas se refieren a problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas.

13. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, a causa de su salud?
 1. Sí
 2. No

<p>14. Durante las 4 últimas semanas, ¿hizo menos de lo que hubiera querido hacer, a causa de su salud física?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sí 2. No <p>15. 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?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sí 2. No <p>16. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo dificultad para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas (por ejemplo, le costó más de lo norma), a causa de su salud física?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sí 2. No <p>17. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, a causa de algún problema emocional (cómo estar triste, deprimido o nervioso)?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sí 2. No <p>18. 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)?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sí 2. No <p>19. 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)?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sí 2. No <p>20. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto su salud física o los problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales habituales con la familia, los amigos, los vecinos u otras personas?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Nada 2. Un poco 3. Regular 4. Bastante 5. Mucho <p>21. ¿Tuvo dolor en alguna parte del cuerpo durante las 4 últimas semanas?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. No, ninguno 2. Sí, muy poco 3. Sí, un poco 4. Sí, moderado 5. Sí, mucho 6. Sí, muchísimo 	<p>22. 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)?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Nada 2. Un poco 3. Regular 4. Bastante 5. Mucho <p>Las preguntas que siguen se refieren a cómo se ha sentido y cómo le han ido las cosas durante las 4 últimas semanas. En cada pregunta responda lo que se parezca más a cómo se ha sentido usted.</p> <p>23. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió lleno de vitalidad?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Siempre 2. Casi siempre 3. Muchas veces 4. Algunas veces 5. Sólo alguna vez 6. Nunca <p>24. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo estuvo muy nervioso?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Siempre 2. Casi siempre 3. Muchas veces 4. Algunas veces 5. Sólo alguna vez 6. Nunca <p>25. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió tan bajo de moral que nada podía animarle?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Siempre 2. Casi siempre 3. Muchas veces 4. Algunas veces 5. Sólo alguna vez 6. Nunca <p>26. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió calmado y tranquilo?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Siempre 2. Casi siempre 3. Muchas veces 4. Algunas veces 5. Sólo alguna vez 6. Nunca
---	---

27. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo tuvo mucha energía?

1. Siempre
2. Casi siempre
3. Muchas veces
4. Algunas veces
5. Sólo alguna vez
6. Nunca

28. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió desanimado y triste?

1. Siempre
2. Casi siempre
3. Muchas veces
4. Algunas veces
5. Sólo alguna vez
6. Nunca

29. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió agotado?

1. Siempre
2. Casi siempre
3. Muchas veces
4. Algunas veces
5. Sólo alguna vez
6. Nunca

30. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió feliz?

1. Siempre
2. Casi siempre
3. Muchas veces
4. Algunas veces
5. Sólo alguna vez
6. Nunca

31. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió cansado?

1. Siempre
2. Casi siempre
3. Muchas veces
4. Algunas veces
5. Sólo alguna vez
6. Nunca

32. 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. Siempre
2. Casi siempre
3. Muchas veces
4. Algunas veces
5. Sólo alguna vez
6. Nunca

Por favor, diga si le parece cierta o falsa cada una de las siguientes frases.

33. Creo que me pongo enfermo más fácilmente que otras personas.

1. Totalmente cierta
2. Bastante cierta
3. No lo sé
4. Bastante falsa
5. Totalmente falsa

34. Estoy tan sano como cualquiera.

1. Totalmente cierta
2. Bastante cierta
3. No lo sé
4. Bastante falsa
5. Totalmente falsa

35. Creo que mi salud va a empeorar.

1. Totalmente cierta
2. Bastante cierta
3. No lo sé
4. Bastante falsa
5. Totalmente falsa

36. Mi salud es excelente.

1. Totalmente cierta
2. Bastante cierta
3. No lo sé
4. Bastante falsa
5. Totalmente falsa

ANEXO III: VALIDEZ DEL INSTRUMENTO

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 anunciado del ítem, es conciso, exacto y directo.

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

Observaciones (precisa si hay suficiencia):

Aplicación solo para este estudio.

Opinión de aplicabilidad:

Aplicable [X]

Aplicable después de corregir []

No aplicable []

Apellidos y nombres del juez validador: Mg. Giuliana Alejandra Chumbes Nicho

DNI: 45321353

Especialidad del validador: Gestión de los servicios de la salud

Fecha: 13/03/2024


Lic. Giuliana Chumbes Nicho
Coordinadora
Servicio Terapia Física y rehabilitación
CTAF 9099
Clínica
Integración S.A.S.
Firma del Experto Informante

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 anunciado del ítem, es conciso, exacto y directo.

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

Observaciones (precisa si hay suficiencia):

Aplicación solo para este estudio.

Opinión de aplicabilidad:

Aplicable [X]

Aplicable después de corregir []

No aplicable []

Apellidos y nombres del juez validador: Mg. Alexis Pedro Tolentino Aguilar

DNI: 44656948

Especialidad del validador: Tecnólogo medico en Terapia Física y Rehabilitación

Mg. Docencia en educación superior

Esp. Terapia Manual Ortopédica

Fecha: 16 / 03 /24


Firma del Experto Informante

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 anunciado del ítem, es conciso, exacto y directo.

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

Observaciones (precisa si hay suficiencia):

Aplicación solo para este estudio.

Opinión de aplicabilidad:

Aplicable [X]

Aplicable después de corregir []

No aplicable []

Apellidos y nombres del juez validador: Mg. Arturo Kalef Gutierrez Rojas

DNI: 45077344

Especialidad del validador: Magister en Terapia Manual ortopédica

Fecha: 18 / 03 / 2024



Firma del Experto Informante

ANEXO IV: NORMALIDAD DEL INSTRUMENTO

PRUEBA DE NORMALIDAD

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Estadístico	gl	Sig.	Estadístico	gl	Sig.
ESCALA TAMPA PARA KINESIOFOBIA	,109	80	,021	,973	80	,087
CUESTIONARIO DE SALUD SF- 36	,144	80	<.001	,962	80	,019

Siendo la población mayor a 30 se utilizó la prueba de Kolmogorov Smirnov obteniendo un p valor < 0.021. Aceptamos la hipótesis nula y rechazamos la hipótesis alterna, además los datos siguen una distribución normal. Por lo tanto, aceptamos la estadística paramétrica “*Pearson*”.

ANEXO V: APROBACIÓN DEL COMITÉ DE ÉTICA



COMITÉ INSTITUCIONAL DE ÉTICA PARA LA INVESTIGACIÓN

CONSTANCIA DE APROBACIÓN

Lima, 20 de mayo de 2024

Investigador(a)
Cesilia Condorchoa Sánchez
Exp. N°: 0289-2024

De mi consideración:

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

- Protocolo titulado: **“KINESIOFOBIA Y CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON LUMBALGIA INESPECÍFICA QUE ASISTEN A UN CENTRO PRIVADO DE FISIOTERAPIA. SURQUILLO. 2024” Versión 01 con fecha 05/04/2024.**
- Formulario de Consentimiento Informado **Versión 01 con fecha 05/04/2024.**

El cual tiene como investigador principal al Sr(a) Cesilia Condorchoa Sánchez.

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

El investigador deberá considerar los siguientes puntos detallados a continuación:

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

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

Atentamente,



Raul Antonio Rojas Ortega
Presidente
Comité Institucional de Ética para la Investigación
UPNW

ANEXO VI: CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título de proyecto de investigación: “KINESIOFOBIA Y CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON LUMBALGIA INESPECÍFICA QUE ASISTEN A UN CENTRO PRIVADO DE FISIOTERAPIA. SURQUILLO. 2024”

Investigadores: Condorchoa Sánchez Ana Cesilia

Institución(es): Universidad Privada Norbert Wiener (UPNW)

Estamos invitando a usted a participar en un estudio de investigación titulado: “KINESIOFOBIA Y CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON LUMBALGIA INESPECÍFICA QUE ASISTEN A UN CENTRO PRIVADO DE FISIOTERAPIA. SURQUILLO. 2024” de fecha 18/03/2024 y versión.01. Este es un estudio desarrollado por investigadores de la Universidad Privada Norbert Wiener (UPNW).

.INFORMACIÓN

Propósito del estudio: El propósito de este estudio es “Determinar la relación entre kinesiofobia y calidad de vida en pacientes con lumbalgia inespecífica”. Su ejecución ayudará/permitirá conocer el miedo al movimiento relacionado al dolor y cómo influye en la calidad de vida relacionada a la salud.

Por lo tanto, con su apoyo estará aportando más conocimientos en el área de la salud permitiendo diseñar protocolos de manejo preventivo - asistencial tanto para la comunidad científica como para la sociedad, siendo importante pues se desarrollará estrategias de atención precoz, trabajándose de forma transdisciplinaria con otros profesionales de la salud, evitando en lo posible y/o disminuyendo los efectos negativos de la falta de movimiento ante la presencia de dolor.

Duración del estudio (meses): 2 meses

N° esperado de participantes: 80

Criterios de Inclusión:

- Pacientes que acudan al centro de fisioterapia “FISIOANDAR”.
- Pacientes de ambos sexos.
- Pacientes entre la edad de 30 a 60 años.
- Pacientes que firmen el consentimiento informado.
- Pacientes que tengan dolor en la zona lumbar.

Criterio de exclusión:

- Pacientes amputados.
- Pacientes que no completen las encuestas.
- Paciente con operación quirúrgica en la columna vertebral.
- Pacientes post ACV.

- Pacientes con problemas psiquiátricos.

Procedimientos del estudio: Si Usted decide participar en este estudio se le realizará los siguientes procesos:

- Se le explicara en que consiste la investigación.
- Firmará correctamente el consentimiento informado.
- Se le realizará la aplicación de los instrumentos.

La *entrevista/encuesta* puede demorar unos 25 minutos.

Los resultados se le entregarán a usted en forma individual y se almacenarán respetando la confidencialidad y su anonimato.

Riesgos:

Su participación en el estudio *no* presenta ningún riesgo tanto para su salud emocional, física e integral.

Beneficios: Usted se beneficiará del presente proyecto, conocerá el nivel de kinesiophobia y cómo afecta su calidad de vida en relación a su salud física y mental.

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

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

Preguntas/Contacto: Puede comunicarse con el Investigador Principal (*Ana Cesilia Condorchoa Sánchez*, 989664733 y *anace3091@gmail.com*).

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:** comité.etica@uwiener.edu.pe

III. DECLARACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

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



Nombre participante:

DNI:

Fecha: (/ /)

Nombre investigador: *Cesilia Condorchoa Sánchez*

DNI: 47530817

Fecha: (/ /)

Nombre testigo o representante legal:

DNI:

Fecha: (/ /)

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

ANEXO VII: AUTORIZACIÓN DEL CENTRO DE FISIOTERAPIA FISIOANDAR



15 de mayo de 2024

Lima, Perú

Srta: Bach. Ana Cesilia Condorchoa Sánchez

Reciba cordial saludo,

Yo Raquel Romyna López Valdez, Gerente General de la Empresa Fisiioandar, le escribo con el motivo de brindar respuesta a su requerimiento, mediante el cual solicita autorización para realizar su proyecto de tesis "Kinesiofobia y calidad de vida en pacientes con lumbalgia inespecífica de un centro privado de fisioterapia. Surquillo. 2024". En relación a ello, autorizo a Ud. Ana Cesilia Condorchoa Sánchez realizar dicho estudio en nuestro centro de terapia física.

Atentamente,

Raquel López Valdez
Gerente General

ANEXO VIII: INFORME DE ASESOR DE TURNITIN

● 5% de similitud general

Principales fuentes encontradas en las siguientes bases de datos:

- 4% Base de datos de Internet
 - Base de datos de Crossref
 - 3% Base de datos de trabajos entregados
 - 0% Base de datos de publicaciones
 - Base de datos de contenido publicado de Crossref
-

FUENTES PRINCIPALES

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

1	repositorio.uwiener.edu.pe Internet	3%
2	Universidad Autónoma de Bucaramanga,UNAB on 2022-07-15 Submitted works	<1%
3	Universidad Wiener on 2022-12-10 Submitted works	<1%
4	uwiener on 2023-01-23 Submitted works	<1%
5	uwiener on 2023-03-30 Submitted works	<1%
6	hdl.handle.net Internet	<1%
7	repositorio.continental.edu.pe Internet	<1%
8	Chomat, Anne Marie. "Maternal Stressors Impact Maternal Wellbeing a... Publication	<1%

● 9% de similitud general

Principales fuentes encontradas en las siguientes bases de datos:

- 8% Base de datos de Internet
- Base de datos de Crossref
- 6% Base de datos de trabajos entregados
- 2% Base de datos de publicaciones
- Base de datos de contenido publicado de Crossref

FUENTES PRINCIPALES

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

1	repositorio.uwiener.edu.pe Internet	4%
2	Universidad Autónoma de Bucaramanga,UNAB on 2022-07-15 Submitted works	<1%
3	hdl.handle.net Internet	<1%
4	dspace.ucuenca.edu.ec Internet	<1%
5	uwiener on 2023-10-14 Submitted works	<1%
6	uwiener on 2023-10-07 Submitted works	<1%
7	Luz Natalia Álvarez-Rojas, Ana Cecilia Napán-Yactayo. "Gestión de la ... Crossref	<1%
8	Universidad Autónoma de Ica on 2023-01-11 Submitted works	<1%